

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

# Психічне здоров'я

3-4 (44-45) 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 МОЗ України, заслужений лікар України



## Олег НАСІННИК

заступник головного редактора д.мед.н., доцент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика



## 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.

Аспірант 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.

## СПОНСОРИ ВИПУСКУ:

бхфз  бсрр  
www.bcpp.com.ua

ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»  
03680, Україна, м. Київ, вул. Миру, 17  
Тел.: (044) 205 41 23 (консультації)  
(044) 406 03 08 (аптека)

  
ФАРМАСТАРТ

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

**Засновники і видавники:**

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

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 № 9 від 12.11.2014 р.)

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

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: [vnkuznecov@i.ua](mailto:vnkuznecov@i.ua)

**Адреса редакції:**

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел.: (044) 468-36-11.

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](http://www.bz-poligraphia.com.ua)

Підписано до друку 16/12/2014 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 4473.

<b>Вступне слово головного редактора</b> . . . . .	3
<b>Розлади психіки та поведінки, психосоматика</b>	
<i>Герасименко Л.А.</i> Клинико-онтогенетические особенности формирования и состояние мотивационной сферы при соматоформной вегетативной дисфункции у женщин . . . . .	4
<i>Федак Б.С.</i> Розлади психічної сфери у хворих на розповсюджені соматичні захворювання . . . . .	8
<i>Гончар Т.О.</i> Диференційні підходи до медико-психіатричної реабілітації хворих на шизофренію, які отримують примусову амбулаторну допомогу . . . . .	12
<i>Бондарчук А.Г.</i> Особливості проявів несудинних самоушкоджень в клініці психічних розладів . . . . .	16
<i>Нестерович А.Н., Объедков В.Г., Дзеружинская Н.А., Молчанова Е.А.</i> Нейрокогнитивные корреляты психопатологических дименсий шизофрении: обзор литературы . . . . .	21
<b>Дитяча та підліткова психіатрія</b>	
<i>Прохно О.І.</i> Показання до санації порожнини рота дітей різного віку в умовах загального знеболення (клініко-психологічне обґрунтування) . . . . .	30
<i>Гончар О.А., Уралова Л.Т.</i> Психічні наслідки перинатальних мозковосудинних уражень . . . . .	35
<b>Медична психологія та психотерапія</b>	
<i>Лехан К.І.</i> Теоретичний огляд впливу цукрового діабету на психіку хворого та огляд методів психологічної роботи . . . . .	37
<i>Аймедов К.В., Мерліч С.В.</i> Особистість та міжособистісні відносини онкологічних хворих . . . . .	40
<i>Волощук Д.А.</i> Особливості психологічного стану хворих на судинну деменцію . . . . .	44
<b>Психофармакотерапія</b>	
<i>Кузнецов В.Н.</i> Использование солей лития и глюталита в психиатрической практике . . . . .	47
<i>Панченко О.А., Панченко Л.В., Чумак Т.Э.</i> Аппаратные методы лечения в клинике пограничных психических расстройств . . . . .	55
<b>Етичні та правові аспекти психічного здоров'я</b>	
<i>Илейко В.Р.</i> Судебно-психиатрическая оценка беспомощного состояния . . . . .	60
<i>Осуховська О.С.</i> Актуальні питання психіатричного експертного дослідження щодо можливості обігу на території України деяких видів відеопродукції . . . . .	67
<b>Організація і управління психіатричною допомогою</b>	
<i>Зінченко О.М.</i> Основні тенденції та клініко-епідеміологічні особливості динаміки показників захворюваності неспсихотичних психічних розладів у сільського населення України. . . . .	73
<b>Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація</b>	
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Слово об известном психологе Фрэнсисе Гальтоне: биографические и научные аспекты (к 190-летию со дня рождения) . . . . .	76
<i>Кутько И.И., Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Рецензия на монографию «Гусова А.Б., Кашинский А.А. Энцефалопатия Хашимото— аутоиммунное заболевание головного мозга (современные итоги изучения) — Х: ФЛП Кудлай В.В., 2013. — 242с.» . . . . .	83



## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)  
К. Л. Барановський (Україна)  
Л. О. Булахова (Україна)  
В. С. Бітенський (Україна)  
В. В. Вандиш-Бубко (Росія)  
Ю. М. Завалко (Україна)  
І. С. Зозуля (Україна)  
Ю. П. Закаль (Україна)  
М. О. Качасва (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

<b>The opening word of editor-in-chief</b> . . . . .	3
<b>Mental and behavioral disorders, psychosomatic</b>	
<i>Herasymenko L.O.</i> Clinical & ontogenetic peculiarities of the formation and the state of the motivational sphere with somatoform autonomic dysfunction in women. . . . .	4
<i>Fedak B.S.</i> Mental disorders services patients with advanced somatic diseases . . . . .	8
<i>Gonchar T.O.</i> Differential approaches to medical and psychiatric rehabilitation of patients with schizophrenia, who receive coercive outpatient care . . . . .	12
<i>Bondarchuk A.G.</i> Manifestation features of non-suicidal self-injuries in mental disorders process . . . . .	16
<i>Nesterovich A.N., Obyedkov V.G., Dzeruzhinskaya N.A., Molchanova E.A.</i> Neurocognitive correlates of schizophrenia psychopathological dimensions: literature review . . . . .	21
<b>Children's psychiatry</b>	
<i>Prochno O.I.</i> Indications for oral cavity sanitation in children of different ages under general anesthesia (clinical and psychological basis) . . . . .	30
<i>Gonchar O.A., Uralova L.T.</i> Psychiatric consequences of the perinatal cerebrovascular lesions . . . . .	35
<b>Medical psychology and psychotherapy</b>	
<i>Lechan K.I.</i> Theoretical review of the impact of diabetes on the psyche of patient and review of methods of psychological work . . . . .	37
<i>Aymedov C.V., Merlich S.V.</i> Personality and interpersonalities relations of oncologic patients. . . . .	40
<i>Voloshchuk D.A.</i> Features of psychological states of patients with vascular dementia . . . . .	44
<b>Pharmacotherapy of mental disorders</b>	
<i>Kuznetsov V.N.</i> Use of Litium salts and Glutalith in psychiatric practice . . . . .	47
<i>Panchenko O.A., Panchenko L.V., Chumack T. E.</i> Hardware therapies in the clinic borderline mental disorders . . . . .	55
<b>Ethical and legal aspects of mental health</b>	
<i>Ilejko V.R.</i> Forensic psychiatry expert assessment of the helpless condition . . . . .	60
<i>Osuhovskaya E.S.</i> Current issues in psychiatric research opportunities expertise circulation in Ukraine a video of certain . . . . .	67
<b>Organization and management in mental health care</b>	
<i>Zinchenko A.M.</i> Trends and clinical and epidemiological features of the dynamics incidence rate nonpsychotic mental disorders in rural population of Ukraine . . . . .	73
<b>Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information</b>	
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Word about the known psychologist Francis Galton: biographic and scientific aspects (to the 190-th anniversary of birth) . . . . .	76
<i>Kutko I.I., Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> The monograph «Husova A.B., Kashinskij A.A. Encephalopathy of Hashimoto's — an autoimmune disease of the brain (the modern results of the study) — Kh: FLP Kudlay V.V., 2013.— 242 p.» . . . .	83

---

## Шановні читачі!

10 жовтня — Всесвітній день психічного здоров'я. У ході конференції ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, що відбулася в Гельсінкі в січні 2005 року, було підписано Європейську декларацію з охорони психічного здоров'я і затверджено Європейський план дій з охорони психічного здоров'я від імені міністрів охорони здоров'я 52 держав — членів Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Заходи у галузі охорони психічного здоров'я більше не зводяться суто до питань лікування і інституціоналізації осіб із проблемами психічного здоров'я. Декларація визнає, що політика і послуги в цій галузі спрямовані на те, щоб досягти добробуту і соціальної інтеграції на основі комплексного підходу до задоволення потреб і принесення користі від різноманітної діяльності в галузі охорони психічного здоров'я як для населення в цілому, так і для представників груп ризику й осіб із проблемами психічного здоров'я. Поступово ширший спектр послуг надається за місцем проживання.

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

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

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

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

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

УДК 616.89 -008.442.4: (618.177 – 06: 618.12 – 002 – 036.1)

## Клинико-онтогенетические особенности формирования и состояние мотивационной сферы при соматоформной вегетативной дисфункции у женщин



Герасименко Л. А.

Герасименко Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

**Резюме.** Вивчено особливості психосексуального, соматосексуального розвитку та мотиваційна діяльність за соматоформної вегетативної дисфункції у жінок. Досліджено становлення сексуальності, відзначено роль соматогенних, психогенних і соціогенних чинників у психосексуальному й соматосексуальному розвитку за соматоформної вегетативної дисфункції у жінок.

**Ключові слова:** соматоформна вегетативна дисфункція, психосексуальний, соматосексуальний розвиток, девіації психосексуального розвитку, мотив, мотивація.

### Clinical & ontogenetic peculiarities of the formation and the state of the motivational sphere with somatoform autonomic dysfunction in women

Herasymenko L.

HMEIoU «Ukrainian medical stomatological academy» (Poltava)

Chair of psychiatry, narcology and medical psychology

**Resume.** The peculiarities of psycho-sexual, somatosensory development and motivational activities somatoform autonomic dysfunction in women are studied. Formation of sexuality, the role of somatogenic, psychogenic and sociogenic factors in psychosexual and somatosensation development for somatoform autonomic dysfunction in women are investigated.

**Keywords:** somatoform autonomic dysfunction, psychosexual, somatosensory development, deviation of psychosexual development, motive, motivation.

Сегодня, наверное, трудно найти человека, которому в последнее время удалось избежать стрессов, чрезмерного нервного перенапряжения, эмоционального срыва, бессонницы [1]. На сегодня пересмотрены теоретические, практические и классификационные подходы к вегето-сосудистой дистонии, которая особенно в отечественной психоневрологии, долгие годы была фактически общепринятым синонимом СФР [2,3]. Это создало ситуацию, когда систематизированные научные разработки в этой отрасли далеко отстали от сформированных клинических потребностей. Существующие классические работы по клинической структуре некоторых форм СФР не отвечают дифференциации современных форм СФР и выбору наиболее эффективных методов психотерапии и принципов применения патогенетически обоснованных лечебно-реабилитационных подходов [2,4,5].

Согласно международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) СВД относится к рубрике F.45.3. Неврастения согласно DSM — IV относится к кластеру С (тревожное, паническое расстройство) [3].

При СВД сердечно-сосудистой системы депрессивные явления, углубляясь, все более приближаются к уровню циклотимии. С этим согласуются и последние данные клинического опыта о возможности перерастания такого рода периодических невротических проявлений при СВД в тревожно-фобические расстройства, расстройства адаптации [3,6]. Это сказывается на характере межличностных отношений, что приводит к нарушению супружеской и психосоциальной адаптации [2,5,6,7].

В современных медицинских, психологических исследованиях и клинической практике все больше внимания уделяется изучению индивидуальных особенностей психического и психосексуального развития при различных типах психических расстройств у женщин [4,5].

Психосексуальное и соматосексуальное развитие являются важнейшими компонентами онтогенеза психической и сексуальной сферы [2,4].

Расстройства общего и сексуального поведения чаще всего являются следствием нарушения общего психического, психосексуального и соматосексуального развития [3,4,5,6].

Индивидуальное психосексуальное и соматосексуальное развитие, отличаясь достаточной вариабельностью в темпах и сроках появления отдельных клинических признаков приводит к неоднозначным изменениям индивидуально-психологических личностных особенностей, в общем и сексуальном поведении [1,2,4,6,7].

Дисгармоничное половое созревание [2,4] достаточно часто является основой формирования акцентуированных черт характера [4] и становится благоприятной почвой для формирования и закрепления дезадаптивных форм поведения, сексуально-поведенческой и социально-психологической дезадаптации, нарушений здоровья семьи и семейного функционирования [5,7].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей индивидуального психосексуального (ПР) и соматосексуального развития (СР), мотивационной сферы при СВД сердечно-сосудистой системы у женщин.

Под наблюдением находилось 45 супружеских пар, где у женщин была диагностирована СВД сердечно-сосудистой системы и обратившиеся на кафедру психиатрии, наркологии и медицинской психологии ВДНЗУ «УМСА». Во всех супружеских парах у женщин была диагностирована СВД сердечно-сосудистой системы. Все женщины проходили стационарное лечение в отделении неврозов Полтавской областной клинической психиатрической больницы имени А.Ф. Мальцева. Преобладающее большинство

пациенток — 32 (71,1%) были в возрасте от 23 до 30 лет, 7 (15,6%) — в возрасте 31–35 лет, остальные 6 женщин (13,3%) — 35–39 лет. В основном мужчины и женщины относились к одной возрастной группе, за исключением 6 супружеских пар, в которых жены были на 10–12 лет моложе своих мужей (все эти супруги состояли во втором браке) и 5 супружеских пар (11,1%), где женщины были на 3–5 лет старше своих супругов.

Проводились клиничко-психопатологическое, клиничко-анамнестическое, специальное сексологическое исследование с использованием углубленного изучения специального сексологического анамнеза и статистическая обработка полученных данных [3,6,7]. Психодиагностическое обследование включало проведение методики Леонгарда-Шмишека, методики «Индекс жизненного стиля», а также при помощи методики D. H. Sprenkle, B. L. Fisher изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации.

Распределение синдромов в результате наблюдения женщин с СВД сердечно-сосудистой системы позволило выделить нозологические структуры психических расстройств, представленных в табл. 1.

Среди находившихся под наблюдением супружеских пар были выделены две группы. В первую вошла 17 (37,7%) супружеских пар с первичной сексуальной дезадаптацией супругов, во вторую — 28 (62,3%) супружеских пар, где у супругов отмечалась первичная социально-психологическая дезадаптация.

Таблица 1

*Нозологическая структура психических расстройств*

Диагноз по МКБ-10	Мужчины, n = 45		Женщины, n = 45	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Неврастения F. 48.0	11	24,4	20	44,4
Тревожно-фобическое расстройство F. 42.0	10	22,2	11	24,4
Расстройство адаптации F.43.2	11	24,4	14	31,1

*Примечание.* У остальных мужчин не было диагностировано психических расстройств такого же регистра как у женщин.

Таблица 2

*Характеристика темпов соматосексуального развития обследованных супругов*

Темп развития	Группы супружеских пар				Всего, n= 45	
	первая, n=17		вторая, n=28			
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Ускоренный	4	23.5	3	10.7	7	15.6
	2	11,8	4	14,3	6	13,3
Задержанный	6	35.3	3	10.7	9	20.0
	2	11,8	6	21,4	8	17,8
Дисгармоничный	3	6.7	3	10.7	6	28.9
	3	6,7	12	42,9	15	33,3
Нормальный	4	23.5	12	42.8	16	35.6
	10	58,8	6	21,4	16	35,6

*Примечание.* В числителе — количество мужчин, в знаменателе — число женщин, данные в %. То же и в последующих таблицах.



Изучение особенностей соматосексуального развития у женщин с СВД сердечно-сосудистой системы в ходе специального сексологического исследования с применением клинко-анамнестического метода показало, что сравнительно небольшое число из них — 7 мужчин (15,6%) и 6 женщин (13,3%) в обеих группах развивались ускоренно и опережали своих сверстников в росте, массе тела и физической силе примерно на 1,5-2 года. 9 мужчин (20%) и 8 женщин (17,8%) несколько отставали в физическом развитии. Приблизительно у 1/3 обследованных мужчин и у 21 (46,7%) женщины — темпы соматосексуального развития были нормальными и по своему физическому развитию они не отличались от сверстников.

Результаты изучения темпов соматосексуального развития больных и их мужей представлены в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что нарушение темпов соматосексуального развития у мужчин и женщин встречались одинаково часто. Среди нарушений соматосексуального развития у женщин в 1/3 случаев отмечался дисгармоничный его характер. При дисгармоничном характере соматосексуального развития была нарушена последовательность появления признаков полового созревания. Если у одних пациентов вторичные половые признаки были сформированы к 13–15 годам, а появление сексуальных интересов и первая менархе отмечались в 15–16 лет, то у других отмечалась обратная зависимость. Следует отметить, что 30,2% пациенток вообще в силу слабости сексуального компонента полового влечения и частично убежденности в неправильности такого вида сексуального удовлетворения, отрицали сам факт наличия мастурбации. Тип половой конституции у большинства пациенток соответствовал слабому (58,4%), у остальных ослабленному варианту среднего. В большинстве случаев (66,6%) регулярную половую жизнь обследованные начали в возрасте 19–22 лет; переход в условно-физиологический ритм у 57,1% супружеских пар наступил через 2–3 года после начала регулярной половой жизни. Этот феномен по нашим наблюдениям объясняется наличием слабого типа половой конституции, снижением уровня сексуальной предприимчивости, активности.

Изучение общего психического развития находившихся под нашим наблюдением супругов показало, что они в большинстве случаев несколько отставали в своем психическом развитии от сверстников. Учиться в школе все обследованные начали своевременно, но интерес к учебе проявляли избирательно.

Интересы, стремления, эмоциональные реакции, характерологические черты, а также

поведение обследованных пациентов в препубертатный и пубертатный периоды имели ряд особенностей. Еще в детском возрасте для них были характерны эмоциональная неустойчивость, часто неадекватность, добросовестность и склонность к сомнениям, некоторая прямолинейность. Такие дети были достаточно чувствительны к чужому мнению. Эмоциональная неустойчивость, озабоченность деталями, которые, как правило, мешали поддерживать нормальные отношения в семейном окружении и со сверстниками. Указанные особенности личности с возрастом имели отчетливую тенденцию к усилению. В подростковом периоде в отличие от своих сверстников они становились более эмоционально чувствительными, зависимыми. Весьма часто они сравнивали свое поведение с поведением других. Ведущими патохарактерологическими проявлениями у наших пациентов были эмоциональность, зависимость, осторожность. В построении собственной модели поведения они были слишком чувствительны к чужому мнению, в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, лабильностью.

Среди супругов наших пациенток почти у половины были выявлены акцентуированные черты характера: демонстративного — у 7 (15,6%), тревожно-мнительного — у 9 (20%) и астено-невротического типа у 10 (22,2%) обследованных, что также не способствовало развитию продуктивного межличностного контакта и сохранению семейной адаптации.

Результаты изучения темпов психосексуального развития супругов приведены в табл. 3.

Несмотря на то, что у значительной части наблюдений темпы психосексуального развития были нормальными, наличие ускоренного и ретардированного психосексуального развития в препубертатном и пубертатном возрасте придавали всему процессу становления психической и сексуальной сферы характер дисгармоничного и приводили к нарушению процесса коммуникации с представителями противоположного пола. Это в дальнейшем, приводило к формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм сексуальной активности у мужчин, суррогатных у женщин.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у значительной части женщин имелись нарушения полового созревания, главным образом, дисгармоничное соматосексуальное развитие. У 37,7% женщин с СВД сердечно-сосудистой системы наблюдалось задержанное психосексуальное развитие. Дисгармоничный характер соматосексуального развития, наблюдаемый в 1/3 случаев, заключался в нарушении последовательности появления признаков полового созревания. Более чем у половины (61%)



Таблиця 3

Характеристика темпов психосексуального розвитку подружжя

Развитие	Группы супружеских пар				Всего, n=45	
	первая, n=17		вторая, n=28			
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Ускоренное	<u>3</u>	<u>12,2</u>	4	<u>9,8</u>	<u>7</u>	<u>15,6</u>
	2	10,2	4	9,8	6	13,3
Задержанное (ретардация)	5	<u>11,5</u>	<u>10</u>	<u>35,7</u>	<u>15</u>	<u>33,3</u>
	9	52,9	8	28,6	17	37,7
Нормальное	9	<u>52,9</u>	14	<u>50,0</u>	23	<u>51,1</u>
	6	35,3	16	57,1	22	48,9

Таблиця 4

Типи акцентуацій характеру обстежених

Типи акцентуацій	Чоловіки, n = 44		Жінки, n = 45	
Возбудимий	9	20,5	12	26,7
Педантичний	14	31,8	15	33,3
Циклотимний	12	27,3	13	28,9
Емотивний	9	20,5	5	11,1

Примітка: один із подружжя відмовився від обстеження.

із них мали місце асинхронії статового розвитку, головним чином поєднані (32,5%) і складні (23,4%).

Результати дослідження чоловіків і жінок з допомогою методики Леонгарда-Шмишека. У всіх обстежених нами жінок з СВД серцево-судинної системи були виявлені такі або інші типи акцентуацій характеру (табл. 4).

По методикі «Індекс життєвого стилю» з допомогою аналізу отриманих його результатів ми визначали особливості механізмів психологічної захисти, характерних для досліджуваних нами психічних розладів у пацієнток. Найчастіше у досліджуваних нами пацієнток з СВД серцево-судинної системи використовувався такий механізм психологічної захисти, як «витіснення», який спрямований на захист від неприємних імпульсів.

Психологічний клімат в сім'ї пов'язаний з рівнем її адаптивності ми вивчили параметри сплоченості сім'ї і сімейної адаптації, використовуючи методику D. H. Sprenkle, B. L. Fisher. В цілому показники подружньої адаптації і подружнього щастя в обстежених

сім'ях з СВД серцево-судинної системи у жінок були нижче нормативних ( $t=2,21$ ,  $p<0,05$   $t=2,42$ ,  $p<0,05$ ) за критерієм Стюдента.

По результатам досліджень, 73,3 % обстежених сімей віднесені до дезадаптивних.

Таким чином, виявлені в ході комплексного дослідження порушення сімейної адаптації, обумовлені наявністю патологічних особливостей жінок з СВД серцево-судинної системи, невідповідність психосексуальних типів чоловіків і жінок, сприяють розвитку і збереженню сімейної дезадаптації при наявності СВД серцево-судинної системи у жінок. Отримані дані аналізу особливостей психосексуального і соматосексуального розвитку, відхилень психосексуального розвитку, мотиваційної сфери при досліджуваному типі розладу у жінок підтверджують необхідність відповідних психокоррекційних заходів, перешкоджають посиленню і загостренню патологічних рис і розвитку соціальної, міжособистісної і партерної дезадаптації.

## Література:

- Марута Н. О. Психологічні особливості самовосприяття хворих з тривожно-фобічними розладами / Н.О. Марута, Ю.Г. Каленська // Медичинська психологія. — 2006. — №2. — С. 40-45.
- Березанцев А. Ю. Теоретичні і практичні аспекти соматоформних розладів і психосоматики // Російський психіатричний журнал. — 2001. — № 5. — С. 4-10.
- Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд) Класифікація психічних і поведінкових розладів. — Київ: Факт, 1999. — 183 с.
- Луценко А.Г. Асинхронії психосексуального розвитку / А.Г. Луценко — Харків: Основа, 1996. — 207 с.
- Кришталь В.В. Сексологія / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян Сексологія. — М.: Пер Се, 2002. — 879 с.
- Психосоматична медицина / О.Г. Сыропятов [и др.]. — К.: Наук. світ, 2008. — 276 с.
- Скрипников А.Н. Порушення здоров'я сім'ї при розладі особистості у чоловіків / А.Н. Скрипников. — М.: Медицина, 1999. — 272 с.

УДК 616.08 – 039

## Розлади психічної сфери у хворих на розповсюджені соматичні захворювання



Федак Б. С.

**Федак Б. С.**

КПОЗ «Обласная клиническая больница

Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (г Харьков)

**Резюме.** Не до конца изучен вопрос особенностей формирования расстройств психической сферы, их протекания и взаимосвязи непосредственно с соматическим заболеванием. Было исследовано состояние психической сферы у больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля (ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии, инфаркт миокарда, транзиторные ишемические атаки, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки). Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы. Во всех нозологических группах распространенной формой оказались нозогенные реакции психической дезадаптации, среди которых: соматогенный астенический симптомокомплекс и острые реакции на стресс. Полученные результаты показали, что у всех больных острыми соматическими состояниями наблюдаются разнообразные нарушения психической сферы непсихотического регистра. Клиническая феноменология этих групп и патопсихологические механизмы их формирования должны послужить основой для формирования системы психотерапевтической коррекции расстройств психической сферы у этих больных.

**Ключевые слова:** острые соматические заболевания, непсихотические расстройства психической сферы, нозогенные реакции психической дезадаптации.

### Mental disorders services patients with advanced somatic diseases

**Fedak B. S.**

The regional Hospital

Medical Emergency and Disaster Medicine (Kharkov)

**Resume.** Uncertain is the question of mental disorders peculiarities of the areas of the course and the relationship is directly with somatic disease. Visit The state of mental disturbances in patients who have had an acute condition of the therapeutic profile (coronary heart disease with attacks of angina pectoris, myocardial infarction, transient ischemic attacks, gastric ulcer and 12 duodenal ulcer). Clinical psychopathology research allowed determining the structure of the displays and the general laws of formation of non-psychotic disorders mental disturbances. In all groups, the most common form of lymphoma were nozogenical reaction of psychological maladjustment, including somatogenic asthenic syndrome and acute reactions to stress. The results showed that all patients with acute physical conditions observed various violations nonpsychotic mental sphere case. The clinical phenomenology of these groups and their formation mechanisms pathopsychological should serve as the basis for the formation of psychological adjustment disorders, mental disturbances in these patients.

**Keywords:** acute physical illness, nonpsychotic mental disorders areas, nozogenical reaction psychological maladjustment.

В Україні, як і в світі в цілому, спостерігається зростання психосоматичних захворювань, тобто таких, в формуванні котрих провідним є психогенний фактор. Поряд із загальним зниженням якості життя хворих, в їх структурі найбільш загрозливими є гострі стани, такі як напади стенокардії при ішемічній хворобі серця (ІХС), інфаркт міокарду (ІМ), гіпертонічні кризи у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), мозкові інсульти (МІ) і транзиторні ішемічні атаки (ТІА).

Разом з тим, у багатьох роботах вказується на недостатню розробку медико-психологічного аспекту цієї проблеми [4, 6, 9, 10].

Все це потребує системних наукових

досліджень і впровадження нових організаційних форм реалізації медико-психологічних і психотерапевтичних заходів в системі медичної допомоги населенню. Одним з найбільш пріоритетних напрямів є розробка новітніх програм медико-психологічного супроводу хворих на серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання на різних етапах їх лікування і реабілітації [2, 3]. Це стосується і інших гострих станів різної системно-органної приналежності.

За даними багатьох наукових досліджень встановлено значний рівень різноманітних розладів психічної сфери непсихотичного регістру у цієї категорії пацієнтів [1, 5, 7, 8, 11]. Разом з

тим, є невизначеними питання особливостей формування розладів психічної сфери, їх перебігу та взаємозв'язку безпосередньо з соматичним захворюванням. Невирішеними є також питання реабілітації цих хворих із застосуванням психокорекційних та психотерапевтичних заходів. Особливо це стосується хворих на ішемічну хворобу серця, інфаркт міокарду, гіпертонічні кризи, мозкові інсульти і транзиторні ішемічні атаки, тощо.

Невирішеними є питання визначення клінічної структури і динаміки формування неспсихотичних психічних розладів у цієї категорії хворих і патогенетичних механізмів їх формування на психологічному рівні. Невизначеним є питання формування сталої системи психотерапевтичної корекції і ступеневої психосоціальної реабілітації цієї чисельної категорії хворих.

Все вище викладене послужило обґрунтуванням проведення нашого дослідження, метою якого було дослідження стану психічної сфери, проявів психоемоційних порушень у хворих, які перенесли гострі стани терапевтичного профілю.

#### Матеріали і методи дослідження.

Всього було обстежено 306 хворих. За нозологічною приналежністю хворі розподілялися наступним чином: 106 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з нападами стенокардії, 37 хворих на інфаркт міокарду (ІМ), 61 хворий на транзиторні ішемічні атаки (ТІА), 102 хворих на виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки (ВХШ і ДК). З них 198 чоловіків та 108 жінок віком від 20 до 60 років. Дослідження проводилось у КПОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги і медицини катастроф» м. Харкова та Харківській міській клінічній лікарні швидкої невідкладної допомоги ім проф. Мещанінова О.І.

Дослідження включало клініко-психопатологічний метод. Всім хворим проводилося структуроване діагностичне інтерв'ю. Отримані

результати були оброблені статистичним методом.

#### Отримані результати.

Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити структуру проявів та загальні закономірності формування неспсихотичних порушень психічної сфери у хворих на соматичні захворювання.

Разом з тим, нам вдалося виявити у них і певні відмінності, тобто кожна нозологічна група мала свої певні кількісні та якісні особливості клінічної структури психопатологічних феноменів.

Результати дослідження частоти діагностування у хворих на соматичні захворювання різних форм неспсихотичних порушень психіки по нозологічних групах представлені в табл. 1.

У всіх хворих, поза нозологічною приналежністю найпоширенішою формою неспсихотичних порушень психіки виявилися нозогенні реакції психічної дезадаптації (НРПР) (від  $48,1 \pm 3,6\%$  у хворих на ІХС до  $37,8 \pm 3,4\%$  у хворих на ІМ).

Однак, якщо в цілому у виборці при безсумнівному превалюванні НРПР ( $45,2 \pm 1,8\%$ ), приблизно рівно були представлені соматогенний астеничний симптомокомплекс (САСК) та гострі реакції на стрес (ГРС) ( $18,4 \pm 1,4\%$  та  $11,9 \pm 1,1\%$  відповідно), а реакції дезадаптації (РД) - значно менше ( $4,9 \pm 1,3\%$ ), то в розрізі нозологічних груп ці пропорції виглядали по-різному.

У хворих із ВХШ і ДК майже вдвічі частіше в порівнянні з середнім показником по виборці зустрічалися ГРС ( $26,5 \pm 3,5\%$  проти  $11,9 \pm 1,1\%$ ), в той же час РД майже вдвічі рідше ( $4,9 \pm 1,7\%$  проти  $11,9 \pm 1,1\%$ ). Ширше, ніж в інших нозологічних групах тут був представлений САСК ( $20,6 \pm 2,9\%$ ).

В групі пацієнтів із ІХС, навпаки, найпоширенішою після НРПД формою неспсихотичних порушень психіки, виявилися гострі РД, питома вага яких була понад в 2 рази більшою, ніж в середньому по виборці ( $20,8 \pm 3,0\%$  проти  $11,9 \pm 1,1\%$ ), в той час як соматогенний астеничний

Таблиця 1.

Розподіл неспсихотичних порушень психіки у хворих на соматичні захворювання

№ п/п	Неспсихотичні порушення психіки	Показники	Нозологічні групи				
			ВХШ і ДК (n=102)	ІХС (n=106)	ІМ (n = 37)	ТІА (n=61)	Усього (n=306)
1.	НРПД	абс	49	51	14	25	139
		%	$48,0 \pm 3,5$	$48,1 \pm 3,6$	$37,8 \pm 3,4$	$41,1 \pm 3,5$	$45,2 \pm 1,8$
2.	САСК	абс	21	10	6	19	56
		%	$20,6 \pm 2,9$	$9,4 \pm 2,1$	$16,2 \pm 2,2$	$31,0 \pm 2,9$	$18,4 \pm 1,4$
3.	РД	абс	5	22	4	5	36
		%	$4,9 \pm 1,7$	$20,8 \pm 3,0$	$10,8 \pm 3,2$	$8,2 \pm 1,6$	$11,9 \pm 1,1$
4.	ГРС	абс	27	23	13	12	75
		%	$26,5 \pm 3,5$	$21,7 \pm 2,8$	$35,2 \pm 1,6$	$19,7 \pm 2,4$	$24,5 \pm 1,3$
5.	Усього	абс	102	106	37	61	306
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

симптомокомплекс діагностувався найрідше, як в цій нозологічній групі, так і в порівнянні з іншими, і майже вдвічі рідше, ніж в середньому по виборці ( $9,4 \pm 2,1\%$  проти  $18,4 \pm 1,4\%$ ).

В групі хворих на ТІА переважання поширеності реакцій психічної дезадаптації над клінічно обкресленими формами неспсихотичних порушень психіки було більшим, ніж в двох попередніх нозологічних групах ( $41,1 \pm 3,5\%$  проти  $48,0 \pm 3,5\%$  -  $48,1 \pm 3,6\%$ ), однак представленість соматогенного астеничного симптомокомплексу в цій групі була майже такою ж суттєвою, як у хворих із ВХШ і ДК ( $31,0 \pm 2,9\%$  і  $20,6 \pm 2,9\%$  відповідно). Близькою до середньої по виборці, хоча і значно меншою в порівнянні з гастроентерологічною групою, виявилася поширеність у них невротичних розладів із затяжним перебігом ( $19,7 \pm 2,4\%$  проти  $24,5 \pm 1,3\%$  і  $26,5 \pm 3,5\%$  відповідно). Натомість гострі невротичні розлади у хворих із ТІА в порівнянні з іншими нозологічними групами зустрічалися достовірно найрідше ( $8,2 \pm 1,6\%$ ).

Суттєвими виявилися і розбіжності в структурі окремих неспсихотичних порушень психіки у хворих на різні соматичні захворювання. Результати дослідження структури реакцій психічної дезадаптації у хворих на соматичні захворювання по нозологічних групах представлені в табл. 2.

Загалом для хворих на гострі соматичні захворювання найбільш характерним варіантом реакцій психічної дезадаптації виявився астеничний ( $45,8 \pm 1,5\%$ ), приблизно однаково були представлені дистимічний та афективний — ( $24,8 \pm 1,3\%$  і  $45,8 \pm 1,5\%$  відповідно), і значно рідше — соматоформний ( $11,8 \pm 0,9\%$ ).

Однак для хворих на ВХШ і ДК найбільш типовим виявився дистимічний варіант РПД, що діагностувався достовірно частіше не тільки в своїй групі, а і в порівнянні з іншими ( $30,4 \pm 3,0\%$ ). Рідше у цих хворих діагностувалися астеничний та соматоформний варіанти НРПД ( $46,1 \pm 2,0\%$

і  $30,4 \pm 3,0\%$  відповідно), ще рідше — субдепресивний ( $18,6 \pm 1,5\%$ ).

У хворих же із ІХС саме афективний варіант НРПД був представлений найчастіше і зустрічався майже у третини пацієнтів ( $29,6 \pm 3,3\%$ ), а всі три інші варіанти реакцій психічної дезадаптації діагностувалися майже однаково рідко ( $5,1 \pm 1,6\%$  -  $7,7 \pm 1,9\%$ ).

В групі пацієнтів, хворих на ТІА на першому місці за частотою діагностування виявився астеничний варіант НРПД ( $12,3 \pm 3,3\%$ ), на другому — дистимічний ( $23,0 \pm 2,7\%$ ), рідко зустрічався афективний ( $27,9 \pm 1,7\%$ ) і ще рідше - соматоформний ( $8,1 \pm 2,0\%$ ).

Результати дослідження особливостей структури соматогенного астеничного симптомокомплексу у хворих на соматичні захворювання по нозологічних групах представлені в табл. 3.

В середньому у хворих на соматичні захворювання найчастіше представленим варіантом соматогенного астеничного симптомокомплексу виявився суто астеничний ( $31,7 \pm 0,9\%$ ), рідше зустрічалися астено-тривожний ( $27,7 \pm 0,8\%$ ) та астено-субдепресивний варіанти ( $42,4 \pm 0,7\%$ ), ще рідше — диссомнічний ( $16,1 \pm 0,5\%$ ).

Абсолютно превалюючим варіантом САСК у хворих на ВХШ і ДК виявився астеничний ( $61,8 \pm 2,2\%$  і  $31,7 \pm 0,9\%$  відповідно). Астено-субдепресивний, астено-тривожний та диссомнічний варіанти зустрічалися у них значно рідше (в  $20,6 \pm 1,5\%$  -  $5,9 \pm 1,1\%$  випадків).

Для хворих на ТІА найбільш характерними виявилися астено-тривожний та астено-субдепресивний варіанти САСК ( $42,6 \pm 1,8\%$  і  $34,4 \pm 1,7\%$  відповідно). Хоча і рідше, однак в порівнянні з іншими нозологічними групами достовірно найчастіше зустрічався у цих хворих диссомнічний варіант САСК ( $13,1 \pm 1,5\%$ ). Суто астеничний же мав місце лише у  $3,0 \pm 1,2\%$  пацієнтів цієї групи.

**Таблиця 2.**

*Співставлення структури нозогенних реакцій психічної дезадаптації у хворих на соматичні захворювання по нозологічних групах*

№ п/п	Варіанти НРПД	Показники	Нозологічні групи				
			ВХШ і ДК (n=102)	ІХС (n=106)	ІМ (n = 37)	ТІА (n=61)	Усього (n=306)
1.	Астеничний	абс	46	52	14	27	140
		%	$46,1 \pm 2,0$	$49,0 \pm 1,6$	$37,8 \pm 3,3$	$45,9 \pm 3,2$	$45,8 \pm 1,5$
2.	Соматоформний	абс	5	21	4	5	36
		%	$4,9 \pm 1,9$	$20,8 \pm 1,7$	$10,8 \pm 2,0$	$8,1 \pm 2,0$	$11,8 \pm 0,9$
3.	Тривожний	абс	30	20	12	13	76
		%	$30,4 \pm 3,0$	$18,9 \pm 1,9$	$32,4 \pm 3,3$	$23,0 \pm 2,7$	$24,8 \pm 1,3$
4.	Субдепресивний	абс	19	13	7	16	54
		%	$18,6 \pm 1,5$	$12,3 \pm 3,3$	$13,5 \pm 2,0$	$27,9 \pm 1,7$	$17,6 \pm 1,7$
5.	Усього	абс	100	106	37	61	306
		%	$98,0 \pm 2,5$	$100,9 \pm 1,6$	$100 \pm 2,0$	$100 \pm 2,7$	$100 \pm 1,8$



Таблиця 3.

Співставлення синдромологічної структури соматогенного астеничного симптомокомплексу у хворих на соматичні захворювання по нозологічних групах

№ п/п	Варіанти САСК	Показники	Нозологічні групи				
			ВХШ і ДК (n=102)	ІХС (n=106)	ІМ (n = 37)	ТІА (n=61)	Усього (n=306)
1.	Астеничний	абс	63	57	12	6	138
		%	61,8±2,2	53,8±1,1	32,4±3,3	9,8±1,2	31,7±0,9
2.	Астено-субдепресивний	абс	21	24	5	21	71
		%	20,6 ±1,5	22,6±0,7	13,5±2,0	34,4±1,7	24,5±0,7
3.	Астено-тривожний	абс	12	13	14	26	65
		%	11,8±1,2	12,3±1,6	37,8±3,3	42,6±1,8	27,7±0,8
4.	Диссомнічний	абс	6	12	6	8	32
		%	5,9±1,1	11,4±0,5	16,2±2,0	13,1±1,5	16,1±0,5
5.	Усього	абс	102	106	37	61	306
		%	100±2,9	100,1±2,1	100±3,0	100±2,9	100±1,4

Найбільш часто представленим у хворих на ІХС виявився астеничний варіант САСК (53,8±1,1%). В той же час, астено-тривожний, астено-субдепресивний та диссомнічний варіанти в цій нозологічній групі зустрічалися достовірно рідше, ніж в інших групах та в середньому по виборці (22,6±0,7% – 11,4±0,5%).

#### Висновки:

Отримані результати показали, що у всіх хворих на гострі соматичні стани спостерігаються

різноманітні порушення психічної сфери непсихотичного регістру.

Вони представлені у вигляді чотирьох основних груп: нозогенних реакцій психічної дезадаптації, соматогенного астеничного симптомокомплексу, гострих реакцій на стрес та розладів адаптації.

Клінічна феноменологія цих груп і патофизиологічні механізми їх формування мають послужити підґрунтям для формування системи психотерапевтичної корекції розладів психічної сфери у цих хворих.

#### Література:

- Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т.2, №1. — С.17-23.
- Кирюхин О.Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О.Л. Кирюхин, Н.А.Гасанов, Д.Р. Ракита // Клиническая медицина, — 2007. — №8. — С.29-32.
- Коростій В.І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях // Медична психологія. — 2013. — Т. 8, № 3 (31). — С. 56–63.
- Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // НейроNews. Психоневрологія и нейропсихиатрия. — 2010. — №5 (24). — С.83–90.
- Маркова М.В. Медико - психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу / М.В. Маркова, В.В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып. — 2008. — № 243. — С. 71–74.
- Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Мищенко В.Н. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // Международный неврологический журнал. — 2007, № 2 (12). — С. 26–30.
- Михайлов Б.В. Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип.2 (59). — С. 40–44.
- Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В., Волошин П.В., Марута Н.А. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. «Український вісник психоневрології», Том 22, випуск 1 (78), 2014. — С. 11–17.
- Напреєнко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). «Український вісник психоневрології», Том 22, випуск 1 (78), 2014. — С. 18–22.
- Ariyo A.A. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen et al // Circulation. — 2000 — 102:1773-9.
- Hackett M.L., Yapa C, Parag V. et al. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330–1340.

УДК: 616.895.8-08-027.557

## Диференційні підходи до медико-психіатричної реабілітації хворих на шизофренію, які отримують примусову амбулаторну допомогу



Гончар Т. О.

Гончар Т. О.

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

**Резюме.** У статті представлені диференційні підходи до лікування та психіатричної реабілітації хворих на шизофренію під час надання амбулаторної допомоги у примусовому порядку.

**Ключові слова:** примусове лікування, шизофренія, психіатрична реабілітація.

### Differential approaches to medical and psychiatric rehabilitation of patients with schizophrenia, who receive coercive outpatient care

Gonchar T. O.

National Medical Academy of Postgraduate Education of P.L. Shupyka

**Resume.** The article presents differential approaches to the cure and psychiatric rehabilitation of the patients with schizophrenia receiving compulsory outpatient treatment.

**Keywords:** compulsory treatment, Schizophrenia, psychiatric rehabilitation.

Аналіз літературних джерел свідчить, що США, Франція, Велика Британія та пострадянські країни мають та накопичують досвід щодо застосування терапевтичних заходів до тих, хто лікується примусово. Необхідність надання примусової психіатричної допомоги пацієнтам, які мають тяжкі психіатричні розлади, організація та впровадження таких заходів є найбільш складним завданням (Нагнибида А.Н., Нитруце М.И., 2000; Насинник О.А., 2007; Van den Berg, 2000).

Це обумовлено як самою природою психічних розладів, так й дією криничних та соціально-психологічних механізмів, що призводять до примусового лікування та уможливають його прогнозування з більшою об'єктивністю (Юрьева Л.Н., 1992; Santos A., Thrasher J., 2002). З іншого боку, медико-соціальна реабілітація пацієнтів, які страждають на психічну патологію, є зараз одним з найважливіших питань психіатрії, оскільки система медичних та немедичних заходів, метою яких є часткове або повне відновлення біологічного або соціального статусів тих, хто лікується примусово, отримала своє обґрунтування лише протягом останніх десяти років і не має ще досить чітких положень (Хрящев А.В., 1998; Насинник О.А., 2006).

До дослідження за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології були залучені 155 хворих на параноїдну шизофренію, які були розподілені між основною групою та групою порівняння.

Основну групу складали 80 досліджуваних, що лікувалися примусово. Групу порівняння

складали 75 хворих, які звернулися за психіатричною допомогою добровільно.

Для обох груп характерною є сімейна дезадаптація: 60 % пацієнтів основної групи ніколи не мали сім'ї, 31,25 % хворих були розлученими; відповідно у 53,3 % хворих на шизофренію, які були госпіталізовані у психіатричний стаціонар за власним бажанням, сім'я була відсутньою, а 28 % пацієнтів цієї групи були розлученими.

За показниками соціального стану встановлено, що на період госпіталізації в основній та порівняльній групах частки безробітних складалі відповідно 90 % та 86,67 %, інвалідами в зв'язку з психічним захворюванням були 55 % і 50,67 % хворих досліджуваних груп, доля працюючих у основній групі дорівнювала 10 %, а у групі порівняння — 13,33 %. Достовірних відмінностей між групами не відзначалось.

Отримані дані дослідження свідчать, що тривалість захворювання в основній та порівняльній групах складала до десяти років, а частка пацієнтів, кількість госпіталізацій яких була більше трьох, дорівнювала у основній групі 41,25 %, у групі порівняння — 46,67 %.

Аналізуючи типологію ендogenousного процесу, необхідно зазначити, що як і у пацієнтів, що були госпіталізовані примусово, так і у тих, хто звернувся по допомогу добровільно, переважав безперервний тип перебігу зі стабільним дефектом (відповідно 50 % та 56 % пацієнтів).

Встановлено, що як в основній групі, так і в групі порівняння переважали пацієнти з ведучими галюцинаторно-параноїдним (57,60 % та

60,00 % відповідно) та параноїдним (23,75 % та 26,67 % відповідно) синдромами, рідше в обох досліджуваних групах зустрічалися: психопатоподібний (6,25 % та 1,33 % відповідно), депресивно-параноїдний (5,00 % та 8,00 %), тривожно-депресивний (2,50 % та 1,33 %) та маніаформний (5,00 % та 2,67 %) синдроми.

Виявлено, що в клінічній картині психопатологічних розладів у хворих основної групи домінували виражені вербальні псевдогалюцинації імперативного змісту, маячні ідеї переслідування та впливу, величі, що супроводжувались порушенням поведінки, зумовлюючи таким чином соціальну дезадаптацію. В той же час у хворих порівняльної групи провідна психопатологічна симптоматика сполучалася зі зниженим афектом, тривожними симптомами та соматичними проявами.

Встановлено, що механізми формування розладів поведінки в хворих на шизофренію, що отримують психіатричну допомогу в примусовому порядку, в 71,25 % випадків були продуктивно-психотичними, в 28,75 % — негативно-особистісними. Доведено, що досліджувані основної групи в 60 % випадків проявляли агресію по відношенню до рідних, в той же час ізольована агресія по відношенню до оточуючих складала 28,75 %. У переважній більшості випадків (82,5 %) вербальна агресія поєднувалась з фізичною; лише в 17,5 % випадків агресія була вербальною.

Аналіз наведених даних демонструє широкий спектр розладів когнітивної діяльності: від активаційно-енергетичних до операційно-регуляторних із значною їх перевагою у пацієнтів основної групи. Чіткість прояву й вираження означених симптомів обумовлює порушення полягання мети, програмування і контролю психічної діяльності, що природним чином відбивається на соціальній адаптації досліджуваних.

Узагальнюючи дані результатів проведеного дослідження, можна стверджувати, що поєднана дія психопатологічних проявів в основній групі (вербальні псевдогалюцинації за імперативним змістом, маячні ідеї переслідування та впливу, поведінкові розлади) та явних порушень у когнітивній сфері, обумовлює різке зниження рівня соціальної адаптації і є синдромоутворюючим фактором примусового лікування. Знижений рівень соціального функціонування проявлявся вираженим соціальним відстороненням і утрудненням в особистих спілкуваннях, недостатнім доглядом за собою, відстороненням від домашніх справ, до повного виключення ведення домашнього господарства, відсутністю сексуальної зацікавленості або наявністю непорядкованих сексуальних відносин, зниженням інтересу та байдужістю до отримання роботи чи

продовження навчання, відсутністю цікавості до місцевих та світових подій.

Після стаціонарного етапу амбулаторне примусове лікування є відображенням найбільш коректного плану лікування і являє собою менш обмежуючу альтернативу.

На етапі підтримуючої терапії для хворих із галюцинаторно-параноїдною симптоматикою в деяких випадках призначалися похідні бензизоксазолу дозою 2–4 мг на добу. Якщо комплаєнтність була низькою, то призначалися похідні тіоксантену пролонгованої дії — 25–50 мг один раз на два тижні чи 200 мг один раз на чотири тижні.

Для хворих із депресивно-параноїдною симптоматикою використовувався флюпентиксол дигідрохлорид в дозі від 0,5 до 5 мг у відповідності з симптоматикою та флюпентиксол деканоат від 40 мг один раз в два тижні, амітріптілін 50 мг на добу.

Пацієнти із психопатоподібним синдромом приймали сонапакс із добовим дозуванням 30–75 мг з подальшим корегуванням доз; для хворих з маніаформним синдромом гарний результат досягався призначенням нормотиміків 600–800 мг на добу та кветіапіну дозою 200–400 мг на добу.

Необхідним є встановлення реабілітаційного діагнозу та загальної реабілітаційної цілі.

Психіатричний реабілітаційний діагноз встановлювався з метою визначити навички пацієнта та види підтримки, які існують в обраному ним середовищі: життя, навчання, соціальні відносини та робота. Діагноз складають три елементи: кінцева ціль реабілітації, оцінка функціонування та оцінка ресурсів підтримки.

Визначення загальної реабілітаційної цілі містила в собі оцінювання реабілітаційної готовності, вибір мети, перелік найважливіших навичок, основних можливостей, оцінювання використання можливостей.

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

Планування розвинення навичок, навчання й програмування містило систему навчальних дій, які робили пацієнта спроможним компетентно використовувати нові форми поведінки. Інший шлях надбання навичок — програмування — мав передумовою процес поступового підготовки пацієнта до використання наявних навичок потрібним чином.

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

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

Медикаментозна терапія та психокорегуюча робота добиралися індивідуально для кожного пацієнта у відповідності з його перевагами та із визначеними для нього цілями. В межах підходу для кожного пацієнта наголошувалось на важливості вибудови відносин та активного включення в те, щоб допомогти особам із довготривалими психічними захворюваннями покращити функціональні показники, краще

упоратися із симптомами, досягти особистої мети та зберегти оптимізм.

Для перевірки результатів впровадження алгоритму диференційованої медико-соціальної реабілітації в дослідження були включені 43 пацієнта із 80 осіб основної групи. Групу порівняння склали 37 хворих тієї ж групи, які не реабілітувалися за запропонованим алгоритмом.

Динаміка результатів медико-соціальної реабілітації наведена у табл. 2.

Встановлено, що сполучена дія психопатологічних проявів у пацієнтів основної групи (вербальні псевдогалюцинації імперативного змісту, маячні ідеї переслідування, впливу, величі, поведінкові розлади) та явних порушень у когнітивній сфері, зумовлює різке зниження рівня соціальної адаптації і є синдромоутворюючим фактором примусового лікування.

Результатом застосування розробленого алгоритму диференційованої поетапної

**Таблиця 1**

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

Провідний синдром	Реабілітаційна ціль	Методики розвинення навичок
Галюцинаторно-параноїдний	Покращення соціального функціонування пацієнта, координування ресурсів	Когнітивно-поведінкова психотерапія, сімейна психоосвіта, систематичне формування міжособистісних навичок з використанням принципів соціального засвоєння
Параноїдний	Покращення соціального функціонування пацієнта, координування ресурсів	Когнітивно-поведінкова психотерапія, тренінг соціальних навичок, сімейна психоосвіта
Психопатоподібний	Покращення міжособистісних взаємин	Бихевіоральна психотерапія, гештальттерапія, сімейна психоосвіта
Депресивно-параноїдний	Покращення соціального функціонування пацієнта, координування ресурсів	Когнітивно-поведінкова психотерапія, короткострокова позитивна психотерапія, сімейна психоосвіта, тренінг соціальних навичок
Маніаформний	Розвинення механізмів психологічної компенсації	Техніки короткострокової позитивної психотерапії, сімейна психоосвіта
Тривожно-депресивний	Розвинення механізмів психологічного захисту	Короткострокова позитивна психотерапія, гештальттерапія, сімейна психоосвіта

**Таблиця 2**

*Ефективність застосування алгоритму медико-соціальної реабілітації*

Показники	Основна група (n=43)	Контрольна група (n=37)
Соціальне відсторонення	(2,04±0,01)*	4,54±0,10
Догляд за собою	(2,11±0,01)*	3,81±0,06
Участь у домашніх справах	(3,16±0,03)*	4,51±0,09
Сексуальна роль	(2,50±0,01)*	4,34±0,14
Утруднення в особистих спілкуваннях	(3,33±0,03)*	4,22±0,10
Виконання роботи	(2,09±0,01)*	4,40±0,06
Інтерес до отримання роботи або повернення до роботи, навчання	(2,09±0,01)*	4,61±0,04
Зацікавленість та інформованість	(2,09±0,01)*	4,63±0,05

Примітка. \* — різниця достовірна між показниками основної та контрольної груп ( $p < 0,05$ ).



медико-соціальної реабілітації у пацієнтів став покращений матеріальний стан за рахунок працевлаштування, стійка нормалізація стосунків із рідними, покращення міжособистісних контактів за межами дому, підвищення зацікавленості суспільним життям.

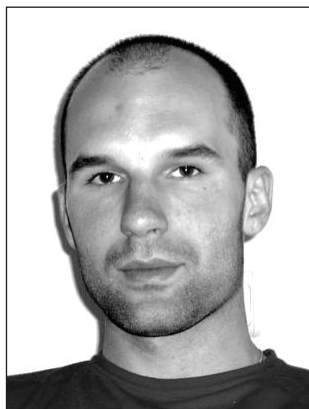
Обґрунтована доцільність впровадження алгоритму диференційованої поетапної

медико-соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на шизофренію, з урахуванням їх клініко-психопатологічних особливостей та соціального функціонування в процесі надання їм стаціонарної та амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку, що сприяє зниженню кількості регоспіталізацій, віктимізацій, запобіганню скоєння суспільно-небезпечних дій.

### Література

1. В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин, В.Я. Гиндикин, В.Д. Бадмаева. Современные проблемы подростковой судебной психиатрии: Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой — М., Медицинское информационное агентство, 2007. — С.15-25.
2. Де Тюрк Б., Ван ден Берг А. В защиту принудительного амбулаторного лечения/Вісник АПУ. — 2000. — №1. — С.45-67.
3. Дмитриев А.С. Некоторые принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в условиях принудительного лечения // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. — М. — 1982. — С.120-125.
4. Насинник О.А. Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке /Вісник АПУ. — 2002. — №2. — С.122-140.
5. Юрьева Л.Н. Критерии оценки психического состояния больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М. — 1990. — С.129-135.
6. Gerbasi, J.B., Bonnie, R.J., & Binder, R.L. (2000). Resource document on mandatory outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 127-144.
7. Ridgely, M.S., Borum, R., & Petrilla, J. (2001). The effectiveness of involuntary outpatient treatment. Empirical evidence and the experience of eight states. Santa Monica: RandHealth Communications.
8. Swanson, J.W., Swartz, M.S., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 473-491.

## Особливості проявів несуїцидальних самоушкоджень в клініці психічних розладів



Бондарчук А. Г.

**Бондарчук А. Г.**

Кафедра психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

**Резюме.** На основі огляду літературних даних і матеріалів власних досліджень в статті проведено розграничення основних варіантів аутоагресивного поведіння. Предложені критерії диференціації несуїцидальних самоповреждений і суїцидальних форм поведінки. Описані фактори ризику і критерії прогнозу несуїцидального аутоагресивного поведінки у хворих з розладами психіки.

**Ключевые слова:** несуїцидальное аутоагресивное поведіння, самоповреждения, расстройства психіки и поведінки, шизофрения.

### Manifestation features of non-suicidal self-injuries in mental disorders process

**Bondarchuk A.G.**

**Resume.** Differentiation of main features of autoaggressive behavior were reviewed in the article based on literature and author's investigation data. Differential criteria of non-suicidal self-injuries and suicidal behavior patterns were offered. Risk factors and prognosis criteria of non-suicidal autoaggressive behavior in patients with mental disorders were reviewed.

**Keywords:** non-suicidal autoaggressive behavior, self-injuries, mental and behavior disorders, schizophrenia.

#### Вступ

Фізичні самоушкодження у осіб з розладами психіки та поведінки є розповсюдженою медичною проблемою з якою у повсякденній практиці стикаються, як безпосередньо лікарі-психіатри, так і широкі коло спеціалістів інших клінічних спеціальностей.

На жаль поряд з великою кількістю праць присвячених проблемі суїциду, у спеціальній вітчизняній літературі практично не приділяється уваги проблемі несуїцидальної аутоагресивної поведінки (НАП), а короткі відомості які існують розчиняються в інформації з приводу феномену суїциду та пов'язаних з ним поведінкових феноменах.

Результатом недостатньої обізнаності у проблемі диференціації форм самоушкоджень стає проблема прогнозування ризику повторних аутоагресивних дій, оцінки їх походження та ролі в індивідуальній динаміці захворювання пацієнта, та неадекватного вибору медичного та психологічного втручання.

#### Огляд літератури

Однією з вагомих причин активного вивчення несуїцидальної аутоагресивної поведінки у світі є прогресуюче зростання частоти самоушкоджень.

На жаль, в межах України не проводилися відкриті епідеміологічні дослідження саме несуїцидальної аутоагресивної поведінки та навмисних самоушкоджень, як її результату. Але починаючи з 70-80-х років в багатьох закордонних

дослідженнях вивчалася епідеміологія наслідків НАП. Дослідники Канади, Англії, Данії і Сполучених Штатів Америки в термін часу з 1960 року показали прогресуюче збільшення частоти самоушкоджень серед населення [1-6].

Розповсюдженість несуїцидальних самоушкоджень за даними статистичних досліджень проведених у США за останні роки наближається до 2-4% у загальній популяції, натомість серед хворих на розлади психіки вона вже становить до 40% в залежності від типу та важкості розладу. Приблизно 70-75% пацієнтів з межовим розладом особистості, до 70% — з дисоціативними розладами, від 26 до 61% пацієнтів з розладами харчової поведінки, до 42% при великому депресивному розладі мають історію несуїцидальної аутоагресивної поведінки. [7]

З метою попередження та прогнозування ризику саморуйнівної поведінки необхідно відокремлювати навмисні самоушкодження від інших форм шкоди яку людина може наносити власному організму (наприклад, передозування наркотичними речовинами, самоотруєння, повішання і удушення з метою самогубства). Треба підкреслити, що аутоагресивна поведінка несуїцидального характеру виявляється прямим і навмисним знищенням або деформацією частин тіла без свідомого суїцидального наміру.

В 1998 американський психіатр Armando Favazza запропонував розподіл самоушкоджень при НАП на наступні три категорії: нанесення собі

важких каліцтв — включає самоосліплення (аутоенуклеацію), повну або часткову самоаутоампутацію кінцівок, та різного ступеню ушкодження статевих органів; стереотипове нанесення собі ушкоджень — у вигляді нанесення ударів головою об що-небудь, стереотипових самокусів, нанесення ударів по власному тілу, пошкодження очей, шкіри, висмикування волосся; компульсивне нанесення собі каліцтв від слабого до середнього ступеня важкості — коли пацієнти ріжуть, дряпають або обпалюють власну шкіру, встромляють в шкіру гострі предмети і т. ін. без значного ризику для власного життя. [8,9]

В результатах багатьох досліджень західних колег присвячених НАП простежується посилення авторів на комплексну природу аутоагресивної поведінки з метою провокування болю. Crabtree (1967) описав несуйцидальну аутоагресивну поведінку як «актуальну психотерапевтичну проблему». Nelson і Grunebaum (1971) визначали таку поведінку як «сумісну психіатричну і хірургічну проблему». Carr (1977) описує проблему аутоагресивної поведінки як «можливо саму драматичну й екстремальну форму хронічної людської патології». Maclean і Robertson (1976) переконували, що «самокалічення є більш небезпечним і суперечливим феноменом, ніж суйцид» [10-13].

НАП відмінна від суйцидальних форм саморуйнівної поведінки в поняттях наміру, методу, ризику для життя, і ступеня фізичного ушкодження та спотворювання. Аутоагресивні дії, які не пов'язані із суйцидальною поведінкою, можуть бути обумовлені різними мотивами і намірами суб'єкта, за винятком наміру припинення власного життя, неможливості однозначного виключення цього або його демонстрації. Поряд із «закликом» для зміни поведінки інших людей або залучення уваги до себе тут може бути присутньою наступна мотивація: зняття емоційної напруги, тривоги, абстиненції і т.ін. [14-17].

Велика кількість досліджень моделей поведінки, суттю яких є заподіяння собі шкоди, але не смерті привела до появи в суйцидології таких понять, як «парасуйцид», «хронічний суйцид», «протрагований суйцид», «органічний суйцид», «локальний суйцид», «саморуйнівна поведінка», «аутодеструктивна поведінка», «аутоагресивна поведінка» і ін. [18-21].

В закордонній науковій літературі частіше за інші використовується поняття аутодеструктивної (self-destructive behavior, self-mutilation, self-harm), або саморуйнівної поведінки як найбільш загальне. В деяких дослідженнях автори розуміють аутодеструктивну поведінку достатньо вузько — як активність з високим ризиком фізичного ушкодження. Тихоненко В.А. під «аутодеструктивною активністю» розуміє «небезпечні для життя дії, не пов'язані з усвідомленими уявленнями про

власну смерть». Американський дослідник N. Tabachnik, навпаки, визначає саморуйнівну поведінку, як здійснення «будь-яких дій, над якими людина має деякий реальний або потенційний вольовий контроль, та які сприяють просуванню індивіда в напрямку більш ранньої фізичної смерті». Ці визначення кажуть про важливість диференційованого підходу до навмисних самоушкоджень і включення в їхню систематику показників характеру суб'єктивної сторони аутоагресивної поведінки [22-25].

Несуйцидальна аутоагресивна поведінка, яка спостерігається у психічно хворих, проявляється різноманітними та поліморфними феноменами. Ці феномени інколи мають багато рис подібних до суйцидальних, а рештою є повною їм протилежністю.

Оскільки дослідниками і психіатрами-клініцистами вивчався феномен самокаліцтва, неодноразово здійснювалися спроби розробити класифікацію несуйцидальної аутоагресивної поведінки. Перша, найбільш рання класифікація була розроблена Menninger, та опублікована в 1935 році. Вона містила в собі розподілення різних форм самоушкоджень на шість категорій: (1) самоушкодження при неврозах, що включало такі види поведінки як пошкодження нігтів, шкіри, висмикування волосся яке спотворює зовнішність (що не потребує хірургічного втручання); (2) «релігійні самоушкодження, як наприклад аскетичне самобичування і статеві самокаліцтва; (3) «обряди полові зрілості», такі як обрізання та інші; (4) самокаліцтва у психотичних хворих: аутоенокуляція, самоушкодження вух, статеві самокаліцтва, і ампутації кінцівок; (5) самокаліцтво при органічних психічних розладах: навмисні переломи пальців і аутоенокуляція у хворих, що страждають енцефалітом; (6) самозміни у здорових індивідів [26].

Схема Menninger'a у своєму контексті охоплювала великий спектр різних психічних розладів. В формулюванні його класифікації були вказівки на взаємозв'язок як мінімум чотирьох факторів: (1) важкості і виду психологічних або фізіологічних розладів у індивіда; (2) субкультуральний аспект індивіда і значення аутодеструктивних дій в межах контексту психічного розладу; (3) ступінь самоушкоджень і фізичне розташування на тілі; і (4) специфічні психодинамічні детермінанти НАП.

Подібно до будь-якої нозологічної схеми, класифікація Menninger'a мала свої вагомні очевидні недоліки. Категорії Menninger'a не були взаємовиключними та в переліку визначених категорій не була врахована така важлива і велика група хворих як розумово відсталі. Незважаючи на критичні зауваження які існували, класифікація Menninger'a зіграла важливу роль у диференціації аутодеструктивних феноменів. Формулювання понять аутоагресивної поведінки Menninger'a

щільно закріпилися і були використані багатьма дослідниками. Факт того що його категорії використовувалися ще на протязі більш 50 років після їхнього введення, вказує на важливу наукову значимість цієї класифікації.

Більш близька до теперішнього часу спроба класифікації була зроблена в іншому напрямку. Ross і McKay (1979) використали динамічний образотворчий підхід в розподілі усіх видів несуйцидальних аутоагресивних дій на дев'ять категорій. У кожній категорії був описаний вид дій, які виконувалися для реалізації акта самоушкодження. Ці категорії включали до себе: різання, проколювання, здирання, перерізання, введення предметів, припікання, проковтування або вдихання, биття, стискання. У цій класифікації не здійснювалися спроби розподілити дії по категоріях поведінки відповідно до рівня занепокоєння, субкультурального контексту, або психодинамічних детермінант. Ross і McKay пояснювали свій підхід як протиставлення попереднім спробам класифікувати несуйцидальні аутоагресивні феномени [27].

В додаток до спроб розробити класифікацію НАП, у літературі міститься цілий ряд формальних визначень такої поведінки. У роботах деяких авторів наголошується на фізичному виконанні ушкодження: наприклад «самоушкодження — певні дії індивіда, якими він, безпосередньо, прагне позбавити себе деякої частини тіла» (Phillips & Alkan, 1961). Інші автори підкреслювали інтенціональність і нелетальність дій, аутоагресивна поведінка описується як «нефатальне, навмисне самоушкодження» (Morgan, Burns-Cix, Poccock & Pottle, 1975). Як Lester (1972) так і Ross і McKay (1979) наголошували на вагомих розходженнях між аутоагресивною несуйцидальною і суїцидальною поведінкою [28-30].

В інших роботах автори посилалися на суспільні наслідки аутоагресивної поведінки, підкреслюючи, що НАП є «соціально неприйнятною зміною фізичної форми» (Phillips & Alkan, 1961). Об'єднання всіх цих особливостей у єдиному твердженні призвело до розробки наступної дефініції: «несуйцидальна аутоагресивна поведінка — небезпечна, загрозлива поведінка, що приводить до тілесного ушкодження, порушення функціонування органів або організму в цілому, або спотворенню, та є соціально неприйнятною» [31].

Одну з останніх класифікацій саме несуйцидальної аутоагресивної поведінки запропонував саме Favazza. В цій класифікації один з п'яти варіантів НАП встановлюється з урахуванням особливостей поведінки, що призводить до фізичної шкоди органам, оцінки нанесеної собі пацієнтом шкоди, частоти повторюваності, особливостей психопатологічного патерну самої поведінки та розладу на фоні якого виникають саме дії пов'язані з самоушкодженням [32,33].

Цю класифікацію можна вважати однією з найбільш корисних на теперішній час в плані її використання у клінічній практиці лікарів — психіатрів і фахівців інших галузей у медицині та психології.

Таким чином, в клінічній практиці суїцидальна та несуйцидальна форми аутоагресивної поведінки часто мають подібні зовнішні прояви, тому завжди потребують ретельного аналізу з подальшою їх диференціацією, що є необхідним для правильного прогнозу ризику несуйцидальної аутоагресивної поведінки та раціонального вибору заходів попередження фізичної травматизації пацієнтів.

### Результати власних досліджень

В результаті обстеження 200 пацієнтів з встановленим діагнозом параноїдної шизофренії та різноманітними проявами в картині захворювання як суїцидальних феноменів так і НАП нам вдалося виділити психопатологічні особливості які впливали на характер самоушкодження та швидкість розвитку аутоагресивної поведінки.

Несуйцидальні самоушкодження зазвичай наносилися шляхом використання тупих, гострих, гарячих предметів, зубів, нігтів. Таким чином основними формами їх були поверхневі множинні самопорізи (35%), самоопіки (16%), нанесення синців (10%), подряпини (22%), спроби з метою нанесення серйозних ушкоджень погрожуючих цілісності внутрішніх органів та органів відчуттів (17%).

Реалізація суїцидальних спроб на відміну від НАП відбувалася переважно шляхом глибоких самопорізів (52%), самоповішення (26%), самоотруєння побутовими або медикаментозними засобами (22%).

За ознакою обумовленості НАП характерною продуктивною психопатологічною симптоматикою нами були виділені 5 основних клініко-психопатологічних варіантів НАП: маревний, галюцинаторний, афектогенний, компульсивний та кататонічний.

При маревному варіанті НАП факторами провокуючими самоушкодження були: особливості маревної фабули, частіше з домінантою релігійного компонента або ідей провини, гріховності. В окремих випадках аутоагресивна поведінка реалізовувалася хворими з маніпулятивною метою в межах особливостей окремої маревної настанови. При цьому варіанті НАП, внаслідок самопоранень була характерною загроза життю пацієнта або ризик фізичної інвалідизації.

При галюцинаторному варіанті НАП факторами які провокували самоушкодження були вербальні імперативні галюцинації. Як і при маревному, внаслідок реалізованих самопоранень була характерною загроза життю або ризик фізичної інвалідизації пацієнта.



При компульсивному варіанті НАП поряд з галюцинаторною та параноїдною симптоматикою простежувалися включення obsесивно-компульсивної симптоматики, які відповідали за аутодеструктивні тенденції та дії. При даному варіанті НАП аутоагресивні тенденції та реалізовані самоушкодження пацієнтів носили характер таких проявів, що повторювалися та були ритуалізованими, виникали вони на тлі дисморфоманічних проявів, нав'язливостей. В цій групі хворих переважали самопошкодження середнього ступеню тяжкості.

При афективному варіанті НАП найбільш частими психопатологічними симптомами які провокували НАП були порушення настрою у формі дисфорії, станів гніву на тлі явищ деперсоналізації, дереалізації. На висоті напруженості, афективна розрядка реалізовувалася в формі імпульсивних самоушкоджень. Ступінь тяжкості самопошкоджень внаслідок НАП коливався від незначних до погрозливих життю пацієнта.

Для кататонічного варіанту НАП психопатологічним підґрунтям для аутодеструктивних дій була виражена кататонічна та апатико-абулічна симптоматика, на фоні вираженого емоційно-вольового дефіциту. Акти самоушкодження не відрізнялися складною структурою, та мали здатність неодноразово повторюватися протягом коротких проміжків часу. Самоушкодження зазвичай мали поверхневий характер, легку ступінь важкості фізичної шкоди.

За швидкістю та особливостями розвитку несуїцидальної аутоагресивної поведінки було виділено 3 основних типи формування НАП: гострий, підгострий та хронічний.

При гострому типі формування НАП зазвичай поява аутоагресивних проявів мала швидкий, часто миттєвий характер та в зовнішніх проявах ініціювалася від секунд, як при станах імпульсивного збудження, до декількох годин при загостреннях маревної та галюцинаторної симптоматики, або розгорталася на тлі афективної напруженості, в тривожно-ажитованому стані у пацієнтів з вираженими змінами особистості, зазвичай за експлозивним типом.

Для підгострого типу формування НАП були характерні для розвитку тривалі терміни часу (від декількох діб до місяців) при окремих варіантах розвитку марення та галюцинаторної симптоматики, компульсивних самоушкодженнях та кататонічних включеннях.

Поступовий тип формування НАП був найбільш характерним для компульсивних феноменів та станів вираженої дефіцитарної симптоматики з фіксацією кататонічних проявів в межах параноїдного процесу. Для поступового типу формування було характерним подальше рецидивування НАП за типом кліше.

Слід вказати на важливу роль психопатологічних змін особистості в розвитку несуїцидальних та суїцидальних варіантів аутоагресії. На тлі особистісних змін та на висоті афективної напруженості в сукупності з деперсоналізаційними розладами у хворих виникали аутоагресивні спалахи. На відміну від основної групи, в групі хворих без НАП достовірно рідко виявлялися виражені психопатологічні зміни з експлозивними варіантами реагування, суїцидальні спроби реалізовувалися цілеспрямовано, відповідно відносній збереженості особистісних особливостей пацієнта. Визначені відмінності суїцидальної та несуїцидальної аутоагресивної поведінки рекомендовано використовувати для диференціювання цих типів аутоагресії з метою профілактики травматизації хворих.

Поглиблене дослідження анамнестичних даних з акцентом на прояви аутоагресивних ідеацій, тенденцій і дій, та факти попередніх епізодів аутоагресивної поведінки є необхідним для подальшого прогнозування можливого її виникнення. Для попередньої оцінки можливого ризику НАП важливим є вивчення комплексу системи віри пацієнта і маревної переконаності. Особливої уваги заслуговують домінуючі в переживаннях пацієнта маревні теми провини й гріховності, особливо ті що пов'язані із сексуальним підтекстом ( $p < 0,05$ ). Присутність галюцинаторних імперативів також ( $p < 0,05$ ) — один з вагомих і частих предикторів можливої аутоагресії. В усіх випадках лікар повинен провести попередню оцінку ступіня наявної критичності пацієнта до основних ознак свого захворювання, суб'єктивне відношення до галюцинаторної симптоматики, здатність пручатися командам. Пацієнти з галюцинаторно-маревною симптоматикою яка пов'язана з наявністю в переживаннях божественної або іншої могутньої сили, також представляють групу високого рівня ризику скоєння самоушкоджень ( $p < 0,05$ ). Природа патологічного досвіду у таких пацієнтів часто призводить до складностей в ідентифікації ризику аутодеструктивних дій клінічними працівниками або членами родини. Слід також звернути увагу на те що божественний або екстатичний досвід ( $p < 0,05$ ) зустрічається пацієнтом зазвичай з найменшим психологічним опірором, і ослаблює спроби критичного відношення до психотичної симптоматики зазначеного змісту.

В заключення слід сказати, що нашу думку комплексний і всебічний підхід до розгляду феномену НАП повинен включати до себе інтегрований аналіз усіх форм, видів та варіантів самоушкоджень в залежності від обставин, особливостей психічного розладу та особистісних особливостей. Необхідно підкреслити, що глибокий аналіз переживань хворого, детальне вивчення фабули розладу психіки, «внутрішньої

картини захворювання», своєчасна їхня оцінка, зіставлення із психопатологічними особливостями мають важливе значення для визначення рівня ризику аутоагресивної поведінки, а отже, і для попередження її наслідків у пацієнтів з психічними розладами.

### Література

1. Bille-Brahe U. Persons attempting suicide as clients in the Danish welfare system // *Social Psychiatry*. — 1982. — №17. — P.181.
2. Clendenin W. W., Murphy G. E. Wrist cutting // *Archives of General Psychiatry*. — 1971. — №25 — P.465.
3. Johnson F. G., Ferrence F., Whitehead P. C. Self-injury: Identification and intervention // *Canadian Psychiatric Association Journal*. — 1973. — №18. — P.101.
4. Johnson F. G., Frankel B. G., Ferrence R. G., Jarvis G. K., Whitehead P. C. Self-injury in London, Canada: A prospective study // *Canadian Journal of Public Health*. — 1975. — №66. — P.307.
5. Morgan H. G., Barton J., Pottle S., Burns-Cox C. J. Deliberate self-harm: A follow-up study of 279 patients // *British Journal of Psychiatry*. — 1976. — №128. — P.361.
6. Weissman M. Wrist cutting // *Archives of General Psychiatry*. — 1975. — №32. — P.1166.
7. Patrick L. Kerr, Jennifer J. Muehlenkamp, James M. Turner. Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians // *The Journal of the American Board of Family Medicine*. — March-April 2010 — vol. 23 no. 2 — P. 240-259
8. Favazza A. R. Normal and deviant self-mutilation // *Transcultural Psychiatric Research Review*. — 1989. — №26. — P.113-127.
9. Favazza A. R. The coming of age of self-mutilation // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1998. — Vol.5, №186. — P.259-268.
10. Carr E. G. The motivation of self-injurious behavior // *Psychological Bulletin*. — 1977. — №84. — P.800.
11. Crabtree L. H. A psychotherapeutic encounter with a self-mutilating patient // *Psychiatry*. — 1967. — №30. — P.91.
12. Maclean G., Robertson B. M. Self-enucleation and psychosis // *Archives of General Psychiatry*. — 1976. — №33. — P.242.
13. Nelson S. H., Grunebaum H. A follow-up study of wrist slashers // *American Journal of Psychiatry*. — 1971. — №127. — P.1345.
14. Войцех В. Ф. Клинико-психопатологическая характеристика пациентов с суицидальными наклонностями. Аффективные и шизоаффективные психозы. — М., 1998. — С. 11-19
15. Пилягина Г.Я. Многоликость саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов) // *Таврич. журн. психиатрии*. — 2002. — Т.6, №2(19). — С. 52.
16. Бондарчук А.Г. Клініко-психопатологічні особливості аутоагресивної поведінки несуйцидального характеру у хворих на параноїдну шизофренію // *Експериментальна і клінічна медицина*. — 2005. — №2. — С.135-139.
17. Бондарчук А.Г. Порівняльний аналіз клініко-психопатологічних особливостей у хворих на параноїдну шизофренію з суїцидальною та несуйцидальною аутоагресивною поведінкою // *Психічне здоров'я*. — 2005. — №4(9). — С.28-30.
18. Агазаде Н. В., Гасанов А. Х. Применение батареи психологических методик для активного выявления суицидальных тенденций // *Проблемы неотложной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конференции*, 23—25 декабря 1985. — М., 1985. — С. 52—54.
19. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1989.
20. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. — М., 1980. — С. 2
21. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: Когито-Центр, 2001. — С. 270.
22. Kehrberg C. Self-mutilating behavior // *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. — 1997. — Vol.3, №10. — P.35-40.
23. Shearer S.L. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1994. — №182. — P.524-526.
24. Akhtar S., Hastings B. W. Life threatening self-mutilation of the nose // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1978. — №39. — P.676.
25. French A. P., Nelson H. L. Genital self-mutilation in women // *Archives of General Psychiatry*. — 1972. — №27. — P.618.
26. Menninger K. A. A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations // *Psychoanalytic Quarterly*. — 1935. — №4. — P.408.
27. Ross R. R., McKay H. B. Self-mutilation // *Lexington, MA: Lexington Books*. — 1979. — P.5.
28. Phillips R., Muzaffer A. Some aspects of self-mutilation in the general population of a large psychiatric hospital // *Psychiatric Quarterly*. — 1961. — №35. — P.421-423.
29. Lester D. Self-mutilating behavior // *Psychological Bulletin*. — 1972- №2. — P.119.
30. Walsh B.W., Rosen P. Self-mutilation: Theory, research, and treatment // *New York: Guilford*. — 1988. — P.18.
31. Phillips R. H., Alkan M. Self-mutilation in the hospital // *Psychiatric Quarterly*. — 1961. — №34. — P.389.
32. Favazza A. R. Normal and deviant self-mutilation // *Transcultural Psychiatric Research Review*. — 1989. — №26. — P.113-127.
33. Favazza A. R. The coming of age of self-mutilation // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1998. — Vol.5, №186. — P.259-268.

## Нейрокогнитивные корреляты психопатологических дименсий шизофрении: обзор литературы

Нестерович А.Н.<sup>1</sup>, Обьедков В.Г.<sup>2</sup>, Дзеружинская Н.А.<sup>3</sup>, Молчанова Е.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр психического здоровья

<sup>2</sup> Белорусский Государственный медицинский университет

<sup>3</sup> Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

**Резюме.** Дименціональна модель шизофренії припускає існування декількох незалежних симптоматичних патернів в клінічній картині захворювання: позитивні симптоми, негативні симптоми, дезорганізація. Результати багатьох досліджень свідчать про специфічні нейрофізіологічні і когнітивні аномалії, що характерні для кожної з клінічних дименсій. В статті наведено огляд літератури, яка присвячена дослідженням когнітивних порушень при шизофренії в контексті дименціональної моделі.

**Ключові слова:** шизофренія, дименціональна модель, дименсії, когнітивні функції, нейрокогнітивні кореляти.

## Neurocognitive correlates of schizophrenia psychopathological dimensions: literature review

Nesterovich A.N.<sup>1</sup>, Obyedkov V.G.<sup>2</sup>, Dzeruzhinskaya N.A.<sup>3</sup>, Molchanova E.A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Republican Scientific and Practical Center for Mental Health

<sup>2</sup> Belarusian State Medical University

<sup>3</sup> National Medical University named after A.A. Bogomoltsa

**Resume.** Dimensional model of schizophrenia suggests several independent symptomatic patterns in clinical performance of the disease: positive symptoms, negative symptoms and disorganization. Great numbers of investigations reveal existence of specific neurophysiologic and cognitive anomalies which are characteristic for each clinical dimension. In the article literature review is given, which is dedicated to the investigation of cognitive disorders in schizophrenia in the context of the dimensional model.

**Keywords:** schizophrenia, dimensional model, dimensions, cognitive functions, neurocognitive correlates.

Феномен клинической гетерогенности шизофрении активно дискутируется в научных кругах международного сообщества как проблема, затрагивающая вопросы нозологического единства заболевания, специфичности его диагностических критериев и уникальности позиции среди расстройств шизофренического спектра. Полиморфизм фенотипических проявлений шизофрении значительно затрудняет объективизацию генетических, нейрофизиологических и нейрокогнитивных исследований и зачастую является причиной низкой воспроизводимости и даже противоречивости полученных данных.

Использование факторного анализа позволило частично решить данную проблему и выделить в полиморфной структуре шизофрении несколько консолидированных симптоматических паттернов, изменяющихся совместно. Результатом этого стало создание дименциональной модели шизофрении, ставшей альтернативой традиционному категориальному подходу и позволяющей воспроизвести весь спектр клинических проявлений заболевания в многомерной системе психопатологических измерений, т.н. «дименсий» (*dimension (англ.) — измерение, размерность, протяжение*). «Дименсии» представляют собой относительно независимые симптоматические паттерны,

характеризующиеся собственной динамикой, ответом на лечение и представляющие собой различные мишени терапевтического воздействия. В 2005 году экспертами ВОЗ регламентирована трехфакторная дименциональная модель шизофрении, основанная на концепции Bilder (1985) [10] и Liddle (1987) [45], и включающая три «классических» психопатологических дименсии: позитивные симптомы (бред, галлюцинации), негативные симптомы (аффективное уплощение, абулия-апатия, бедность речи, ангедония-асоциальность) и «дезорганізація» (странное поведение, формальные расстройства мышления: смысловые соскальзывания, паралогичность, обстоятельность, ответы по касательной, речевой напор и др.) [2].

Результаты эмпирических исследований позволили предполагать автономность патогенетических механизмов каждой из психопатологических дименсий шизофрении, их специфический морфологический субстрат и соответствующие паттерны когнитивной и перцептивной дисфункции. На протяжении последних десятилетий накапливается все больше данных о том, что когнитивные нарушения при шизофрении не однотипны и проявляют специфичность в отношении различных симптоматических размерностей, однако результаты соответствующих исследований

обширны и противоречивы. Валидизация нейрокогнитивных коррелятов различных психопатологических дименсий шизофрении представляет собой актуальную задачу, т.к. позволит оптимизировать существующие стратегии реабилитации и лечения с учетом доминирующего симптоматического паттерна в клинической картине каждого отдельного пациента.

**Цель данной работы** — провести анализ литературы, посвященной исследованиям когнитивных нарушений при шизофрении в контексте дименсиональной модели.

**Метод.** Поиск соответствующих публикаций производился в электронных базах данных «Scopus» и «SpringerLink» с 1980 по 2014 гг. путем комбинации ключевых слов и словосочетаний: шизофрения, дименсиональная модель, дименсии, симптомы, нейрокогнитивные корреляты, когнитивные функции, внимание, память.

В фокусе внимания исследователей шизофрении на протяжении нескольких десятилетий находилось несколько паттернов когнитивной дисфункции: внимание, память, исполнительские функции, речь, зрительно-пространственное восприятие, моторные функции и др. [36]. Среди них наиболее широко изучаемыми при шизофрении оказались особенности исполнительских функций и рабочей памяти.

Исполнительские функции относятся к когнитивным конструктам высшего порядка, позволяющим оперировать целыми блоками иных когнитивных составляющих, таких как оперативная память, способность анализировать и рационально рассуждать, способность «переключаться» между несколькими мыслительными концептами либо одновременно думать о нескольких задачах (англ., «task flexibility»), способность решать текущие задачи, прибегая к логике и интерпретации, способность адаптироваться к новым ситуациям, планировать, намеренно и избирательно вовлекаться в определенные виды деятельности, «тормозя» при этом ненужные/неуместные реакции. Нарушения каждой из перечисленных функций могут иметь соответствующие поведенческие «эквиваленты», отражающие дефект социального функционирования пациента и крайнюю субъективность его мировосприятия. Norman и Shallice (1980) предложили модель исполнительских функций, основанную на представлении о том, каким образом активируется/подавляется схема «мысль–действие» в зависимости от обстоятельств, создаваемых окружающей средой. В соответствии с данной моделью функция Contention Scheduling (планирование конкурирующих ответов),

обеспечивает автоматические реакции индивида при выполнении им рутинных, хорошо изученных действий, а контролирующая ее система высшего внимания (англ., Supervisory Attentional System) позволяет активировать схему в новых и уникальных для индивида ситуациях [57]. Оперативная память представляет собой динамическую систему, в которой информация одновременно хранится и активно используется; ее функциями являются избирательное внимание, удержание текущих событий в памяти и интеграция их с данными, хранящимися в долговременной памяти — данные процессы являются необходимыми для осуществления намеренных действий, языковой функции, способности осмысливать информацию и рассуждать [4].

Морфологическим субстратом исполнительской функции и рабочей памяти считается кора лобной доли головного мозга [19]. Эмпирические наблюдения 1990-х годов свидетельствуют о тесной сопряженности аномалий исполнительской функции при шизофрении с т.н. «лобными» нарушениями в клинической картине заболевания: абулия, снижение спонтанности, ригидность мышления, неправильное построение умозаключений [9], — подобная ассоциация с негативными симптомами шизофрении воспроизводилась неоднократно [6, 58], так же как и связь с низким качеством жизни пациента [57] и низким уровнем его социального и профессионального функционирования [26]. Тем не менее, в других работах нарушения исполнительской функции при шизофрении проявили связь с дименсией дезорганизации [25, 72], что интерпретируется как неспособность пациента планировать разговор и подавлять неподходящие ответы и реакции. В своем обзоре литературы Dibben C. [22] в соавт. подсчитали, что исполнительская дисфункция проявила связь с негативными симптомами шизофрении в 83-х исследованиях и с симптомами дезорганизации в 40-х исследованиях. Frith C. [27] (1992) утверждал, что определенные позитивные симптомы шизофрении, такие как чувство управления извне и слуховые галлюцинации также могут отражать специфическую форму лобной/ исполнительской дисфункции как неспособность пациента мониторировать собственные волевые намерения. Ряд исследований подтвердили связь позитивных симптомов с нарушениями исполнительской функции [35, 77], хотя большинство работ данную связь опровергают [18, 23, 25, 46, 55].

Donohoe и Robertson (2003) [24] предположили, что противоречивость результатов подобных исследований является следствием того, что исполнительские функции принято



рассматривать как единый процесс, в то время как их структура крайне неоднородна и включает несколько когнитивных составляющих: торможение ответа (англ., response inhibition), «переключение» (англ., set shifting), оперативная память, планирование, инициализация поведения, направленного на решение проблемы, система поддержания внимания, формирование концепта, абстракция, способность к дедукции, категоризация и креативность [19]. Данная концепция, известная как фракционированная модель исполнительских функций, была подтверждена в различных исследованиях с помощью факторного анализа: так Chan R. в соавт. (2004), исследуя когнитивные функции у лиц, страдающих шизофренией, выявили три фактора: семантическое ингибирование (англ. semantic inhibition), торможение действия (англ. action inhibition) и генерация «выхода» (англ. output generation), т.е. результирующее поведение [18]. В контексте фракционированной модели исполнительских функций негативные симптомы шизофрении проявили связь с дефицитом таких когнитивных составляющих как торможение действия [23], инициация реакции [18, 32] и вербальная «беглость» (включающая оба предыдущих компонента) [16]. Дименсия дезорганизации в работе Liddle в соавт. (1991) обнаружила связь с дефицитом торможения действия, «переключения» и вербальной беглости [46], а в работе Greenwood K. в соавт. (2008) — с дефицитом инициации реакции и способности к планированию [32]. В работе Clark L. в соавт. [19] (2010) факторный анализ показателей исполнительских функций в соответствии с батареей нейрокогнитивных тестов Delis Kaplan Executive Function System (D-KEFS) при шизофрении позволил выделить два фактора: первый из них — торможение действия и «переключение» — коррелировал с выраженностью как негативных симптомов, так и дименсии дезорганизации по шкале PANSS, в то время как второй фактор — «гибкость» (англ., «flexibility») — проявил корреляцию исключительно с дименсией дезорганизации.

Результаты многочисленных исследований указывают на то, что негативные симптомы шизофрении ассоциированы с низкими показателями выполнения задач на рабочую память в тестах Delayed Response Task (DRT<sup>1</sup>) [51, 61],

Trail Making Test (TMT<sup>2</sup>) [49, 59], Verbal Fluency test (тест беглости речевых ответов<sup>3</sup>) [12, 46, 59] и Wisconsin Card Sorting Test (WCST<sup>4</sup>, Висконсинский тест сортировки карточек) [11, 20]. Показана связь негативной симптоматики с аномалиями зрительно-пространственной памяти [51, 61], долгосрочной памяти [10], а также с нарушениями внимания, моторных функций и низким уровнем интеллекта [6, 34]. O'Leary в 2000г. в своем исследовании когнитивных коррелятов дименсий шизофрении обнаружил, что негативные симптомы связаны с ошибками при выполнении тестов на вербальное обучение и вербальную память (Wechsler Memory Scale, Rey Auditory Verbal learning test), беглость речевых ответов (Controlled Oral Word Association Test) и зрительно-моторные функции (Continuous performance task<sup>5</sup> — the Circle A test, Halstead-Reitan Battery) [59].

Дименсия дезорганизации при шизофрении в различных исследованиях проявила связь с низкими показателями выполнения тестов Delayed Response Task (DRT) [51, 69], Continuous Performance Task (CPT) [50], а также Stroop Colour-Word Test (тест цветовой интерференции Струпа); последний инструмент отражает продуктивность межполушарного взаимодействия в процессе выполнения задач на распознавание вербальных стимулов<sup>6</sup> [7]. Кроме того, как и для негативных симптомов, обнаружена ассоциация симптомов дезорганизации с нарушением внимания и моторных функций [6, 34] и сниженным уровнем интеллекта [59]. Одной из часто повторяющихся находок при шизофрении является связь симптомов дезорганизации по шкале

2 В тесте TMT (тест на зрительно-моторную координацию) обследуемому предлагается как можно быстрее воспроизвести в порядковой последовательности набор цифр/букв, расположенных «вразнобой».

3 В тесте беглости речевых ответов испытуемому предлагается произнести как можно больше слов за ограниченный промежуток времени (60 секунд), при этом задание усложняется семантическими либо фонемными ограничениями (например, называть только животных, либо фрукты, или слова на букву р и др.). Оценивается вербальная ассоциативная продуктивность и нарушения лексической системы.

4 Тест WCST оценивает способность пациента распознавать задаваемые компьютером правила сортировки карточек в группы по признакам сходства/различия (количество, форма, цвет), способность следовать обнаруженным правилам и переключаться при изменении правил.

5 Тест CPT оценивает способность обследуемого поддерживать уровень направленного внимания, а также избирательность внимания: предлагается серия однообразных, повторяющихся стимулов (цифры, звуки), на часть из них («мишени») необходимо реагировать, на другие же («ложные») — не отвечать.

6 В тесте цветовой интерференции Струпа пациенту предлагается прочесть слова, обозначающие определенный цвет, при этом сами слова имеют «окраску», не совпадающую с их смысловым значением. Испытуемый вынужден «подавлять» желание называть слова в соответствии с их цветом.

1 В тесте DRT (тест на отсроченное воспроизведение) обследуемому предлагается воспроизвести информацию, которая была предъявлена ранее (по прошествии определенного промежутка времени).

PANSS с количеством персеверативных ошибок в тесте WCST [8, 14, 46], что отражает неспособность пациента использовать опыт предыдущих ошибок для коррекции хода выполняемых действий. Тем не менее, данная связь имеет свои опровержения [31].

«Перекрытие» паттернов когнитивных нарушений, специфичных для дименсий дезорганизации и негативных симптомов, отмечается многими авторами [24, 53], при этом актуальной задачей остается обнаружение нейрокогнитивных инструментов, позволяющих максимально «разделить» обе дименсии и показать уникальность их патофизиологического субстрата. Liddle [48] считал, что негативные симптомы шизофрении, отражающие синдром «лобной апатии» (англ., frontal lobe apathy), должны быть преимущественно сопряжены со сложностями при выполнении задач, требующих обобщения (генерализации) ответов, как в тестах на беглость речи, в то время как дезорганизация, отражающая «синдром лобного растормаживания» (англ., frontal disinhibition syndrome), должна быть связана с ошибками при выполнении задач, требующих подавления доминирующего типа реакции, как, например, в тесте цветовой интерференции Струпа.

Cameron A. в соавт. [15] (2002) изучали когнитивные корреляты всех трех психопатологических дименсий шизофрении и установили, что выраженность негативных симптомов по шкале PANSS коррелирует со сниженной способностью испытуемых воспроизводить слова в задании на вербальную беглость (Excluded Letter Fluency task, ELF), в правильном порядке оперировать набором букв и цифр в Trail Making Test (TMT), а также с низкими показателями выполнения теста Telephone Search with Counting dual task и нарушениями зрительно-пространственной рабочей памяти в условиях без отвлекающих элементов (Delayed Response working memory task). Выраженность продуктивной психотической симптоматики не обнаружила корреляции с какими либо когнитивными дисфункциями. Выраженность дименсии дезорганизации по шкале PANSS (концептуальная дезорганизация, трудности абстрактного мышления, дезориентация, сниженное внимание) коррелировала с нарушениями зрительно-пространственной рабочей памяти в условиях с отвлекающими элементами (Delayed Response working memory task), нарушенной способностью «тормозить» неуместные стимулы в процессе выполнения ELF, делать правильные умозаключения относительно истинности простых декларативных утверждений (Speed of Comprehension task), а также с количеством персеверативных ошибок в WCST. Тест Speed

of Comprehension task отражает процесс обработки информации в рабочей памяти и требует испытуемого задействовать перенос информации из долговременной памяти в кратковременную [3]. Неспособность пациента получить «доступ» к долговременной памяти говорит о нарушенной связи между фронтальной и парагиппокампальной областями головного мозга [43, 52]. Сниженная способность «тормозить» неподходящие в контексте задания стимулы, наблюдающаяся у пациентов с выраженной дезорганизацией, связана с дисфункцией вентральной префронтальной коры головного мозга (ventral prefrontal cortex, VPFC) [28]. Данная аномалия может экстраполироваться на паттерн социальной дисфункции у больных шизофренией как неспособность подавлять противоречивые и неприемлемые реакции в процессе выстраивания целенаправленного поведения в обществе. Это может объяснять такие признаки шизофрении, как странное поведение, неадекватный аффект, формальные расстройства мышления и др. Выполнение теста Delayed Response working memory task активизирует у здоровых индивидов множество зон коры головного мозга, в том числе дорсолатеральную префронтальную кору (DLPFC) [5; 70] и переднюю поясную извилину [21]; соответствующие нарушения при выполнении теста у больных шизофренией интерпретируются как дисфункция преимущественно DLPFC [60]. Нарушения беглости речевых ответов трактуются как слабые функциональные связи между DLPFC и передней поясной извилиной в левом (доминантном) полушарии [68]. Связь негативных симптомов с данным регионом головного мозга подтверждается и известным явлением «гипофронтальности», т.е. сниженным кровотоком в DLPFC при шизофрении [32].

В обширном мета-анализе Goghari V. в соавт. (2010) [30] анализируются результаты 25 исследований с использованием метода функциональной магнитно-резонансной томографии (fMRI) и различных модификаций когнитивных тестов. Обобщая полученные данные, авторы пришли к выводу, что дименсия дезорганизации наиболее тесно связана с аномалиями активности дорсолатеральной префронтальной коры (DLPFC) в процессе выполнения задач на исполнительскую функцию ( $r = 0.43$ ; CI 95% = 0.25–0.61). Так, Menon в соавт. (2001) [54] показали, что высокие баллы дезорганизации по шкале BPRS (conceptual disorganization item) оказались связаны со сниженной активностью DLPFC в процессе выполнения теста auditory n-back working memory task у лиц, страдающих шизофренией. Согласно данным Snitz B. в соавт. (2005) именно симптомы дезорганизации

были в большей степени связаны со сниженной активностью левой DLPFC в процессе выполнения теста Preparing to Overcome Prepotency task в выборке лиц, страдающих первым психотическим эпизодом шизофрении, не принимающих нейролептики [67]. В своем обзоре Goghari V. в соавт. отмечают, что подобная связь противоречит ранее полученным данным об ассоциации аномалий DLPFC с негативными симптомами шизофрении в работах, сравнивавших категории «дефицитарных» и «сохранных» больных, либо противопоставлявших негативные симптомы продуктивным.

В том же обзоре литературы (Goghari V. в соавт.) отмечается, что выраженность негативных симптомов шизофрении наиболее сильно связана с дефицитом активности вентролатеральной префронтальной коры (VLPFC) в процессе выполнения задач на исполнительскую функцию ( $r = 0.38$ , CI 95% = 0.04–0.73) [30]. Тем не менее, результаты ряда исследований демонстрируют связь функциональных аномалий VLPFC с симптомами дезорганизации, а именно — с позитивными формальными расстройствами мышления [33, 40, 47].

В отношении дименсии психотизма при шизофрении, Goghari V. в соавт. отмечают умеренную величину статистического эффекта между продуктивной симптоматикой, в частности, параноидным синдромом, и аномальной активностью медиальной префронтальной коры (MPFC), ( $r = 0.36$ , CI95% = 0.16–0.55) [30]; считается, что данная область функционально задействована в процессе составления индивидуальными суждений о себе и других людях, а также в эмоциональном восприятии стимулов внешнего мира [71]. Данная связь подтвердилась в процессе выполнения пациентами заданий на распознавание эмоций (emotion recognition tasks) [74, 75]. Это свидетельствует о том, что дименсия «искажение реальности» при шизофрении сопряжена с ложными умозаключениями индивида об окружающих людях, неверной интерпретацией собственной позиции и роли в социальной ситуации. Также обнаружен слабый статистический эффект между выраженностью продуктивных симптомов шизофрении, и в особенности параноидного синдрома, и активностью миндалины головного мозга ( $r = 0.26$ , CI95% = 0.11–0.42), а также гиппокампа/парагиппокампальной извилины ( $r = 0.24$ , CI95% = 0.01–0.48) в процессе выполнения пациентами теста facial emotion processing tasks (распознавание эмоций на лицах) [30]. Миндалины мозга играют ключевую роль в распознавании значимых эмоциональных стимулов, генерации аффективных состояний, регуляции ответов автономной нервной системы [62]. Ложная

интерпретация эмоционально нейтральных либо неоднозначных стимулов может привести к умозаключению об имеющейся угрозе и персекуторным бредовым идеям [63].

Schroder J. (1996) в своем исследовании обнаружил связь симптомов психотизма при шизофрении с нарушением памяти на узнавание, что предполагает вовлечение гиппокампа и височной области коры головного мозга [65]. Liddle (1992) также отмечал, что выраженность позитивных симптомов шизофрении ассоциирована с повышением кровотока в области левой парагиппокампальной извилины [47]. Тем не менее, данные анатомические области проявили связь и с негативными симптомами шизофрении в исследовании Anderson в соавт. (миндалины головного мозга, гиппокамп) [1], с аффективным уплощением в работе Phillips в соавт. (только миндалины мозга) [62].

Роль вентрального стриатума в генерации различных симптоматических паттернов шизофрении крайне неоднозначна: для данного отдела мозга, содержащего n. accumbens, показана связь как с негативными симптомами шизофрении (ангедония, абулия, эмоциональное уплощение), так и с позитивными симптомами (бредовые идеи) [63]. Имеются данные о том, что данный отдел мозга играет роль в формировании ассоциаций в процессе обучения [38]. В обзоре Goghari V. в соавт. обнаружен умеренный статистический эффект между дисфункцией вентрального стриатума и негативными симптомами шизофрении ( $r=0.45$  CI95%=0.16–0.74), а также слабый статистический эффект между дисфункцией данного отдела и позитивными симптомами [30] в процессе выполнения обследуемыми Reward and Conditioning Test (тест на «вознаграждение»/обусловливание).

Результаты множества исследований указывают на связь между позитивными симптомами шизофрении и измененной активностью верхней [42] и средней [33] височных извилин головного мозга [66]. Известно предположение о том, что слуховые галлюцинации возникают вследствие атрибуции внутренней речи индивида внешним объектам, а дезорганизация мышления — вследствие нарушенной обработки семантических смысловых конструктов [44]. Нейрокогнитивные тесты для оценки активности средней и верхней височных извилин — основного нейроанатомического субстрата речевых функций и семантической памяти — включали в различных исследованиях: предъявление перевернутых предложений, предъявление в случайном порядке речевых и неречевых стимулов, «смешанных» со звуковым фоном («auditory oddball task»), чтение по губам («lip-reading



task») и др. Тем не менее, во множестве работ получены лишь слабые и малоубедительные данные относительно связи аномальной активности данных регионов головного мозга с продуктивной психотической симптоматикой, зато обнаружена их связь с симптомами дезорганизации: так, аномальная активация задней части средней и верхней височных извилин слева проявила связь с расстройствами мышления [33, 73]. Kircher в соавт (2001) показали, что активация средней и верхней височных извилин левого полушария сопряжена с уменьшением выраженности позитивных формальных расстройств мышления [39].

Следует отметить, что, несмотря на многочисленные данные об ассоциации исполнительной дисфункции с отдельными психопатологическими измерениями шизофрении, несколько мета-анализов обнаружили лишь слабую связь для негативных симптомов и дезорганизации и не обнаружили никакой связи для измерения психотизма [22, 56]. Тем не менее, замечено, значительный нейрокогнитивный дефицит ассоциированный с негативными симптомами и дезорганизацией наблюдался у пациентов длительно страдающих шизофренией [13, 46] в том числе с непрерывным типом течения заболевания [22], в то время как слабая связь между симптомами и показателями когнитивного функционирования была характерна для лиц с первичным психотическим эпизодом шизофрении [37, 64]

Противоречия результатов исследований можно объяснить такими ограничениями как относительно небольшой объем выборки (26-100 человек), обследование преимущественно пациентов с первичным эпизодом шизофрении, использование двухфакторной модели без учета других симптоматических измерений, терапия нейролептиками, а также использование различных нейрокогнитивных инструментов.

Интересны результаты рандомизированного контролируемого клинического исследования Cella M. в соавт. [17], в котором изучался эффект когнитивной реабилитации (англ., «cognitive remediation») — комплекса упражнений, специально разработанных Королевским Колледжем в Лондоне, на динамику пяти эмпирически установленных клинических

измерений шизофрении по шкале PANSS (негативные симптомы, позитивные симптомы, дезорганизация, возбуждение, эмоциональный дистресс) у 85 пациентов. Терапия включала в себя 40 сессий, в процессе которых пациенту предъявлялись задания, направленные на развитие исполнительских функций, внимания, рабочей и долговременной памяти. Установлено, что пациенты, проходившие когнитивную реабилитацию дополнительно к медикаментозному лечению, имели статистически более значимое снижение выраженности негативных симптомов, а также симптомов дезорганизации, по сравнению с группой контроля (пациенты, получавшие лишь медикаментозную терапию). Ранее несколько исследований демонстрировали значимый терапевтический эффект когнитивных тренировок лишь для измерения негативных симптомов [29, 41], хотя в мета-анализе Wykes T. в соавт. для данного метода показан лишь малый терапевтический эффект [76].

#### Выводы:

1. Данные имеющейся литературы достаточно сложно обобщить ввиду разных методологических подходов и технических приемов изучения нейрокогнитивных функций у разных авторов.
2. Обзор литературы показал дефицит научных данных о нейрокогнитивных особенностях шизофрении, протекающей с преобладанием одной из трех психопатологических измерений, что является подтверждением актуальности проведения исследований по данному вопросу.
3. Измерения негативных симптомов и дезорганизации при шизофрении в большей степени ассоциированы со стойкими когнитивными дисфункциями, по сравнению с продуктивной психотической симптоматикой.
4. Негативные симптомы шизофрении обнаруживают ассоциацию с нарушением беглости речевых ответов, а симптомы дезорганизации — с неспособностью подавлять неподходящие в контексте задания реакции; однако паттерны нейрокогнитивных аномалий, характерные для данных измерений во многом «перекрываются».

#### Литература

1. Anderson, J. An MRI study of temporal lobe abnormalities and negative symptoms in chronic schizophrenia/ J. Anderson [et al.] // Schizophr. Res. — 2002. — Vol.58. — P.123–134.
2. Andreasen, N. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. / N. Andreasen [et al.] // The American Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol. 162. — P. 441-449.
3. Baddeley, A. The Speed and Capacity of Language Processing Test: Manual. TVTC/ A. Baddeley, H. Emslie, I. Nimmo-Smith, I. // Suffolk. — 1992.
4. Baddeley, A. Working memory: the interface between memory and cognition / A. Baddeley // In: Schacter, D.L., Tulving, E. (Eds.), Memory Systems. MIT Press, Cambridge, MA. — 1994. — P. 351–367.



5. Baker, S. Active representation of shape and spatial location in man / S. Baker [et al.] // *Cerebral Cortex*. — 1996. — Vol. 6. — P. 612–619.
6. Basso, M. Neuropsychological correlates of negative, disorganized and psychotic symptoms in schizophrenia / M. Basso [et al.] // *Schizophr. Res.* — 1998. — Vol.31. — P.99–111.
7. Baxter, R. Neuropsychological deficits associated with schizophrenic syndromes / R. Baxter, P.Liddle // *Schizophr Res.* — 1998. — Vol.30. — P.239–49.
8. Bell, M. Concurrent validity of the cognitive component of schizophrenia: relationship of PANSS scores to neuropsychological assessments / M. Bell [et al.] // *Psychiatry Research*. — 1994. — Vol. 54. — P. 51–58.
9. Benson, D. Frontal lobes: clinical and anatomic aspects / D. Benson, B. Miller // In: Feinberg, T.E., Farah, M.J. (Eds.), *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. McGraw Hill, New York. — 1997. — P.401–8.
10. Bilder, R. Symptomatic and neuropsychological components of defect states / R. Bilder [et al.] // *Schizophr. Bull.* — 1985. — Vol.11. — P. 409–19.
11. Braff, D. The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test results / D. Braff [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. — 1991. — Vol.48. — P. 891–8.
12. Breier, A. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: prognosis and predictors of outcome / A. Breier [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. — 1990. — Vol.48. — P. 239–246.
13. Brown, K. Syndromes of chronic schizophrenia and some clinical correlates / K. Brown, T. White // *Br Journal of psychiatry*. — 1991. — Vol.161. — P. 317–22.
14. Bryson, G. Internal consistency, temporal stability and neuropsychological correlates of three cognitive components of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) / G. Bryson [et al.] // *Schizophrenia Research*. — 1999. — Vol. 38. — P. 27–35.
15. Cameron, A. Working memory correlates of three symptom clusters in schizophrenia / A. Cameron [et al.] // *Psychiatry Research*. — 2002. — Vol. 110. — P. 49–61.
16. Cascella, N. Neuropsychological impairment in deficit vs. non-deficit schizophrenia / N. Cascella [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* — 2008. — Vol.42. — P. 930–937.
17. Cella, M. It is all in the factors: Effects of cognitive remediation on symptom dimensions / M. Cella, C. Reeder, T.Wykes // *Schizophrenia Research*. — 2014. — Vol.156. — P.60–2.
18. Chan, R. Executive dysfunctions in schizophrenia: relationships to clinical manifestation / R. Chan [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* — 2004. — Vol.254. — P.256–62.
19. Clark, L. The relationships between schizophrenia symptom dimensions and executive functioning components / L. Clark, D. Warman, P. Lysaker // *Schizophrenia Research*. — 2010. — Vol.124. — P.169–75.
20. Daneluzzo, E. Schizotypal Personality Questionnaire and Wisconsin Card Sorting Test in a population of DSM-III-R schizophrenic patients and control subjects / E. Daneluzzo [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. — 1998. — Vol. 39. — P.143–8.
21. D'Esposito, M. The neural basis of the central executive system of working memory / M. D'Esposito [et al.] // *Nature*. — 1995. — Vol.378. — P. 279–281.
22. Dibben, C. Is executive impairment associated with schizophrenia syndromes? A meta-analysis / C. Dibben [et al.] // *Psychol. Med.* — 2009. — Vol.39(3). — P.381–92.
23. Donohoe, G. Evidence that specific executive functions predict symptom variance among schizophrenia patients with a predominantly negative symptom profile / G. Donohoe, A. Corvin, I. Robertson // *Cogn. Neuropsychiatry*. — 2006. — Vol.11. — P.13–32.
24. Donohoe, G. Can specific deficits in executive functioning explain the negative symptoms of schizophrenia? A review / G. Donohoe, I. Robertson // *Neurocase*. — 2003. — Vol.9. — P. 97–108.
25. Eckman, P. Impairment in test performance and symptom dimensions of schizophrenia / P. Eckman, G. Shean // *J. Psychiatr. Res.* — 2000. — Vol. 34. — P.147–53.
26. Evans, J. Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia / O. Evans [et al.] // *Schizophr. Res.* — 2004. — Vol.70. — P.331–342.
27. Frith, C. *The Cognitive Neuropsychology of schizophrenia* / C. Frith // Erlbaum (UK) Taylor and Fransis: Hove, 1992.
28. Fuster, J. Synopsis of function and dysfunction of the frontal lobe / J. Fuster // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 1999. — Vol. 99. — P.51–57.
29. Gharaeipour, M. Effects of cognitive remediation on neurocognitive functions and psychiatric symptoms in schizophrenia inpatients / M. Gharaeipour, B. Scott // *Schizophr. Res.* — 2012. — Vol. 142. — P.165–170.
30. Goghari, V. The functional neuroanatomy of symptom dimensions in schizophrenia: A qualitative and quantitative review of a persistent question / V. Goghari, S. Sponheim, A. MacDonald // *A Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. — 2010. — Vol. 34. — P.468–86.
31. Goldberg, T. Cognitive substrates of thought disorder, I: the semantic system / T. Goldberg [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 1998. — Vol.155. — P.1671–76.
32. Greenwood, K. Executive functioning in schizophrenia with symptom profile and chronicity / K. Greenwood [et al.] // *J. Int. Neuropsychol. Soc.* — 2008. — Vol.14. — P.782–92.
33. Han, S. Functional neuroimaging of word priming in males with chronic schizophrenia / S. Han [et al.] // *Neuroimage*. — 2007. — Vol. 35. — P. 273–82.

34. Hawkins, K. Cognition, negative symptoms, and diagnosis: a comparison of schizophrenic, bipolar and control samples / K. Hawkins [et al.] // *J. Neuropsychiatry and neurosciences*. — 1997. — Vol.9. — P.81-9.
35. Himelhoch, S. Frontal lobe tasks, antipsychotic medication, and schizophrenia syndromes / S. Himelhoch [et al.] // *Biol. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 39. — P. 227–229.
36. Jaegera, J. Basic neuropsychological dimensions in schizophrenia / O. Jaegera [et al.] // *Schizophrenia Research*. — 2003. — Vol.65. — P.105– 16.
37. Joyce, E. Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: The West London Study / E. Joyce [et al.] // *British Journal of psych*. — 2002. — Vol.181 (43). — P.38-44.
38. Kapur, S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia / S. Kapur // *Am. J. Psychiatry*. — 2003. — Vol.160. — P.13–23.
39. Kircher, T. Neural correlates of formal thought disorder in schizophrenia: preliminary findings from a functional magnetic resonance imaging study / T. Kircher [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 58. — P. 769–74.
40. Kircher, T. Reversed lateralization of temporal activation during speech production in thought disordered patients with schizophrenia / T. Kircher [et al.] // *Psychol. Med*. — 2002. — Vol. 32. — P. 439–49.
41. Klingberg, S. Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study / S. Klingberg [et al.] // *Schizophr. Bull*. — 2011. — Vol. 37. — P. S98–S110.
42. Kubicki, M. An fMRI study of semantic processing in men with schizophrenia / M. Kubicki [et al.] // *Neuroimage*. — 2003. — Vol.20. — P.1923–33.
43. Kuperberg, G. Common and distinct neural substrates for pragmatic, semantic, and syntactic processing of spoken sentences: an fMRI study / G. Kuperberg [et al.] // *Journal of Cognitive Neuroscience*. — 2000. — Vol. 12. — P. 321–41.
44. Kuperberg, G. Schizophrenia and cognitive function / G. Kuperberg, S. Heckers // *Curr. Opin. Neurobiol*. — 2000. — Vol. 10. — P.205–210.
45. Liddle, P.F. The symptoms of chronic schizophrenia. A reexamination of the positive-negative dichotomy // P.F. Liddle // *Br. J. Psychiatry*. — 1987. — Vol.151 (5). — P. 145-51.
46. Liddle, P. Schizophrenic syndromes and frontal lobe performance / P. Liddle, D. Morris // *British Journal of Psychiatry*. — 1991. — Vol.158. — P.340–45.
47. Liddle, P. Patterns of cerebral blood flow in schizophrenia / P. Liddle [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. — 1992. — Vol. 160. — P.179–86.
48. Liddle, P. *Disordered Mind and Brain*. Gaskell: London, 2001.
49. Mahurin, R. Executive frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis / R. Mahurin, D. Velligan, A. Miller // *Psychiatry Research*. — 1998. — Vol. 79. — P.139–49.
50. Mass, R.C. Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale / R.C. Mass [et al.] // *Schizophr Bull*. — 2000. — Vol.26. — P.167–77.
51. McGrath, J. Working memory in schizophrenia and mania: correlation with symptoms during the acute and subacute phases / J. McGrath, B. Chapple, M.Wright // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2001. — Vol.103. — P.181–8.
52. McGuire, P. Pathophysiology of 'positive' thought disorder in schizophrenia / P. McGuire [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. — 1998. — Vol.173. — P. 231–5.
53. McKenna, P. *Schizophrenic speech: Making Sense of Bathrooms and Ponds that Fall in Doorways* / P. McKenna, T. Oh T // Cambridge University Press: Cambridge, 2005.
54. Menon, V. Functional neuroanatomy of auditory working memory in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms / V. Menon [et al.] // *Neuroimage*. — 2001. — Vol. 13. — P.433–46.
55. Moritz, S. Neuropsychological correlates of schizophrenic syndromes in patients treated with atypical neuroleptics / S. Moritz [et al.] // *Eur. Psychiatry*. — 2001. — Vol.16. — P. 354–61.
56. Nieuwenstein, M. Relationship between symptom dimensions and neurocognitive functioning in schizophrenia: a meta-analysis of WCST and CPT studies / M. Nieuwenstein, A. Aleman, E. H.F. de Haan // *Journal of Psychiatric Research*. — 2001. — Vol.35 (2). — P.119–25.
57. Norman, D. Attention and action: willed and automatic control of behavior (CHIP Report No. 9) / D. Norman, T. Shallice // San Diego:University of California, 1980.
58. Norman, R. Neuropsychological correlates of syndromes in schizophrenia. / R. Norman [et al.] // *Brit. J. Psychiat*. — 1997. — Vol. 170. — P. 134–139.
59. O'Leary, D. Cognitive correlated of the negative, disorganized and psychotic symptom dimensions in schizophrenia / D.S. O'Leary [et al.] // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical neurosciences*. — 2000. — Vol.21 (1). — P.4-15.
60. Park, S., Holzman, P. Schizophrenics show spatial working memory deficits /S. Park, P. Holzman // *Archives of General Psychiatry*. — 1992. — Vol.49. — P. 975–82.
61. Park, S. Spatial working memory deficits and clinical symptoms in schizophrenia: a 4-month follow-up study / S. Park [et al.] // *Biological Psychiatry*. — 1999. — Vol. 46. —P. 392–400.
62. Phillips, M. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception / M. Phillips [et al.] // *Biol. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 54. — P. 504–14.
63. Phillips, M. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders / M. Phillips [et al.] // *Biol. Psychiatry*. — 2003. — Vol.54. — P. 515–28.

64. Rund, B. Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated psychosis / B. Rund [et al.] // *Am Journal of psych.* — 2004. — Vol.161. — P. 466-72.
65. Schroder, J. Memory deficits in subsyndromes of chronic schizophrenia / J. Schroder [et al.] // *Schizophrenia Research.* — 1996. — Vol. 21. — P. 19–26.
66. Shergill, S. Temporal course of auditory hallucinations / S. Shergill [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* — 2004. — Vol. 185. — P. 516–17.
67. Snitz, B. Lateral and medial hypofrontality in first-episode schizophrenia: functional activity in a medication-naive state and effects of short-term atypical antipsychotic treatment / B. Snitz [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* — 2005. — Vol. 162. — P. 2322–9.
68. Spence, S. Functional anatomy of verbal fluency in people with schizophrenia and those at genetic risk: focal dysfunction and distributed disconnectivity reappraised / S. Spence [et al.] // *British Journal of Psychiatry.* — 2000. — Vol. 176. — P. 52–60.
69. Spitzer, M. The psychopathology, neuropsychology, and neurobiology of associative and working memory in schizophrenia / M. Spitzer // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* — 1993. — Vol.243. — P. 57–70.
70. Sweeney, J. Positron emission tomography study of voluntary saccadic eye movements and spatial working memory / J. Sweeney [et al.] // *Journal of Neurophysiology.* — 1996. — Vol.75. — P. 454–68.
71. Taylor, S. Medial frontal hyperactivity in reality distortion / S. Taylor [et al.] // *Biol. Psychiatry.* — 2007. — Vol.61. — P.1171–8.
72. Van Der Does. Symptom dimensions and cognitive and social functioning in recent onset schizophrenia / Van Der Does [et al.] // *Psychol. Med.* — 1993. — Vol. 23. — P.745-53.
73. Weinstein, S. Do you hear what I hear? Neural correlates of thought disorder during listening to speech in schizophrenia / S. Weinstein [et al.] // *Schizophr. Res.* — 2006. — Vol.86. — P.130–7.
74. Williams, L. Fronto-limbic and autonomic disjunctions to negative emotion distinguish schizophrenia subtypes / L. Williams [et al.] // *Psychiatry Res.* — 2007. — Vol 155. — P.29–44.
75. Winterer, G. Instability of prefrontal signal processing in schizophrenia / G. Winterer [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* — 2006. — Vol.16. — P. 1960–8.
76. Wykes, T. Meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes / T. Wyles [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* — 2011. — Vol. 168. — P.472–85.
77. Zakzanis, K. Neuropsychological correlates of positive vs. negative schizophrenic symptomatology / K. Zakzanis // *Schizophr. Res.* — 1998. — Vol.29. — P. 227–33.

УДК 616.314-08-039.71-053.2:616-089.5-031.81

## Показання до санації порожнини рота дітей різного віку в умовах загального знеболення (клініко-психологічне обґрунтування)



Прошно О. І.

Прошно О. І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Кафедра дитячої терапевтичної стоматології і профілактики стоматологічних захворювань

**Резюме.** В статті представлено клініко-психологічне обґрунтування показань к санації порожнини рота у дітей різного віку в умовах загального знеболення, на основі оцінки стоматологічного статусу і деяких психологічних особливостей дітей в різні вікові періоди, таких як: інтелектуальне розвиток дитини, темперамент і вид страху (фобії).

**Ключеві слова:** діти, санація порожнини рота, загальне знеболення, показання, темперамент, фобії.

### Indications for oral cavity sanitation in children of different ages under general anesthesia (clinical and psychological basis)

Prochno O. I.

National Medical University of O.O. Bohomolets  
Department of Pediatric Dentistry and therapeutic prevention of dental diseases

**Resume.** This article presents clinical and psychological basis of indications for oral cavity sanitation in children of different ages under general anesthesia, based on the assessment of dental status and child's psychological characteristics at different ages, such as intellectual development, temperament and phobias.

**Keywords:** children, stomatological treatment, general anesthesia, indication, temperament, phobias.

Важливим аспектом роботи лікаря-стоматолога дитячого є встановлення психологічного підходу до дитини, що сприяє налагодженню контакту з нею і є необхідною умовою для якісного виконання лікувальних маніпуляцій.

Відвідування стоматолога часто супроводжується відчуттям страху, тривоги, дискомфорту. Більшість дітей відчувають такий психологічний стан як напруга, втома, тривога і підсвідомий страх перед лікуванням зубів, що впливає на їх поведінку. Негативні поведінкові реакції роблять неможливим проведення якісного стоматологічного лікування, а фізичне утримання дитини нерідко є причиною відмови у майбутньому від лікування у стоматолога на довгі роки (Киселева Е.Г., 2006). За даними різних авторів близько 70% дітей шкільного віку потребують корекції поведінки перед стоматологічним втручанням, а серед дітей віком від 3 до 7 років цей показник сягає 90,9% (Фалько Е.Н., і соавт., 2013).

Лікарю-стоматологу дитячому необхідно знати психофізіологічні особливості дітей різного віку, вміти визначати рівень тривожності, формувати індивідуальний психологічний підхід до кожної дитини.

Для визначення психічного стану існує достатня кількість психологічних тестів, які

зрозумілі дітям, їх виконання не потребує багато часу, вони мають добре розпрацьовану систему оцінки (як, наприклад, кольоровий тест Люшера). Однак на сьогодні психологічне тестування дітей перед стоматологічними втручаннями з метою визначення їх індивідуальних психологічних особливостей майже не застосовується у повсякденній практиці.

Результатом відсутності психологічного контакту лікаря-стоматолога і маленького пацієнта є необґрунтоване розширення показань до застосування загального знеболення при проведенні санації порожнини рота у дітей різного віку.

При цьому слід зазначити, що абсолютних показань для санації порожнини рота під наркозом немає. Що стосується відносних показань до застосування загального знеболення при проведенні санації порожнини рота у дітей різного віку, то вони на сьогодні також чітко не окреслені.

**Мета дослідження** — на підставі оцінки деяких психологічних особливостей дітей різного віку та їх стоматологічного статусу обґрунтувати відносні показання до санації порожнини рота в умовах загального знеболення.



### Матеріали та методи

Для визначення відносних показань, за якими проводиться стоматологічне лікування під наркозом в амбулаторних умовах, нами було проведено обстеження 60 дітей віком від 0 до 12-13 років.

Для визначення показань психологічного характеру нами враховувався вік дитини, що дає розуміння ступеню його інтелектуального розвитку, рівня сприйняття інформації та адекватності поведінки, зокрема у лікаря-стоматолога (Жан Піаже, 1896-1980). Відомо, що дитина, розвиваючись, поступово використовує більш складні форми для організації інформації і розуміння оточуючого світу. Характеристику інтелектуального розвитку дитини в різні вікові періоди представлено в табл. 1.

Основною віковою групою дітей, яким санацію порожнини рота проводили в умовах загального знеболення, були діти віком 2(3)-7 років.

Рівень розвитку інтелекту ми проектували на темперамент дитини з врахуванням стоматологічного досвіду (страху перед стоматологічним втручанням). При визначенні темпераменту оцінювали ступінь енергійності дитини, швидкість та активність її реакцій, а також бажання контактувати з оточуючим середовищем та

контингентом людей, зокрема її здатність йти на контакт з лікарем-стоматологом.

Для оцінки темпераменту дитини за короткий час спілкування з нею лікаря-стоматолога нами було розроблено психологічну анкету (табл. 2).

Анкету заповнюють батьки дитини разом з нею. Результати анкетних даних оцінювали, узагальнюючи всі відповіді. Спочатку до анкети вносять паспортні дані (п.1). При опитуванні звертали увагу на поведінку дитини в незнайомій обстановці, чи немає в неї замкнутості під час спілкування, а також на рівень її розумового розвитку. Дитина, віком від 3-х років повинна знати, як її звати та скільки їй років.

Вік батьків на момент народження дитини (п.3), а також чи єдина дитина в сім'ї (п.4) дають змогу зробити висновки про егоїстичність дитини та егоцентризм. Якщо вік хоча б одного з батьків перевищує 40 років та це єдина дитина в сім'ї, то нерідко відзначається розбещеність та егоїзм дитини на підсвідомому рівні. Якщо ж ця дитина росте в неповній сім'ї (п.5), то приєднуються замкненість в собі та образа на всіх оточуючих. Такі діти вважають себе «недолюбленими» та проявляють агресію по відношенню до оточуючих, на їх думку більш наділених увагою.

**Таблиця 1**

*Характеристика інтелектуального розвитку дитини в різні вікові періоди*

Вік дитини (n=60)	Характеристика рівня сприйняття інформації та адекватності поведінки
0–2 (3) роки (12 дітей)	Загальне пізнання світу
2(3)–7 років (33 дитини)	Характеризуються здатністю мислити інтуїтивно, на рівні підсвідомості
7–12(13) років (9 дітей)	Початок логічного мислення і сприйняття реальності
Від 12-ти років (6 дітей)	Характеризуються здатністю абстрактно мислити

**Таблиця 2**

*Анкета для оцінки психологічних особливостей дитини*

Вік дитини		
Вік батьків на момент народження дитини	Батько —	Мати —
Чи єдина дитина в сім'ї	Так	Ні
Чи в повній сім'ї проживає дитина	Так	Ні
Чи відвідує дитина дитячий колектив	Так	Ні
Чи легко спілкується з однолітками	Так	Ні
Чи має друзів	Так	Ні
Який улюблений колір дитини	Червоний Чорний Синій Зелений Жовтий	
Який улюблений звір у дитини (якого звіра вона імітує)		
Чи був досвід спілкування зі стоматологом	Так	Ні
Якщо був, то який	Позитивний	Негативний
Мета першого відвідування стоматолога	Профілактика	Лікування
Чи відчувала дитина зубний біль	Так	Ні

Питання про поведінку дитини в соціумі (п.6,7,8) характеризують можливість налагодження контакту та довіри під час спілкування, здатність до утримання своїх емоцій.

Улюблений колір дитини (п.9) дозволяє більш широко відкрити її внутрішній світ. Дитина підсвідомо обирає різні кольори. Світлі кольори вказують на відкритість дитини, любов та довіру до оточуючих, бажання спілкування, цікавість до пізнання світу. Такі діти ростуть переважно в повних сім'ях, оточені любов'ю та піклуванням, мають великий досвід спілкування з ровесниками. Темні кольори — прояви у дитини агресії, замкнутості та вияв образи. Такі діти виховуються переважно в неповних сім'ях, або повних, проте «неблагополучних» сім'ях, та мають проблеми в спілкуванні з ровесниками.

Оцінити внутрішній світ дитини допомагає вибір дитиною улюбленого звіра (п.10). Він може вказувати на переживання таких емоцій як агресія (дитина імітує ричання агресивних тварин — собак, тигрів, тощо), ласка (копіювання муркотіння котів), розбещеність (копіювання гримас мавп). Про спокій (заторможеність) свідчить відсутність вибору дитиною звіра навіть на малюнку, або вибір за підказкою батьків. Найбільш ймовірним буде встановлення контакту з дитиною, яка виявляє позитивні емоції.

Аналізуючи дані анкети, яка була розроблена у процесі спілкування з батьками та з дитиною, ми встановлювали темперамент дитини (Томас та Чесс, 1997) (табл. 3)

Питання п.п.11,12,13,14 в розробленій нами анкеті, були сформульовані для визначення форми страху (фобії) до стоматологічного лікування за методикою О. Свядош (1959) (табл. 4).

Згідно отриманих даних нами було виділено дві категорії дітей. До першої категорії були віднесені діти, які мали негативний попередній

досвід спілкування з лікарем-стоматологом (елементарні фобії). До другої — діти, які ще не відвідували стоматолога, але зазнали зубного болю (приховані фобії). Такі діти на підсвідомому рівні переживають відчуття страху перед відвідуванням стоматолога.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати обстеження пацієнтів наведені в таблицях 5; 6.

Як свідчать дані табл. 5, більшість дітей, яким санацію порожнини рота проводили в умовах загального знеболення, мали складний темперамент (70%), зокрема у віці 2(3)-7 років (72, 7%) та 12 років і більше (100%).

Такі діти мають складність в спілкуванні з однолітками та практично не відвідують дитячі колективи (83,33%). Всі діти надають перевагу темній кольоровій гаммі (100%), що свідчить про їх замкнутість та наявність певних психологічних проблем. На питання про улюбленого звіра більшість дітей виявляють агресію (83,33%), всі інші — заторможеність (16,67%). Такі діти проживають переважно в неповній сім'ї (71,43%), та є єдиною дитиною в сім'ї (71,19%).

У 100% дітей віком від 7 до 12(13) років та старше 12(13) років зі «складним» темпераментом встановлено наявність «елементарних фобій», тобто, ці діти мали невдалий стоматологічний досвід. Натомість, серед дітей віком від 0 до 2(3) років та від 2(3) до 7 переважала наявність «криптогенних фобій» — 50% та 45,45% відповідно.

Легкий темперамент було виявлено у достовірно меншій кількості дітей (10%), при цьому найвищий показник (16,67%) спостерігався у дітей від 0 до 2(3) років. Даний контингент дітей легко іде на контакт (100%), більшість із них відвідують дитячі колективи (67,67%). Ці

**Таблиця 3**

*Характеристика поведінки дітей з різним темпераментом*

Темперамент	Характеристика поведінки дитини
Легкий темперамент	Стабільна психіка. Діти легко адаптуються в різних ситуаціях, в тому числі невідомих досі
Складний темперамент	Діти складно адаптуються в різних ситуаціях, мають тенденцію «відсторонюватись» від проблем
Дитина, яка «довго розгрівається»	Діти важко адаптуються, не проявляють активності

**Таблиця 4**

*Психологічна характеристика фобій*

Вид страху	Характеристика
«Елементарні фобії»	Виникають безпосередньо після дії надсильного подразника, що їх викликав, коли причина їхнього виникнення очевидна. Хворі розуміють, що викликало їх захворювання
«Криптогенні фобії» (приховані)	Виникають на підсвідомому рівні, здавалося б без ніякого зовнішнього приводу, причина їх виникнення прихована, неусвідомлювана хворим

Таблиця 5

Психологічна характеристика темпераменту дітей, санація порожнини рота яким проведена під загальним знеболенням

Дані анкети		Темперамент	«Легкий»	«Складний»	«Довго розігрівається»
Чи єдина дитина в сім'ї	Так		33,33%	71,19%	60,41%
	Ні		67,67%	23,81%	39,58%
Чи в повній сім'ї проживає дитина	Так		83,33%	28,57%	33,33%
	Ні		16,67%	71,43%	66,67%
Чи відвідує дитина дитячий колектив	Так		67,67%	16,67%	60,41%
	Ні		33,33%	83,33%	39,58%
Чи легко спілкується з однолітками	Так		100%	16,67%	33,33%
	Ні		---	83,33%	66,67%
Чи має друзів	Так		100%	21,42%	33,33%
	Ні		---	78,75%	66,67%
Який улюблений колір	Світлий тон		100%	---	100%
	Темний тон		---	100%	---
Який звір улюблений (якого звіра імітує)	Лагідний		83,333%	---	16,67%
	Жорсткий		---	83,33%	---
	Ніякий		16,67%	16,67%	83,33%

Таблиця 6

Співвідношення фобій при різних темпераментах у дітей різного віку

Вік		0–2(3) роки 20%		2(3)–7 років 55%		7–12(13) років 15%		12 років і більше 10%	
Темперамент		25%	75%	54,55%	45,45%	100%		100%	
<b>Легкий темперамент. 10%</b>		16,67%		9,09%		11,11%			
8,33%	1,67%	8,33%	8,33%	9,09%		11,11%			
<b>Складний темперамент. 70%</b>		58,33%		72,73%		55,55%		100%	
35%	35%	8,33%	50%	27,27%	45,45%	55,55%		100%	
<b>«Довго розігрівається». 20%</b>		25%		18,18%		33,33%			
11,67%	5%	8,33%	16,67%	18,18%		33,33%			

■ — «елементарні фобії», ■ — «криптогенні фобії»

діти віддають перевагу світлим тонам кольорової гами (100%). На питання про улюбленого звіра більшість дітей виявляють радість та лагідний настрій (83,33%), інші — заторможеність (16,67%). Такі діти в більшості випадках виховуються в повних сім'ях (83,33%) та не є єдиною дитиною в сім'ї (67,67%).

При «легкому» темпераменті у дітей віком від 2(3) до 7 та від 7 до 12(13) років превалюють «елементарні фобії», «криптогенних» фобій виявлено не було. Необхідності в санації порожнини рота під загальним знеболенням у дітей з «легким» темпераментом віком від 12(13) років відмічено не було. Натомість, серед дітей в віковій категорії від 0 до 2(3) років «елементарні» та «криптогенні» фобії були виявлені в однаковій кількості.

Вид темпераменту «дитина, що довго розігрівається» був виявлений лише у 1,67% із загальної кількості дітей, переважно 7-12 річного віку (33,32%). Ці діти мають складності в спілкуванні (66,67%), але більшість з них відвідує дитячі колективи (60,41%). Ці діти віддають

перевагу світлим тонам кольорової гами (100%), що свідчить про відсутність внутрішньої агресії. На питання про улюбленого звіра більшість дітей проявляють заторможеність (83,33%), всі інші — відкриту радість та лагідний настрій (16,67%). Такі діти в більшості випадках виховуються в неповних сім'ях (66,67%) та є єдиною дитиною в сім'ї (60,41%).

При темпераменті «дитина, що довго розігрівається» у дітей віком від 2(3) до 7 та від 7 до 12(13) років превалюють «елементарні» фобії, натомість «криптогенних» фобій виявлено не було. Необхідності в санації порожнини рота під загальним знеболенням у дітей з темпераментом «дитина, що довго розігрівається» віком від 12(13) років немає. Натомість, серед дітей в віковій категорії від 0 до 2(3) років превалювали «криптогенні» фобії (16,67%).

Як свідчать дані табл. 5, серед обстежених дітей, які лікувалися в умовах загального знеболення, найбільшу питому вагу має вікова категорія дітей віком від 2(3)-х років до 7 років (55%). При стоматологічному обстеженні вони мали в

середньому від 4 до 10 уражених зубів, серед яких ускладнений карієс було діагностовано не менше, ніж в 4 зубах. Виключення склала група дітей з легким темпераментом та темпераментом «дитина, що довго розігрівається», які мали «криптогенні» фобії. Серед дітей віком від 7 до 12(13) років під наркозом лікувались діти, які мали негативний попередній досвід спілкування зі стоматологом, «елементарні» фобії незалежно від темпераменту. При стоматологічному обстеженні вони мали в середньому від 4 до 8 уражених зубів, серед яких ускладнений карієс було діагностовано не менше, ніж в 2-х постійних зубах. Діти, віком від 12 (13) років, яким лікування зубів проводили під наркозом, мали складний характер (100%). Під час стоматологічного обстеження у них було виявлено 6 уражених карієсом зубів, з яких не менше, ніж в 2-х зубах мав місце ускладнений карієс.

Отже, на підставі викладеного вище, можуть бути сформульовані чіткі рекомендації щодо відносних психологічних та стоматологічних показань для санації порожнини рота у дітей в умовах загального знеболення:

1. Діти віком від 0 до 2 (3)-х років, які мають ускладнений карієс незалежно від темпераменту та виду страху (фобії).
2. Діти віком від 2(3) до 7 років, які мають негативний попередній досвід відвідування стоматолога, індекс КПВ+кп від 4 до 10, кількість

зубів, з ускладненим карієсом не менше 4, незалежно від виду темпераменту.

3. Діти віком від 2(3) до 7 років зі складним характером, які не мають досвіду відвідування стоматолога, індекс КПВ+кп від 4 до 10, кількість зубів з ускладненим карієсом не менше 4.
4. Діти віком від 7 до 12(13) — ти років, які мають негативний досвід відвідування стоматолога, індекс КПВ+кп від 4 до 8, кількість зубів, з ускладненим карієсом не менше 2, незалежно від виду темпераменту.
5. Діти віком від 12(13)-ти років зі складним характером, які мають негативний досвід відвідування стоматолога, індекс КПВ не менше 6, кількість зубів з ускладненим карієсом не менше 2.

### Висновки

Отже, при вирішенні питання щодо санації порожнини рота у дітей в умовах загального знеболення, що дає можливість виконати максимальний об'єм стоматологічних маніпуляцій, слід враховувати як стоматологічний статус, так і індивідуальні психологічні особливості дитини. Запропоновані нами клініко-психологічні показання до проведення санації порожнини в умовах загального знеболення зменшують ризик виникнення психологічної травми у маленьких пацієнтів при лікуванні зубів.

### Література:

1. Булахова Л.А. Детская психоневрология / Л.А. Булахова // Киев. 2001г. — 494с.
2. Грузева Т.С., Кульчицька Т. К. Сучасні тенденції психічного здоров'я населення та заходи щодо його поліпшення / Т.С. Грузева, Т.К. Кульчицька // Психічне здоров'я. — 2004.- №2(3). — с. 4-8.
3. Дежарле Р. Охрана психического здоровья в мире: проблемы и приоритеты в развивающихся странах / Р.Дежарле // пер. с англ. — 2001.- 536с.
4. Заболотько В.М. Збірник нормативних документів Анестезіологія і реаніматологія. / В.М. Заболотько // Нормативно-правові документи — 2007. — 432с.
5. Заболотько В.М. Протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «дитяча терапевтична стоматологія» / В.М. Заболотько // Нормативне виробничо-практичне видання. — 2013. — 236с.
6. Зінченко О.М. Особливості розповсюдження психічних та поведінкових розладів у мешканців міста та села/ О.М. Зінченко // Психічне здоров'я.- 2010.- Вип. 1(26).-С.69-78.
7. Максименко С.Д. Загальна психологія / С.Д. Максименко // Психологія. — 2004. — 272с.
8. Москаленко В.Ф., Бардов В.Г., Маланчук В.О. Основи стоматологічної діяльності (організаційно-правові, гігієнічні, деонтологічні): навчально-довідниковий посібник / В.Ф. Москаленко, В.Г. Бардов, В.О. Маланчук // Видання 2-е. — Нова Книга, 2011. — 440с.
9. Опанасюк Ю.В., Ляшенко О.В., Опанасюк І.В., Кривець В.В. Модель ведення стоматологічного прийому пацієнтів (Організаційно-технічні рекомендації) / Ю.В.Опанасюк, О.В. Ляшенко, І.В. Опанасюк, В.В. Кривець // К.:Інститут прогресивних стоматологічних технологій — 2005. — 86с.
10. Семенова Н. Страх боли в стоматологии / Н. Семенова // Московский психотерапевтический журнал. — №2. — с.114-130.
11. Стош В.И., Рабинович С. А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии. / В.И. Стош, С. А. Рабинович, Е.В. Зорян // Москва. — 2002. — 287с.
12. Фалько Е.Н., Єлизарова В.М., Сирота Н.А. Метод психологической адаптации детей к стоматологическому приему // «Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний». — М-лы III Российско-Европейского конгресса по детской стоматологии (16-17 сентября 2013). — Москва, 2014. — С.169-172.
13. Янас А, Осіца П., Жесяк Г., Янас Г., Сівік П., Соколовські К. Діти з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (ADHD), котрим необхідне хірургічне стоматологічне лікування. / А.Янас, П.Осіца, Г. Жесяк, Г. Янас, П.Сівік, К.Соколовські // Профілактична та дитяча стоматологія . — 2012. — №2 (7). — С. 30-32.
14. Хоменко Л.О. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.О. Хоменко. — 2001.С. — 525.



УДК 616.83-053.2-073.75

## Психічні наслідки перинатальних мозковосудинних уражень



Гончар О. А.



Уралова Л. Т.

Гончар О. А., Уралова Л. Т.

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

**Резюме.** Проведений аналіз перинатальних мозковосудинних уражень у немовлят з використанням методів променевої діагностики та можливого виникнення психічних порушень.

**Ключові слова:** Перинатальні мозковосудинні ураження, психічні розлади, променева діагностика.

### Psychiatric consequences of the perinatal cerebrovascular lesions

Gonchar O. A., Uralova L. T.

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

**Resume.** Neonate cerebrovascular lesions were analyzed using radio diagnostics, the risk of accompanying psychiatric disorders was considered.

**Keywords:** Perinatal cerebrovascular lesions, psychiatric disorders, radio diagnostics.

Головною причиною важких захворювань центральної нервової системи (ЦНС) і психічних порушень є перинатальні геморагічні та гіпоксично-ішемічні мозковосудинні ураження, частота яких у середньому досягає 40% і прогресивно збільшується до 80-85% зворотно пропорційно гестаційному віку дітей (Ватолин К.В., 1995; Дворяковский И.В., 1994; Hill A., Volpe J.J., 1992; Cannonrobin M., Murray M., 1998; Bowen K.E., Gatzke-Kopp L.M., 2013).

Діагностика внутрішньочерепних патологічних процесів у неонатальному періоді розвитку дитини значно утруднена у зв'язку з морфофункціональною незрілістю центральної нервової системи новонароджених дітей, що призводить до однотипності й генералізації клінічних проявів незалежно від ступеня й характеру уражень. Тому, раціональне використання сучасних методів нейрорадіологічної діагностики для вирішення важливих морально-етичних питань реанімації й тривалого лікування важко хворих новонароджених дітей є очевидною проблемою сьогодення. Запобігання розвитку уражень ЦНС, своєчасна діагностика та ефективне лікування перинатальної патології — це профілактика хронічних захворювань людини і формування її здоров'я на все життя.

Для діагностики перинатальних мозковосудинних уражень застосовуються методи променевої діагностики, такі як ультразвукове зображення структур головного мозку в реальному часі з використанням переднього тім'ячка як акустичного вікна для неонатальних

досліджень; нейросонографія (НСГ), що дозволяє виконати обстеження дітей в обмеженому просторі, та надає можливість багатоплощинного дослідження і кількісної оцінки кровотоку; магнітно-резонансна томографія (МРТ), яка дозволяє швидко отримати зображення, що за якістю порівнюється з гістологічним зрізом.

Для виникнення певного типу мозковосудинних уражень важливим є ступінь розвитку головного мозку, що залежить від гестаційного віку дитини. До особливостей тканин мозку недоношених немовлят відносять наявність гермінального матриксу. Кровоносні судини гермінального матриксу надзвичайно крихкі і можуть легко травмуватися; залишки гермінального матриксу найдовше зберігаються навколо кровоносних судин і поверхні хвостатого ядра, що обумовлює частоту й топографію крововиливів у немовлят; кровообіг центральних і коркових структур мозку вирівнюється тільки на 34 тижні гестації.

За допомогою методів променевої діагностики було обстежено 233 дітей.

Система авторегуляції кровообігу у новонароджених дітей — недосконала, тому ряд причин можуть зумовлювати порушення гемодинаміки у вигляді підвищення або зниження загального тиску крові. Так, судоми, апное та реанімаційні заходи спричиняють підвищення загального тиску крові, що зумовлює пасивну гіперперфузію мозку й виникнення крововиливів. У цьому разі у недоношених дітей виникає розрив крихких кровоносних судин гермінального матриксу, що є причиною інтравентрикулярного

крововиливу (ІВК). У доношених дітей крововилив із гермінального матриксу або паренхіми головного мозку — рідкісне явище. Причиною таких крововиливів є пологова травма. У випадках гіперперфузії мозку у доношених дітей може виникнути геморагічний інфаркт. Асфіксія й гіпоксія, навпаки, супроводжується системною гіпотензією та гіпоперфузією мозку з виникненням гіпоксично-ішемічного ураження мозку чи інфаркту, незалежно від гестаційного віку дитини. Але у недоношених дітей найбільш чутлива до гіпоперфузії роздільна зона між центральною й периферичною судинними територіями в навколошлуночкової білій речовині мозку, де виникає пошкодження кровоносних судин головного мозку та перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ).

ПВЛ — це коагуляційний некроз білої речовини головного мозку з перифокальною реакцією у вигляді набряку тканини мозку. ПВЛ може ускладнюватись вторинним крововиливом у паренхіму мозку чи внутрішньошлуночковим крововиливом (24,3%). З часом набряк паренхіми мозку спадає, некротичні маси розсмоктуються, а на їхньому місці виникають псевдокісти. Потім маленькі псевдокісти спадають й утворюють гліальні рубці з атрофією білої речовини мозку. Великі псевдокісти, зливаючись між собою, формують поренцефалію.

У доношених дітей інфарктогенні зміни виникають у сірій речовині кори мозку і в базальних ядрах. Глибока, тривала гіпоперфузія з ішемією може призвести до пошкодження паренхіми у зонах розподілу крові, які знаходяться в корі зрілого мозку. Центральна сіра речовина й мозочок звичайно не страждають. В інших випадках більше ушкоджуються базальні ядра з наступним гліозом. У разі глибокої гіпоксії та ішемії може виникнути дифузне ураження мозку з некрозом нервових клітин, токсичним набряком мозку і наступним дифузним некрозом його кори — мультикістозна енцефаломалія. Ускладненням цього патологічного процесу є заміщення некротичних мас псевдокістами, розвиток мікроцефалії з клінікою тяжкого психомоторного ураження. Ушкодження білої речовини навколо білих шлуночків мозку спричиняє формування специфічної форми дитячого церебрального паралічу — первинної спастичної диплегії або тетраплегії.

Великий однобічний ІВК може викликати закупорку вен, венозний застій і локальну ішемію в навколошлуночкової білій речовині мозку. Завдяки реперфузії може виникнути вторинний геморагічний інфаркт. На відміну від ПВЛ він частіше виявляється в передній навколошлуночкової зоні й біля трикутників бічних шлуночків мозку. Як наслідок ІВК у 6,9% дітей виникає гідроцефалія.

Таким чином, фізіологія головного мозку й патофізіологія мозковосудинних уражень різна у недоношених і доношених дітей, що обумовлюється дозріванням мозку й зміною його кровообігу. Але між 34 і 36 тижнями гестації можливий той чи інший тип ураження, що залежить від розвитку мозку на момент виникнення ураження. Перинатальні мозковосудинні ураження у немовлят бувають різні навіть у тих випадках, коли механізм ушкодження головного мозку однаковий.

Безпосередньо діючи на нейронні системи, ураження мозку може бути першопричиною патогенезу психічних розладів, в тому числі коли, окрім когнітивних порушень, присутні порушення поведінки та розлади у особистісній сфері. Більш ніж 70% дітей, які залишилися жити після гострої перинатальної патології, вважаються здоровими, оскільки після певного проміжку часу в них не виявляють індикаторів енцефалопатичного пошкодження (Bowen K.E., Gatzke-Kopp L.M., 2013). Але на пізніших стадіях розвитку помітними стають порушення когнітивної сфери та соціоемоціональної поведінки. Розлади ж психічного реєстру можуть проявлятися на протязі всього життя.

Поряд з чинниками оточуючого середовища та генетичними чинниками, роль яких у розвитку психопатології стає все більш ясно окресленою, не можна також виключати й роль ураження головного мозку у якості потенціюючого засобу для генетичної сприйнятливості. Дані досліджень перинатальних мозковосудинних уражень можуть допомогти у ідентифікації груп підвищеного ризику та, що важливіше, можуть дозволити дати характеристику біологічних процесів, пов'язаних з такими ураженнями. Також, ці дані можуть допомогти у розробці відповідних фармакологічних підходів, які є здатними блокувати ці процеси, знизити гостроту їх дії і, таким чином, сприяти покращенню соціальної адаптації даного контингенту.

#### Література:

1. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей. — М.: Видар, 1995. — 23 с.
2. Дворяковский И.В. Эхография внутренних органов у детей. — М., — 1994. — 456 с.
3. Hill A., Volpe J.J. Ischemic and hemorrhagic lesions of the newborn // Cerebrovascular diseases in children / Eds. A.J. Raimondi, M. Choux, C. DiRocco. — New York: Springer-Verlag, 1992. — P.206-215.
4. Cannonrobin M., Murray M. Neonatal origins of schizophrenia (1998). Arch Dis Child, 78, 1–8.
5. Bowen K.E., Gatzke-Kopp L.M. Brain injury as a risk factor for psychopathology // Child and Adolescent Psychopathology / Eds. T.P. Beauchaine, S.P. Hinshaw. — Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2013. — P. 317-340.

УДК 159.9: 616.379-008.64

## Теоретичний огляд впливу цукрового діабету на психіку хворого та огляд методів психологічної роботи



Лехан К. І.

Лехан К. І.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ

**Резюме.** В данной статье рассматриваются психологические аспекты при сахарном диабете, который в наше время приобрел эпидемиологический характер. Статья освещает влияние заболевания на психику пациента с сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, психика, психологическое воздействие.

### Theoretical review of the impact of diabetes on the psyche of patient and review of methods of psychological work

Lechan K. I.

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv

**Resume.** In this article we study the problem of diabetes, which in our time has the epidemiological status. The article describes how the disease affects the psyche of a patient with diabetes.

**Keywords:** diabetes, psyche, psychological impact.

Цукровий діабет — найбільш розповсюджене ендокринне захворювання. Актуальність цієї проблеми пояснюється широкою розповсюдженістю захворювання, високою смертністю та ранньою інвалідизацією хворих. У більшості країн світу хворі на цукровий діабет складають 2-5% (за деякими даними інших авторів 4-6%) від загальної популяції населення, а серед осіб похилого та старечого віку та осіб з факторами ризику (ожиріння, гіподинамія та ін.), ця кількість зростає до 30%. Поширеність діабету у вагітних жінок коливається від 1 до 5%. Унаслідок поширення цукрового діабету рівень смертності підвищився в 2-3 рази, а тривалість життя зменшилася на 10-30%.

Вивчення психосоматичних аспектів цукрового діабету є актуальним, так як відомо, що психічні фактори відіграють роль у виникненні та розвитку цукрового діабету. Психологічні особливості пацієнтів впливають на успішність протікання захворювання, при тривалому перебігу цукрового діабету виникають невротичні реакції та розлади в сфері психіки. Психологічна допомога та психотерапія позитивно впливають на перебіг захворювання та якість життя в цілому.

В наш час залишаються маловивченими психологічні аспекти лікувального процесу, особливості внутрішньої картини хвороби, взаємозв'язок з віком, статтю, важкістю захворювання та соціальною адаптацією. Більшу актуальність має розробка на цій основі комплексних програм психосоціальної реабілітації

хворих на цукровий діабет, що направлені на успішне керування захворюванням.

Вже зараз на базі ендокринологічних відділень у лікарнях існують школи самоконтролю діабету. В них лікарі та психологи проводять заняття, на яких навчають як контролювати кількість цукру в крові, як поводити себе в екстремальних умовах, як коригувати дієту та дозу інсуліну. Дуже важливими є школи самоконтролю для пацієнтів, у яких нещодавно з'явився цукровий діабет, і тут завданням лікарів стає донести до хворого та його близьких, що діабет — це не вирок, а захворювання, хоча й на даний час невиліковне, з яким можна прожити повноцінне та щасливе життя.

Метою даної роботи є розгляд впливу цукрового діабету на психіку хворого. **Об'єкт:** особистість, що хворіє на цукровий діабет. **Предмет:** психологічні особливості пацієнта, хворого на цукровий діабет.

#### Завдання:

1. Розглянути вплив цукрового діабету на психіку людини.
2. Описати методи психологічної роботи, що використовуються у роботі з пацієнтами хворими на цукровий діабет.

**Практичне значення** роботи полягає у поглибленні знань практикуючих психологів про особливості роботи з пацієнтами, що хворіють на цукровий діабет.

Дослідженням психологічних аспектів даного захворювання займалися Ф. Г. Александер



(1930-1960), К. И. Платонов (1935-1955), А. Л. Гройсман (1970-2010), Д. Д. Ісаєв (1990-2005), Б. Любан-Плоцц (1980-1990), В.Е. Рожнов (1979-1984) та П. І. Сідоров(2007).

В результаті вивчення поставленої проблеми, розглядаємо психологічні порушення, що мають соматичну природу. Їх розвиток при цукровому діабеті підлягає деяким закономірностям. М. В. Воронов зазначив, що на ранніх етапах захворювання та у випадках відносно доброякісного перебігу захворювання, виявляються зниження психічної та фізичної активності зі змінами настрою, що називається психоендогенний синдром. Ступінь зниження психічної активності проявляється швидкою втомлюваністю, виснаженням та відсутністю прагнення до будь-якої діяльності зі звуженням кола інтересів та примітивізацією соціальних контактів. Зміни потягів виражаються у зниженні або підвищенні апетиту, спраги, що може не залежати від рівня цукру в крові та соматичного стану. З'являється прагнення до бродяжництва або навпаки підкреслена прив'язаність хворого до одного місця. В основному переважають змішані стани: депресія з дратівливим та поганим настроєм, ейфорія, депресивно-апатичний стан, астенична депресія та маніакальний стан. З'ясовано, що нерідко спостерігаються дісоційовані розлади, наприклад хороший настрій з повною бездіяльністю та руховою загальмованістю.[3]

П. І. Сідоров вважав, що при розвитку цукрового діабету симптоматика психоендогенного синдрому трансформується в стан, що характеризується глобальним порушенням психічних функцій. При цьому страждає цілісна особистість та значно нівелюються її індивідуальні якості. Для цього стану характерні розлади пам'яті, зниження інтелекту з вираженням порушенням критичного ставлення до свого захворювання. У хворих випадають набуті знання, мислення загальмовується та стає поверхневим. В афективній сфері починають переважати якості емоційної в'ялості та затупленості. В найбільш важких випадках, зокрема після перенесення кількох коматозних станів, розвивається синдром органічного зниження інтелектуальних здібностей.[7]

І. Г. Малкіна-Пих встановила структуру особистості, що хворіє на цукровий діабет: хворим властивий загальний знижений фон настрою, емоційна лабільність, часті невротичні реакції, байдужість, неспроможність приймати самостійні рішення, астеничний стан, грубість та загострення рис характеру, які були до хвороби. [4]

В. Е. Рожнов вважає, що одним з завдань психологічної роботи є керування своїми реакціями, досягнення оптимальної компенсації діабету пацієнтом за допомогою психотерапевта.

Тому психотерапія при цукровому діабеті не є окремим способом, а сукупністю методів, направлених не тільки і не стільки на нормалізацію обміну речовин, скільки на зміну внутрішнього «Я» пацієнта. До того ж вибір направленості лікування залежить від клініки, стану та особистісної неповторності конкретного пацієнта. [5]

П. І. Сідоров зазначає, що побудова системи психотерапії починається з першої зустрічі з хворим. Спочатку вивчається анамнез хвороби, особлива увага звертається на спадковість захворювань нервово-психічними та ендокринними хворобами у сім'ї, характеру, особистісним якостям хворого, їх змінами в процесі захворювання. Прослідковується перебіг діабету в залежності від емоційних переживань, уточнюються реакції хворого на зміну рівня цукру в крові хворого, ставлення до досліджень, їх оцінка хворим. Корисно дізнатись, що хворий знає про течію захворювання, яку інформацію він отримував від лікарів-ендокринологів та інших хворих на діабет. Важливо знати чи вірить хворий в психотерапевтичний вплив на розвиток хвороби. Наступний етап лікування включає в себе навіювання під час гіпнозу, корекцію фіксованої установки хвороби та масштабу переживань, пом'якшення невротичних синдромів, деактуалізацію психотравм, вироблення адекватного ставлення до специфічної дієти. [6]

Ф. Г. Александер зазначив, що довготривалі несприятливі ситуації, в яких опиняється людина, також можуть стимулювати цукровий діабет. Було проведено дослідження працівників ряду професій, потребуючих особливого напруження нервової системи. Було виявлено, що частота діабету, наприклад, серед водіїв транспорту набагато вище, ніж у інших, тобто люди з довготривалим напруженням нервової системи більш схильні до захворювання на цукровий діабет. Доведено, що при надмірному напруженні рівень цукру в крові підвищується навіть у здорових людей. Виявлено, що навіть якщо діабет виник не в наслідок перенавантаження нервової системи, то під час захворювання її стан значно змінюється. Також, будь яке захворювання, в тому числі діабет, супроводжується підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, порушенням сну. Після початку хвороби пацієнтам стає важче працювати, вони скоріше втомлюються, стають більш чутливими до неприємностей, швидко дратуються та більш різко, іноді більше ніж до хвороби, реагують на навколишнє середовище. Деколи з'являються головні болі. Таким чином, ми бачимо зміни нервової системи під впливом хвороби. За допомогою психотерапії можна позбутися цих хворобливих проявів та полегшити перебіг діабету. [1]



І. Г. Малкіна-Пих вважала, що одним із найважливіших завдань психотерапії при діабеті є ліквідація неадекватності внутрішньої картини хвороби і виховання правильного ставлення до хвороби. З цією метою хворим роз'яснюється шкідливість уявлення про діабет як найбільш важке, неприємне, виняткове захворювання. Можна провести порівняння суб'єктивних переживань хворого, наприклад, з виразкою шлунку (болі, обмеження в дієті, загроза кровотечі, тощо) і хворого на діабет. Хворий сконцентрований на власних переживаннях та важко усвідомлює, що відбувається навколо. Спостерігається, що у хворих виникає хибне уявлення, ніби хворий діабетом — приречена людина, так як діабет — це невиліковне захворювання. Подібні думки призводять до того, що у людини опускаються руки. Це не правильно, адже діабет належить до тих захворювань, які при збереженні режиму лікування та харчування дозволяють людині бути повністю працездатним та енергійним. Боротьба з неправильними уявленнями та страхами є одним з найважливіших моментів психотерапії при діабеті. За допомогою психотерапії можливо побудувати свій особистий режим так, що пацієнт позбудеться неприємних думок та побоювань. [5]

М. Е. Бруно зауважує, що необхідним є корекція фіксованої установки щодо хвороби та масштабу переживань. При аналізі реакції особистості на хворобу виявлено, що сам факт наявності діабету викликає негативний емоційний фон хворих. Вони пригнічені та розчаровані. Особливу роль грає невиліковність діабету. Нерідко ситуація погіршується тим, що хворий часто чув про невиліковність від лікарів та «більш досвідчених» хворих. До того ж підвищення цукру в крові збільшує тривогу та страх хворих, що їх здоров'я катастрофічне і може призвести до ускладнень та смерті. Цьому сприяють численні ускладнення діабету. На думку вченого ефективним є прийомом «контрпропозиція»: хворому дається завдання обдумати все, що він

почув від психотерапевта та підготувати, у випадку незгоди з лікарем, свої контрпропозиції для обговорення в присутності інших хворих. Даний метод є ефективним на початку терапії бо він активізує зацікавленість пацієнта у роботі. [2]

В. Е. Рожнов вважає, що одним з найефективніших методів є емоційно-стресова психотерапія. Вона складається з біологічного та психологічного тренінгів. Біологічний має заспокоюючу, мобілізуючу та оновлюючу частини. Заспокоююча частина включає міорелаксацію, інтерорецептивну релаксацію та психічну релаксацію. Мобілізуюча — це комплекс вправ на виклик відчуття легкості в тілі, наповнення енергією всього тіла. Оновлююча частина складається з психічного масажу та вправ для покращення глибини сну. Автор зауважує, що психологічний тренінг включає в себе емоційний тренінг, тренування впевненості, вольовий тренінг і тренінг рольової позиції. Зазвичай при цукровому діабеті обмежуються цим етапом. Проте, якщо внаслідок цукрового діабету порушується система відносин хворого, то можна йому рекомендувати третій етап емоційно-вольового тренування — соціальний тренінг. Емоційно-стресова психотерапія полягає в тому, що лікар різними емоційними способами приводить пацієнта в стан лікувального, сприятливого емоційного стресу певної сили. [7]

Отже, проведений теоретичний аналіз проблеми дав змогу сформулювати такі висновки:

1. Цукровий діабет впливає на стан психіки через хронічне нервово напруження, реакції організму на неправильне дозування медикаментозних препаратів, неправильне уявлення соціуму про захворювання.
2. Психотерапевтична робота полегшує стан емоційного напруження, корегує установки пацієнта щодо захворювання, навчає самоконтролю діабету пацієнтом та допомагає організувати повноцінне життя. Одним з ефективних методів психологічної роботи є емоційно-стресова терапія.

### Література:

1. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications.-N. Y.: Konald, 1951.
2. Бруно М. Е. Эмоционально-стрессовая терапия / М. Бруно — М., 1981.
3. Воронов М. Психосоматика. Практическое руководство / М. Воронов — Ника-Центр., 2002.
4. Малкина-Пих И. Г. Психосоматика. Справочник практикующего психолога / И.Г. Малкина-Пих — М., 2004.
5. Рожнов В. Е. Руководство по психотерапии / Рожнов В. Е. — Медицина, 1995.
6. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А., Мулькова Н. Н. Сахарный диабет: психосоматические аспекты. Руководство для врачей / Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А., Мулькова Н. Н. — СПб.: СпецЛит, 2010.

УДК: 616.35-006-089.87:316.6

## Особистість та міжособистісні відносини онкологічних хворих



Аймедов К. В.



Мерліч С. В.

**Аймедов К. В., Мерліч С. В.**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**Резюме.** Автором приведен анализ литературных источников по проблеме психологических особенностей и особенностей социального функционирования больных онкопатологией. Также рассмотрена проблема медико-психологического сопровождения онкологического больного на предоперационном, стационарном и амбулаторном этапах лечения, которая является недостаточно разработанной в современной науке. Обоснованно роль медицинских работников, психологов, социальных работников, родственников в процессе лечения и реабилитации больных онкопатологией. Доказана необходимость системного и комплексного подхода в медико-психологическом сопровождении онкологического больного.

**Ключевые слова:** медико-психологическое сопровождение, особенности личности, онкологический больной.

## Personality and interpersonalities relations of oncologic patients

**Aymedov C. V., Merlich S.V.**

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

**Resume.** The author conducted analysis of literary sources is resulted on the problem of psychological features and features of the social functioning of patients of oncopathology. The problem of medical-psychological accompaniment of oncologic patient is also considered before operation, on stationary and ambulatory stages of treatment, which is it is not enough by developed in modern science. Grounded role of medical workers, psychologists, social workers relatives, in the process of treatment and rehabilitation of patients of oncopathology. The necessity of systems and complex approach is well-proven in medical-psychological accompaniment of oncologic patient.

**Keywords:** medical-psychological accompaniment, features of personality, oncologic patient.

**Актуальність проблеми.** Число онкологічних хворих у всьому світі стрімко росте, згідно із статистичними даними, [1, 3, 11]. У сучасній медицині і психології помітний явний інтерес до різних психологічних аспектів онкологічних захворювань [2, 6, 13]. Дослідження проводяться в різних напрямках. Один з напрямів дослідження — психологічні детермінанти виникнення даного захворювання. Сюди відноситься вивчення психологічної схильності до важких захворювань і дослідження впливу стресу на виникнення та перебіг раку [10, 12]. Другий напрям пов'язаний з вивченням психологічних особливостей онкологічних хворих і їх реакції на захворювання [6, 9]. І нарешті, третій напрям здійснює пошук шляхів надання соціально-психологічної допомоги онкохворим. Оцінки поширеності психічних розладів у онкологічних

пацієнтів варіюють в широких межах — від 24 до 60% [12, 14]. Не дивлячись на велику кількість досліджень в психоонкології, результати залишаються суперечливими зважаючи на не-долік комплексних досліджень, що різносторонньо розкривають психічні особливості пацієнтів. Так, часто досліджуються окремі психопатологічні розлади — депресивні стани і психогенні реакції у відповідь на виявлення злоякісного новоутворення, а також окремі психологічні чинники — стани безнадійності і безпорадності, рівні дистимності і тривожності, зміряні за допомогою спеціальних опитувальників. Разом з тим, практично не зустрічається робіт, присвячених комплексному дослідженню психічного життя онкологічного хворого, психопатологічних чинників, що враховують великий спектр, психологічних станів і особових характеристик.

**Викладення основного матеріалу.**

Проблема первинної і вторинної профілактики є актуальною для всієї медицини, але, перш за все, для тих областей, методи лікування яких знаходяться на етапі вдосконалення. У ряді таких областей знаходиться онкологія. Одним з наймолодших напрямів дослідження причин злоякісних новоутворень є проблема медико-психологічного супроводу онкологічного хворого на передопераційному, стаціонарному та амбулаторному етапах лікування, яка є недостатньо розробленою в сучасній науці [7, 15].

Традиційно онкологічна патологія відноситься до сфери однієї з тих, що найбільш психотравмують. Що шокує діагноз раку, необхідність звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощі спілкування з тими, що оточують стають для багатьох пацієнтів перешкодою на шляху до відновлення здоров'я або компенсації хвороби.

У надзвичайно складному психологічному стані знаходяться лікарі і родичі. Вони не завжди здатні налагодити емоційно відкриті відносини з онкохворими, і самі нерідко випробовують важкі переживання. Важливим для оточуючих хворого осіб стають готовність і уміння налагодити позитивний контакт, проявити усвідомлене переживання (емпатію).

Існує три аспекти даної проблеми:

- 1) особливості системи відносин, полегшуючої виникнення онкологічної патології;
- 2) особливості системи стабілізації особи онкологічного пацієнта в ситуації хвороби;
- 3) специфіка відносин в системі онкологічної медичної допомоги між лікарями, середнім медичним персоналом і пацієнтами [6, 9, 10].

Патерн созалежності є найбільш часто згадуваною особливістю системи відносин онкологічного пацієнта з близькими і значущими людьми як до, так і після захворювання [13]. Це означає, що людина сильно поглинена і стурбована потребами інших людей, а також укривається залежна (емоційно, соціально, а іноді і фізично) від іншої людини. Основна межа співзалежної системи відносин полягає в тому, що її учасники піклуються про потреби іншої людини, деколи вгадуючи її стан і бажання, і при цьому ігнорують власні потреби і можуть довго терпіти або не помічати дискомфорт. У відносинах з партнером онкохворі схильні до ідеалізації відносин з одночасним запереченням себе і власних інтересів.

Інші особливості сім'ї, що полегшують виникнення онкологічної патології у своїх членів, описуються за допомогою теорії сімейних систем М. Боуена [14]. Таким сім'ям характерні наявність хронічної тривоги в декількох поколіннях, змішення функціональних ролей, блокування

процесів, сепарацій. Частий випадок — псевдосепарація дитини, що подорослішала, через заміжжя (одруження) або народження дітей. Із сторони такі сім'ї можуть виглядати дружними і нагадувати клани, де закони системи завжди первинніші і важливіші за індивідуальні потреби її членів. У результаті зростає особа з низьким рівнем диференційованої від сімейної системи, незавершеними процесами психологічного відділення від батьків, порушеними або взагалі несформованими особовими межами.

Один з механізмів психологічного захисту, характерних для онкологічних пацієнтів — заперечення, за допомогою якого потенційно тривожна інформація ігнорується. Також характерні заперечення і придушення роздратування, інших негативних емоцій і реакцій, які можуть образити тих, що оточують або викликати конфлікт. Високе заперечення призводить до того, що симптоми захворювання ігноруються, а діагноз ставиться із запізненням [1, 5].

У області копінг-стратегій поведінки в ситуації хвороби для онкологічних пацієнтів характерні пошук інформації, звернення за соціальною підтримкою до близьких і медичного персоналу, осмислення захворювання в життєвій перспективі з релігійною орієнтацією або без неї [4]. Реалізація цієї стратегії часто приводить людину до релігії і підсилює віру. Пошук інформації у разі її дефіциту призводить до того, що, дізнавшись онкологічний діагноз, пацієнт задіює всі доступні джерела, часто без належної критики сприймаючи навколонукові, наївні і відверто помилкові теорії, концепції і схеми зцілення. Деякі автори указують на уникнення онкохворими рішення проблем [3].

Прогностична компетентність онкологічних хворих є не високою [7]. Прогнози щодо майбутнього по аналогії з рисами особи, властивими цій групі пацієнтів, також певною мірою інфантильні. Це виявляється як небажання думати про неприємності і відкладання в часі несприятливої події; невисока і слабо диференційована емоційно забарвлена прогнозованих подій; екстернальний локус контролю як неготовність визнавати свою відповідальність і можливість впливу на результат ситуації [11].

Зазначені вище особливості відносин онкологічного пацієнта дзеркально відображаються в системі медичної онкологічної допомоги — між лікарями, середнім медичним персоналом і пацієнтами [13]. Відносини в онкологічному стаціонарі будуються за співзалежною моделлю, згідно якої прийнято здогадуватися про потреби іншого і проявляти опіку. До хірургів хворі відчують безумовну довіру, формують теплу прихильність і схильні підтримувати з ними відносини через велику кількість часу після операції,

часто звертаються до них за підтримкою [7]. Відмітимо, що переважна більшість онкохірургів — це чоловіки. До хіміотерапевтів пацієнти відносяться з деяким побоюванням, неприязню, образою, агресією, часто вважають їх черствими і малокомпетентними. Хіміотерапевтичне лікування починається після операції, і цей час доводиться на період відносин, для якого характерні прояви накопиченої агресії, яка до того ж легко провокується у пацієнта травмуючими наслідками хіміотерапії. Вона рідко пред'являється хірургам, оскільки до цього часу хворий, як правило, вже виписаний з хірургічного відділення. Практично всі хіміотерапевти — жінки, мабуть, тому, що чоловіки малоздатні витримувати великі дози інфантильної агресії, вони не уміють з нею справлятися і тому не вибирають цю спеціальність [8, 11].

Ще одна особливість відносин в системі медичної онкологічної допомоги полягає в тому, що вона обмежує, забороняє прояви агресії і неконфліктна. Колективи онкологічних клінік, як правило, теплі, дружні, середній медичний персонал стараний, дотримує субординацію, уникає відкритих конфліктів з лікарями і пацієнтами [11].

Суперечність і навіть неоднозначність деонтологічних позицій відносно інформування пацієнта про його захворювання вносять багато невизначеності у відношення пацієнта до своєї хвороби [3]. У ряді випадків лікарі не схильні надавати пацієнту максимально повну об'єктивну інформацію про захворювання і можливі результати; у онкостационарі не вимовляється слово

«рак», і учасники медичного процесу уникають безпосередньо обговорювати якнайгірші варіанти перебігу хвороби. Тактика замовчування страшної правди і трансльована позиція «не хвилюйтеся, все буде добре», що підноситься під соусом збереження надії на одужання, насправді підтримують заперечення і, як наслідок, анозогнозію [11, 15].

### Висновки

Підводячи підсумок, можна зробити наступний висновок. Система медичної онкологічної допомоги експлуатує і підтримує ті базові патерни пацієнта, які колись послужили родючим ґрунтом для виникнення онкологічної патології. В цілому підтримуються інфантильність, заперечення і созалежна модель відносин, властивих онкохворому. Можливо, тому, не дивлячись на сучасні досягнення медицини у сфері онкології, вірогідність рецидиву захворювання залишається достатньо високою, продовжує загрожувати життю пацієнта навіть після успішного лікування, зберігає високу тривогу і знижує якість життя.

Альтернативою такому положенню справ могли б бути такі тактики взаємодії з онкологічним хворим, в яких поєднувалися б розумна соціальна підтримка і автономія, правдивість і емпатія, реалістичні прогнози і надія на одужання. Тому в обігу з онкологічним пацієнтом важливо апелювати до зрілих структур особистості, на яких засновані суб'єктність і особиста відповідальність за одужання, і прагнення до партнерських відносин.

### Література

1. Галиуллина С. Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы : автореф. дис. . канд. мед. наук : 14.00.14, 14.00.18 / С. Д. Галиуллина. Уфа, 2000. — 23 с.
2. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практик. онкол. — 2001. — № 1. — С. 5–13.
3. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А. В. Гнездилов. С-Пб.: Речь, 2004. — 162 с.
4. Оганов Р. Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 48–54.
5. Заридзе Д. Г. Эпидемиология и профилактика рака / Д. Г. Заридзе // Вестник РАМН. — 2001. — № 9. — С. 6–14.
6. Рассказова Е. И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации / Е. И. Рассказова // Гуманитарные проблемы современной психологии. Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета, — 2005, — № 7. — С. 124–126.
7. Сидоров П. И. Психосоматическая медицина / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. — М.: 2006. — 568 с.
8. Терентьев И. Г. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы / И. Г. Терентьев, А. В. Алясова, В. Д. Трошин. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. — 264 с.
9. Тиганов А. С. Психические расстройства при соматических заболеваниях (аспекты психопатологии и клиники) / А. С. Тиганов // Материалы 1 Всероссийского конгресса «Психические расстройства в онкологии», 2008. — 26 с.
10. Тухтарова И. В. Соматопсихология: Учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология» / И. В. Тухтарова, Т. З. Биктимиров. Ульяновск: УлГУ, 2005. — 87 с.



11. Dubocovich M. L. Agomelatine targets a range of major depressive disorder symptoms / M. L. Dubocovich // *Curr. Opin. Investig. Drugs.* — 2006. — Vol. 7, — № 7. — P. 67–80.
12. McElroy J. A. Duration of sleep and breast cancer risk in a large population-based case-control study / J. A. McElroy et al. // *J. Sleep Res.* — 2006. — Vol. 15, — № 3. — P. 241
13. Butow P. N. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style and personality factors in the development of breast cancer / P. N. Butow et al. // *J. Psychosom. Res.* — 2000. — Vol. 49, № 3. — P. 169–181.
14. Eybl V. Comparative study of natural antioxidants curcumin, resveratrol and melatonin — in cadmium-induced oxidative damage in mice / V. Eybl, D. Kotyzova, J. Koutensky // *Toxicology.* — 2006. — Vol. 225, № 2–3. — P. 15–16.
15. Figueiro M. G. Does architectural lighting contribute to breast cancer? / M. G. Figueiro, M. S. Rea, J. D. Bullough // *J. Carcinog.* — 2006. — Vol. 10, № 5. — P. 20–22.

УДК :616.89-008.454-055.5/7:159.9

## Особливості психологічного стану хворих на судинну деменцію

Волощук Д.А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

**Резюме.** Сосудистая деменция составляет 15-20% всех случаев деменции и количество заболеваний растет с увеличением возраста. По международной классификации болезней деменция отнесена к разделу психических заболеваний, и трактуется, как результат церебрального инфаркта вследствие цереброваскулярного заболевания. Кроме того особенностью данного заболевания является клиническое многообразие нарушений и не редкое сочетание нескольких неврологических и нейропсихологических синдромов у больного. Именно поэтому изучение особенностей психологического состояния больных сосудистой деменцией является важным при диагностике и разработке эффективной терапии.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, психика, когнитивные нарушения, афазия, депрессия, эмоционально-волевая сфера, бредовые нарушения.

## Features of psychological states of patients with vascular dementia

Voloshchuk D. A.

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

**Resume.** Vascular dementia is 15-20% of all dementia cases and the number of diseases increases with age. According to the international classification of diseases attributed to dementia rubric of mental illness, and is interpreted as a result of cerebral infarction due to cerebrovascular disease. Also feature of this disease is the clinical diversity of disorders and rare combination of several neurological and neuropsychological syndromes in patients. That is why the study of features of the psychological state of patients with vascular dementia is important in the diagnosis and the development of effective therapy.

**Keywords:** vascular dementia, psyche, cognitive impairment, aphasia, depression, emotional and volitional domain, delusional disorders.

**Актуальність.** Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції (СД) обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми СД, є тенденція до невинного зростання частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн.

Судинна деменція складає 15-20% всіх випадків деменції і є другою за частотою у країнах Західної Європи та США. Але в деяких країнах світу, таких, як Росія, Фінляндія, Китай і Японія, судинна деменція займає перше місце і зустрічається частіше, ніж хвороба Альцгеймера. У 20% випадків судинна деменція нагадує, за своєю течією, хворобу Альцгеймера, а в 10-20% випадків є їх поєднанням [13].

Результати популяційних досліджень, проведених у багатьох європейських та північноамериканських країнах, показують, що кількість випадків судинної деменції зростає зі збільшенням віку. Така ж тенденція характерна і для показника розповсюдженості. Частота розповсюдження судинної деменції серед осіб 65 років і старше становить 4,5%. В цілому судинна деменція більше поширена серед чоловіків, аніж серед жінок, особливо у віці до 85 років. Так чоловіки страждають судинною деменцією приблизно в 1,5 рази частіше, ніж жінки [18].

Незважаючи на високий рівень захворюваності на СД та високу частоту коморбідності останньої з соматичними хворобами, питання психопатологічних особливостей СД, поєднаної з соматичними захворюваннями, недостатньо вивчені, що зумовлює актуальність даного дослідження.

**Викладення матеріалу.** Судинна деменція (СД) — це прогресуюче, гостре або хронічне зниження когнітивних функцій, яке викликане судинною патологією головного мозку різного ступеня тяжкості і призводить до порушення соціальної адаптації. При цьому її відмінною рисою є поєднання проявів деменції з різними неврологічними симптомами (парези, порушення статички, координації, чутливості, функції тазових органів, тощо) [4].

У МКБ-10 судинна деменція віднесена до розділу психічних захворювань, та трактується, як результат церебрального інфаркту внаслідок цереброваскулярного захворювання і має шифр F01 [9].

Дане захворювання характеризується, як лакунарне, при якому зберігається ядро особистості, але порушуються пам'ять, увага, з'являються надмірна емоційна лабільність, туга рухомість мислення. Таке порушення після поновлення мозкового кровообігу певною мірою

є оборотне. На відміну від розумової відсталості, при якій розлади відзначаються з народження, деменція розвивається при набутих органічних ураженнях головного мозку [15].

Цікаво підкреслити, що до передбачуваних факторів ризику відносяться низький освітній рівень і професія робітника. Більш високий рівень освіти може відображати великі здібності і резерви мозку, відсуюючи, таким чином, у часі початок когнітивних розладів [12].

Особливістю судинної деменції є клінічне різноманіття порушень і не рідке поєднання декількох неврологічних та нейропсихологічних синдромів у хворого [10].

Загалом для пацієнтів з судинною деменцією характерні уповільнення, ригідність всіх психічних процесів і їх лабільність, звуження кола інтересів. У хворих відзначаються зниження когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення, орієнтування тощо) і труднощі при виконанні функцій у повсякденному житті і побуті (обслуговування себе, приготування їжі, покупки, заповнення фінансових документів, орієнтування в новій обстановці, тощо), емоційно-вольові розлади, астенична симптоматика, втрата соціальних навичок, адекватної оцінки свого захворювання [6].

Серед когнітивних порушень в першу чергу слід відзначити розлади пам'яті та уваги, які відзначаються вже на етапі початкової судинної деменції і неухильно прогресують. Перші симптоми і скарги пацієнтів із судинною деменцією стосуються саме стану пам'яті. Легка форма деменції супроводжується помірними порушеннями пам'яті, в основному вони пов'язані з подіями, що відбувалися в недавньому минулому (забування розмов, номерів телефонів, подій, що відбувалися в рамках певного дня). Випадки більш тяжкого перебігу деменції супроводжуються утриманням в пам'яті лише попередньо завченого матеріалу. Останні стадії захворювання можуть супроводжуватися забуванням імен родичів, власного роду діяльності та імені, проявляється це в формі особистісної дезорієнтації. Порушення пам'яті проявляються головним чином при навчанні: ускладнення запам'ятовування слів, візуальної інформації, придбання нових рухових навичок. В основному страждає активне відтворення матеріалу. Крім цього не виключаються конфабуляції, які мають на увазі під собою помилкові спогади. Факти з них, як правило ті, що відбувалися раніше або в дійсності, але зазнали певної видозміни, і переносяться хворим в інший час (нерідко найближчий) при можливому їх поєднанні з подіями, які є повністю вигаданими [3, 11].

Визначаються виражене звуження обсягів довільної уваги, значні порушення його

функцій — концентрації, розподілу, переключення. При судинній деменції синдроми порушення уваги носять модально-неспецифічний характер і наростають у міру прогресування церебро-васкулярної недостатності [14].

На більш пізніх стадіях можуть розвиватися порушення мислення. Вони зачіпають процеси узагальнення — виключення, абстрактне мислення, здатності планувати і організовувати свою діяльність, мислення стає конкретним, в'язким, зайво деталізованим. Хворі некритично оцінюють свою поведінку і вчинки, стають образливими, неадекватними і нелогічними в оцінках того, що відбувається [8].

Виявляються різні мовні розлади, розлади читання та письма. Найбільш часто є ознаки семантичної та амнестичної форм афазії. На етапі початкової деменції ці ознаки визначаються тільки при проведенні спеціальних нейропсихологічних проб. Мова хворих з судинною деменцією стає бідною, сповільненою за темпом, з елементами номінативної афазії (важко швидко згадати назву предметів, імена). При осередкових ураженнях у відповідних областях кори головного мозку виникають і інші типи афазій (моторна, сенсорна, амнестична), можливі агностичні і апраксічні порушення [11].

Емоційно-вольові розлади тісно пов'язані з особистісними змінами хворих з судинною деменцією. Спочатку захворювання відбувається акцентування характерологічних рис, а в міру прогресування судинної деменції — згладжування цих рис і особливостей особистості. Ядро особистості у хворих з судинною деменцією зберігається незалежно від глибини патологічного процесу. Залежно від минулих індивідуальних особливостей хворі можуть виглядати надмірно тривожними, підозрілими, скупими, тощо [2].

Астеничний синдром при судинній деменції поєднується з лабільністю психічних процесів, настроєм і флюктуацією інтелектуально-мнестичних функцій. Більш ніж у половини хворих з судинною деменцією спостерігається так зване емоційне нетримання (легкодухність, насильницький плач), у частини хворих — депресія. Можливий розвиток афективних розладів, психотичної симптоматики [17].

Крім цього у хворих із судинною деменцією є і неврологічні прояви: пірамідний, підкоркових, псевдобульбарний синдроми, парези м'язів кінцівок, частіше негрубі порушення ходи за типом апраксіко-атактичний або паркінсонічний. Саме поєднання когнітивних та неврологічних порушень відрізняє судинну деменцію від хвороби Альцгеймера.

Проте у відмінності від хвороби Альцгеймера судинна деменція рідко досягає ступеня глибокого тотального розпаду психіки. В своїй течії

судинна деменція може поєднуватися з іншими психопатологічними і неврологічними розладами (сплутаність, порушення вищих коркових функцій, осередкові неврологічні симптоми, епілептичні припадки). Причому ці порушення на відміну від хвороби Альцгеймера можуть виникнути на ранніх етапах хвороби [1].

Судинній деменції властиві тривалі періоди стабілізації і навіть зворотнього розвитку мнестико-інтелектуальних порушень, і тому ступінь її вираженості коливається в ту чи іншу сторону, що часто корелює зі станом мозкового кровотоку [5].

На тлі облігатної симптоматики судинної деменції нерідко виникають психічні та поведінкові

порушення. Перш за все це стани сплутаності свідомості різної тривалості [6].

Маревні розлади також часті при судинній деменції. Клінічна картина таких розладів представлена хибними ідеями «малого розмаху», ідеями збитку, обкрадання, ревнощів. Можливі галюцинаторно-хибні, шизофреноподібні психози [16].

Психічні і поведінкові порушення при судинній деменції можуть провокуватись приєднанням до основної патології іншого захворювання (пневмонія, інфаркт міокарда, пієлонефрит та ін.) і впливом лікарських засобів [7].

### Література:

1. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. / И.В. Дамулин; под ред. Н.Н. Яхно. — М., 2002. — 86 с.
2. Дамулин И.В. Деменции: некоторые аспекты диагностики и лечения / И.В. Дамулин. — М., 2007. — 346 с.
3. Дамулин И.В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза: клинические и терапевтические аспекты. / И.В. Дамулин // Трудн. пациент. — 2006. — Т.4, №7. — С.53-58.
4. Дамулин И.В. Сосудистая деменция. / И.В. Дамулин // Неврол журн. — 1999. — № 3. — с. 4-11.
5. Деменции: руководство для врачей. / [Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др.] — М.: Изд. Медпресс-информ, 2011. — 272 с.
6. Дробижев М.Ю. Сосудистая деменция в общей медицине (аспекты эпидемиологии, бремени болезни, терапии) / М.Ю. Дробижев, Е.А. Макух, А.И.Дзантиева // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 5. — С. 16-20.
7. Захаров В.В. Современные подходы к ведению пациентов с деменцией. / В.В. Захаров //Атмосфера. Нервные болезни. — 2006. — №1. — С.27-32.
8. Маркин С.П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике: [методическое пособие] / С.П. Маркин.— Воронеж, 2008 — 42 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — К.: «Факт», 1999. — 270 с.
10. Мхитарян Э.А. Болезнь Альцгеймера и цереброваскулярные расстройства. / Э.А. Мхитарян, И.С. Преображенская // Неврол журн. — 2006. — № 11(1). — с. 31-36.
11. Преображенская И.С. Сосудистые когнитивные расстройства: клинические проявления, диагностика, лечение / И.С. Преображенская, Н.Н.Яхно // Неврол журн. — 2007. — №12(5). — с.45-50.
12. Факторы риска развития деменции / [C.D. McCullagh, D. Craig, S.P. McIlroy, P. Passmore] // Обзор современной психиатрии. — 2001. — № 4 (12). — С. 71-73.
13. Amaducci L. The epidemiology of the dementia in Europe / L. Amaducci, L.Andrea // New concepts in vascular dementia / A.Culebras, J.Matias Cuiu, G.Roman. — Barselona: Prous Science Publishers, 1993. — P.19-27.
14. Bowler J.V. Vascular cognitive impairment / J.V. Bowler // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2005. — Vol. 76, Suppl. 5. — P. 35-44.
15. Brun A. The neuropathology of vascular dementia and its overlap with Alzheimer's disease / A. Brun // Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia / J. O'Brien. — London, New York : Martin Dunitz, 2004. — P. 103-115.
16. Chui H. Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia / H. Chui, W. Mack, J.E. Jackson // Arch. Neurol. — 2000. — Vol. 57, № 2. — P. 191-196.
17. Cornell Scale for depression in dementia / [G. Alexopoulos, R. Abrams, R. Young et al.] // Biological Psychiatry. — 1988. — Vol. 23. — P. 271-284.
18. Lobo A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of populationbased cohorts Neurologic Diseases in ther Elderly. / A. Lobo, L.J. Launer, L. Fratiglioni // Research Group. Neurology. — 2000. — № 54. — p. 4-9.



УДК 616.89-07-08

## Использование солей лития и Глуталита в психиатрической практике



Кузнецов В. Н.

Кузнецов В. Н.

НМАПО им. П.Л.Шупика, кафедра психиатрии, г. Киев

**Резюме.** В историческом аспекте розглядається застосування солей літію при афективній патології. Аналізуються результати довготривалого застосування карбонату літію у 386 хворих з різними варіантами афективних розладів, обґрунтовується застосування нового вітчизняного препарату — літій-γ-гідроглутамат (ГЛЮТАЛІТ).

**Ключові слова:** солі літію, афективні розлади, лікування, профілактика, літій-γ-глутамат.

### Use of Lithium Salts and Glutalith in Psychiatric Practice

Kusnetsov V. M.

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

**Resume.** In the paper using of lithium salts in treatment of affective disorders is considered in historical perspective. The long-term treatment outcome of using of lithium carbonate in patients with different forms of affective disorders was been analysed, the evidence of use of new ukrainian medicine lithium-γ-hydroglutamate (GLUTALITH) is presented.

**Keywords:** lithium salts, affective disorders, treatment, prevention, lithium-γ-hydroglutamate.

Впервые литий в психиатрической практике применил австралийский психиатр Кейд(1) в 1949 году для купирования возбуждения у психически больных. Полученный положительный терапевтический эффект у маниакальных больных послужил основанием для применения лития с терапевтической целью как антиманиакального средства. Среди солей лития (сульфат, цитрат, хлорид, ацетат и др.) наилучшим препаратом признан карбонат лития (углекислый литий), хотя и другие соли применялись с лечебной целью. В мировой медицинской практике используется большая группа препаратов лития: Camcolit 250; Camcolit 400; Carbolit; Duralit; Eskalit; Licarbium; Liskonum; Litarex; Lithicarb; Lithizine; Lithobid; Lithotabs; Manilith; Phasal; Priasal; Priadel; Quilonorm; Quilonum.

Широкое применение лития дало возможность расширить показания к его применению. Возросло количество содержащих литий препаратов, в том числе и отечественных (микалит, оксibuтират лития, литий-γ-гидроглутамат и др.)

Теперь уже литий используется не только для лечения и профилактики аффективных расстройств, но и при терапии иных форм психической патологии различной нозологической принадлежности, а также для преодоления терапевтической резистентности к другим видам терапии. Появляются работы, посвященные комбинированному лечению литием с нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами. Описываются осложнения и побочные явления, а также тактика их купирования.

Предпринимались попытки лечения солями лития самых различных состояний — бредовых, навязчивых и фобических синдромов, кататонического возбуждения, состояний с преобладанием дефицитарных расстройств, наблюдавшихся в рамках шизофрении, дипсомании, эндокринных психосиндромов и др. Однако, судя по большинству публикаций и нашим собственным наблюдениям, препарат оказывается эффективным лишь в случаях периодического течения заболевания, когда в картине приступа преобладают аффективные нарушения.

Лексикон психиатрии, неврологии и нейронаук 2000 года представляет следующие некоторые данные применения лития в медицинской практике.

#### Литий и биполярное расстройство

Последовательность эпизода похоже играет роль в отклике пациентов с биполярным расстройством на литий: интервал мании/гипомании-депрессии имеет уровень отклика в среднем 72%; интервал депрессии-мании/гипомании имеет уровень отклика в среднем 41%. Более сложные и тяжелые формы мании и менее тяжелые формы гипомании хуже откликаются на литий. Менее всего литий эффективен у таких групп пациентов: старческий возраст, при биполярном расстройстве с быстрой сменой фаз, шизоаффективном расстройстве, дисфорической и смешанной мании и органических маниях вследствие различной патологии ЦНС (инсульты, опухоли,

закрытые и открытые ЧМТ и инфекции). Литий должен назначаться с осторожностью и регулярным контролем его уровня в крови, т.к. терапевтическая доза близка с токсической. Перед и в течении лечения необходимо обследовать функции почек, сердца и щитовидной железы. Побочные эффекты в терапии включают тошноту, диарею, рвоту, мышечную слабость, тремор, сонливость, полиурию и выраженную жажду. Множество из этих эффектов можно устранить путем снижения дозировки, использованием замедленно-освобожденного лития или сочетанной терапией. Тиазидные диуретики и ограничение в соли и воде может повысить уровень лития в крови и его токсичность. Гипотиреозидизм встречался всего два раза за 100 лет использования лития. Если у пациента с хорошим терапевтическим контролем лития снова повторяются симптомы или возникает обострение, всегда необходимо обследовать функцию щитовидной железы. Недостаточность функции щитовидной железы может усугубить течение биполярного расстройства и сделать его резистентным к терапии.

### Литий при агрессивном и самоповреждающем поведении

В контроле агрессивности и самоповреждений литий признан эффективным у 70-75% пациентов, принимающих литий. Однако, свойства, оказывающие данный эффект, пока еще не были выявлены. Обычно оптимальная концентрация лития в сыворотке составляет 0,7-1,0 ммоль/л для снижения частоты и тяжести агрессивных вспышек. Трудные пациенты с ранее неконтролируемой агрессией становятся более податливыми в терапии, что позволяет снизить дозировку других транквилизаторов или вообще отменить их; и даже сократить длительность пребывания в стационаре таких пациентов. В периоде терапевтической эффективности и относительной нерегулярности серьезных побочных эффектов литий хорошо сочетается с нейролептиками для контроля агрессивного поведения без применения седативных препаратов, которые вызывают сонливость или полностью прекращают активность и коммуникацию. Литий не имеет седативного эффекта или эффекта на другие типы поведения, несмотря на значительное снижение агрессии. Необходимо по крайней мере 2-месячный курс лечения пациентов с повторной трудноконтролируемой агрессией и самоповреждающим поведением.

## Литий при алкоголизме

Эффективность карбоната лития при лечении пациентов с алкоголизмом обсуждается

уже почти два десятилетия. Проведенные двойные слепые исследования ставят под сомнение преимущества использования лития в лечении хронического алкоголизма. Результаты показали, что литий проявил себя не лучше, чем плацебо при общей абстиненции, независимо от того, были ли пациенты в депрессии. Результаты плацебо-контролируемых исследований применения лития для профилактики рецидивов у алкоголиков оказались разочаровывающими. Всесторонний обзор всех ранее опубликованных контролируемых и неконтролируемых исследований эффективности применения лития у хронических алкоголиков показал, что объемные и недавние клинические исследования не смогли наглядно подтвердить начальные оптимистические выводы более ранних исследований. Таким образом, литий не является эффективным при лечении аффективных расстройств у алкоголиков. Также, исследования предполагают, что терапия литием не снижает потребление алкоголя или тягу к алкоголю у алкоголиков с депрессией и без депрессии.

## Литий с антипсихотиками

Литий способствует экзакербации экстрапиримидной симптоматики, вызванной антипсихотиками. Пациенты, принимающие такие препараты, должны регулярно обследоваться на предмет ранних признаков экстрапиримидной симптоматики. Антипсихотики обычно назначают вместе с литием с целью купирования тяжелых психотических симптомов и нарушений поведения в острой фазе маниакального эпизода, а также с целью предотвращения повторных эпизодов мании. Антипсихотики, включая атипичные, применяются вместе с литием у пациентов с быстрой сменой фаз.

## Литий и потенцирование

Литий может потенцировать лечебные эффекты широкого спектра антидепрессантов при резистентных к лечению депрессиях. У некоторых пациентов литий быстро усиливает антидепрессивный эффект (до 7 дней), в других случаях может понадобиться до 6 недель. У пациентов пожилого возраста высока вероятность нейротоксичности, даже при применении терапевтических доз лития и антидепрессанта. Для эффекта потенцирования лучше всего начинать с дозы 600 мг/сутки с последующей коррективной дозы до уровня препарата в плазме крови 0,5-0,8 мэкв/л. Эффект достигается примерно в 60% случаев. В настоящее время невозможно предопределить, в каких именно случаях наступит эффект и как долго необходимо продолжать лечение. По современным данным, потенцирование литием является лучшей

изученной стратегией потенцирования. Чем дольше проходит лечение, тем больше вероятность положительного эффекта. Обычно достаточно 3-6 недельного курса.

### **Отмена лития и рекуррентная симптоматика**

При отмене препарата у ранее стабилизированных пациентов отмечалась высокая частота рецидивов и повторных эпизодов, что подтверждено обзором 14 исследований 257 пациентов с биполярным расстройством 1 типа. Исследования показали, что около двух третей таких пациентов возникал рецидив при отмене лития. Более половины новых эпизодов мании или депрессии возникали в течении 10 недель после отмены лития при средней длительности терапии в 30 месяцев с тенденцией раннего возникновения мании. Также у пациентов при отмене лития в пять раз чаще возникали расстройства настроения, чем до лечения литием.

### **Литий и ЭСТ**

Перед назначением ЭСТ необходимо точно определить уровень лития в крови и снизить дозу до половины терапевтической. Также рекомендуется отменить прием лития за 1 неделю до ЭСТ, что позволит избежать осложнений. Также рекомендуется не возобновлять прием лития в течении 4-7 дней после проведения ЭСТ. По доступным данным, чем выше концентрация лития в плазме крови при ЭСТ, тем выше риск церебротоксичности. Даже терапевтические дозы лития могут спровоцировать органические мозговые синдромы, особенно у пациентов в тяжелом депрессивном состоянии вследствие терапии литием, которым была назначена ЭСТ либо вместе с литием, либо в течении 1-2 дней после его отмены. Такое сочетание вызывало неконвульсивный эпистатус на 2-й день после 5-го сеанса ЭСТ. Двойное слепое проспективное исследование 18 пациентов, принимающих литий и проходящих ЭСТ, не выявило осложнений. Исследование 256 пациентов, получающих комбинированное лечение литием и ЭСТ и 130 пациентов, получающих только ЭСТ, не выявило различия в эффективности или тяжелых осложнениях. Было проведено ретроспективное исследование трех групп пациентов: 27 получали литий вместе с ЭСТ, 100 получали только ЭСТ, а третья группа получала литий в течении 24 часов до проведения ЭСТ либо в течении 48 часов после. Какие-либо значительные особенности между группами не были выявлены. Недавнее ретроспективное исследование 31 пациента, получающего литий с ЭСТ и 135 случаев проведения

только ЭСТ также не выявило отличий в частоте тяжелых осложнений. Длительная спутанность сознания не отмечалась вовсе; кратковременная спутанность отмечалась лишь в 10% исследуемых и в 11% контрольной группы. Комбинирование лития и ЭСТ может быть необходимым у некоторых пациентов, особенно для предотвращения спровоцированного ЭСТ перехода в манию у пациентов с быстрой сменой фаз. Такое сочетание можно без особых опасений использовать в обычной практике, так как осложнения при комбинированной терапии не превышают осложнения ЭСТ как таковой. Однако, вследствие ретроспективного дизайна исследования и малой выборки, необходимо повторное исследование. Случаи, описывающие комбинированную терапию ЭСТ и литием подтвердили успешность и безопасность такого подхода.

### **Литий и нейролептики**

Сочетанное назначение может вызвать тяжелые побочные реакции, особенно в фазе острой мании. Препараты могут взаимодействовать кумулятивно или синергетично; клинические проявления сочетанного применения отличаются от токсических реакций применения одиночного препарата. Чаще всего описываются состояния нейротоксичности при использовании лития с галоперидолом, другие нейролептики (флуфеназин, тиоридазин, перфеназин и хлорпромазин) в сочетании с литием вызывают аналогичные синдромы. Чем выше доза нейролептика, тем выше риск побочных эффектов. У пациентов пожилого возраста (65 лет и старше) нейротоксичность может развиваться даже при достаточно безопасной дозе нейролептика при отсутствии других психоактивных веществ. Таким образом, пожилой возраст считается относительным противопоказанием к сочетанной терапии; средняя дозировка нейролептика (400-600 хлорпромазинового эквивалента) может вызвать нейротоксичность без должного терапевтического эффекта. Однако, вопреки хорошо известным фактам о побочных эффектах сочетанной терапии, растет мнение о том, что применение лития вместе нейролептиками высокой и средней силы должно быть первоочередной стратегией при лечении чистой острой мании с или без психотических симптомов.

### **Хроническое отравление литием**

Побочные эффекты вследствие длительной терапии литием включают: нефрогенный несахарный диабет, дисфункцию щитовидной железы, повышенную почечную функцию, повышение уровня сахара и лейкоцитоз.



**Легкое отравление литием**

При несколько повышенном уровне лития в плазме крови (обычно  $> 1$  мэкв/л) возникают следующие симптомы: анорексию, дискомфорт в ЖКТ, диарею, тошноту, рвоту, жажду, полиурию и тремор рук. Легкая интоксикация может развиваться в первые дни терапии литием и больше связана с резкостью скачка уровня лития, нежели с его величиной. Обычно эффекты пропадают или редуцируются без коррекции дозы. При выявлении признаков легкой интоксикации необходимо срочно определить уровень лития в плазме крови, чтобы на начальных этапах избежать более тяжелой интоксикации. Всем пациентам необходимо периодически напоминать о проявлениях легкой интоксикации и просить сразу же сообщать о них врачу.

**Тяжелое отравление литием**

При уровне лития в плазме крови больше 1,5 мэкв/л могут возникнуть подергивания мышц, повышенные глубокие сухожильные рефлексy, атаксия, сомноленция, спутанность, дизартрия, и, редко, судороги. Эти симптомы могут быть проявлением развившейся острой энцефалопатии, характеризующейся спутанностью, атаксией, дизартрией, крупноразмашистым тремором, хореоатетонидными движениями, миоклонусом, паркинсонизмом, поражением черепных нервов и прочей очаговой симптоматикой; также может развиваться кома со смертельным исходом. Вялый паралич, слабость мышц конечностей, мышечные подергивания и арефлексия обычно сопровождают вызванную литием энцефалопатию. У некоторых пациентов литий-индуцированная прогрессирующая энцефалопатия может привести к необратимым неврологическим синдромам. Последующий разбор случаев неврологических осложнений выявил, что некоторое улучшение может появиться в течении 6-12 месяцев после тяжелой интоксикации литием, однако значительное улучшение в течении 1 года вряд ли возможно.

Литий является веществом, близким по своим характеристикам к калию и натрию, и так же как и они, широко распространен в природе в составе солей в горных породах, в минеральных водах и в жидкой среде растений и животных. В человеческом организме есть следы лития (около 1/1000 терапевтической концентрации); ионы лития довольно равномерно распределяются во всех жидкостях организма — внутриклеточной и внеклеточной. Натрия, наоборот больше всего содержится во внеклеточной, а калия — во внутриклеточной жидкости. Литий обладает широким спектром воздействия на растения и животных: у одних видов модифицирует их развитие, у других изменяет

эндокринные функции, влияет на активность энзимов в разных системах, при этом степень выраженности этих воздействий зависит от конкретной концентрации ионов лития. Литий, который выявляется у здорового нелеченного человека, или литий, который выявляется от употребления минеральной воды, может не иметь клинического значения. Ионы лития быстро диффундируют, вследствие чего, он быстро проникает в кровь из желудка и проникает в большинство тканей, через некоторое время он начинает появляться в моче. Литий выделяется также с потом. Литий не скапливается где-либо в организме в значительных количествах, и поэтому его концентрация в крови в любое время зависит от равновесия между величиной дозы, принятой внутрь и его содержанием в выделенной моче. Диета с низким содержанием натрия, обильное потоотделение в жаркую погоду или при высокой температуре тела, гипотензия любого происхождения — все эти факторы снижают содержание лития в моче и повышают его концентрацию в крови при условии приема внутрь постоянной дозы препарата.

Механизм действия солей лития изучен не полностью. Наиболее распространена гипотеза об увеличении литием реаптейка свободного норадреналина пресинаптическими адренергическими окончаниями ЦНС. Тем самым уменьшается количество активного норадреналина, действующего на постсинаптические адренергические рецепторы, и снижается возбуждение нервной системы. В формировании фармакологического эффекта участвует также анти-серотонинергическое влияние лития. На клеточном уровне литий действует как антагонист натрия и способен вытеснять его из клетки. Аккумуляция лития в клетке приводит к изменению переноса моновалентных катионов через клеточную мембрану.

Основным показанием к назначению солей лития маниакальные и гипоманиакальные эпизоды в рамках биполярного аффективного расстройства. При выраженном маниакальном возбуждении со склонностью к агрессии, разрушительным действиям, эффективность солей лития ограничена. В таких случаях рекомендуется короткодействующий нейролептик клопиксол-акуфаз в дозе 50-100 мг в/м с дальнейшим введением клопиксол-депо 200-500 мг в/м и включением лития 900-1500 мг. Как альтернативный метод для купирования маниакального возбуждения можно рекомендовать разработанную нами (Крыжановский Г.Н., Олейник А.В. и др., 3) комплексную патогенетическую терапию, включающую триаду препаратов — соли лития, сибазон и галоперидол в терапевтических дозах.



Другие атипичные варианты маниакальных состояний — «непродуктивная мания», «экзальтированная» мания, «дурашливая» мания — также требуют применения нейролептической терапии в комплексе с литием.

На депрессивные фазы литий не оказывает прямого воздействия и полезен только незначительной подгруппе депрессивных больных с биполярным течением аффективных расстройств и отягощённой наследственностью и в комплексе с антидепрессантами при резистентных к терапии депрессиях. Эффект лития при этом развивается ещё медленнее, чем при мании. Успешно применяется литий в комплексе с нейролептиками и при шизоаффективном расстройстве (маниакальный тип). Благоприятное действие лития отмечается при лечении синдрома предменструального напряжения, некоторых форм алкоголизма, олигофрении, психопатии, в структуре которых наблюдаются лёгкие аффективные нарушения. Особого внимания заслуживает применение лития при аффективных расстройствах на экзогенно-органической основе.

Одним из наиболее важных свойств лития является его способность предотвращать аффективные приступы при аффективных расстройствах. Он может применяться как вспомогательное средство для предотвращения приступов и при других психозах с аффективными нарушениями (шизофрении, периодических психозах, психопатиях).

Методика профилактического применения лития довольно проста. Начальная суточная доза в зависимости от тяжести состояния больного колеблется от 600 до 1200 мг, в дальнейшем она может быть увеличена при необходимости до 1800 мг (в 2-3 приёма после еды). Терапия литием должна проводиться не только под контролем клинического состояния, но и концентрации лития в сыворотке крови. Профилактическое действие лития выявляется лишь тогда, когда концентрация колеблется от 0,6 до 1,2 мэкв/л. Определение концентрации лития в сыворотке крови при профилактическом лечении должно проводиться 1 раз в неделю в первый месяц, в дальнейшем 1 раз в 2-3 месяца. Наибольшая концентрация лития в крови наблюдается через 2-4 часа после приёма внутрь. Определяют концентрацию лития через 12 часов после последнего приёма.

Вопрос о том, при каком типе течения аффективного расстройства — биполярном или монополярном — профилактика литием даёт лучшие результаты, решается не всеми авторами однозначно. Основоположники профилактического применения лития Ску и Боструп (5) указывают на приблизительно одинаковую эффективность лития при монополярном и

биполярном типах течения психоза. Это подтверждается и нашими наблюдениями.

Наш опыт применения лития в психиатрической практике с лечебной и профилактической целью начинается с 1970 года. В психиатрической клинике кафедры психиатрии КМАПО под руководством проф. Полищука И.А. впервые в Киеве был применён с терапевтической целью углекислый литий (карбонат лития) у больных аффективными расстройствами. Были разработаны методические рекомендации по применению солей лития для лечения и профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза (Бирюкович П.В., Олейник А.В., 4). Под нашим наблюдением на протяжении длительного времени (больше 10 лет) находилось 220 больных (170 женщин и 50 мужчин) с аффективными расстройствами, принимавших с лечебной и профилактической целью карбонат лития. Возраст больных к началу лечения от 17 до 60 лет, длительность заболевания от 2 до 24 лет. Частота психотических эпизодов не менее одного в год, продолжительность их от 2-3 недель до 5-8 месяцев. У 150 больных наблюдалось биполярное аффективное расстройство, у остальных монополярное. У 120 больных наблюдались тяжёлые психотические эпизоды, и они от одного до 12 раз лечились в психиатрических стационарах, остальные — амбулаторно.

В 1973 году под руководством профессора И.А. Полищука на кафедре детской психоневрологии КИУВ началось исследование больных с церебральной резидуально-органической недостаточностью, которые в возрасте 9-16 лет перенесли психозы с преимущественной патологией в аффективной сфере. Была проведена комплексная сравнительная оценка клинических проявлений и параклинических показателей у 166 пациентов и их ретроспективный двадцатилетний катамнестический анализ, завершившийся на кафедре психиатрии КМАПО в 1993 году. У 60 пациентов аффективные психотические расстройства рассматривались в рамках экзогенно-органических психозов; у 15 в рамках биполярного психоза и циклотимии на фоне ЦРОН, у 8- шизоаффективное расстройство, у 16 — эндореактивная пубертатная депрессия у 46 пациентов — депрессивно-дистимическое неврозоподобное состояние резидуально-органического генеза. В комплексной дифференцированной терапии значительные удельный вес занимали препараты лития с особым положительным лечебным и профилактическим действием в группе экзогенно-органических, биполярных психозов и циклотимии, шизоаффективных расстройств, депрессивно-дистимических неврозоподобных состояниях. (6,7).

Пациенты как в группе детско-подросткового так и в группе взрослого возраста постоянно принимали литий в суточной дозе от 0,6 до 1,2 грамма. При необходимости проводилась коррекция доз с учётом данных контроля за концентрацией лития в сыворотке крови.

В результате профилактического применения лития у большей части больных (88%) получен положительный терапевтический эффект — полное прекращение аффективных эпизодов или значительное смягчение течения психоза, что выражалось в сокращении продолжительности психотических эпизодов, их количества в году, числа госпитализаций и ослаблении тяжести аффективных нарушений по сравнению с периодом до лечения у тех же больных.

Длительная профилактическая терапия литием создавала благоприятные условия для реабилитационных мероприятий. Большинство наблюдавшихся нами больных (70%) после выписки из стационара приступали к трудовой деятельности по специальности. Только небольшая часть больных (14 человек) реадаптировались на новом месте работы с облегчёнными условиями труда и по иной квалификации, близкой к прежней специальности. Снижение интенсивности клинических проявлений психоза до субклинического уровня дало возможность 22 больным с рецидивами депрессии и мании продолжать работу или учёбу, в то время как до приёма лития они ежегодно на 1-4 месяца утрачивали трудоспособность.

На нашем материале не наблюдалось ни одного случая острого отравления литием. Ранние побочные эффекты (в первые дни, наддали приёма лития) наблюдались у 15 больных в виде желудочно-кишечных расстройств — тошноты, рвоты, сухости во рту, поноса, а также нервной системы — в виде общей слабости, сонливости, иногда лёгкого тремора рук. Они устранялись коррекцией дозы лития.

Поздние побочные эффекты со стороны центральной нервной системы наблюдались у 4 больных в пожилом возрасте в виде вялости, сонливости, головокружения, шума в ушах, тремора. Концентрация лития в сыворотке крови достигала 1,5 мэкв/л. Отмена лития, симптоматическое лечение (физраствор поваренной соли, диуретики) постепенно нормализовало состояние больных.

В Львовском государственном медицинском университете был синтезирован новый препарат — литий-γ-гидроглутаминат (ГЛЮТАЛИТ). Экспериментальными исследованиями на животных было установлено, что препарат вызывает ряд эффектов, сходных с действием антидепрессантов. Кроме того,

экспериментально было показано, что механизм действия препарата аналогичен действию лития оксидбутирата, но эффективность была значительно выше.

Исходя из этого, постановлением фармакологического комитета Украины была проведена вторая фаза клинических испытаний препарата литий-γ-гидроглутаминат на базе клиники кафедры психиатрии КМАПО им. П.Л.Шупика. Целью исследования было:

1. подтвердить терапевтическую эффективность нового фармакологического средства при аффективных расстройствах различного генеза;
2. изучить переносимость и токсичность;
3. сопоставить эффективность и токсичность лития-γ-гидроглутамината с карбонатом лития;
4. уточнить показания и терапевтические дозы, суточный режим приёма препарата;
5. выявить и оценить возможные побочные явления и осложнения, методы их коррекции;
6. установить показания для применения, длительность лечения, спектр терапевтической активности препарата, возможные комбинации с другими лечебными средствами.

Исследование проводилось в сравнении с контрольной группой из 30 больных, репрезентативных по возрасту, полу, структуре синдрома, нозологическому диагнозу, получавших карбонат лития по стандартным схемам.

В группу исследования были включены больные с аффективными расстройствами в рамках биполярного расстройства, циклотимии, шизоаффективного расстройства, при сосудистых заболеваниях, инволюционной меланхолии и органических поражениях ЦНС.

Литий-γ-гидроглутаминат назначался в суточной дозе 0,3-0,6 г в первые дни лечения с последующим повышением до 0,9 г. Препарат принимался 3 раза в день, через каждые 2 недели определялась концентрация лития в плазме крови методом пламенной фотометрии.

Эффективность оценивалась традиционным клиническим методом. Двойной слепой метод не применялся. В некоторых случаях препарат назначался в комбинации с транквилизаторами, антидепрессантами, а в отдельных случаях и с нейролептиками.

Всего было обследовано 59 больных (14 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет. Обследованные больные были разделены по нозологическому и синдромальному принципам. Были выделены следующие группы:

Биполярное расстройство — 20 больных (из них с депрессивным синдромом — 6,

маниакальным — 14) В рамках шизоаффективного расстройства терапевтическая эффективность препарата изучалась на 12 больных (с депрессивными состояниями — 5, маниоформными — 7) При органических заболеваниях головного мозга литий-γ-гидроглутаминат применялся у 15 больных (с маниоформным синдромом — 9, с депрессивным синдромом — 6). При циклотимии — 12 больных с гипоманиакальным синдромом.

Эффективность препарата оценивалась по 4-х бальной шкале: улучшение, незначительное улучшение, отсутствие эффекта, ухудшение. Анализировалось влияние препарата на аффективное расстройство при различных нозологических формах. Демографические показатели не изучались. Динамика психического состояния больных изучалась на 7, 14, 21 и 28 сутки.

На основании проведённых исследований установлено, что литий-γ-гидроглутаминат оказывает значительную эффективность при различных синдромах в рамках биполярного аффективного расстройства — 70%, при аффективных расстройствах у шизоаффективных больных — 66,6%. Эффективность при экзогенно-органических состояниях — улучшение в 73,3%. Эффективность при циклотимии составляла 75%. Ухудшений в процессе лечения не наблюдалось.

В действии лития-γ-гидроглутамината преобладал седативный эффект и, как во всей группе лития, нормотимическое действие. Антипсихотический эффект наблюдался в группе больных с эндогенными аффективными расстройствами (биполярное расстройство, циклотимия, шизоаффективное расстройство). В группе больных со смешанными аффективными состояниями отмечено значительное действие на состояние тревоги и ажитации. Терапевтический эффект наблюдался на 12-16 день от начала лечения. После устранения основных проявлений мании, как правило, на 3 неделе дозу γ-гидроглутамината лития уменьшали.

γ-гидроглутаминат лития эффективно сочетается с нейролептиками для редукции выраженного маниакального возбуждения, а также с антидепрессантами при терапии депрессивных и субдепрессивных состояний и профилактической терапии эндогенных аффективных психозов. Следует отметить, что для профилактического применения лития в сочетании с антидепрессантами и нейролептиками следует назначать минимальные дозы лития-γ-гидроглутамината. γ-гидроглутаминат лития без побочных эффектов сочетается при изучении препарата не наблюдалось.

При маниакальных состояниях наблюдалось смягчение аффективной симптоматики, раздражительности и гневливости. При депрессивных состояниях уменьшалось витальное ощущение тоски, чувство безысходности, ослаблялась выраженность идей самообвинения и самоуничтожения.

У больных с депрессивными состояниями наряду с редукцией депрессивной симптоматики возникали жалобы на вялость, утомляемость, но они проходили после уменьшения дозы γ-гидроглутамината лития.

У больных с шизоаффективными расстройствами заметно редуцировались острые аффективные симптомы. Клинические испытания показали хорошую переносимость препарата пациентами.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии мягкого седативного и антидепрессивного действия препарата, которые сочетаются с тонизирующим эффектом. Установлено значительное нормотимическое действие лития-γ-гидроглутамината. Наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдался при суточной дозе препарата 0,6-0,9 г при концентрации лития в плазме крови 0,5-0,9 ммоль/л.

Препарат совместим с другими психотропными препаратами.

Литий-γ-гидроглутаминат обладает оригинальным спектром действия, высокой эффективностью при аффективных расстройствах различного генеза и совместим с другими психотропными препаратами.

Серьёзных побочных эффектов и реакций в процессе терапии при указанных дозах и концентрации лития в плазме крови не наблюдалось. У некоторых больных (2) отмечались незначительные побочные эффекты в виде транзиторной головной боли и лёгкой тошноты, которые проходили спонтанно и не требовали медикаментозной коррекции. Влияния на общие и биохимические показатели крови и мочи в процессе терапии не выявлено.

Клиническое испытание лития-γ-гидроглутамината практически полностью подтверждает экспериментальные данные. В результате клинического исследования установлен оригинальный спектр действия препарата: наличие нормотимического эффекта, наличие своеобразного седативного влияния с некоторым тонизирующим компонентом, мягкое антиманиакальное действие препарата и значительная антидепрессивная активность, особенно при астено-депрессивных состояниях различного генеза. При этом практически отсутствуют побочные явления, что свидетельствует о безопасности применения лития-γ-гидроглутамината.

В процессе клинического исследования были установлены оптимальные терапевтические дозы и оптимальные концентрации лития в плазме крови. На основании анализа эффективности препарата с учётом оригинального спектра действия можно установить показания для применения этого лекарственного средства:

1. депрессивные состояния различной степени выраженности и генеза;
2. маниакальные состояния в рамках биполярного расстройства;
3. аффективные расстройства различного генеза.

Противопоказаний для применения препарата, кроме соматической патологии не существует.

Терапевтическая активность  $\gamma$ -гидроглутамината лития не уступает другим препаратам данной группы. Практически не были зафиксированы побочные явления при изучении препарата.

В аптечную сеть Украины поступает  $\gamma$ -гидроглутаминат лития (ГЛЮТАЛИТ) Борщаговского химфармзавода г. Киева для применения в медицинской практике

#### Литература:

1. Cade Y., Med.Y.Aust. — 1949. — v. 36. — p. 349.
2. Schon M., Psychopharmacologia. — 1959. — p.581.
3. Комплексное применение бутирофенонов, бензодиазепинов и солей лития в психиатрической практике (методические рекомендации). Сост. Г.Н.Крыжановский, К.В.Москети, Олейник А.В. и др.
4. Применение солей лития для лечения и профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза (методические рекомендации). Сост. Бирюкович П.В., Олейник А.В. — Киев. — 1978.
5. Schou M., Beastrup P., J.A.M.A., — 1967. — v. 201. — p. 696.
6. Джон Крамер Бернارد Гейне Использование лекарств в психиатрии Ассоциация психиатров Украины Амстердам–Киев. — 1996. — 256 с.
7. Кузнецов В Н Клиника терапия и прфилактика некоторых психотических расстройств у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. — В. 10. — М. — 1977. — с. 1563-1567.
8. Кузнецов В Н Особенности клиники и диагностики аффективных психозов резидуально-органического генеза у детей и подростков //Український медичний часопис. — 1998. — №1(3). — с18-23.
9. Frank J. Ayd, JR. MD. Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences Second edition 2000.



УДК 616.89-008+615.81

## Аппаратные методы лечения в клинике пограничных психических расстройств



Панченко О. А.



Панченко Л. В.



Чумак Т. Э.

**Панченко О. А., Панченко Л. В., Чумак Т. Э.**

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

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

**Резюме.** Вивчався вплив біоакустичної корекції з використанням комп'ютеризованого комплексу «Синхро-С» у лікуванні пограничних психічних розладів.

**Ключові слова:** пограничні психічні розлади, фізіотерапія, апаратні методи, біоакустична корекція.

## Hardware therapies in the clinic borderline mental disorders

**Panchenko O. A., Panchenko L.V., Chumack T.**

National Medical Academy of Postgraduate Education by L.P. Shupick

State Institution «Scientific Practical Medical Rehabilitating Diagnostic Centre of the Ministry of Health of Ukraine»

**Resume.** We also studied the effect bioacoustic correction with the use of computerized equipment «Sync» in the treatment of borderline mental disorders.

**Keywords:** borderline mental disorders, physiotherapy, hardware treatments, bio-acoustic correction.

Стремительный рост частоты кризисных явлений и конфликтов в различных социальных группах в мире, высокий динамизм социально-технократического развития современного общества, усовершенствование информационных технологий, научно-технические достижения наравне с ростом качества жизни обуславливают рост уровня психоэмоционального напряжения, усложнение структуры поведения личности, и соответственно, выдвигают жесткие требования к интегративной деятельности всех процессов психической сферы в целом.

В современном мире каждый третий человек страдает той или иной формой психической патологии с очевидным преобладанием пограничных психических расстройств, удельный вес которых составляет в экономически развитых странах Запада — 82,8%, в восточноевропейских странах (в частности в Украине) — 88,4%, в Российской Федерации — 86,7%, в

развивающихся странах — 65,3%. Для экономически развитых стран Запада, Украины и Российской Федерации характерен высокий уровень распространенности психических расстройств, особенно пограничного круга, с тенденцией прироста показателей заболеваемости.

Экспертная оценка проблемы пограничных психических расстройств свидетельствует о том, что они занимают ведущее место среди заболеваний у населения и становятся одной из важнейших медико-социальных проблем [2].

Одним из достижений медицины в комплексном лечении пограничных психических расстройств является широкое и активное использование физических факторов в лечебно-профилактических и реабилитационных целях. Не случайно в трудах всех известных древних врачей в той или иной форме встречается утверждение, что лучший врач болезней — природа. Современная физиотерапия

располагает огромным арсеналом природных и преформированных физических факторов и методов, оказывающих сложное и разностороннее влияние на организм и его системы.

В наше время физиотерапевтическая аппаратура совершенствуется. Выпускаются сложные комплексы, которые устанавливаются в специализированных лечебных учреждениях. Важным является и то, что по-прежнему традиционно используется аппаратура, основные преимущества которой — простота, надежность и легкость в работе.

Для современной физиотерапии, которая стала высокоразвитой специализированной отраслью и неотъемлемой частью современной медицины, характерно расширение показаний и сужение противопоказаний к её применению, а также более раннее назначение и использование в более тяжёлых случаях. Широкое и эффективное применение лечебных физических факторов, прежде всего, определяется их седативным, обезболивающим, противовоспалительным, антиспастическим, десенсибилизирующим и противоотёчным действием, активным влиянием на микроциркуляцию и реологию, периферическую и центральную гемодинамику, трофику тканей и обмен веществ, иммунологические и компенсаторно-приспособительные процессы, реактивность организма, а также возможностью нормализации функций органов и систем. Многие из них могут оказывать бактериостатический и даже бактерицидный эффект, стимулировать синтез физиологически активных веществ, создавать условия для потенцирования и пролонгирования нейротропного действия препаратов, способствовать локализации действия ионной формы нейролептиков непосредственно в заинтересованных структурах головного мозга [5].

Цель физиотерапии: нормализация процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе и корково-подкорковых взаимоотношений, улучшение кровоснабжения и метаболизма головного мозга, уменьшение выраженности эмоционально-поведенческих нарушений и вегетативных расстройств.

В терапии пограничных психических расстройств актуально использование таких аппаратных методов физиотерапии, таких как: дарсонвализация (воздействие импульсными токами низкой частоты), электростимуляция, электрофорез лекарственными веществами (в основном на шейно-воротниковую зону и по глазнично-затылочной методике), электросон, динамическая электронейростимуляция [5]. Положительное воздействие данных процедур подтверждают полезность и лечебную эффективность в комплексном лечении пограничных

психических расстройств. В частности электросон оказывает седативное действие на центральную нервную систему, гипотензивное действие, нормализует процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, снижает внутриглазное давление, оказывает спазмолитическое, обезболивающее действие, нормализует физиологический сон, уменьшает уровень холестерина в крови. Франклиннизация оказывает гипотензивное действие, общее седативное, вазоактивное, местное обезболивающее, бактерицидное действие [4]. В действии лекарственного электрофореза используются потенцированные эффекты гальванизации и специфические фармакологические эффекты вводимого током лекарственного вещества. Под влиянием местной дарсонвализации улучшается кровообращение, трофика тканей, нормализуется тонус сосудов и кожи, при общей дарсонвализации нормализуется функциональное состояние вегетативной нервной системы, повышается обмен веществ, снижается повышенное артериальное давление [5]. Эффект электростимуляции (сокращение здоровых скелетных мышц и расслабление гладкомышечных волокон), способствует снятию спазмов сосудов и внутренних органов. В результате происходит общее расслабляющее действие, успокоение нервной системы [4]. В основе динамической электронейростимуляции лежит физиологическая оздоровительная ответная реакция организма в ответ на аппаратную обработку специальных кожных зон, которые «соединяются» нервными путями с внутренними органами, в результате происходит повышение адаптационных возможностей организма, профилактика и устранение реакций патологического стресса, что позволяет использовать данную методику при физическом и умственном перенапряжении, при синдроме хронической усталости, при бессоннице, при повышенной раздражительности, при депрессивных состояниях, при лечении острых и хронических болевых синдромов [4]. Внутривенное лазерное облучение крови — воздействие лазером непосредственно на кровь пациента, «работает» во многих направлениях и поэтому результат достигается с помощью сразу нескольких лечебных эффектов. Лазерное облучение улучшает кровоснабжение поврежденных тканей и способствует их быстрому восстановлению. Оказывает универсальное адаптогенное действие, влияющее на центральную и региональную гемодинамику, а также — седативное, анксиолитическое и спазмолитическое действие. Также происходит коррекция клеточного и гуморального иммунитета, повышение фагоцитарной активности макрофагов, снижение уровня С-реактивного

белка, увеличение количества лимфоцитов, повышение неспецифической резистентности организма, сосудо расширяющее действие, противовоспалительное действие, анальгезирующее действие, нормализация обменных и регенераторных процессов [3].

Одним из современных аппаратных методов лечения является преобразование суммарной электрической активности головного мозга в звук музыкального диапазона для биоакустической нормализации психофизиологического состояния человека, компьютеризированное «Синхро-С» (БАК).

Мозг человека обеспечивает различные процессы жизнедеятельности организма и специальные функции — мышление и эмоции. Работа мозга заключается в передаче, распределении и переадресовке потоков информации по нейронным цепям, в обработке собранной информации и формировании на этой основе команд исполнительным органам. Главным рабочим звеном мозга является нервная клетка — нейрон, на которую и возложена задача собирать, преобразовывать информацию и передавать ее по сети нейронов посредством электрических сигналов.

Эффективность работы мозга зависит от способности нервной ткани образовывать новые связи между нервными клетками. Это свойство лежит в основе саморегуляции организма и обеспечивает его адаптивность в условиях изменяющейся внешней среды.

В процессе патологических воздействий (стрессов, болезней, генетической предрасположенности) естественная способность мозга к связеобразованию угнетается. Как следствие, происходят патологические изменения в цитохимии нейронов, гибель нервных клеток, ослабление процесса нейрогенеза. Для восстановления природного процесса саморегуляции организма необходимы дополнительные стимулы. Методом биоакустической коррекции (БАК) облегчается и стимулируется процесс связеобразования.

В основе метода БАК используется концепция произвольной саморегуляции, содержание которой заключается не в компенсации, а в активации естественных процессов регулирования физиологических функций, которые в результате неблагоприятного сочетания факторов внешней среды и индивидуально-личностных особенностей оказались подавлены.

В методике БАК функциональное состояние центральной нервной системы на основе компьютерного преобразования осуществляется отображение параметров биоэлектрической активности головного мозга в параметры звуковых стимулов. Особенность данного

преобразования заключается в том, что сигнал эхо-энцефалографии (ЭЭГ) представляется в виде комплексного звукового образа, в котором сохраняются отношения основных параметров физиологически значимого диапазона частот биоэлектрической активности головного мозга. В отличие от известных методов ЭЭГ-зависимой обратной связи, в методике БАК не выделяются узкие частотные диапазоны, но одновременно отображается все разнообразие ритмики ЭЭГ. При данном преобразовании звуковой образ ЭЭГ приобретает полифонический характер и имеет выраженные эмоциогенные свойства. Преобразование происходит в реальном масштабе времени с минимальной задержкой. При регистрации ЭЭГ используются четыре униполярных отведения Fp1, Fp2, O1, O2 относительно объединенных ушных электродов с частотой дискретизации 250 Гц. Все сигналы одновременно, но независимо преобразуются и предъявляются пациенту через стереофонические наушники, при этом сторона предъявления акустического образа соответствует стороне отведения. Полученный таким образом акустический сигнал отображает частотно-временные и пространственные параметры ЭЭГ, что способствует качественному мониторингу функционального состояния головного мозга.

Прослушивание в реальном времени звукового образа, согласованного с биоэлектрической активностью головного мозга создает оптимальные условия для процесса образования временных связей между центрами слухового анализатора и теми структурами мозга, активность которых отображается в точках регистрации ЭЭГ. Процесс связеобразования будет происходить тем легче, чем больше будет отображаться активность нервных структур в точках регистрации биоэлектрической активности мозга связанных с механизмами мотивации и подкрепления, то есть структур лимбической системы. В этой связи немаловажное значение имеет эмоциогенность акустического образа, которая выступает в качестве фактора, провоцирующего увеличение доли активности лимбических структур в биоэлектрической активности мозга, тем самым, облегчая процесс образования функциональных связей. Таким образом, при прослушивании полифонического звукового образа ЭЭГ в реальном времени устанавливается эндогенный поток импульсации между центрами слухового анализатора (преимущественно латеральных отделов височной коры) и структурами лимбической системы (предположительно ядрами подбугорной области). Физиологический смысл образовавшегося потока импульсации к центрам «висцерального мозга» заключается в точечной активации центров

саморегуляции, что может способствовать восстановлению адаптивных свойств и инициации резервных возможностей организма.

При внешнем подобии технологиям нейробиоуправления биоакустическая коррекция, по сути, является методом сенсорной нейростимуляции мозга, при которой внешний акустический сигнал согласован с эндогенной активностью головного мозга в реальном времени. Это является условием для активации связеобразования и структурирования системы межнейронных связей, что позволяет высвободить нервные ресурсы для адаптивной саморегуляции организма [1].

**Материалы и методы:** лечение проводилось в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины». Были выбраны больные с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F-40 — F-48).

Методика: исследования проводились в затемненной комнате со звукоизоляцией с помощью аппарата «Синхро-С». Биоэлектрические потенциалы отводились от лобной и затылочной областей черепа. Процедуры проводились ежедневно, по стандартной методике. Общее количество процедур определялось индивидуально для каждого пациента и составляло от 5 до 10 сеансов длительностью 20-30 минут. До начала и по окончании курса проводилась многомерная экспресс-оценка психоэмоционального состояния пациентов с использованием методик субъективного опроса, психологического и психофизиологического тестирования.

Для оценки эффективности БАК применялись следующие психодиагностические методики: опросник нервно-психического напряжения (НПН), метод цветовых выборов Люшера, шкала самооценки функциональных состояний «САН», тест «Самооценки психических состояний» (Г. Айзенка), шкала NAD. Дополнительно изучали показатели когнитивной сферы: слуховую память (кратковременную и долговременную), зрительную память, концентрацию и переключение внимания по методикам «10 слов», «Запоминание геометрических фигур», таблицы Горбова-Шульте. Обследование проводилось до и после курса биоакустической коррекции.

Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета статистических программ MedStat (Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., 2006).

Всего было отобрано 50 человек, из них: женщин 35 чел. (70 %); мужчин 15 человек (30 %); трудоспособного возраста (до 60 лет) — 31чел (62 %).

Состав больных по нозологии:

1. Тревожные расстройства (F-40-41) — 24 чел. (48 %);
2. Реакция на стресс (F43) — 3 чел. (6 %);
3. Расстройства адаптации (F-43.2) — 3 чел. (6 %);
4. Диссоциальное расстройство (F-44) — 1 чел. (2 %);
5. Соматоформное расстройство (F-45) — 11 чел. (22 %);
6. Соматоформная вегетативная дисфункция (F-45.3) — 2 чел. (4%);
7. Неврастения (F48.0) — 6 чел. (12 %).

Нарушения психоэмоциональной сферы у данных обследованных проявлялись в виде тревожности, беспокойства, повышенной раздражительности, утомляемости, снижения работоспособности, внутреннего напряжения, эмоциональной лабильности, сниженного фона настроения, расстройства сна и аппетита.

Лечение включало фармакотерапию (антидепрессанты СИОЗС, СИОЗС Н; адаптогены; нейрометаболические препараты; ноотропы); психотерапия (рациональная, групповая, телесно-ориентированная, гипносуггестивная, аутогенная тренировка); физиотерапия; БАК.

**Результаты и их обсуждение:** в результате проведенного исследования установлены следующие нарушения психоэмоциональной сферы: клинически значимый уровень тревоги — у 28 чел. (56 %), депрессии — у 15 чел. (30 %), чрезмерное нервно-психическое напряжение — у 9 чел. (18 %), высокий уровень фрустрации — у 7 чел. (14 %), агрессивности — у 3 чел. (6 %), 17 чел. (34 %) имели высокий уровень эмоционального стресса (6-8 баллов). Неудовлетворительное самочувствие отмечено у 7 чел. (14 %), сниженная активность — у 5 чел. (10 %), пониженное настроение — у 15 чел. (30 %), нарушение сна — 37 чел. (74 %).

Нарушения кратковременной памяти у 31 чел. (62 %) и снижение долговременной памяти — у 33 чел. (66 %), концентрация внимания снижена у 15 чел. (30 %), преклечение внимания нарушено у 27 чел. (54 %), сужение объема зрительной памяти установлено у 7 чел. (14 %).

Статистический анализ установил наличие достоверной положительной динамики психоэмоционального состояния по следующим показателям: статистически значимое снижение тревоги, фрустрации, депрессии, нервно-психического напряжения, эмоционального стресса; улучшение самочувствия, активности и настроения ( $p < 0,001$ ). Показатели по шкалам агрессивности и ригидности достоверно не изменились ( $p = 0,123$  и  $p = 0,075$  соответственно), т.к. они являются устойчивыми свойствами



темперамента и личности, нуждающимися в длительной комплексной психокоррекции.

Кроме улучшений психоэмоциональной сферы обследованных отмечается также положительные изменения некоторых когнитивных показателей: кратковременной и долговременной памяти, зрительной памяти и переключения внимания ( $p=0,001$ ). Концентрация внимания достоверно не изменилась после курса БАК ( $p=0,129$ ).

Субъективные ощущения эффективности воздействий подтверждались и данными электрофизиологического обследования. В процессе проведения сеансов у всех пациентов происходило улучшение восприятия звукового образа посредством перестройки спектральных характеристик ЭЭГ, вследствие чего создавалось новое функциональное состояние центральной нервной системы. На фоне положительной динамики большинства исследуемых показателей отмечалось достоверное улучшение показателей качества жизни (энергичность, качество сна, эмоциональные реакции, физическая активность).

**Выводы.** На клиническом уровне наблюдается положительная динамика параметров биоэлектрической активности головного мозга и результатов тестирования: увеличение индекса альфа-ритма, уменьшение индекса бета-ритма; снижение уровня межполушарной асимметрии; нормализация пространственно-временной структуры ЭЭГ; уменьшение пароксизмальной активности; снижение уровня реактивной и личностной тревожности; улучшение самочувствия, активности и настроения; улучшение параметров внимания и импульсивности; снижение уровней невротичности, спонтанной агрессивности, депрессивности и раздражительности; повышение иммунитета.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и целесообразности использования метода биоакустической психокоррекции в практике работы в амбулаторно-поликлинических условиях в рамках нозологической и плановой реабилитации.

Метод биоакустической коррекции является современным эффективным, безопасным, немедикаментозным средством коррекции нервно-психических нарушений.

#### Литература:

1. Панченко О.А. Биоакустическая коррекция в системе реабилитации невротических и связанных со стрессами расстройств / О.А. Панченко, Л.В. Панченко, Т.Э. Чумак // *Архів психіатрії*. — 2013. — Т. 19, № 3 (74). — С. 113-114.
2. Панченко О.А. Криотерапия в системе реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами / О.А. Панченко, Т.Э. Чумак, Л.В. Панченко // *Психічне здоров'я*. — 2012. — № 4 (37). — С. 16-20.
3. Панченко О.А. Применение внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении невротических и связанными со стрессами расстройств / О.А. Панченко, Т.Э. Чумак, В.Н. Березовский // *Український вісник психоневрології*. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 210.
4. Самосюк І.З. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування / І.З. Самосюк, В.М. Парамончик, В.М. Губенко: Навчально-методичний посібник. 2-е вид., доп. — К: Купріянова О.О., 2004. — С. 316.
5. Сокрут В.Н. Фізичні чинники в медичній реабілітації / В.Н. Сокрут, В.Н. Казаков. — Донецьк: ДонНМУ; ДОКТМО, 2008. — С. 576.

УДК 61:340.63

## Судебно-психиатрическая оценка беспомощного состояния



Илейко В. Р.

**Илейко В. Р.**

Областной центр судебно-психиатрической экспертизы (г. Донецк)

**Резюме.** В статті обговорюються питання щодо судово-психіатричних аспектів проблеми безпорадного стану у кримінальному провадженні.

**Ключові слова:** судово-психіатрична експертиза, безпорадний стан, кримінальне провадження.

### Forensic psychiatry expert assessment of the helpless condition

**Ileyko V. R.**

The regional center of forensic psychiatric examination (Donetsk)

**Resume.** In this article discussed the question of forensic psychiatric aspects of the helpless condition in criminal proceedings.

**Keyword:** forensic psychiatry expertise, helpless condition, criminal proceeding.

Беспомощное состояние — это обусловленное объективными и субъективными факторами состояние лица, в котором оно не может оказывать сопротивление преступнику или избежать преступного посягательства. В основу понимания данного понятия юристами предлагается использовать «выработанное судебной практикой понятие беспомощного состояния при изнасиловании — физическое или психическое состояние потерпевшей (малолетний возраст, физические недостатки, расстройство душевной деятельности, болезненное или бессознательное ее состояние и проч.), из-за которого она не могла понимать характер и значение совершаемых с ней действий или не могла оказать отпор насильнику» [7].

В уголовном кодексе Украины [13] упоминание о беспомощном состоянии имеется в разделе XI общей части (ст. 67 «Обстоятельства, которые отягощают наказание») — ч.1, п.6 — «совершение преступления в отношении малолетнего, лица пожилого возраста или лица, которое находится в беспомощном состоянии». При этом согласно ч.2 ст.67 законодатель обязует суд учитывать это обстоятельство как отягощающее наказание вне зависимости от характера совершенного преступления. Кроме того в разделе IV особенной части «Преступления против половой свободы и половой неприкосновенности лица» в ст.ст. 152 «Изнасилование», 153 «Насильственное удовлетворение половой страсти неприродным способом» учитывается беспомощное состояние лица при совершении с ним насильственных действий. Т.е. «беспомощное состояние» рассматривается либо как обстоятельство, отягощающее ответственность,

либо как особый признак состава преступления. В уголовных кодексах ряда стран СНГ беспомощное состояние как признак состава преступления помимо статей об изнасиловании, рассматривается и в статьях об убийстве, умышленном причинении тяжкого и средней тяжести вреда здоровью, истязании.

В судебно-психиатрической практике вопросы оценки беспомощного состояния возникают при экспертизе лиц (участников уголовного производства), имеющих (получивших) процессуальный статус потерпевшего. При этом в связи с тем, что зачастую обвинительное заключение, квалификация преступления базируется и на показаниях потерпевшего в отношении него перед экспертизой ставятся вопросы, касающиеся не только оценки наличия, либо отсутствия, у лица способности понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий или оказывать сопротивление (т.е. судебно-психиатрической составляющей юридическое понятие «беспомощное состояние»), но и вопросы о его способности правильно воспринимать обстоятельства правонарушения и давать о них показания, т.е. экспертные вопросы, относящиеся к судебно-психиатрической экспертизе свидетеля. Это еще более усложняет обоснование ответов при данном виде экспертизы.

В СССР, содержание понятия «беспомощное состояние», предмет и специфика его оценки определялись Постановлением Пленума Верховного суда СССР от 25.03.64 г. №2 с изменениями от 26.04.84 г. №7 «О судебной практике по делам об изнасиловании»).

В руководстве по судебной психиатрии 1988 г. [12] отмечено, что «судебно-психиатрическая экспертиза при так называемых беспомощных состояниях, является весьма трудной. Вопрос о беспомощном состоянии возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Под беспомощным состоянием потерпевшей подразумевается невозможность в силу физического или психического дефекта понимать характер и значение совершаемых с нею действий или оказывать сопротивление. Приводящими к беспомощности считаются расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние, сильное опьянение». Констатация «беспомощности» относится к компетенции юристов... Эксперт-психиатр может лишь ответить на вопросы о психическом состоянии потерпевшей в момент криминального действия... Экспертиза так называемого беспомощного состояния потерпевших разработана еще недостаточно, она требует дальнейшего изучения и выработки более четких критериев. Т.е. в понятии «беспомощное состояние» выделялся медицинский критерий — психический дефект, расстройство душевной деятельности, иное болезненное, либо бессознательное состояние, сильное опьянение, и психологический критерий (традиционно до настоящего времени называемый также юридическим, хотя по обоснованному мнению В.Б. Первомайского [8], под юридическим критерием следует понимать юридически значимое событие в отношении и в рамках которого экспертами оцениваются медицинский и психологический критерии), с его интеллектуальным — способностью понимать характер и значение совершаемых с потерпевшим лицом действий, и волевым — способностью оказывать сопротивление, компонентами.

При дальнейших исследованиях проблемы медицинский критерий стал рассматриваться обобщенно в виде психического расстройства с «открытым перечнем признаков характеризующих психическое состояние, лежащее в основе беспомощности» и основное значение стало придаваться оценке психологического критерия. По мнению М.М.Коченова [4] нарушение любого из его компонентов — интеллектуального или волевого, оказывается достаточным для констатации психической беспомощности, т.к. свидетельствует о нарушенной способности к формированию поведения «последовательно адекватного ситуации».

Ю.Л. Метелица [5] при экспертизе потерпевших, свидетелей и оценке интеллектуального компонента психологического критерия обосновывал четыре уровня понимания:

осмысленное восприятия внешней стороны юридически значимых событий, их фактической стороны, социального значения криминальных событий, их социального значения на уровне личностного смысла. Под пониманием характера совершаемых в отношении потерпевшего действий подразумевается информационная составляющая — правильное отражение их внешней стороны, фактического содержания обстоятельств происходящего. Под пониманием значения — смысловой аспект отражения этих действий в сознании — отношение этих действий к морально-этическим и правовым нормам, отношение своих мотивов и целей к мотивам и целям действий преступника, отношение последствий совершаемых действий к собственному будущему. Отсутствие способности «понимать характер» будет соответствовать нарушениям 1-го и 2-го уровней понимания (внешней стороны юридически значимых событий, их фактической стороны; отсутствие способности «понимать значение» будет соответствовать нарушениям 3-го и 4-го уровней (социального значения юридически значимых событий, их социального значения на уровне личностного смысла). По мнению автора, для констатации беспомощного состояния достаточно нарушения понимания на одном из этих уровней. При оценке волевого компонента Ю.Л. Метелица выделял следующие формы нарушения волевых процессов: а) выраженное снижение спонтанности поведения в виде торпидности, вялости, аспонтанности, б) выраженная импульсивность и расторможенности влечений, в) патологически повышенные внушаемость и подчиняемость. К показателям возможности оказывать сопротивление относились: сохранность целенаправленного поведения, устойчивость к внешним воздействиям, отсутствие психического (эмоционального) состояния, способного оказать астенизирующее и тормозящее влияние.

В условиях развития судебной психологии и широкого использования психологических подходов (не всегда, на наш взгляд, научно и методически обоснованных, экономически и организационно целесообразных), в том числе, и при оценке беспомощного состояния, допускается обусловленность беспомощного состояния действием «сходных, но не идентичных психическим расстройствам состояний, среди которых могут находиться и явления психологической, а не только психопатологической природы», при этом рекомендуется учитывать возрастные и индивидуально-личностные особенности, «уровень психического развития, эмоциональное состояние потерпевшего (аффект страха с частичным сужением сознания

и дезорганизацией волевой регуляции поведения); эти факторы, взаимодействуя с особенностями криминальной ситуации, снижают возможность осознания происходящего, понимание смысла собственных поступков и поведения обвиняемого» [11].

Предлагается следующий алгоритм экспертной оценки беспомощного состояния: выявление возрастного (уровень психического развития, сформированность критических способностей и т.д.), дизонтогенетического (нарушение психического, в том числе, психосексуального развития), личностного (внушаемость, подчиняемость) и психопатологического факторов, «позволяющих установить потенциальную способность понимать характер и значение... и оказывать сопротивление». В последующем предлагается проведение оценки ситуационного фактора (например, психотравмирующее воздействие насилия), влияющего на актуальную реализацию данной способности... [1].

Предлагаемый алгоритм преломляет в себе ряд дискуссионных вопросов, накопившихся к настоящему времени в условиях исследовательской активности ученых в области психологии, судебной психологии, относительной пассивности ученых в области судебной психиатрии в обосновании методологических и методических принципов СПЭ, размывания границ и критериев диагностической и экспертной оценки, экспансии психологии на область уже не только пограничной, но и т.н. большой психиатрии. Мы в своих исследованиях обосновывали границу применения специальных знаний судебных психологов и судебных психиатров наличием либо отсутствием психического расстройства. Наличие психического расстройства однозначно определяет компетентность психиатра-эксперта при его оценке, отсутствие — позволяет психологу эксперту выявлять и оценивать индивидуально-психологические, эмоциональные, возрастные особенности при наличии соответствующего запроса и интереса судебно-следственных органов [3].

При этом вызывает определенное недоумение, утверждение специалистов в области судебной психологии (нашедшее отражение и в научно-методических разработках, рекомендуемых к использованию в современной экспертной практике) о том, что особенности психического функционирования психически здорового лица (уровень его индивидуального развития, индивидуально-личностные особенности и проч.) могут лишать это лицо способности понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий, либо оказывать сопротивление, или существенно ограничивать эту способность.

Основной методологической ошибкой, на наш взгляд, в подобном подходе и в предложенном алгоритме оценки является рядоположенность предполагаемых факторов оценки, когда психопатологический фактор, который уже наличием своего присутствия ограничивает способность лица осознать свои действия и руководить ими, рассматривается в одном ряду с такими достаточно расплывчатыми и неоднозначными в оценке, вне нозологического, синдромального, симптоматического подхода и понимания факторами, как «уровень психического развития, сформированность критических способностей, внушаемость и подчиняемость» и т.п. Отсутствие какого-либо психического расстройства, т.е. психическое здоровье лица, априори предполагает такой «уровень психического развития», «сформированность критических способностей», волевых процессов, в том числе, касающихся принятия решения, оценки и прогнозирования ситуации, которые обеспечивают способность лица понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий. Наличие у потерпевшего особого эмоционального состояния, например «аффекта страха с частичным сужением сознания и дезорганизацией волевой регуляции поведения» в условиях психотравмирующей ситуации, предполагает диагностику психического расстройства, предусмотренного Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [6] в разделах «Острая реакция на стресс, нарушение адаптации» и проч., что также является компетенцией психиатра-эксперта.

Такие факторы как малолетний возраст, общее болезненное состояние (вне психического расстройства), физические недостатки, учтены законодателем помимо душевного (психического) заболевания, нарушения сознания в объеме понятия «беспомощное состояние». При этом у малолетних потерпевших от сексуальных деяний, не страдающих психическим расстройством, неспособность понимать характер и значение совершаемых в отношении них противоправных действий и оказывать сопротивление, в первую очередь связано с их психосексуальным развитием и несформированностью базовых психологических структур сексуальности в определенные возрастные периоды.

Исходя из вышеизложенного, основным ключевым фактором при судебно-психиатрической (комплексной судебной психолого-психиатрической) экспертизе беспомощного состояния является наличие, либо отсутствие психического расстройства, и алгоритм подобной экспертизы должен быть направлен на решение этого вопроса. Иные факторы могут



рассматриваться как дополнительные, вспомогательные, оказывающие влияние на имеющееся психическое расстройство, углубляющие, усиливающие (при умственной отсталости), декомпенсирующие (при расстройстве личности) его проявления. Среди этих дополнительных факторов ведущим является ситуационный: а) в виде влияния продолжительной психотравмирующей ситуации, оказывающей, либо прямое астенизирующее влияние, либо развитие у лица с психическим расстройством дополнительных аффективных расстройств — депрессивных, тревожно-депрессивных и проч., что требует при проведении экспертизы оценки актуального психического состояния лица, т.е. той совокупности, сочетанности (коморбидности) имеющегося на период экспертной оценки психического состояния как результата динамического взаимодействия основного психического расстройства и ситуационного психогенного фактора; б) в виде кратковременного ситуационного фактора, который, влияя на дефектные несовершенные структуры психики лица с психическим расстройством, при необходимости принятия решения в условиях дефицита времени (наши наблюдения свидетельствуют, что, например, лицо пожилого возраста с сосудистым поражением головного мозга в условиях юридически значимой ситуации — оформления сделки, испытывает эмоциональное напряжение, тревогу на этапе непосредственно предшествующем принятию решения и — облегчение при завершении юридической процедуры, даже если принятое решение лишает лицо его близких собственности, либо обосновывает финансовую (кредитную) зависимость). В таких случаях имеет значение, низкая переносимость лицом с психическим расстройством состояний, требующих активизации и эффективного функционирования их дефектных структур психики [10].

Следует отметить, что в условиях нервно-психического напряжения (стрессогенно-фрустрирующей ситуации) устранение психотравмирующего фактора, определяющего развитие и сохранение этого напряжения, является, по всей видимости, универсальным механизмом снятия (купирования) нервно-психического напряжения, вне прогноза и критической оценки последствий подобного устранения.

Экспертная оценка беспомощного состояния у потерпевшего лица требует выполнения ряда принципов, актуальных как для этого, так и для других направлений судебно-психиатрической экспертизы.

Основным методологическим принципом при этом является тезис, что любое психическое расстройство в той или иной мере

ограничивает способность лица осознавать свои действия и (или) руководить ими.

Континуум этого ограничения требует оценки с учетом факторов, влияющих на психическое состояние лица с психическим расстройством в определенных пространственно-временных рамках (отношениях). В алгоритме экспертной оценки психического состояния лица первичным будет оценка имеющегося психического расстройства, его синдромальной принадлежности, выраженности, т.е. степени влияния на способность лица осознавать свои действия и (или) руководить ими (существенной, несущественной), а уже затем оценка совокупности факторов оказывающих влияние на имеющееся психическое расстройство и, тем самым, на психическое состояние лица в юридически значимый период времени.

Наличие у подэкспертного тяжелого психического расстройства (определение этого понятия имеется в ст.1 Закона Украины «О психиатрической помощи» [2]), исключающего его способность осознавать свои действия и руководить ими (синдром слабоумия, умственная отсталость в степени выраженной дебильности и более глубокой интеллектуальной недостаточности, психотическое состояние, т.е. состояние с качественно измененными сферами психической деятельности — сознания, познавательных функций — восприятия, мышления, памяти и проч., волевых функций, критичности, не вызывает сложностей в однозначном экспертном решении о неспособности лица осознавать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление.

Наличие у подэкспертного психического расстройства, не исключающего его способность осознавать свои действия и (или) руководить ими требует индивидуального и дифференцированного подхода в каждом конкретном экспертном случае.

Так наличие у подэкспертного психического расстройства, близкого к тяжелому, т.е. не исключающего способность лица осознавать свои действия и (или) руководить ими, но существенно влияющее на эту способность (например, умственная отсталость в степени умеренной дебильности с эмоционально-волевыми нарушениями, наличие сформировавшегося психоорганического синдрома в рамках органического поражения головного мозга различного генеза, психопатическая декомпенсация в виде фазы, развития, а иногда и реакции, неоднородной формы психопатии и проч.) также являются основанием для однозначного экспертного решения о наличии судебно-психиатрической предпосылки беспомощного состояния лица

(ранее аналогичную позицию обосновывал В.Б. Первомайский [9]). В этих случаях обычно имеет место нарушение содержательной составляющей интеллектуального критерия беспомощного состояния (т.е. нарушение способности понимания значения совершаемых противоправных действий), при сохранении его формальной составляющей (т.е. сохранении способности понимания внешней, фактической стороны противоправных действий), либо нарушение способности волевого регулирования своего поведения (способности оказывать сопротивление криминальному посягательству), что чаще связано с состояниями зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), состояниями острой интоксикации этими веществами.

Наличие менее выраженного психического расстройства требует сопоставления характеристик (проявлений) этого расстройства и характера (особенностей) криминальных противоправных действий. Так, при правонарушении, «адресованном» к основному проявлению психического расстройства (например, мошеннические действия в отношении лица с интеллектуальным недоразвитием или мошеннические действия в отношении лица с состоянием зависимости с использованием этой зависимости и изменений личности в рамках зависимого состояния в ситуации криминальных действий) возможно экспертное заключение о судебно-психиатрической предпосылке беспомощного состояния и при наличии менее выраженного психического расстройства.

Следует отметить, что сохранность понимания характера совершаемых в отношении лица противоправных действия, т.е. понимание фактической стороны этих действий, является достаточным основанием при ответе на вопросы, касающиеся использования показаний этого лица (как свидетеля) о фактической стороне юридически значимого события.

Сама по себе совокупность факторов влияющих на психическое состояние психически здорового лица, т.е. при отсутствии какого-либо психического расстройства, лишь теоретически (в их необычном, исключительном сочетании) могут быть основанием для заключения о неспособности лица понимать характер и значение совершаемых с ним противоправных действий или оказывать сопротивление. При этом законодатель в объеме понятия «беспомощное состояние» уже предусмотрел факторы, которые априори оказывают влияние на психическое состояние лица вне психического расстройства, например, малолетний возраст, болезненное соматическое состояние. Изменение психического состояния, при котором возможна констатация количественных и

качественных изменений сознания, восприятия, мышления, памяти, целенаправленного поведения, критичности и проч. под влиянием различных психогенных, ситуационных факторов не могут, на наш взгляд, являться (оставаться) «какими-то просто психологическими (т.е. нормальными, физиологическими) состояниями», они предусмотрены как отечественными, так и международной классификационными категориями психических расстройств в терминах «реакция», «состояние», «эпизод» и т.п. с уточнением характеристик этих терминов в зависимости от наличия тех или иных психопатологических симптомов либо использованием термина с учетом его содержания в классификации (напр., «острая реакция на стресс» «нарушение адаптации»).

Сохранение подхода ориентированного на возможность наличия совокупности факторов вне психического расстройства, либо алгоритма лишь в последнюю очередь учитывающего психопатологический фактор, с одной стороны делает неопределенным и расплывчатым процесс экспертной оценки беспомощного состояния, а с другой — размывает пусть условные, но границы, позволяющие обосновать какие либо стандарты и систематизировать знания в этой области познания, что в конечном итоге и является научным подходом.

Отдельно следует сказать о состояниях острой интоксикации психоактивными веществами и зависимых состояниях. 1. Острая интоксикация. Чрезвычайно сложно ориентироваться на количественные показатели острой интоксикации, если они не представлены в определенной совокупности (напр., количество употребленного психоактивного вещества, его процент в различных биологических средах — слюне, крови, моче, а не только в выдыхаемом воздухе, время употребления, время экспертизы показателей и проч.) Обычно не удается получить всю совокупность количественных данных, а наличие отдельных показателей — вносит лишь дискуссионность в экспертную оценку психического состояния на юридически значимый период времени. В идеале, конечно, следует создавать алгоритм получения всей совокупности количественных показателей, объективизирующих экспертное заключение, но при неполноте этих показателей (или текущем процессе создания алгоритма их получения, который в силу различных причин организационно может формироваться годами) — следует ориентироваться на достаточно удачно сформулированные для этого раздела МКБ-10 (чего нельзя сказать о ряде других ее разделов) общие критерии, в частности: а) достоверные свидетельства недавнего

употребления психоактивного вещества в дозе, достаточно высокой для объяснения интоксикации; б) клиническая картина интоксикации с изменением психических функций (уровня сознания, восприятия, интеллектуально-мнестической, эмоциональной сфер, поведенческих проявлений), соответствующая действию определенного психоактивного вещества; в) невозможность объяснить имеющуюся клиническую картину интоксикации проявлением соматического заболевания или психического расстройства, не связанных с употреблением психоактивных веществ.

Острая интоксикация, при наличии обозначенных критериев и ориентировке на алкоголь, как наиболее распространенное психоактивное вещество, соответствует средней и тяжелой степени алкогольного опьянения.

2. Состояния зависимости. Не углубляясь в проблему зависимых состояний (состояний аддикции), чтобы не выйти за рамки настоящей работы, т.к. тема и проблема аддикции, будучи «на слуху», широко обсуждаемой и привлекающей интерес и внимание как ученых и популяризаторов науки, так и практических специалистов и обывателей, является многосторонней и до конца не определившей своих границ, поглощая традиционные научные направления, касающиеся т.н. химических видов зависимости, т.е. зависимости от психоактивных веществ и активно развивая направления, касающиеся иных видов зависимости, количество которых продолжает расти. В аспекте беспомощного состояния, судебно-психиатрическое значение в основном имеет зависимость от психоактивных веществ и в первую очередь — от алкоголя.

Экспертная практика имела и имеет многочисленные случаи мошеннических действий в отношении больных с этим видом зависимости, в результате которых, лица, страдающие хроническим алкоголизмом и имеющие различной степени выраженности изменения личности (алкогольную деграцию) и психопатологические расстройства органического характера в рамках психоорганического синдрома или, исходя из современной терминологии, стойкие когнитивные расстройства, оказываются без имущества и жилья. Мошеннические действия с данным контингентом лиц имеют определенный алгоритм, иногда тщательно организованный, отработанный, в котором на различных этапах (поиска зависимого лица, «перспективного» отбора, обработки /манипулирования/ и решения юридических вопросов по отнятию собственности) участвуют, помимо самого правонарушителя (мошенника), представители государственных организаций (работники

милиции, жилищно-эксплуатационных контор, пенсионной службы и проч.), прикрывающие и обеспечивающие его деятельность, а также частные и государственные нотариусы.

Экспертная оценка подобных случаев, как это не тривиально звучит, должна быть индивидуальной и дифференцированной, т.к. наряду с реально пострадавшими больными, имеют место случаи, когда лица с алкогольной зависимостью, не обнаруживающие ее стойких и необратимых личностных и органических последствий, стремятся пересмотреть результаты заключенной сделки, истратив полученные деньги, либо желая получить большую выгоду, ссылаясь на психические расстройства в рамках синдрома зависимости (нарушение памяти на период события сделки, непонимание ее содержания при оформлении и проч.). Иногда потерпевшие с алкогольной зависимостью с целью шантажа подозреваемого (обвиняемого) преувеличивают степень алкогольного опьянения, выраженность психических нарушений в результате алкогольной интоксикации на период совершенного в отношении нее «изнасилования», при фактических сексуальных отношениях по взаимному согласию.

Экспертная оценка беспомощного состояния лица с алкогольной зависимостью должна, на наш взгляд, ориентироваться на следующее:

1. Наличие у лица с алкогольной зависимостью на период совершенных в отношении него противоправных действий состояния острой алкогольной интоксикации (алкогольного опьянения средней, тяжелой степени), является основанием для экспертного решения об отсутствии у него способности понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление. Состояние запоя (периода резкого усиления злоупотребления спиртными напитками) следует оценивать в рамках того актуального психического состояния, которое имело место на период совершения в отношении потерпевшего лица тех или иных противоправных действий.
2. Наличие у лица с алкогольной зависимостью выраженных изменений личности по алкогольному типу (алкогольной деграции личности) и стойких когнитивных расстройств (интеллектуально-мнестического снижения по органическому типу в результате токсической энцефалопатии) также является основанием для экспертного решения об отсутствии у него способности понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление.

3. Наличие у лица алкогольной зависимости без выраженных изменений личности и когнитивных расстройств является основанием для экспертного решения о сохранении у него способности понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление.

Подобная экспертная оценка касается как мошеннических, так и иных (в том числе, насильственных сексуальных) противоправных действий в отношении лиц с хроническим алкоголизмом.

В заключение следует отметить, что, к сожалению, формат журнальной статьи не позволяет привести расширенные клинические примеры — случаи судебно-психиатрической экспертизы

потерпевшего с теми или иными психическими расстройствами и обоснование при этом экспертных выводов. Хотя это, на наш взгляд, есть процесс индивидуального творчества, а учитывая, что судебно-психиатрическая экспертиза по своей сути относится к категории специальных знаний из области науки, то это процесс, по своей направленности и перманентному стремлению, индивидуального научного творчества.

Вместе с тем обоснование экспертной позиции, которая опирается на определенные методологические и методические подходы, изложению которых и посвящена наша работа, обосновывает ее полезность (по крайней мере, хотелось бы на это надеяться), с пониманием дискуссионности отдельных положений в глазах практикующих специалистов.

### Литература:

1. Дмитриева Т. Б., Ткаченко А. А., Харитонов Н. К., Шишков С. Н. Судебная психиатрия: Учебное пособие. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — С.381
2. Закон України «Про психіатричну допомогу». — Київ, 2000.
3. Ілейко В. Р., Кانیщев А. В. Науково-методичні аспекти комплексної судової психолого-психіатричної експертизи в Україні // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 53–57.
4. Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. — М., 1980 — 117 с.
5. Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. — М., 1990 — 208 с.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике (1994) "Адис", Санкт-Петербург, 304 с.
7. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 року / За ред. М.І.Мельника, М.І. Хавронюка.- К.:Каннон, А.С.К., 2001. — 1104 с.
8. Первомайский В.Б. Невменяемость. — Киев, 2000 — 320 с.
9. Первомайский В.Б. Юрид.энцикл. Т.1., «А-Г», Київ., 1998. — С.213
10. Первомайский В.Б., Ілейко В.Р. Функционально-динамическая концепция ограниченной дееспособности// Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 4(35). — С. 57–68.
11. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. — М., 1998. — 192 с.
12. Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г.В.Морозова. — М.: Медицина, 1988. — 400 с.
13. Уголовный кодекс Украины.-Х.:ООО «Одиссей», 2001. — 256 с.



УДК 616.89+616.08

## Актуальні питання психіатричного експертного дослідження щодо можливості обігу на території України деяких видів відеопродукції



Осуховська О. С.

Осуховська О. С.

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

**Резюме.** В статті представлені теоретичне обґрунтування формування критеріїв експертної оцінки можливості звернення комп'ютерних ігор на території України згідно статті 17 закону України «Про захист громадської моралі» і приклад практичного застосування цих розробок з позиції впливу комп'ютерних ігор на психічне здоров'я користувачів деяких видів відеопродукції.

**Ключевые слова:** комп'ютерні ігри, громадська мораль, експертне дослідження.

### Current issues in psychiatric research opportunities expertise circulation in Ukraine a video of certain

Osuhovskaya E. S.

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

**Resume.** The article presents the theoretical basis for determining the criteria of expert evaluation possibility of applying computer games on the territory of Ukraine in accordance with Article 17 of the Law of Ukraine «On Protection of Public Morality» and an example of the practical application of these developments from the perspective of the impact of computer games on the mental health of the users of this type of video.

**Keywords:** computer games, public morality, expert research.

На сучасному етапі можна констатувати неконтрольоване поширення комп'ютерних ігор не тільки з елементами жорстокості, але й пропагандою культу насильства, жорстокості і порнографії. Найбільшою проблемою стала доступність комп'ютерних ігор для дітей та підлітків, що негативно впливає на стан їх психофізичного розвитку, може розбещувати свідомість, стимулювати виховання агресії, сприяти зростанню злочинності [1].

Проблема впливу сучасних комп'ютерних ігор на дітей та молодь, на жаль, є вкрай актуальною та важливою як в Україні, так і у світовому суспільстві. Сам ігровий процес за своїм впливом може мати неоднозначний, як позитивний, так і негативний, ефект. З одного боку, є доказові твердження щодо позитивних наслідків участі у відеоіграх: вдосконалення зорово-просторових навичок (особливо для візуалізації тривимірних об'єктів), координації рухів, тренування концентрації, уваги і його переключення, поліпшення зорової пам'яті і швидкості обробки зорової інформації. Комп'ютерні ігри також успішно застосовуються в реабілітаційному періоді у дітей з різними хворобами, при діагностиці різного роду

фобій і розладів уваги. З іншого боку, аналіз наукової літератури дозволяє зробити висновок про те, що найбільш вразливою групою населення при формуванні саме ігрової залежності, ігрової аддиктивної поведінки, як одного з видів нехімічної аддикції, є діти та підлітки. Процес інтенсивної фізіологічної та психологічної трансформації особистості виключає наявність усталених стратегій поведінки у відносинах з однолітками і дорослими, у той же час, обумовлюючи певні труднощі в соціальній адаптації, при яких підліток часто йде від навколишньої дійсності у віртуальний ігровий світ, саме тому діти і підлітки найбільшою мірою схильні до ризику формування ігрової залежності. Також на психофізіологічному рівні недостатня розвиненість ауторегуляторних механізмів, здатності контролювати емоції, стримувати імпульсивну поведінку сприяють формуванню ігрової аддикції та Інтернет-аддикції у школярів. Дослідження більше 7000 підлітків, які грають у комп'ютерні ігри через Інтернет та за допомогою ігрових приставок, проведені в 2006 р., дозволили зробити висновок про наявність ігрової аддикції у 11,9% респондентів. Тривога, тривожність є також

складовою в структурі адаптаційних розладів у патологічних гемблерів. Вплив комп'ютерних ігор на трансформацію особистості підлітка пов'язано з проблемами: а) формування ігрової залежності як альтернативної форми адаптації до життєвих умов, самореалізації та емоційно-психічної регуляції (водночас ігроманія проявляється в негативних змінах поведінки, мотивації, емоційно-афективної сфери підлітка, в зниженні успішності в школі, погіршенні фізичного самопочуття, проблемах у спілкуванні з оточуючими людьми, насамперед з членами сім'ї); б) негативного впливу ігор агресивного змісту, що відбивають примітивний рівень ігрової культури, поширений в сучасному суспільстві. Існує деяка особистісна схильність до захоплення комп'ютерними іграми, а з зростанням ігрового досвіду взаємозв'язок між особистісними особливостями та ігровою комп'ютерною активністю тільки посилюється [2].

Таким чином, медико-психологічні аспекти впливу як технічного пристрою — комп'ютеру, так і його змістовного наповнення — комп'ютерних ігор (статичних чи інтерактивних) зумовлені не тільки такими проявами, як порушення осанки, поразка променезап'ястного суглобо-зв'язкового апарату, погіршення зору, психо-емоційного стану, соціально-комунікативних процесів, але й ігорною аддиктивною поведінкою.

В цілому, проблема патологічної залежності від комп'ютерних ігор у дітей, підлітків та молоді є для нашої держави новою, не вивченою. Розробка даної теми надзвичайно актуальна для успішного проведення державної рестриктивної політики щодо патологічного гемблінга і формування правової та експертної складової ліцензування та розповсюдження комп'ютерних ігор на території України.

В Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІ ССПН) МОЗ України протягом 2009–2011 рр. проводилось дослідження аддиктивної поведінки (пов'язаної з участю в азартних іграх) школярів та студентів відповідно до плану науково-дослідних робіт за темою: «Розробити систему лікувально-профілактичних заходів з надання спеціалізованої медичної допомоги особам з хімічною та нехімічною аддикціями (на моделі алкогольної та ігрової залежностей)» (державний реєстраційний номер 0110U0006655), а також згідно з Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. (Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.02 № 14), Концепцією Державної цільової комплексної Програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 рр., Концепцією Загальнодержавної

програми «Здоров'я — 2020: український вимір» та основним положенням Європейського плану дій щодо охорони психічного здоров'я, затвердженого Європейською конференцією ВООЗ з охорони психічного здоров'я у Гельсінкі 12–15 січня 2005 р..

Так, за 2009–2011 рр. нами було обстежено 3361 особа, з яких 450 — учні шкіл і 2461 — студенти ВНЗ України. Скринінгове тестування проводилося анонімно, за згодою кожного студента або підлітка та обох батьків. Для подальшої роботи відібрані результати дослідження 437 учнів 5–11 класів (13 учнів вибули у зв'язку з відмовою брати участь у подальшому дослідженні). Серед них представників жіночої статі було 219 (50,1 %), чоловічої — 218 (49,9 %). За віком обстежені розподілилися: підлітки чоловічої статі 12 років склали 19,26 %; 13 років — 21,10 %; 14 років — 27,52 %, 15 років — 17,43 %; 16 років — 14,69 %; жіночої статі 12 років — 19,63 %; 13 років — 24,66 %; 14 років — 26,02 %; 15 років — 17,81 %; 16 років — 11,88 %. За результатами тестування 2461 особи молодого віку для подальшої роботи було відібрано 1800 респондентів. Серед студентів I–V курсів ВНЗ, які в рівній мірі представляли технічні і гуманітарні факультети, особи чоловічої статі склали 41 %, жіночої — 53 %. Вікові групи студентів були ранжовані таким чином: 17 років — 10 %; 18 років — 22 %; 19 років — 20,7 %; 20 років — 19,7 %; 21 рік — 18,3 %; 22 роки — 4 %; 23 роки — 3,3 %; 24 року — 1 %; 25 років — 1 %. Було виявлено, що серед студентів найбільш рівномірний розподіл обстежених за віком відповідав значенню 17–21 рік, у школярів — 12–16 років [3].

Серед респондентів-школярів 17,4 % чоловічої і 8,2 % осіб жіночої статі були переконані, що всі проблеми можна вирішити за допомогою грошей. У ході дослідження з'ясовано, що 61,1 % підлітків систематично користуються Інтернетом; 9,2 % — відчувають швидку стомлюваність, 7,6 % — постійно роздратовані, 4,8 % — постійно переживають почуття тривожності, занепокоєння. У 5,72 % респондентів виявлена аддиктивна поведінка, переважно пов'язана зі грою на комп'ютері, яка була представлена такими ознаками: стабільна фіксація думок на грі; неможливість контролювати потяг до гри, перервати її вольовим зусиллям; часте повторення епізодів ігрової поведінки протягом року; повернення до гри за наявності негативних наслідків ігрової поведінки для навчання та особистісних відносин. Участь у грі супроводжувалася такими психоемоційними порушеннями, як труднощі засипання, пробудження, безсоння, гіпотімія, дратівливість поза грою, пригніченість, туга.

Із 1800 опитаних студентів ВНЗ у 174 (9,6 %), з яких 44,82 % (78 осіб) — дівчата, 55,18 % (96 осіб) — юнаки, була виявлена аддиктивна поведінка, пов'язана з участю в азартних іграх, переважно на комп'ютері. Було виявлено, що психоемоційні особливості адаптаційного реєстру, асоційовані з ігровою аддиктивною поведінкою у студентів ВНЗ, представлені агресивністю (34,5%), гіпотімією поза грою (31%), пригніченістю, тугою (24,1%), диссомнією (20,7%), вегетативною дисфункцією (17,2%), швидкою стомлюваністю від будь-якого виду діяльності (17,2%), а також афектами дратівливості (13,8%). Відсутність позитивного психоемоційного зв'язку з батьками потенціює появу негативних компенсаторних емоційних реакцій у вигляді агресії та гедоністичного ефекту від участі у грі. Депривація гравельної діяльності призводить до формування абстинентного симптомокомплексу [4].

Ігрова аддиктивна поведінка виявилась станом хронічного стресу, що призвела до адаптаційних розладів. Для їх виявлення ми включили в карту скринінгового дослідження питання, що стосуються найбільш інформативних і доступних для вивчення в експрес-режимі показників адаптаційного функціонування організму. З'ясовано, що скарги на погане самопочуття до захоплення комп'ютерними іграми мали місце у 5,5 % здорових респондентів і у 34,5 % аддиктивних; пригніченість, туга — відповідно у 4,4 % і 24,1 %; порушення сну (труднощі засипання, пробудження, безсоння) 1-2 рази на тиждень у зв'язку з участю в азартних іграх — у 1,8 % і 20,7 %; погіршення настрою поза грою — у 1,1 % і 3,4 %; роздратованість поза грою — у 2,6 % і 13,8 % відповідно. Гедоністичні переживання 1-2 рази на тиждень були у 5,2 % здорових осіб і у 13,8 % аддиктивних. Вказують на не властиву раніше пітливість 4,1 % здорових і 17,2 % респондентів з аддиктивною поведінкою; на стомлюваність від будь-якого виду діяльності — 7,4 % і 17,2 % відповідно.

Щодо користування Інтернетом, 1344 респондента (74,7 %) відзначили щоденне використання електронної мережі, 20 % (360 осіб) — 1-2 рази на тиждень, 4,7 % (84 осіб) — 1 раз на місяць і рідше, 0,7 % (12 осіб) — ніколи. Також з'ясовано, що до 2 годин на день в Інтернеті проводять 6,3 % з опитаних студентів ВНЗ, до 3 годин — 72 %, до 6 годин — 17 %, до 10 годин — 5,6 %. Найбільша кількість студентів — 46,3 % і 25,7 % — проводять в Інтернеті відповідно 2 і 3 години на день. Ніколи не повертаються на наступний день, щоб відігратися, 92 % опитуваних, іноді — 4,3 %, завжди — 1 % відповідно, тобто останні дві категорії респондентів (загалом 5,3 % осіб)

складають групу ризику щодо формування ігрової аддиктивної поведінки.

Дослідження за тестом SOGS генетичного предиспозиційного фактора формування ігрової аддикції у молоді показало, що проблеми з комп'ютерними іграми у 5,7 % випадків були у батька або матері; в 6,7 % — у сестри, брата або іншого родича. Однак 48 % опитаних вказали на наявність таких проблем у друга або знайомого.

Треба зазначити, що отримані вище дані підтвердили висунуту нами дослідницьку гіпотезу щодо формування в структурі ігрової аддиктивної поведінки психопатологічних феноменів на тлі хронічного стресового стану та вторинної дезадаптації. Таким чином, дані кореляційного аналізу дозволили констатувати, що в ході тестування у студентів ВНЗ (9,6 %) були виявлені ознаки ігрової аддиктивної поведінки, яку за її особливостями ми віднесли до доклінічної, ініціальної стадії формування патологічного гемблінгу з емоційно-нестійким особистісним радикалом. На цій стадії відсутні чіткі психопатологічні симптоми, психічні та поведінкові порушення мають стертий характер. Однак доведена взаємозалежність участі у грі та гедоністичних ефектів, умовно-рефлекторної складової (емоційної, когнітивно-поведінкової, комунікативної), а також напруги компенсаторних процесів (вегетосудинні, диссомнічні, дистимічні, афективні порушення) свідчить про наявність стійкої направленої патологічної тенденції переходу доклінічної стадії в першу стадію клінічної залежності від азартних ігор.

Нами було доведено, що напруга компенсаторних процесів при формуванні адаптаційних реакцій на хронічний стресовий фактор, яким є участь в комп'ютерних іграх, призводить до дезадаптаційних порушень, які на підґрунті взаїмопотенціюючої дії хімічних та нехімічних аддиктивних поведінкових паттернів замикають патогенетичний ланцюг: участь в азартних іграх, тютюнопаління, вживання алкоголю → особистість → зловживання участю в азартних іграх, тютюнопалінням, вживанням алкоголю → хронічний стрес → порушення адаптації → аддиктивна поведінка, що повністю верифікує та підтверджує висунуту на початку дослідження гіпотезу. Модель патогенезу аддиктивної поведінки являє собою доведену психіатричну парадигму.

Об'єктивно визначено, що поширеність аддиктивної поведінки, пов'язаної з участю в комп'ютерних іграх, відрізняється значною прогресивністю. Зазначено факт значного економічного і морального збитку, що наноситься молоді захопленням комп'ютерними іграми.

У 4,3 % респондентів виявлена потреба в негайному задоволенні імпульсивних бажань, яка вказує на схильність особистості до азарту



і є однією з основних ознак першої, підготовчої фази формування ігрової аддикції. Виявлено біологічні предиспозиційні і психосоціальні середовищні сприяючі фактори ризику аддиктивної поведінки, справжні масштаби поширеності якої, її ініціальних проявів серед молодих людей значно більше, ніж у представленому дослідженні [5].

Крім того, необхідно відзначити той факт, що на сучасному етапі Інтернет-простір стає ефективним засобом для популяризації та отримання інтерактивного доступу до потенційних учасників комп'ютерних ігор в умовах законодавчого обмеження функціонування гральних закладів. Негативний факт, що провокує вплив на ставлення до комп'ютерних ігор підлітків і молодих людей надають рекламні кампанії інтерактивних казино, що проводяться в засобах масової інформації відомими особистостями: спортсменами, дітями мистецтв і т.і.

Не викликає сумніву, що ознаки національної та релігійної ворожнечі, неповага до національних і релігійних святинь, образ національної гідності, відеоряду порнографічного характеру, пропаганди культу насильства та жорстокості не тільки деструктивно впливають на морально-етичні почуття користувачів відеопродукції, але ж і викликають додаткове негативне навантаження на емоційно-психічний стан людини, особливо в підлітковому та молодому віці, розбещує свідомість, формує агресивні паттерни.

Отже, характер і темпи поширення ігрової аддикції представляють собою реальну небезпеку погіршення здоров'я української нації, що слід враховувати при створенні необхідних правових та організаційних умов, які сприяють реалізації права на інформативний простір, вільний від матеріалів, що становлять загрозу фізичному, інтелектуальному, морально-психологічному стану населення; а також правовому врегулюванню обігу комп'ютерних ігор.

Вперше в Україні нами були розроблені критерії експертного оцінювання комп'ютерних ігор щодо відповідності статті 17 Закону України «Про захист суспільної моралі» та можливості обігу на території України, до яких увійшли:

1. Моніторинг наявності ознак, що зумовлюють приналежність об'єктів дослідження до продукції, котра пропагандує:
  - національну та релігійну ворожнечу, неповагу до національних і релігійних святинь та ображає національну гідність;
  - продукцію порнографічного характеру;
  - продукцію еротичного характеру;
  - продукцію, що пропагандує культ насильства та жорстокості.

2. Оцінка морально-етичних та емоційно-психічних особливостей ефекту впливу комп'ютерних ігор на споживачів відеопродукції.

Згідно рішення Національної експертної комісії України з питань захисту суспільної моралі № 29 від 30.05.2013 за розробленими критеріями нами було проведено експертне дослідження, об'єктом котрого стали комп'ютерні ігри «BlackSite Area 51», «Chernobyl Commando», «Chernobyl Terrorist Attack», «F.E.A.R Perseus Mandate», «F.E.A.R. Extraction Point» на предмет їх відповідності вимогам чинного законодавства у сфері захисту суспільної моралі та можливості їх обігу на території України, яке проводилося, спираючись на :

1. Закон України про захист суспільної моралі (зокрема статті 1 «Визначення термінів»; статті 2 «Загальні положення»; статті 3 «Законодавство щодо захисту суспільної моралі»; статті 4 «Сфера дії закону»; статті 5 «Недопущення пропаганди в електронних та інших засобах масової інформації культу насильства, жорстокості»).
2. Рекомендації Національної експертної комісії України з питань захисту суспільної моралі (далі НЕКУ) щодо визнання ознак віднесення друкованої, аудіовізуальної, електронної та іншої продукції, а також переданих та отриманих по комунікаційних лініях повідомлень та матеріалів до продукції, що пропагує культ насильства та жорстокості» НЕКУ, зокрема Загальною та особливою частинами таких рекомендацій (далі — Критерії НЕКУ). Застосування Критеріїв передбачає встановлення відповідності інформації, що міститься у продукції, яка пропагує: неповагу до національних і релігійних святинь та ображає національну гідність; продукцію порнографічного характеру; продукцію еротичного характеру; культ насильства та жорстокості, за визначенням, яке дозволяє відокремити таку продукцію від інших видів продукції.
3. Критерії НЕКУ щодо визначення ознак віднесення друкованої, аудіовізуальної, електронної та іншої продукції, а також переданих та отриманих по комунікаційних лініях повідомлень та матеріалів до продукції, що:
  - А) пропагує національну та релігійну ворожнечу, неповагу до національних і релігійних святинь та ображає національну гідність;
  - Б) стосується продукції порнографічного характеру у межах державного нагляду за дотриманням вимог чинного



- законодавства у сфері захисту суспільної моралі;
- В) стосується продукції еротичного характеру, визначаючи оцінку еротики у межах державного нагляду за дотриманням вимог чинного законодавства у сфері захисту суспільної моралі;
- Г) продукції, що пропагує культ насильства та жорстокості.
4. Емоційно-психологічних особливостей ефектів впливу на респондентів в процесі використання вищезазначених комп'ютерних ігор.
5. Термінологію, що використовується в Критеріях НЕКУ.
6. Емоційно-психологічних та морально-етичних особливостей ефектів впливу на респондентів в процесі використання вищезазначених комп'ютерних ігор.
- Результати експертного дослідження зазначених комп'ютерних ігор відображені в таблиці нижче.

Таким чином, нами було визнано, що комп'ютерні ігри «BlackSite Area 51», «Chernobyl Commando», «Chernobyl Terrorist Attack» є відеопродукцією, що містить численні ознаки порушення статті 17 Закону України «Про захист суспільної моралі». І тому, комп'ютерні ігри «BlackSite Area 51», «Chernobyl Commando», «Chernobyl Terrorist Attack», «F.E.A.R Perseus Mandate», «F.E.A.R. Extraction Point» не рекомендовані до обігу на території України.

Наприкінці слід зазначити, що у фахівців-психіатрів попереду стоїть розв'язання широкого кола завдань щодо всебічного удосконалення експертного блоку питань розповсюдження відеоінформації на території нашої держави. Крім того, в умовах входження України в європейське та міжнародне співтовариство доцільним було б використання досвіду інших країн з зазначених проблем, зокрема в процесі підготовки проекту Тимчасових правил розповсюдження та використання комп'ютерних ігор на території України на період до прийняття

*Результати експертного дослідження комп'ютерних ігор щодо відповідності статті 17 Закону України «Про захист суспільної моралі» та можливості обігу на території України*

№	Назва комп'ютерної гри	Наявність ознак, що зумовлюють приналежність об'єктів дослідження до продукції, котра пропагує:				Морально-етичні та емоційно-психічні особливості ефекту впливу комп'ютерних ігор на респондентів	
		національну та релігійну ворожнечу, неповагу до національних і релігійних святинь та ображає національну гідність	продукцію порнографічного характеру	продукцію еротичного характеру	продукцію, що пропагує культ насильства та жорстокості		
I	BlackSite Area 51	ні	ні	ні	так		непомірне, переважне навантаження процесу гри елементами насильства, жорстокості, нагнітання жаху, демонстрація фізіологічних реакцій організму на пошкодження, що приводить до підвищення рівня особистісної агресії та травмує емоційно-психічний стан особистості
II	Chernobyl Commando	так	ні	ні	так	використання в маркетингових цілях символу національної та світової трагедії, назви міста Чорнобиль, що не є припустимим	
III	Chernobyl Terrorist Attack	так	ні	ні	так		
IV	F.E.A.R Perseus Mandate	ні	ні	ні	так		
V	F.E.A.R. Extraction Point	ні	ні	ні	так		

Закону України «Про розповсюдження та використання комп'ютерних ігор на території України» та проекту Системи вікових рейтингів оцінки комп'ютерних ігор. На даному етапі вважаємо, що згідно окремим дорученням № 198 МОЗ України від 4 серпня 2014 р., звернення Національної експертної комісії України з питань захисту суспільної моралі до Уряду з пропозиціями про приєднання України до європейської рейтингової системи відеоігор й іншого розважального програмного продукту

PEGI, на нашу думку та у зв'язку з отриманими в ході вищезазначеного дослідження результатами, для осіб до 18 років комп'ютерні ігри не можуть включати помірні сцени насильницьких дій, сцени сексуального характеру, сцени куріння тютюну або прийняття наркотиків, відсилання до азартних ігор і грубий гумор. Це вкрай необхідно враховувати при приєднанні України до PEGI шляхом внесення зазначених змін в національну версію рейтингової системи PEGI.

**Література:**

1. <http://www.moral.gov.ua>
2. Осуховская Е. С. Особенности игровой аддикции у школьников Украины / Е. С. Осуховская // Архів психіатрії. — 2012. — № 1. — С. 71–75.
3. Осуховська О.С. Астенічні радикали в структурі розладів адаптації у школярів України, здорових та страждаючих на ігрову аддикцію / О. С. Осуховська // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2012. — № 1. — С. 30–32.
4. Осуховская Е. С. Результаты исследования игровой аддикции у лиц молодого возраста / Е. С. Осуховская // Архів психіатрії. — 2011. — № 1 (64). — С. 82–87.
5. Осуховская Е. С. Результаты исследования отношения лиц молодого возраста к азартным играм / Е. С. Осуховская // Архів психіатрії. — 2011. — № 2 (65). — С. 66–68.

УДК 616.89-008.48-036.2(353.2)

## Основні тенденції та клініко-епідеміологічні особливості динаміки показників захворюваності непсихотичних психічних розладів у сільського населення України

**Зінченко О. М.**

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

**Резюме.** Выявлены основные тенденции и клинико-эпидемиологические особенности динамики заболеваемости и распространенности непсихотичных психических расстройств у сельского населения за период с 2000 по 2013 годы. Установлено рост показателей общей заболеваемости (распространенности) расстройств психики непсихотического характера у сельского населения за исследуемый период и, прежде всего, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств и органических непсихотических психических расстройств.

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, органические непсихотические психические расстройства, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, заболеваемость, распространенность, сельское население, психиатрическая помощь.

## Trends and clinical and epidemiological features of the dynamics incidence rate nonpsychotic mental disorders in rural population of Ukraine

**Zinchenko A. M.**

Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

**Resume.** The basic trends and clinical and epidemiological features of the dynamics of incidence and prevalence of non-psychotic mental disorders in the rural population for the period from 2000 to 2013. The increase in the rate of total morbidity (prevalence) nonpsychotic mental disorders in the character of the rural population for the study period and, above all, neurotic, stress-related and somatoform disorders and organic non-psychotic mental disorders.

**Keywords:** nonpsychotic mental disorders, organic nonpsychotic mental disorders, neurotic, stress-related and somatoform disorders, incidence, prevalence, rural population, psychiatric help.

Стан здоров'я населення характеризується системою статистичних показників, серед яких вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних груп населення є важливою складовою планування медичної галузі, дозволяє виявити сучасні характеристики їх рівня, структури та змін.

В сучасних умовах вагомість здоров'я переосмислюється з урахуванням розуміння його як невід'ємного права людини, з точки зору існуючих загроз і викликів, зростаючих вимог до якості та технологічних і фінансових можливостей забезпечення.

Медико-демографічна ситуація свідчить про незадовільний стан здоров'я сільського населення, що проявляється у низькій народжуваності порівняно з високим рівнем смертності, насамперед чоловіків працездатного віку, від'ємному природному прирості, скороченні середньої очікуваної тривалості життя, а також високому рівні поширеності хронічних неінфекційних захворювань.

В останні роки спостерігається зростання показників загальної захворюваності розладів психіки та поведінки, яке відбувається переважно за рахунок непсихотичних (пограничних) психічних розладів.

З метою вивчення динаміки показників захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру у сільського населення України нами проведено аналіз статистичних даних звітних форм № 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» за період з 2000 по 2013 роки.

### Результати та їх обговорення

Епідеміологічне дослідження показників захворюваності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру у сільського населення України свідчить про істотні відмінності величин показників захворюваності і їх динаміки залежно від періоду, впродовж якого отримані статистичні дані і від того в яких числах виражається захворюваність, — в абсолютних або у відносних.

Так, з 2000 по 2013 роки захворюваність, виражена в абсолютних числах, знизилася на 19,98% (з 22954 до 18368). Проте захворюваність, виражена у відносних величинах, тобто в інтенсивних показниках зменшилася на 10,42% (з 143,9 до 128,9 на 100 тис. сільського населення).

Слід відзначити, що максимальним зазначений показник був у 2008 році і становив 146,8 на 100 тис. сільського населення.

Простежена картина динаміки захворюваності у сільського населення багато в чому визначається демографічною ситуацією з негативною динамікою чисельності сільського населення по країні в цілому. Так, з 2000 по 2013 рік чисельність сільського населення зменшилася на 11,95%.

Картина динаміки загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки та поведінки не психотичного характеру у сільського населення України відрізняється від картини первинної захворюваності. Загальна захворюваність (поширеність) у сільського населення за даний період в Україні в цілому зросла як в абсолютних числах, так і в показниках на 100 тис. сільського населення.

При цьому якщо в абсолютних числах поширеність розладів психіки та поведінки не психотичного характеру у сільського населення збільшилася на 0,03% (з 150873 до 150924), то у показнику на 100 тис. сільського населення на 11,97% (з 945,9 до 1059,1) (табл. 1).

При аналізі показників загальної захворюваності не психотичних психічних розладів у сільського населення України за детальним переліком захворювань встановлено, що найбільш численними є дві групи розладів, а саме: невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади та не психотичні психічні розлади органічного походження.

Так, у 2013 році перше рангове місце у структурі загальної захворюваності розладів не психотичного характеру займали органічні не психотичні психічні розлади — 35,56%, а показник поширеності склав відповідно 376,6 на 100 тис. сільського населення.

Слід зазначити, що динаміка показників загальної захворюваності не психотичних психічних розладів органічного походження у сільського населення України як в абсолютних числах, так і в показниках на 100 тис. сільського населення має тенденцію до збільшення. Так в порівнянні з 2000 роком збільшилося як абсолютне число хворих, які звернулися за допомогою (9,8%), так і показник поширеності не психотичних психічних розладів органічного походження (22,87 %).

Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади у структурі загальної захворюваності розладів не психотичного характеру у 2013 році займали друге рангове місце (28,51%), з показником загальної захворюваності — 302,0 на 100 тис. сільського населення.

Число хворих, з невротичними, пов'язаними зі стресом і соматоформними розладами у динаміці з 2000 по 2013 роки збільшилося на 1718 осіб, або на 4,16%, а показник поширеності зріс на 16,6% (з 259,0 до 302,0 на 100 тис. сільського населення) (табл. 2).

Основу структури захворюваності не психотичних психічних розладів також традиційно формували невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади та органічні не психотичні розлади.

Так, у 2013 році серед вперше виявлених розладів психіки не психотичного характеру у сільського населення перше рангове місце посідали невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади (34,6%) з показником первинної захворюваності рівним 44,6 на 100 тис. сільського населення.

Звертає на себе увагу той факт, що

**Таблиця 1**

*Динаміка показників первинної та загальної захворюваності розладів психіки та поведінки не психотичного характеру і чисельності сільського населення України за 2000–2013 роки*

Рік	Первинна захворюваність		Загальна захворюваність		Чисельність сільського населення
	абс.	на 100 тис. сіл. нас.	абс.	на 100 тис. сіл. нас.	абс.
2000	22954	143,9	150873	945,9	16184323
2001	22981	145,5	151379	958,71	16056479
2002	22388	140,4	150391	942,88	15950173
2003	22229	141,2	151865	964,68	15750392
2004	22166	142,5	151496	974,18	15551203
2005	21933	142,9	157030	1023,2	15346732
2006	21890	144,7	157288	1039,78	15127050
2007	21645	144,8	153090	1024,43	14943940
2008	21702	146,8	151793	1027,1	14779168
2009	20674	141,3	151845	1037,8	14631772
2010	20852	143,7	153425	1057,1	14513428
2011	19913	138,2	151247	1049,4	14412161
2012	18805	131,2	150425	1049,9	14328039
2013	18368	128,9	150924	1059,1	14249685



Таблиця 2

*Динаміка показників первинної та загальної захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади у сільського населення України за 2000–2013 роки*

Рік	Первинна захворюваність	Загальна захворюваність
	на 100 тис. сіл. нас.	на 100 тис. сіл. нас.
2000	45,0	259,0
2001	46,15	269,59
2002	44,88	259,93
2003	47,48	270,32
2004	45,77	269,55
2005	49,6	280,6
2006	51,93	292,37
2007	51,91	291,76
2008	51,4	291,6
2009	50,7	296,3
2010	49,7	301,0
2011	47,1	301,5
2012	47,2	302,1
2013	44,6	302,0

протягом досліджуваного періоду в цілому захворюваність невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів зменшилася як в абсолютних числах так і в показнику на 100 тис. сільського населення.

При цьому якщо в абсолютних числах захворюваність зменшилася на 11,37% (з 7171 до 6356), то у показнику на 100 тис. сільського населення на 0,89% (з 45,0 до 44,6).

Таблиця 3

*Динаміка показників первинної та загальної захворюваності на неспсихотичні психічні розлади органічного походження у сільського населення України за 2000–2013 роки*

Рік	Первинна захворюваність	Загальна захворюваність
	на 100 тис. сіл. нас.	на 100 тис. сіл. нас.
2000	30,3	306,5
2001	30,5	311,7
2002	31,3	310,2
2003	30,0	316,6
2004	32,6	322,2
2005	35,1	347,3
2006	35,0	351,5
2007	36,1	346,6
2008	36,4	348,1
2009	36,8	353,5
2010	38,5	365,2
2011	39,2	365,6
2012	37,0	367,0
2013	37,6	376,6

Органічні неспсихотичні розлади у структурі захворюваності неспсихотичних психічних розладів у 2013 році займали друге рангове місце — 29,17%. Показник захворюваності склав 37,6 на 100 тис. сільського населення.

В порівнянні з 2000 роком збільшилися як абсолютні числа вперше виявлених хворих на органічні неспсихотичні розлади (10,85%), так і показник захворюваності (24,09%) (табл. 3).

### Висновки

Проведений аналіз дозволив виявити основні тенденції та клініко-епідеміологічні особливості захворюваності та поширеності неспсихотичних психічних розладів у сільського населення за період з 2000 по 2013 роки.

У структурі поширеності неспсихотичних психічних розладів у 2013 році органічні неспсихотичні розлади склали 35,56%, невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади 28,51%.

Показник загальної захворюваності (поширеності) розладів психіки неспсихотичного характеру у сільського населення за досліджуваний період в цілому зріс як в абсолютних числах, так і в показнику на 100 тис. сільського населення.

Показники загальної захворюваності по двох рубриках, що входять до цієї групи розладів, зросли досить істотно, а саме: поширеність неспсихотичних психічних розладів органічного походження збільшилася на 22,87%, невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів на 16,6%.

За період з 2000 по 2010 р. зменшилося як абсолютне число хворих з уперше в житті встановленими діагнозом так і показник первинної захворюваності. Захворюваність неспсихотичних психічних розладів органічного походження збільшилася на 24,09%, невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів зменшилася на 0,89%.

Питома вага показника виявлених вперше невротичних, пов'язаних із стресом і соматоформних розладів серед усіх неспсихотичних психічних розладів у сільського населення у 2013 році складала 34,6%; органічних неспсихотичних розладів 29,17%.

Висока розповсюдженість неспсихотичних психічних розладів у сільського населення України обумовлює необхідність пошуку нових форм та методів психопрофілактики та організації спеціалізованої медичної допомоги хворим з пограничною патологією.

УДК 159.9 (091)

## Слово об известном психологе Фрэнсисе Гальтоне: биографические и научные аспекты (К 190-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.<sup>3</sup>, Петрюк А. П.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины,

<sup>2</sup> Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача),

<sup>3</sup> Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

**Резюме.** На основі джерел спеціальної літератури приведені нові дані про біографічні та наукові аспекти життєвого шляху вченого-енциклопедиста Ф. Гальтона — відомого англійського психолога, антрополога, винахідника, генетика, географа, мандрівника, математика, метеоролога, кримінолога, творця дактилоскопії, засновника диференціальної психології та психометрії, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий вклад в розвиток вітчизняної і світової науки.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукової спадщини вченого.

**Ключові слова:** Ф. Гальтон, біографічні та наукові аспекти життєвого шляху, наукова спадщина.

## Word about the known psychologist Francis Galton: biographic and scientific aspects (To the 190-th anniversary of birth)

Petryuk P. T.<sup>3</sup>, Petryuk O. P.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine,

<sup>2</sup> Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha),

<sup>3</sup> Kharkiv city|urban| benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

**Resume.** On the basis of sources of the special literature new data over are brought about the biographic and scientific aspects of course of life of scientist-encyclopaedist F. Galton — the known English psychologist, anthropologist, inventor, geneticist, geographer, traveller, mathematician, meteorologist, criminologist, creator of dactylography, founder of differential psychology and psychometry, that a ponderable contribution brought in the scientific achievements to development of home and world science.

The necessity of subsequent study of biography and scientific heritage of scientist is underlined.

**Keywords:** F. Galton, biographic and scientific aspects of course of life, scientific inheritance.

*Титулы — украшение глупцов;  
великим людям достаточно своего имени.  
Фридрих Великий*

Гальтон (Голтон) Фрэнсис (Galton Francis) (1822-1911) известный английский психолог, антрополог, изобретатель, генетик, географ, путешественник, математик, метеоролог, криминалог, создатель дактилоскопии, основатель дифференциальной психологии и психометрии.

Он был первым учёным, четко сформулировавшим вопрос о роли природы и воспитания в развитии. Им впервые было сформулировано понятие одарённости. Почетный доктор Оксфордского и Кембриджского университетов.

Ф. Гальтон — одна из наиболее ярких фигур в мировой психологии, хотя сам себя он психологом не считал ввиду неопределенного статуса этой науки в то время. Тем не менее, его исследования на долгие годы определили



Гальтон Фрэнсис

важные тенденции в развитии психологической мысли, и многие выдающиеся психологи относили себя к его последователям. Это был «один из оригинальнейших учёных-исследователей и мыслителей современной Англии», как писал о нем К.А. Тимирязев в начале XX века.

Он всегда много читал, а ещё больше размышлял. Он обладал исключительными умственными способностями (IQ=200).

Первым разработал на основе экспериментальных и математических методов учение о существовании индивидуально-психологических различий между людьми — дифференциальную психологию. Находясь под влиянием одного из принципов эволюционной теории Ч. Дарвина, Ф. Гальтон объяснял эти различия преимущественно наследственными факторами. Постановка вопроса о роли этих факторов в развитии личности являлась новаторской, однако преувеличение их значения привело к односторонним выводам, игнорирующим социальную сущность человека. Ф. Гальтон считал, что совершенствование человеческой природы может быть решено путем выведения на основе законов наследственности расы особо одарённых, умственно и физически сильных людей (евгеники).

Ф. Гальтон, известный как «отец психометрии», включил ментальные измерения в антропометрические данные. С целью диагностики психических качеств личности изобрел ряд приборов, получивших широкое распространение в практике лабораторного исследования, разработал научные методики, позволяющие выяснить соотношение между наследственностью и внешними влияниями («метод близнецов»; методы изучения ассоциации идей, образной памяти и т.д.). Считая, что между различными (физическими и психическими) свойствами индивидов имеются корреляции, создал статистические методы их определения, ставшие основой факторного анализа, широко применяемого в современной психологии и социологии. К Ф. Гальтону восходит идея использования тестов для определения индивидуальных различий («Исследование человеческих способностей и их развитие») [1-14].

Фрэнсис Гальтон родился 16 февраля 1822 года в родовом имении Лэрчес («The Larches») в районе Спаркбрук (Sparkbrook)

близ Бирмингема, в Англии. Он был самым младшим в семье из 9 детей. Его отец, Самуэль Гальтон, был процветающим банкиром и активистом секты квакеров, принадлежавшим к богатому и известному роду, давшему многих известных государственных деятелей, священнослужителей и военачальников. Его мать, Фрэнсис Энн Виолетта Дарвин, была дочерью известного медика, философа, мыслителя и поэта Эразма Дарвина, написавшего философскую поэму «Храм природы», где, между прочим, говорится о естественном отборе, и тетей Чарльза Дарвина — английского натуралиста и путешественника, который одним из первых осознал и наглядно продемонстрировал в книге «Происхождение видов» (1859), что все виды живых организмов эволюционируют во времени от общих предков. Вообще, в роду Дарвиных было немало талантливых учёных. Фрэнсис был младшим ребенком в семье, его воспитанием занималась старшая сестра Адель. Среднее образование он получил в различных частных школах Англии, однако, по его собственному мнению, особых знаний ему это не принесло. Он был одарённым и способным к наукам ребенком, однако относился к занятиям не очень прилежно [1, 9-12].

Повинуясь желанию отца, Самуэля Гальтона, Фрэнсис в 1838 году отправился в Главный госпиталь в Бирмингеме, чтобы стажироваться там для дальнейшего обучения. Через год он поступил на медицинское отделение Королевского колледжа, а в 1840 году был переведен в Тринити-колледж в Кембридже. Постепенно Фрэнсис заинтересовался и другими науками, в частности математикой и психологией. Предполагалось, что он станет практикующим врачом, однако после смерти в 1844 году его отца Ф. Гальтон бросил колледж и отправился путешествовать [1-6, 11, 12].

Свобода от «научной рутины» содействовала его творческим успехам, но не гарантировала от ошибок. Он был, в сущности, учёным-любителем, а не преподавателем или профессионалом, выполняющим определённую работу в ограниченной области. Для независимости у него были подходящие условия. Родился в состоятельной семье; с младенческих лет поражал смыслённостью и памятью: в полтора года знал буквы, через год научился читать, в три года строчил своё имя, а в пять лет уже грамотно писал. Поступил Ф. Гальтон, как уже подчеркивалось, в знаменитый Кембриджский университет, изучал медицину, но не пожелал стать врачом. До двадцати пяти лет увлекался охотой и стрельбой (посетил даже Гебридские острова, охотясь на тюленей), много путешествовал; объездил Европу, затем Африку; побывал на

Ближнем Востоке, собрал интересные сведения по географии и этнографии [7-10].

В 1849 году Ф. Гальтон неожиданно прервал свое многолетнее путешествие и вернулся к научной работе. Первым его научным трудом стало описание печатающего телеграфа (теле-тайпа), который в итоге так и не был собран (ограничился публикацией его описания). На следующий год стал членом Географического общества.

В 1850-1851 годах Ф. Гальтон отправился в Южную Африку как исследователь, где в течение почти двух лет путешествовал по Сирии, Египту и Судану, занимался научными исследованиями. За два года прошёл около 1700 миль. Вернувшись домой, он написал и издал книгу «Рассказ исследователя тропической Южной Африки», которая вызвала значительный интерес в научных и общественных кругах. Результатом этого интереса стала золотая медаль Географического общества, полученная им в 1854 году.

В августе 1853 года Фрэнсис женился на Луизе Джейн Батлер, после чего прекратил дальние путешествия. Поселившись в Лондоне, он очень практично обставил свой дом: отказался от ковров, занавесок и обоев, а также от мягких кресел и диванов, считая все это чрезмерным излишеством. Отметим, что у самого Ф. Гальтона и его братьев, к сожалению, не было детей [7, 11, 12, 15].

В 1855 году вышли его «Заметки о современной географии» и работа для облегчения топографической съёмки «Таблица для грубой триангуляции без употребления инструментов и расчётов». В эти же годы учёный активно занимался климатологией и метеорологией. Он был первым, кто стал публиковать метеорологические карты Европы, обозначая на них осадки, облачность, направление ветра. В 1863 году им был создан атлас под названием «Метеорографика, или Методы нанесения погоды на карту». Занятия этими вопросами привели его к важному открытию. В его время было известно явление циклона, центр которого отличается низким давлением. Ф. Гальтон установил наличие центров с высоким давлением и центробежным движением воздуха по направлению часовой стрелки. Эту систему, противоположную циклону, он назвал «антициклон». Данное понятие сохранилось в метеорологии по сей день [2, 15-19].

Страсть Ф. Гальтона к созданию новых приборов и приспособлений проявилась и в этой области. Он разработал своеобразные приборы для получения метеорологических карт и чертежей, а, кроме того — «волновую машину» для использования энергии морских волн [2, 12].

В своих научных изысканиях Ф. Гальтон занимался различными проблемами, не отдавая предпочтения ни одной области. В 1855 году он издал книгу «Искусство путешествовать», где предложил огромное количество разнообразных рекомендаций, предназначенных для путешественников. Эти советы носили во многом юмористический характер, чем и привлекли внимание многих читателей.

В 1856 году в возрасте 34 лет он стал членом Королевского общества (академии). Когда английские войска вместе с союзниками высадились в Крыму, воюя с Россией на стороне Турции, Ф. Гальтон изобрёл прибор, названный им «алтископ» или «гелиостат», позволяющий смотреть из укрытия — через стену или через головы толпы (типа созданных позже перископов подводных лодок). Неизвестно, однако, возник ли перископ под влиянием изобретения Ф. Гальтона, либо он был создан независимо от него [1, 2, 9, 12, 15, 16].

В начале 1860-х годов Ф. Гальтон обратился к проблемам психологии, первая статья была посвящена стадному инстинкту у человека. По мнению учёного, этот инстинкт вреден в современных условиях, и его необходимо преодолевать. Задавшись мыслью объяснить индивидуальные особенности людей, Ф. Гальтон провел большое количество теоретических и практических исследований. Он анализировал биографии выдающихся людей, пытаясь выяснить степень их родства. Он также сравнивал психические особенности монозиготных и дизиготных близнецов, тем самым, внося в психологию новый метод, получивший название «близнецового» [5, 7, 12].

Кроме этого, учёный проводил опыты по измерению и сравнению функций органов чувств человека. Для этого он самостоятельно сконструировал некоторые приборы, в том числе ультразвуковой свисток, позволяющий определять слуховую чувствительность, и так называемую «линейку Гальтона», с помощью которой можно было устанавливать способность человека определять расстояние. Результатом этих исследований стала статья «Наследственный талант и характер», вышедшая в 1865 году.

Эти две работы, а также некоторые другие были объединены Ф. Гальтоном в единый труд «Наследственный гений», изданный в 1869 году. Основная мысль этой работы заключалась в том, что психические свойства человека наследуются так же, как и его физические качества.

При изучении психических способностей человека Ф. Гальтон столкнулся с необходимостью их измерения. Для этого он разработал несколько приемов определения способностей, на основе которых впоследствии была создана



система тестов. Таким образом, учёный постепенно заинтересовался проблемами психометрии [2-4, 7, 10, 13, 16, 17].

В предисловии к книге «Наследственность таланта» Ф. Гальтон пишет: «... я объявляю притязание на то, что я первый попытался разработать этот предмет статистически, пришел к таким результатам, которые могут быть выражены цифрами, и применил к изучению наследственности «закон уклонения от средних величин». В исследовании он бегло проследил родство почти четырехсот знаменитых людей различных периодов истории [17].

Особо значимым явилось внедрение в психологию новых математических методов, главным образом статистических. Любимым изречением Ф. Гальтона было: «Все, что возможно сосчитать, — считайте!». В своей новаторской книге «Наследственный гений» (1869) он дал статистический анализ огромного количества биографических фактов, утверждая приложимость статистических закономерностей к распределению способностей. Подобно тому, как люди среднего роста составляют самую распространенную группу, а высокие и низкорослые встречаются тем реже, чем больше они отклоняются от нормы, они отклоняются от среднего и в отношении умственных способностей. Эти отклонения Ф. Гальтон под влиянием дарвинизма считал строго определяемыми фактором наследственности [6, 16, 17].

В 1878 году Ф. Гальтон опубликовал статью, которая называлась «Композитные портреты». В этой работе он сопоставлял особенности психики человека с особенностями строения его лица, пытаясь найти какую-либо связь. Техника фотографирования, распространенная в то время, давала возможность объединять на одной фотографии фрагменты восьми лиц. На таких фотографиях можно было ясно разглядеть наиболее общие черты лица, тогда как индивидуальные становятся менее заметными. Составляя таким образом различные фотографии, Ф. Гальтон пытался создать портреты, типичные для людей различных профессий, а также портреты типичных преступников и людей, склонных к болезням. Ему не удалось добиться каких-либо значительных результатов, однако метод получил широкое распространение и использовался и в XX веке [20, 21].

Его методы были очень разнообразны; участниками экспериментов часто становились его гости. Так, например, у Ф. Гальтона была *теория*: если люди вызывают взаимную симпатию, то они должны притягиваться друг к другу, как металл и магнит. Если же несимпатичны, то должны сидеть рядом, словно аршин проглотив. Люди чувствуют отношение отдельного

человека к себе, они восхищаются теми, кто высоко себя ценит, и презируют тех, кто не любит себя. Учёный оснастил скамейки в столовой подушками со сжатым воздухом. После того как гости вставали, Ф. Гальтон измерял объем подушек, чтобы установить, прав ли он.

Хорошим примером изобретательности учёного является знаменитая «прогулка сэра Гальтона». Он отправился гулять по улицам Лондона, предварительно внушив себе мысль: «Я — самый отвратительный человек в Англии». В результате он столкнулся с неприятным и враждебным отношением к нему прохожих, которые отворачивались от него, отпускали вслед ругательства. Этот опыт значителен не только благодаря своей оригинальности, но также и благодаря выводам, сделанным Ф. Гальтоном. Они послужили основой для создания новых методов практической психологии. По мнению учёного, каждый человек, прежде чем менять что-либо в отношении к нему других людей, должен найти причины этого отношения в самом себе. Только изменив свое собственное мышление, можно добиться результатов. Кроме того, Ф. Гальтон придерживался мнения, что высокая самооценка влияет на оценку, «выставляемую» другими [1, 4-6, 9, 11, 12, 18].

Ф. Гальтон предпринял попытку создания классификации людей, основным критерием которой стала скорость образования суждений. Для определения этой скорости он измерял реакцию людей на различные сигналы. Таким образом, ученый от измерения функций органов чувств перешел к измерению психических функций человека.

В работе «Исследования человеческих способностей и их развитие», изданной в 1883 году, Ф. Гальтон впервые предложил термин «евгеника» для обозначения теории наследственности, здоровья человека и путей улучшения человеческого рода. В последующие 10 лет жизни ученого евгеника была главным предметом его интересов. В этот период в Университетском колледже в Лондоне была основана Гальтоновская лаборатория и учреждена стипендия его имени.

Следует также отметить, что в 1883 году Ф. Гальтон не только ввел в оборот понятие «евгеника» (образовано от греческого слова *eugenes*, означающего «хорошая порода»), но и заявил, что определённые группы являются «неполноценными». Он выступал в поддержку «лучшей» расы, которая могла бы производить полноценное потомство, и стремился воспрепятствовать расам, которые он считал «неполноценными», иметь детей. Себя он, очевидно, относил к «лучшей» расе и, в силу этого, считал себя вправе вершить будущее всего человечества [11, 12].

К примеру, Ф. Гальтон считал африканцев

неполноценными. Проведя два года в Африке, он написал книгу «Тропическая Южная Африка». О людях, с которыми он встречался, он написал: «Эти дикири напрашиваются на рабство. У них, вообще говоря, отсутствует независимость, они идут за хозяином, как спаниель». Не остаётся никаких сомнений относительно его убеждений после следующих его слов: «Средний интеллектуальный уровень негров примерно на две ступени ниже нашего» [19].

Ф. Гальтон вынес однозначное решение: люди не равны между собой. О таких общечеловеческих идеалах, как «всеобщее равенство», он отзывался как о «несомненной лжи, не имеющей права на существование». *Он писал, что любое милосердие по отношению к бедным и больным должно проявляться только в случае их добровольного отказа иметь потомство.*

Троюродный брат Ф. Гальтона, небезызвестный Чарльз Дарвин, который тоже был психологом, также продвигал эти идеи: «Никто из тех, кто занимается разведением домашних животных, не сомневается, что это может нанести серьёзный вред человеческому роду... вряд ли найдётся кто-то столь невежественный, что позволит своим наихудшим животным производить потомство» [19].

Нацистские психиатры и сторонники американского движения за душевное здоровье с готовностью ухватились за эти теории. Изначально они использовались для обоснования рабства. А позднее в соответствии с теорией евгеники заявлялось, что «иммигранты из Италии, Греции, Венгрии и других юго-восточных стран» не могут занять достойное место в обществе, так как в этих людях есть врождённая «предрасположенность к совершению преступлений, а именно к воровству, киднеппингу, разбою, убийствам, насилию и половой распущенности» [19].

Такое «научное» объяснение использовалось для оправдания рабства в Соединенных Штатах. В 1797 году психиатр Бенджамин Раш, «отец американской психиатрии», заявил, что чёрный цвет кожи является результатом редкой, передающейся по наследству болезни, называемой «негритянство», которая произошла от проказы. Б. Раш утверждал, что единственным признаком исцеления является то, что кожа вновь становится белой. Этот ярлык «болезни» послужил основанием для сегрегации чёрных (чтобы белые не могли «заразиться») [19].

В 1884 году на Международной выставке здравоохранения Ф. Гальтон, чтобы получить данные об объеме человеческих возможностей, открыл Антропометрическую лабораторию. Каждый, кто желал, мог пройти в этой лаборатории обследование, в итоге набралось более

9 тыс. карточек с подробными данными. Такой успех повлиял на то, что после закрытия выставки лаборатория продолжила свою работу в другом месте.

Это очень помогло Ф. Гальтону, ведь учёный смог провести несколько масштабных исследований. Так, например, он обратился к анализу отпечатков пальцев и пришел к выводу, что рисунок на кончиках пальцев у каждого человека индивидуален. Тем самым Ф. Гальтон заложил основу для новой науки, развившейся впоследствии, — дактилоскопии. В 1892 году Ф. Гальтон опубликовал в Лондоне книгу «Finger Prints» («Отпечатки пальцев»), в которой изложил результаты своих исследований. Поначалу судебные эксперты не оценили их значения, и, как уже было сказано выше, метод Ф. Гальтона начал широко применяться Скотланд-Ярдом только в 1900 году. Метод дактилоскопии стал переворотом в криминалистике. В 1905 году отпечатки пальцев впервые были признаны в суде в качестве доказательства [15].

А в 1911 году произошло знаменательное событие: из Лувра была украдена знаменитая картина «Джоконда» Леонардо да Винчи. На стекле рамы сохранились отпечатки пальцев, по которым был идентифицирован и пойман вор. Только после этого, прогремевшего по всему свету удачного расследования метод Ф. Гальтона был признан окончательно, и дактилоскопия за несколько лет завоевала Европу, Америку, Японию, Россию... [15].

Среди достижений Ф. Гальтона особо следует выделить разработку метода тестов. Тест (испытание) стал одной из основных методик в лаборатории Ф. Гальтона. Этот метод прочно вошел в науку независимо от тех теоретических положений, которые соединял с ним сам автор. Статистический подход — применение серии тестов к большому числу индивидов — выдвигался как средство внедрения в психологию точных количественных методов. Это получило большое практическое применение, а дальнейшее совершенствование техники разработки и применения тестов, распространение их на исследование важнейших психологических параметров (памяти, мышления, личности), по существу, изменили общий облик психологии, дав возможность сформировать систему объективных методов психологического исследования людей [6].

В начале XX века Ф. Гальтон, подуставший от дактилоскопии, оставил криминалистику и опять занялся генетикой и антропологией. М.А. Черносвитова справедливо подчеркивает, что путеводной звездой для Ф. Гальтона было credo («меня, сколько я себя помню, всегда волновали три загадки, на которые я никак не

могу найти ответы, волновали не меньше, чем известные две, И. Канта: 1) что такое одарённость? 2) есть ли врождённые преступники? 3) что такое однояйцовые близнецы? Боюсь, что разгадки первых двух загадок, не дающих моей душе покоя, находятся в третьей!» [22].

Основными работами Ф. Гальтона являются: «Hereditary Genius: an inquiry into its laws and consequences» (1869); «English Men of Science: Their Nature and Nurture» (1874); «Die Geschichte der Zwillinge als Prüfstein der Kräfte von Anlage und Umwelt» (1876); «Psychometric experiments» (1879); «Inquiries into Human Faculty and its Development» (1883); «Table of observations» (1889); «Natural inheritance» (1889); «Finger Prints» (1892); «Fingerprints Directories» (1895); «Probability, the Foundation of Eugenics» (1907); «Memories of my life» (1908), «Essays in eugenics» (1909) и многие другие.

В 1909 году Ф. Гальтон заболел туберкулезом. Но его первым строгим испытанием была его глухота, которая исключила его из научных собраний, где в свое время он всегда был знакомой фигурой. Через некоторое время он потерял способность ходить. Он очень любил свежий воздух и часто сидел в своем открытом балконе, когда большинство людей его возраста было бы не против присесть возле теплого огня [11].

Все время на протяжении болезни он публиковал свои метафизические работы о бессмертии и наследовании генов гениальности. Научную деятельность Ф. Гальтон продолжал до глубокой старости. Но ученому не хватило времени для воплощения своей теории бессмертия. Ф. Гальтон умер 17 января 1911 года в поместье Хейлсмир (Haslemere) (графство Суррей) около Лондона. Его тело лежит в фамильном склепе на отгороженном семейном участке кладбища Claverdon.

В течение всей своей жизни он занимался изучением различных областей психологии, придумывал новые методы, самостоятельно конструировал приборы для работы. Он разработал новую науку — евгенику, открыл основные принципы дактилоскопии. Ф. Гальтон много путешествовал по Африке и оставил интереснейшие записки, представляющие не только научный, но и познавательный интерес. Он очень много работал и опубликовал более 340 статей и книг по самому широкому кругу вопросов [11, 12].

Ф. Гальтон получил много наград за его весомый научный вклад, возможно, наиболее заметными из которых являются следующие. Он получил в 1853 году высшую награду от Королевского географического общества, одна из двух золотых медалей была удостоена в этом году за его исследования по картографии на юго-западе Африки. Он был избран членом

престижного Athenaeum клуба в 1855 году и стал членом Королевского общества в 1860 году. Незадолго до смерти, в 1909 году, он был посвящен в рыцари. Он также получил Королевскую медаль от Королевского общества в 1876 году, медаль Дарвина того же общества в 1902 году и медаль Копли в 1910 году. Кроме этого он был награжден медалью Гексли от Антропологического института в 1901 году и медалью Дарвин-Уоллес из Общества Линнея в 1908 году [11].

Его ученик и наследник по статистике Карл Пирсон, стал первым обладателем кафедры евгеники Ф. Гальтона в Университетском колледже Лондона (ныне кафедра генетики Ф. Гальтона), написал трехтомную биографию Ф. Гальтона, в четырех частях, после его смерти (К. Pearson 1914, 1924, 1930). Цветущее растение рода *Galtonia* было названо в честь талантливого английского психолога, выдающегося учёного-энциклопедиста Ф. Гальтона [11, 12].

Так как Ф. Гальтон утверждал, что умственные способности врожденные, биографы не смогли проследить его собственную родословную чуть ли не до пятидесятого колена. Через три года после смерти Ф. Гальтона его ученик К. Пирсон опубликовал генеалогию учителя. Она охватывает около 50 поколений. Оказалось, что среди давних предков Ф. Гальтона были такие известные люди, как император Карл Великий, киевский князь Ярослав Мудрый, король Англии Вильгельм Завоеватель и еще несколько английских королей. Дед Ф. Гальтона — Эразм Дарвин (он приходился также дедом великому Чарльзу Дарвину) был выдающимся врачом, натуралистом и поэтом [18].

Многие его идеи и разработанные им методы послужили ориентиром для развития психологической науки, и прежде всего, дифференциальной психологии. Оценки его творчества впоследствии давались различные, порой и негативные. Последнее определялось теми злостными извращениями, которым подвергли его евгеническую теорию разного рода воинствующие фанатики. Что, впрочем, не умаляет достоинств концепции Ф. Гальтона, глубоко гуманистической по своей сути. Также он оказал большое влияние на развитие математической статистики, разработав вместе со своим учеником К. Пирсоном корреляционный и регрессионный анализ. Бесспорно, в основе современной психодиагностики лежат идеи и труды Ф. Гальтона, лозунгом жизни которого были, как уже подчеркивалось, слова: «Считай все, что можешь считать!» [12, 14, 18].

Таким образом, Ф. Гальтон внес весомый научный вклад в развитие многих отраслей мировой науки, в том числе и мировой 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 Ф. Гальтона имеют большой интерес для отечественной психологической и психиатрической науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

### Литература

1. Френсис Гальтон [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psy-center.com.ua/rus-classic/view-049/galton-frensis-chelovek-uchenyy-lyudi.html>.
2. Степанов С.С. Ф. Гальтон / С.С. Степанов // Психология в лицах – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 9-19 с.
3. Психология: словарь / Под ред. А.В.Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд. испр. и доп. — М.: Политиздат, 1990. — 495 с.
4. Яровицкий В. Гальтон Френсис / автор-составитель Владислав Яровицкий // 100 великих психологов — М.: Вече, 2004 — С. 205-208 («100 великих»).
5. Канаев И. Фрэнсис Гальтон / Иван Канаев. — Ленинград, Издательство «Наука», Ленинградское отделение, 1972. — 136 с.
6. Френсис Гальтон [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psyera.ru/frensis-galton-bio.htm>.
7. Копець Л. Класичні експерименти в психології [Текст]: навч. Посібник / Л. Копець. — К.: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2010. — 283 с.
8. Зайченко А.А. Конституциональная психология / А.А. Зайченко // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: Сб. научн. тр. Юбилейн. научн.-практ. конф., посвященной 90-летию кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратов. гос. мед. ун-та (г. Саратов, 16-17 мая 2013 г.). — Вып. 11. — Саратов: Издательство Саратовского медицинского университета, 2013. — С.231-233.
9. Гальтон Фрэнсис [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psychology.net.ru/dictionaries/biography.html?word=176>.
10. Психометрия [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
11. Francis Galton: From Wikipedia, the free encyclopedia [Electronic publishing] // Access mode: [http://en.wikipedia.org/wiki/Francis\\_Galton](http://en.wikipedia.org/wiki/Francis_Galton).
12. Pearson K. (ed.), The Life, Letters and Labours of Francis Galton / Karl Pearson. — 3 vols. — London: Cambridge University Press, 1914, 1924, 1930 (Vol. I: Birth 1822 to Marriage 1853 (Cambridge University Press, 1914); Vol. II: Researches of Middle Life (Cambridge University Press, 1924); Vol. III A: Correlation, Personal Identification and Eugenics (Cambridge University Press, 1930); Vol. III B: Characterization, especially by Letters, & Index (Cambridge University Press, 1930).
13. Bulmer M.G. Francis Galton: Pioneer of Heredity and Biometry / Michael G. Bulmer. — Baltimore, Maryland: JHU Press, 2003. — 357 p.
14. Stigler S.M. Darwin, Galton and the Statistical Enlightenment / S.M. Stigler // Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society). — July 2010. — Vol. 173. — № 3. — P. 469-482.
15. Непомнящий Н.Н. 100 великих событий XX века. 1892-1905. Открытие дактилоскопии / Н.Н. Непомнящий [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rumvi.com/products/ebook/100>.
16. Рудкевич И. Френсис Гальтон выдающийся ученый-энциклопедист (К 175-летию со дня рождения) / И. Рудкевич [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.biometrika.tomsk.ru/history/galton.htm>.
17. Гальтон Ф. Наследственность таланта, ее законы и последствия: Пер. с англ. / Ф. Гальтон. — СПб.: [Б. и.], 1875. — 299 с.
18. Рудкевич И.А. Френсис Гальтон / И.А. Рудкевич [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://referat.ru/referats/view/19565>.
19. Разжигание расизма [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.creating-racism.ru/razzh-r.htm>.
20. Galton F. Composite portraits / Francis Galton // Journal of the Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. — 1878. — № 8. — P. 132-142.
21. Galton F. Photographic composites / Francis Galton // Photographic News. — 1885. — Vol. 29. — P. 234-245.
22. Черносвитова М.А. Философия родства или prolegomena новейшей теории наследственности / М.А. Черносвитова [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://chernosvitov.narod.ru/rps\\_2012\\_2\\_Debri1.html](http://chernosvitov.narod.ru/rps_2012_2_Debri1.html).



## РЕЦЕНЗИЯ

**на монографию «Гусова А.Б., Кашинский А.А. Энцефалопатия Хашимото — аутоиммунное заболевание головного мозга (современные итоги изучения) — Х: ФЛП Кудлай В.В., 2013. — 242с.»**

## REVIEW

**The monograph «Husova A.B., Kashinskij A.A. Encephalopathy of Hashimoto's — an autoimmune disease of the brain (the modern results of the study) — Kh: FLP Kudlay V.V., 2013. — 242 p.»**

Рецензируемая монография, подготовлена известными в Украине психиатрами — тандемом ученого-психиатра и практического врача-психиатра, которые имеют большой стаж плодотворной работы на психиатрической ниве. Она состоит из предисловия, списка прилагаемых сокращений, введения, 5 глав, заключения и дополнена списком литературы, иллюстрациями, рисунками.

В монографии приводятся современные данные об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении энцефалопатии Хашимото (ЭХ), которая до последнего времени была мало известна врачам, редко диагностировалась и своевременно не проводилась адекватная терапия, в связи с чем заболевание длительно оставалось нераспознанным, что приводило к разнообразным психопатологическим расстройствам, вплоть до развития слабоумия и смерти. В настоящее время, когда четко определены этиология, клиника, принципы диагностики и патогенетического лечения, ЭХ является курабельным заболеванием, которое при своевременной диагностике и адекватной терапии имеет благоприятный прогноз для здоровья и жизни больного. Отсюда очевидно, что хорошая информированность врачей об этом заболевании является чрезвычайно важной медицинской и социальной проблемой. Надеемся, что повышению информированности врачей будет способствовать и подготовленная нами рецензия на данную монографию.

В предисловии подчеркивается, что согласно современным данным ЭХ является аутоиммунным воспалительно-дегенеративным заболеванием головного мозга, сочетающееся с высоким титром аутоантител к тиреопероксидазе (анти-ТПО) и тиреоглобулину (анти-ТГ), которое в настоящее время является курабельным.

Во «Введении» авторы отмечают, что аутоиммунные заболевания представляют собой актуальную проблему современной медицины, так как поражают 5-7% населения земного шара. В этой связи Европейская Федерация Неврологических сообществ (EFNS) регулярно

проводит учебные курсы, посвященные аутоиммунным заболеваниям (Копенгаген, 2000; Брюссель, 2007; Флоренция, 2009).

В главе 1 «Энцефалопатия Хашимото и аутоиммунный тиреоидит Хашимото» освещается история открытия аутоиммунного тиреоидита Хашимото и ЭХ, их дефиниция и патогенез, современные взгляды на взаимосвязь этих двух заболеваний. Подчеркивается роль иммунитета в развитии упомянутых заболеваний, его неспецифической и специфической иммунологической реактивности. Приведенный краткий анализ структуры, функции и патологии иммунитета, показывает, что «сбой» иммунного ответа, лежащего в основе аутоиммунных заболеваний, может происходить как в клеточном (клеточном), так и в гуморальном звене иммунитета, в частности отмечено, что иммуноглобулины могут запускать в организме аутоиммунные процессы.

Анализируются теории аутоиммунных заболеваний:

- 1) теория расстройств иммунологической регуляции;
- 2) теория запретных «клонов»;
- 3) теория секвестрированных антигенов;
- 4) теория нарушения идиотип — антиидиотипических взаимоотношений (теория Эрне);
- 5) теория поликлональной активации В-лимфоцитов;
- 6) теория развития аутоиммунитета под влиянием суперантигенов;
- 7) теория генетической предрасположенности.

Глава 2 «Собственное клиническое наблюдение больной с энцефалопатией Хашимото» посвящена описанию клинического случая, который наблюдался авторами монографии. Авторы приводят результаты FLAIR — особой методики МРТ с использованием технического приема FLAIR (подавление сигнала свободной воды), дают определение понятия лейкоареоз (разрежение белого вещества головного мозга), проводят анализ причин, приведших к ошибочной диагностике в данном конкретном клиническом случае.

В главе 3 «Клинические варианты энцефалопатии Хашимото, приведенные в отечественной и зарубежной медицинской литературе» описываются 6 клинических случаев ЭХ, сделанные психиатрами разных стран. Для каждого случая приводится источник полученной информации и даются комментарии авторов монографии. Аргументировано отмечается эффективность лечения данной патологии кортикостероидами.

Глава 4 «Современные итоги изучения энцефалопатии Хашимото» посвящена современным данным об этиологии, патогенезе, принципам и критериям диагностики ЭХ. Дается характеристика распространенности заболевания, подчеркивается, что в настоящее время установлено, что  $\alpha$ -энолаза является аутоантигеном при ЭХ. Альфа-энолаза связывается с плазминогеном и может быть биомаркером ряда тяжелых заболеваний, в т.ч. и ЭХ, однако, последняя версия требует дальнейшего изучения и подтверждения.

Отмечается, что у больных ЭХ наблюдается резкое увеличение титра аутоантител (в 10 и даже в 100 раз) к анти-ТПО и анти-ТГ; на ЭЭГ обнаруживается преобладание медленно-волновой активности с тета- и дельта-волнами, спайк-волна, полиспайк, острые волны, трифазные волны, эпилептиформные комплексы; на МРТ головного мозга часто выявляются гипотрофия серого и белого вещества головного мозга, неспецифические диффузные изменения белого вещества в виде лейкоареоза, а также очаговые корковые изменения воспалительного характера; при SPECT-исследовании (однофотонной эмиссионной КТ головного мозга) обнаруживается фокальная гипоперфузия в височных областях, реже — диффузная гипоперфузия. При исследовании цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в большинстве случаев (в 72%) обнаруживалось умеренное повышение уровня белка при нормальном цитозе или незначительном плеоцитозе. У  $\frac{1}{2}$  пациентов определялись одноклональные антитела. Кроме этого, в ЦСЖ иногда определяются антитела к анти-ТПО и анти-ТГ. Отмечается, что состояние функции щитовидной железы при ЭХ — весьма вариабельно. Большую практическую ценность имеют приведенные авторами данные в таблицах симптомов ЭХ и распределения клинических симптомов и их частота у больных ЭХ, а также алгоритм лечения ЭХ и диагностические ошибки, наиболее часто встречающиеся при диагностике данного заболевания.

В главе 5 «Дифференциальная диагностика энцефалопатии Хашимото с другими заболеваниями головного мозга» обсуждается дифференциальная диагностика ЭХ с болезнью Альцгеймера, болезнью Пика, деменцией с тельцами Леви, болезнью Крейцфельда-Якоба, психическими расстройствами при СПИДе, дисметаболическими энцефалопатиями, церебральными васкулитами.

Особую практическую ценность представляют сравнительные дифференциально-диагностические таблицы ЭХ и вышеперечисленных заболеваний:

1. Этиопатогенез заболевания.
2. Преимущественный возраст начала развития болезни.
3. Длительность течения заболевания.
4. Клинические диагностические критерии.
5. Параклинические (инструментальные и лабораторные) диагностические критерии.
6. Лечение и его эффективность.

Заканчивается рецензируемая монография заключением, общим выводом, в котором справедливо подчеркивается курьезность данного заболевания и кратко особенности диагностики и лечения ЭХ, а также список литературы из 145 источников, преимущественно иностранной специальной литературы.

Следует отметить, что монография не лишена технических ошибок, например: в одних местах употребляется название врачебной специальности «невропатолог» (с. 2), а в других «невролог» (с. 85, 87, 127 и др.); в тексте в одних местах цитируются авторы с инициалами впереди фамилии (с. 148), а в других — с инициалами после фамилии (с. 147); длительность течения болезни Альцгеймера указана около 8-10 лет (с. 164), а в другом месте — длительность заболевания — от 7-8 до 10 лет (с. 203); приведенный список использованной литературы не отвечает требованиям ГСТУ ГОСТ 7.1:2006; во многих источниках литературы не указано общее количество страниц (источник № 8, 11, 13 и др.; место издания и издательство — источник № 5). Уверены, что небольшой тираж рецензируемой монографии в количестве 500 экз. является недостаточным для медицинской общественности Украины. Несомненно, радует то, что монография размещена в интернете на сайте [www.psychiatry-immunology.com/files/encefalopatija\\_hashimoto.pdf](http://www.psychiatry-immunology.com/files/encefalopatija_hashimoto.pdf), где её можно бесплатно читать и скачивать.

Бесспорно, выявленные мелкие технические опечатки не умаляют достоинства опубликованной монографии, которая посвящена очень актуальной теме современной психиатрии — ЭХ и будет полезной для психиатров, неврологов, эндокринологов, семейных врачей и научных работников. Хочется особо подчеркнуть приоритет рецензируемой монографии по проблеме ЭХ — это первая монография по проблеме ЭХ в Украине и странах СНГ. Думается, что при очередном переиздании выявленные недостатки будут устранены, а монография будет дополнена новыми сведениями об этиологии, патогенезе, клинике и лечении ЭХ.

И.И. Кутько, П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк  
I.I. Kutko, P.T. Petryuk, O.P. Petryuk

**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 № 9 від 12.11.2014 р.)

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

Тел.: (044) 468-36-11

Факс: (044) 463-68-11

E-mail: [vnkuznesov@i.ua](mailto:vnkuznesov@i.ua)

**Адреса редакції:**

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел.: (044) 468-36-11.

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](http://www.bz-poligraphia.com.ua)

Підписано до друку 16/12/2014 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 4473.

© Психічне здоров'я, 2014

**Розлади психіки та поведінки, психосоматика**

Герасименко Л.А. Сравнительная оценка качества жизни, механизмы  
развития нарушений семейного функционирования у женщин с  
неврастенией и соматоформной вегетативной дисфункцией . . . . . 3

Нікогосян Л.Р. Особливості психічного статусу жінок з патологічним  
прелімінарним періодом. . . . . 7

Федак Б.С. Нозогенно обусловленные реакции психической  
дезадаптации у больных с острыми соматическими заболеваниями . . 9

**Дитяча та підліткова психіатрія**

Гальчин К.С. Вплив несприятливих факторів перинатального періоду  
на розвиток аутистичних розладів у дітей . . . . . 13

Горищак С.П., Аймедов К.В., Кривоногова О.В. Когнітивна сфера  
дітей молодшого шкільного віку, які перенесли оперативне втручання  
з приводу нейрорахішизису на ранньому етапі онтогенезу . . . . . 16

**Медична психологія та психотерапія**

Аймедов К. В., Онищенко І. В. Особливості психосоціальної  
дезадаптації пацієнтів, які страждають на шкірні захворювання . . . . 20

Мерліч С.В. Робота з родиною стомованих хворих за умов організації  
мультидисциплінарної медико-психологічної допомоги . . . . . 24

**Психофармакотерапія**

Морванюк Г. В. Сучасні підходи до психофармакотерапії шизофренії  
в Україні та світі . . . . . 28

Насинник О.А. Несоблюдение поддерживающего лечения . . . . . 32

Кричун Ю.Я. Сучасні патогенетичні підходи до терапії obsесивно-  
компульсивного розладу . . . . . 39

**Організація і управління психіатричною допомогою**

Зінченко О.М. Регіональні особливості динаміки захворюваності  
непсихотичних психічних розладів у сільського населення України . . 45

Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Линеєв А.Н.  
Реформирование психиатрической службы в Украине: проблемы  
и перспективы. . . . . 48

Барановський К.Л., Барановська Л.М. Проблеми амбулаторної  
психіатричної допомоги в місті Києві та шляхи її удосконалення . . . 66

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

Кутько І.І., Пересадин Н. А., Соцкая Я.А. Психобиблио-  
терапевтические аспекты использования творчества и личностных  
качеств писателя и врача а. П. Чехова (чеховотерапия) . . . . . 71

Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Профессор Павел Иванович Ковалевский:  
штрихи к портрету и научной деятельности выдающегося  
отечественного учёного, психиатра, психолога и публициста  
(к 165-летию со дня рождения) . . . . . 78

Кутько І.І., Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Светлой памяти  
профессора Андрея Николаевича Бачерикова . . . . . 90

**До уваги авторів** (вимоги до написання статей) . . . . . 92

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)  
К. Л. Барановський (Україна)  
Л. О. Булахова (Україна)  
В. С. Бітенський (Україна)  
В. В. Вандиш-Бубко (Росія)  
Ю. М. Завалко (Україна)  
І. С. Зозуля (Україна)  
Ю. П. Закаль (Україна)  
М. О. Качасва (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

*Herasymenko L.O.* Comparative evaluation of the quality of life and the mechanisms of development of violations of family functioning in women with neurotic and somatoform autonomic dysfunction . . . . . 3

*Nykogosyan L.R.* Features of mental status of women with the abnormal preliminary period . . . . . 7

*Fedak B.S.* Clinical structure nonpsychotic mental impairments services patients with somatopathy diseases . . . . . 9

### Children's psychiatry

*Galchin K.S.* Influence of unfavorable factors in the perinatal period on the development of autistic disorders in children . . . . . 13

*Gorishchak S.P., Aymedov K.V., Kryvonogova O.V.* Cognitive sphere in children of midchildhood, after operative interference on occasion of neurorahishisis on early stage of ontogenesis. . . . . 16

### Medical psychology and psychotherapy

*Aymedov C. V., Onyshchenko I. V.* Features psychosocial disadaptation patient suffering from skin diseases. . . . . 20

*Merlich S.V.* Work with family of ostomy patient to the multidisciplinary medical and psychological assistance . . . . . 24

### Pharmacotherapy of mental disorders

*Morvanyuk G. V.* New approaches to psixofarmakoterapy of shyzofrenya in Ukraine and the world . . . . . 28

*Nasinnik O.A.* Failure to observe supportive of treatment . . . . . 32

*Krychun Y.Y.* The modern approaches to the pathogenetic treatment of obsessive-compulsive disorder . . . . . 39

### Organization and management in mental health care

*Zinchenko O.M.* Regional peculiarities dynamics of non-psychotic mental disorders in rural areas of Ukraine. . . . . 45

*Kutko I.I., Panchenko O.A., Rachkauskas G.S., Linev A.N.* Reform the psychiatric service in Ukraine: problems and perspectives . . . . . 48

*Baranovskyi K.L., Baranovska L.M.* Problems of psychiatric care before Hospital and directions for her better staff . . . . . 66

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

*Kutko I.I., Peresadin N.A., Sotskaya Y.A.* Psychobibliotherapeutic aspects of creativity and personal qualities of the writer and doctor A.P. Chekhov (chehovoterapiya) . . . . . 77

*Petryuk P.T., Petryuk O.P.* Professor Pavel Ivonovich Kovalevskij: strokes to the portrait and scientific activity prominent domestic scientist, psychiatrist, psychologist and publicist (to 160-th anniversary). . . . . 78

*Kutko I.I., Petryuk P.T., Petryuk O.P.* Bright memory of of Professor Andrei Nikolaevich Bacherikova . . . . . 90

**The notice for our authors** (equipments to the articles) . . . . . 92



УДК 616.89 – 008.442: 008.454 – 055.2

## Сравнительная оценка качества жизни, механизмы развития нарушений семейного функционирования у женщин с неврастением и соматоформной вегетативной дисфункцией



Герасименко Л. А.

Герасименко Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

**Резюме.** Вивчено взаємозв'язок поміж якістю життя та перебігом неврастенії, соматоформної вегетативної дисфункції. Визначені механізми розвитку подружньої дезадаптації у поєднанні з якістю життя за неврастенії та соматоформної вегетативної дисфункції у жінок. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої дезадаптації, погіршенні якості життя за визначеної патології у жінок.

**Ключові слова:** неврастенія, подружня дезадаптація, якість життя, сексуальна дисфункція.

### Comparative evaluation of the quality of life and the mechanisms of development of violations of family functioning in women with neurotic and somatoform autonomic dysfunction

Herasymenko L.

HMEIoU «Ukrainian medical stomatological academy» (Poltava)

Chair of psychiatry, narcology and medical psychology

**Resume.** The relationship between quality of life and the course of neurasthenia, somatoform autonomic dysfunction was examined. Mechanisms for the development of marital maladjustment in combination with quality of life in neurasthenia and somatoform autonomic dysfunction in women were defined. The role of negative psychological, social, socio-psychological factors in the breaking of marital maladjustment, poor quality of life at certain pathology in women was defined.

**Keywords:** neurasthenia, marital maladjustment, quality of life, sexual dysfunction.

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции супружеской дезадаптации пары представляет собой сложную проблему сексологии [1,2]. Сложность ее связана с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе супружеской дезадаптации едва ли не определяющее значение имеют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре [3]. А, то обстоятельство, что супружеская дезадаптация у супругов, ухудшение качества жизни являются одной из самых частых причин распада семьи, придает этой проблеме и социальное звучание [2,3].

Целью исследования явилось изучение механизмов развития нарушений семейного функционирования супружеской дезадаптации, причины ухудшения качества жизни при неврастении и соматоформной вегетативной дисфункции (СВД) у женщин.

Под нашим наблюдением находились 77 супружеских пар, в которых женщины страдали

неврастением и 45 супружеских пар у женщин с СВД сердечно-сосудистой системы. Из числа обследованных у 65 (84,4%) супружеских пар у женщин с неврастением имела место супружеская дезадаптация, у остальных 12 (15,6%) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие неврастения у женщин. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. Все супружеские пары с СВД сердечно-сосудистой системы в результате проведенных исследований были признаны дезадаптивными.

При психодиагностическом обследовании женщин изучали направленность личности, особенности воспитания и мотивы вступления в брак. Исследовали удовлетворенность супругов своими сексуальными отношениями и супружеской коммуникацией. Состояние сексуального здоровья исследовали методом системно-структурного анализа по В.В.Кристалю, тип половой конституции определяли у женщин по методике И.Л.Ботневой.[3].

При изучении невротического расстройства у женщин было установлено, что у 43±5% из них отмечалась первичная сексуальная дисфункция,

у  $18 \pm 4$  %- вторичная, и у  $39 \pm 5$ % супругов имела место первичная сексуальная дезадаптация. Первичная дезадаптация проявлялась в коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной формах, вторичная дисфункция — в паторефлекторной и абстинентной.

При сравнительной оценке качества жизни и социального, семейного функционирования у женщин с неврастенией и СВД сердечно-сосудистой системы было установлено, что при конституциональной форме дезадаптации отмечались более высокие уровни по шкалам социоэмоциональная поддержка, межличностное взаимодействие, духовная реализация по сравнению с сексуально-эротической формой дезадаптации (табл.1, 2).

Обнаруживалось определенное соответствие между показателями качества жизни, социального, семейного функционирования при конституциональной и коммуникативной формой дезадаптивных взаимоотношений.

Сравнительная оценка качества жизни, социального, семейного функционирования в результате проведенного медикаментозного лечения показала наличие положительной динамики в оценке пациентами с конституциональной и сексуально-эротической формой дезадаптации (табл. 3).

Практически по всем изучаемым показателям и в общей оценке качества жизни женщинами с изучаемыми формами психических расстройств была обнаружена положительная динамика.

В результате проведенных нами всесторонних комплексных исследований было установлено, что наблюдающиеся у женщин с неврастенией нарушения семейного функционирования возникают при наличии у них явных акцентуаций характера и могут быть первичными, проявляющимися в сексуальной дезадаптации и сексуальной дисфункции, и вторичными, проявляющимися в сексуальной

**Таблица 1**

*Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с неврастенией и взаимосвязь с типом дезадаптации*

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0+0,3	3,1+0,3	4,4+0,3
Психологическое(эмоциональное) благополучие	4,4+0,3	3,2+0,3	3,8+0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1+0,3	4,5+0,4	6,1+0,3
Работоспособность	4,9+0,3	3,9+0,4	5,1+0,3
Межличностное взаимодействие	5,9+0,3	4,9+0,4	5,3+0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1+0,3	5,1+0,4	6,0+0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3+0,3	5,2+0,4	5,2+0,3
Личностная реализация	4,6+0,5	4,2+0,4	5,5+0,3
Духовная реализация	6,0+0,5	4,2+0,3	5,5+0,3
Общее восприятие качества жизни	4,2+0,5	4,3+0,4	4,3+0,3

**Таблица 2**

*Сравнительная самооценка качества жизни пациенток СВД сердечно-сосудистой системы и взаимосвязь с типом дезадаптации*

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0+0,3	3,1+0,3	4,4+0,3
Психологическое(эмоциональное) благополучие	4,4+0,3	3,2+0,3	3,8+0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1+0,3	4,5+0,4	6,1+0,3
Работоспособность	4,6+0,3	3,9+0,4	5,1+0,3
Межличностное взаимодействие	5,6+0,3	4,9+0,4	5,3+0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1+0,3	5,1+0,4	6,0+0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3+0,3	5,2+0,4	5,2+0,3
Личностная реализация	4,6+0,5	4,2+0,4	5,5+0,3
Духовная реализация	5,7+0,5	4,2+0,3	5,5+0,3
Общее восприятие качества жизни	4,2+0,5	4,3+0,4	4,3+0,3

Таблиця 3

Сравнительная самооценка качества жизни пациенток СВД сердечно-сосудистой системы после проведенного лечения и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,3±0,3	3,7±0,3	4,4±0,3
Психологическое(эмоциональное) благополучие	4,8±0,3	3,5±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,3±0,3	4,7±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,8±0,3	4,1±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,8±0,3	5,3±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,5±0,3	5,2±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,6±0,3	5,3±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,9±0,5	4,5±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,9±0,5	4,6±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,9±0,5	4,7±0,4	4,3±0,3

дисфункции. Первичные сексуальные нарушения, значительно более многочисленные и разнообразные по форме, служат психотравмой, которая приводит к развитию невротической депрессии. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием этих расстройств, развившихся в результате несексуальной психотравмы, и зависит от тяжести и длительности их течения. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определяется сексуальным поведением женщины.

Первичная сексуальная дезадаптация при нарушении семейного функционирования проявлялась в трех клинических формах — коммуникативной, сексуально-эротической, конституциональной.

Коммуникативная форма дезадаптации возникает при снижении адаптационных возможностей личности вследствие затруднений в выражении своих сексуальных потребностей и ожиданий на вербальном уровне или отсутствия любви, вплоть до сексуальной и психологической аверсии. В наших наблюдениях сексуальная форма аверсии отмечалась в 22±4% случаев, психологическая в 16±4% случаев.

Девياции полоролевого поведения женщин проявляются либо в трансформации, либо в гиперролевого их поведении. У женщин с полоролевой формой дезадаптации, как правило в ходе углубленного анамнестического обследования, отмечаются асинхронии полового развития, чаще сочетанного характера 35±5%. Тип сексуальной мотивации игровой, реже шаблонно-регламентированный. Тип половой конституции у обследованных средний или слабый. Нередко 32±5% сексуальное либидо отсутствует, либо слабо выражено при сохраненном эротическом либидо. Тип

сексуальной культуры чаще невротический, реже гиперролевой.

Сексуально-эротическая форма развивается вследствие дезинформации в области секса и характеризуется расхождением диапазона приемлемости супругов, отсутствием оптимальной техники проведения полового акта, особенно заключительного его периода и несоответствием сексуального поведения супругов. Нередко также отмечается несоответствие типов сексуальной мотивации, а именно: коммуникативно-гедонического, игрового у женщин и генитального у мужчин. Мотивом полового акта, как у женщин, так и у мужчин в большинстве случаев было получение оргазма. При проведении психодиагностических исследований было установлено, что существенным дисгармонизирующим фактором при этой форме дезадаптации может служить неблагоприятное сочетание психосексуальных типов мужчины и женщины и, особенно часто, одинаковых — пассивно-подчиняемых их вариантов.

Согласно данным психодиагностических исследований сексуально-эротическая форма дезадаптации развивается у личности с чертами эгоистичности, самовлюбленности, отсутствием сочувствия и сопереживания, а также с личностными особенностями, такими как тревожная мнительность, замкнутость.

Несоответствие половой конституции супругов, особенно при слабой или ослабленном среднем типе половой конституции и недостаточная осведомленность в области сексуальных отношений является наиболее частой причиной развития конституциональной формы дезадаптации. Усугубляющими факторами при данной форме дезадаптации является наличие генитального типа сексуальной мотивации, а в качестве мотива полового акта — получение

оргазма или выполнение супружеского долга. Сексуальное либидо было слабо выражено, сексуальная потребность возникала не чаще 1-2-х раз в месяц. Типами сексуальной культуры были невротический и примитивный.

Первичная сексуальная дисфункция проявляется в двух ее формах: паторефлекторной и абстинентной. Механизм развития паторефлекторной формы дисфункции заключается в выработке патологического условного рефлекса, абстинентной формы — в детренированности и угасании сексуальных рефлексов. Механизмы развития вторичной сексуальной дисфункции заключаются в связанных с невротической депрессией астении, вегетативных нарушениях, актуализации сексуальной сферы и дизритмии половой жизни.

Первичная сексуальная дезадаптация, как правило, начинается с самого начала супружеской жизни, за исключением коммуникативной формы, которая может развиваться и постепенно, в течение 1-3 лет. Клинически эта форма проявляется снижением либидо, сексуальной активности, нарушением взаимоотношений супругов, наличием у мужчин тревоги, страха сексуального общения. Полоролевая форма характеризуется фемининным или гипермаскулинным поведением мужчин и его несоответствием полоролевому поведению жены, сексуально-эротическая форма — несоответствием

проведения сексуальных контактов желаниям или ожиданиям обоих супругов. Конституциональная форма сексуальной дисфункции проявляется разной сексуальной потребностью и сексуальной активностью супругов, причем качество полового акта может не страдать.

У женщин при всех формах дезадаптации отмечался низкий процент оргастичности и неудовлетворенность взаимоотношениями с мужем.

Существует зависимость между развитием первичной сексуальной дезадаптации и уровнем общей и сексуальной культуры, культуры общения, сексуального опыта супругов, качеством жизни. Вторичная сексуальная дисфункция характеризуется дезактуализацией сексуальной сферы и снижением сексуальных проявлений — либидо, сексуальных ощущений.

Результаты комплексных, психодиагностических исследований свидетельствуют о том, что показатели супружеской адаптации и супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной форме, в большей мере приводящих к актуализации внутриличностного конфликта у женщин. Возникающая при невротическом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция значительно снижает уровень супружеской адаптации, супружеского счастья и качество жизни.

#### Литература:

1. Райгородский В.В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / В.В. Райгородский — Самара: БАХРАХ-М, 2002. — 672с.
2. Скрипников А.Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин / А.Н. Скрипников. — М: Медицина, 1999. — 272 с.
3. Кришталь В.В. Сексология / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян Сексология. — М. : Per Se, 2002. — 879 с.



УДК 616.895-03:619

## Особливості психічного статусу жінок з патологічним прелімінарним періодом



Нікогосян Л. Р.

Нікогосян Л. Р.

Одеський національний медичний університет, Україна

**Резюме.** Целью работы является определение личностных особенностей беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Было исследовано 118 беременных женщин со сроком гестации 38-40 недель. Все исследуемые были разделены на две группы: в первую (основную) группу вошло 66 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом, во вторую (контрольную) — 52 женщины, беременность которых протекает без осложнений. В ходе исследования выявлено, что у беременных с патологическим прелиминарным периодом, по сравнению с контрольной группой, имеется более высокий уровень тревожности и депрессии, который соответствует средней степени тяжести; тревожное и депрессивное состояние влияет на протекание беременности и требует психотерапевтической коррекции.

**Ключевые слова:** беременность, патологический прелиминарный период, тревожность, депрессия.

### Features of mental status of women with the abnormal preliminary period

Nykogosyan L. R.

Odessa State Medical University

**Resume.** The goal of the work is to determine the personality characteristics of pregnant women with abnormal preliminary period. There were studied 118 pregnant women with a gestational age around 38-40 weeks. All women were divided into two groups: the first (primary) group consisted of 66 pregnant women with the abnormal preliminary period, the second (control) — 52 women, pregnancy which occurs without complications. The study revealed that compared with the control group, pregnant women with abnormal preliminary period have a higher level of anxiety and depression, which corresponds to moderate; anxiety and depression affect the course of pregnancy and require psychological adjustment.

**Keywords:** pregnancy, pathological preliminary period, anxiety, and depression.

**Актуальність теми.** Патологічний прелімінарний період є одним з видів аномаліїпологової діяльності. Однією з основних причин патологічного перебігу прелімінарного періоду є емоційний стрес. До розвитку даної патології можуть також приводити ендокринні та обмінні порушення, патологічні зміни в матці (запалення, дегенеративні порушення, рубець на матці, вади розвитку матки, міома матки), перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід), вік молодше 17 років і старше 30 років, перешкоди для розкриття шийки матки і просування плода (рубцеві зміни шийки матки, пухлини органів малого таза, вузький таз), а також нераціональне застосування препаратів, що впливають на тонус матки. Частим ускладненням є несвоєчасне (передчасне, раннє) вилиття навколоплідних вод [1,2].

**Мета роботи.** Визначення особистісних особливостей вагітних жінок з патологічним прелімінарним періодом.

**Матеріали та методи.** Було досліджено 118 вагітних жінок зі строком гестації 38-40 тижнів. Дослідження проходило на базі родильного

дому № 2 м. Одеси. Всі досліджувані були розділені на дві групи: до першої (основної — ОГ) групи увійшло 66 вагітних жінок з патологічним прелімінарним періодом, до другої (контрольної — КГ) — 52 жінки, вагітність яких перебігає без ускладнень. Для оцінки психічного стану вагітних було використано тест рівня тривожності Шихана та тест рівня депресії Бека.

**Результати та обговорення.** Вивчення ступеня вираженості психопатологічного синдрому депресії проводилося з використанням шкали депресії Бека [3]. Шкала депресії Бека включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам / симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого вкладу симптому в загальну ступінь тяжкості депресії. Результати тестування за цією методикою наведено у табл. 1.

Як можна бачити за даними таблиці 1, більшість жінок з основної групи мають середній (48,4%) та помірний рівень депресії (28,8%). У 19,7% спостерігаються явища вираженої

Таблиця 1

Рівень депресії за шкалою Бека

Результати	ОГ, n = 66		КГ, n = 52	
	n	%±m	n	%±m
0-9 балів	2	3,03±2,11	46	88,46±6,42*
10-15 балів	19	28,79±5,57	2	3,84±2,66*
16-19 балів	32	48,48±6,15	4	7,69±3,69*
Більше 20 балів	13	19,70±4,90	-	-

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

депресії. Ці дані свідчать про необхідність жінок з даної групи проходити сеанси психотерапії для зниження рівня депресії та налагодження пологової діяльності. У жінок з контрольної групи явища депресії або відсутні, або мають незначний рівень, що може пояснюватися переживаннями жінки про майбутні пологи.

Вивчення ступеня вираженості психопатологічного синдрому тривоги проводилося з використанням шкали тривоги Шихана [4]. Високі рівні тривожності за шкалою з великою часткою ймовірності свідчать про наявність того чи іншого тривожного розладу. Чим більше рівень тривоги відрізняється від нормального (до 20 балів), тим більше необхідна консультація психіатра (психотерапевта). Отримані результати наведені у таблиці (табл. 2).

Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок, що для жінок з контрольної групи більш притаманний низький рівень тривожності, це говорить про нормальну адаптацію до стану вагітності і майбутніх пологів, прийняття себе як майбутньої матері. Водночас, у жінок з основної групи рівень тривожності був досить високий у 25,7% та

Таблиця 2

Рівень тривожності за шкалою Шихана

Результати	ОГ, n = 66		КГ, n = 52	
	n	%±m	n	%±m
0-19 балів	18	27,27±5,48	43	82,69±5,24*
20-29 балів	31	46,97±6,14	9	17,31±5,24*
30 і більше балів	17	25,76±5,38	-	-

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

майже у половини досліджуваних (47%) він досяг середнього рівня.

Таким чином, можна зробити висновок, що жінки, які мають патологічний прелімінарний період мають високий рівень тривожності та депресії, у порівнянні з жінками, вагітність яких протікає нормально. Тому, на наш погляд, жінки з патологічним прелімінарним періодом потребують психотерапевтичної корекції для нормалізації психічного стану та відновлення фізіологічної пологової діяльності.

### Висновки.

1. У вагітних з патологічним прелімінарним періодом, в порівнянні з контрольною групою, мається більш високий рівень тривожності, який відповідає середній ступені тяжкості;
2. У вагітних з патологічним прелімінарним періодом, в порівнянні з контрольною групою, мається більш високий рівень депресії, який відповідає середній ступені тяжкості;
3. Тривожний і депресивний стан впливає на протікання вагітності та потребує психотерапевтичної корекції.

### Література:

1. Савицкий, А. Г. Патологический прелиминарный период / Г. А. Савицкий // Журн. акушерства и женских болезней. 2003. Т. 52, № 2. С. 139–144.
2. Сидорова И. С. Физиология и патология родовой деятельности / И.С. Сидорова. М.: Медпресс, 2000. 320 с.
3. Мосолов С.Н. Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии // Психотерапевтическая депрессия. 2005. — №4. — С. 1-15
4. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике: руководство для врачей. . — М.: МИА, 2001. 568 с.

УДК: 616.08 — 039

## Нозогенно обусловленные реакции психической дезадаптации у больных с острыми соматическими заболеваниями



Федак Б. С.

**Федак Б. С.**

КПОЗ «Обласная клиническая больница  
Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»  
(г Харьков)

**Резюме.** Особенности клинической структуры, динамики формирования расстройств психической сферы, их течение и взаимосвязи непосредственно с соматическим заболеванием является одним из наиболее актуальных проблем современной медицины. Целью исследования было определение нарушений психической сферы у больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля. Были обследованы больные с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, транзиторными ишемическими атаками, артериальной гипертензией, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Стратификация структуры психопатологических симптомов позволила систематизировать их в 4 варианта нозогенно — обусловленных реакций психической дезадаптации: астенический, тревожный, субдепрессивный, соматоформный. Это должно послужить основой для определения объектов психотерапевтической коррекции в процессе медико-психологического сопровождения.

**Ключевые слова:** психические расстройства, соматические заболевания, нозогенно обусловленные реакции психической дезадаптации.

## Clinical structure nonpsychotic mental impairments services patients with somatopathy diseases

**Fedak B. S.**

The regional Hospital  
Medical Emergency and Disaster Medicine (Kharkov)

**Resume.** Question clinical features of the structure, dynamics forming psychiatric disorders, and their current relationship directly with physical illness is relevant for the study. Aim of this study was to determine the psychiatric disorders in patients after acute state therapeutic profile. The patients with ischemic heart disease, heard attack, transitory ischemic attacks, arterial hypertension, stomach and duodenal ulcer, had been investigated. Stratification structure of psychopathological symptoms allowed systematizing them in 4 different manifestations: asthenic, anxious, subdepressive, somatoform. It served as the basis for determining the objects in the psychological adjustment of medical and psychological support.

**Keywords:** mental disorder, physical illness, nosogenic reactions of psychological desadaptation.

В настоящее время в Украине существует стойкая тенденция к увеличению числа острых состояний терапевтического профиля, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), кризы у больных артериальной гипертензией (АГ), транзиторные ишемические атаки (ТИА), мозговой инсульт (МИ), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДК) и др. В работах многих исследователей указывается на недостаточную разработку медико-психологического аспекта этой проблемы [2, 6, 8].

Определённое количество научных исследований показывает значительный уровень аффективных и невротических нарушений у этой категории пациентов [1, 5, 7, 9]. Вместе с тем, является не до конца изученным вопросы особенностей формирования нарушений

психической сферы, их течения и взаимосвязи непосредственно с соматическим заболеванием, влияние на исходы и уровень социального функционирования больных.

Всё вышеизложенное дало возможность обосновать проведение нашего исследования, целью которого было исследование психической сферы больных, которые перенесли острые состояния терапевтического профиля.

### Материалы и методы исследования.

Было обследовано 446 больных, в том числе 112 больных с ИБС, 93 — с ИМ, 94 — с ГК, 82 — с ТИА, 65 — с ЯБЖ и ДК. Из них 65% мужчин и 35% женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Исследования проводились в Харьковской городской больнице скорой и неотложной помощи им. проф. А.И. Мещанинова, и КПОЗ

«Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф».

Исследования базировались на клиничко-психопатологическом методе.

Клиничко-психопатологическое исследование больных с применением стандартизированных диагностических критериев является основным в диагностике психических расстройств на принципах доказательной медицины.

И это касается не только диагностики расстройств психики психотического и невротического уровня, а и исследования непсихотических расстройств психической сферы у больных соматическими заболеваниями.

Анализ клинической картины позволил выделить, по крайней мере, четыре основных варианта расстройств, которые были представлены у пациентов независимо от нозологической принадлежности соматического страдания:

- 1) нозогенные реакции психической дезадаптации (НРПД), возникшие у больных соматическими заболеваниями в результате текущего психологического воздействия непосредственно самого соматического заболевания (446 человек);
- 2) соматогенный астенический синдром (САС), который формировался в результате воздействия самого соматического заболевания (146 человек);
- 3) расстройства адаптации (РА), которые возникли у соматических больных в результате личностной реакции на возникшие социальные психотравмирующие обстоятельства (123 человека).
- 4) острые реакции на стресс (ОРС) в основном возникли у больных с выраженным болевым синдромом (85 человек).

Наиболее преобладающими в их структуре являются нозогенно-обусловленные реакции психической дезадаптации. При этом, само по себе эти состояния носят психогенный характер, но расстройства психической сферы не достигают того уровня, который дал бы возможность очертить их на нозологическом уровне. Вместе с тем, различия в клинической феноменологии позволили выделить в структуре НРПД 4 симптомокомплекса: субдепрессивный, астенический, тревожный, соматоформный.

### Результаты исследования.

При клиничко-психопатологическом исследовании больных соматическими заболеваниями нами были систематизированы и подвергнуты качественной, и количественной оценке основные психопатологические симптомы непсихотического регистра, встречавшиеся у них.

В целом у больных с острыми соматическими заболеваниями чаще диагностировались такие психопатологические симптомы непсихотического регистра, как раздражительность, несдержанность ( $65,6 \pm 1,7\%$ ), быстрая утомляемость ( $61,5 \pm 1,7\%$ ), общая слабость ( $59,0 \pm 1,7\%$ ), почти у половины — головная боль, ощущение тяжести в голове ( $48,3 \pm 1,8\%$ ), затрудненное засыпание и тревожность соответственно ( $48,1 \pm 1,8\%$  и  $47,5 \pm 1,8\%$ ), то есть признаки астенического состояния, соматовегетативные и эмоционально-аффективные компоненты.

Несколько реже имели место болезненно пониженное настроение ( $44,1 \pm 1,8\%$ ), мнительность ( $42,8 \pm 1,8\%$ ), поверхностный, беспокойный сон ( $41,4 \pm 1,7\%$ ), плаксивость, обидчивость (по  $40,1 \pm 1,7\%$ ), отсутствие чувства бодрости после ночного сна ( $39,8 \pm 1,7\%$ ).

Однако более глубокое клиническое изучение психопатологических проявлений невротических расстройств, анализ их динамики, связи со степенью тяжести, давности и особенностями течения соматического заболевания, преморбидной акцентуацией личности и психотравмирующими факторами, показали клиническую неоднородность непсихотических нарушений психики у больных соматическими заболеваниями.

При сопоставлении частоты диагностирования психопатологических симптомов непсихотического регистра у больных этих четырех групп было установлено, что раздражительность, несдержанность достоверно чаще, чем в среднем по выборке, как ведущий симптом встречается у больных соматическими заболеваниями с НРПД ( $74,2 \pm 2,1\%$ ).

Быстрая утомляемость и общая слабость достоверно чаще, чем в среднем по выборке, диагностировались в группе пациентов с САС (соответственно  $69,7 \pm 8,8\%$ ).

Тревожность и болезненно пониженное настроение — у больных соматическими заболеваниями с ОРС (соответственно  $56,1 \pm 4,5\%$ ).

Поверхностный, беспокойный сон достоверно чаще отмечался у больных с САС и РА (соответственно  $48,3 \pm 4,2\%$  и  $49,4 \pm 5,5\%$ ), обидчивость — в группе пациентов с НРПД и РА ( $47,2 \pm 4,5\%$  и  $40,1 \pm 1,1\%$ ), а отсутствие чувства удовлетворения ночным сном — у больных соматическими заболеваниями с НРПД и ОРС (соответственно  $48,2 \pm 5,4\%$  и  $48,0 \pm 4,5\%$ ).

Вместе с тем и в самой структуре различных форм непсихотических нарушений психики психопатологические проявления имели свои особенности.

Клиничко-психопатологическое исследование показало, что нозогенно обусловленные



реакции психической дезадаптации (НРПД) как непсихотические расстройства психики субклинического уровня возникали у обследованных больных в результате текущих психологических воздействий, которые обуславливались непосредственно соматическим заболеванием, как таковым.

Характерной особенностью реакций психической дезадаптации была их кратковременность, изменчивость, полиморфизм проявлений.

Сами пациенты как таковых жалоб на состояние психической сферы активно не высказывали, и они выявлялись лишь при целенаправленном расспросе. Больные в процессе диагностического интервью акцентировали внимание на соматических проявлениях и осознавали свои неприятные ощущения, как компонент именно соматический, и субъективно не идентифицировали психоэмоциональную составляющую.

Интенсивность психопатологических симптомов была относительно незначительной, однако позволяла однозначно утверждать об их наличии.

Как таковой, синдромологической завершенности обусловленные реакции психической дезадаптации не имели, однако стратификация структуры психопатологических симптомов, наиболее часто диагностировались, позволили систематизировать их в четыре варианта проявлений:

- 1) астенический (175 человек);
- 2) тревожный (118 человек);
- 3) субдепрессивный (100 человек);
- 4) соматоформный (53 человека).

Для больных с астеническим вариантом нозогенных обусловленных реакций психической дезадаптации характерным оказалось превалирование явлений физической и психической астении.

Наиболее представленными психопатологическими симптомами у них были повышенная утомляемость и общая слабость, показатели диагностирования которых достоверно превышали средние для больных с НРПД (соответственно  $86,9 \pm 2,6\%$  против  $60,5 \pm 2,3\%$  и  $81,7 \pm 2,9\%$  против  $51,8 \pm 2,4\%$ ).

Повышенная же раздражительность в этой подгруппе по частоте регистрации оказалась лишь на третьем месте, однако встречалась более чем в  $\frac{3}{4}$  случаев ( $78,3 \pm 3,1\%$ ) и была несколько более распространенной, чем в среднем при НРПД ( $74,2 \pm 2,1\%$ ).

В первую пятерку основных симптомов входили также затрудненное засыпание и мнительность, которые также превалировали по частоте представления над средними групповыми показателями (соответственно

$69,1 \pm 3,5\%$  против  $48,0 \pm 2,4\%$  и  $64,6 \pm 3,6\%$  против  $46,4 \pm 2,4\%$ ).

Более чем у половины больных с астенической формой НРПД отмечались головная боль, ощущение тяжести в голове ( $58,9 \pm 3,7\%$ ), ухудшение памяти ( $53,1 \pm 3,8\%$ ) и отсутствие чувства бодрости после ночного сна ( $51,4 \pm 3,8\%$ ).

В подгруппе больных соматическими заболеваниями с тревожным вариантом НРПД абсолютно превалирующим психопатологическим симптомом была раздражительность, несдержанность, которая отмечалась в  $90,7 \pm 2,7\%$  случаев, в то время, как в среднем при НРПД — только в  $74,2 \pm 2,1\%$ .

Распространенным психопатологическим проявлением НРПД, который значительно превышал средний показатель, в этой подгруппе была обидчивость ( $72,0 \pm 4,1\%$  против  $37,9 \pm 2,3\%$ ).

Более чем у половины пациентов с тревожной формой НРПД встречались болезненно пониженное настроение ( $56,4 \pm 4,6\%$ ), тревожность ( $55,1 \pm 4,6\%$ ) и плаксивость ( $51,7 \pm 4,6\%$ ).

При субдепрессивном варианте НРПД такого превалирования одного симптома не отмечалось, однако чаще у пациентов этой подгруппы имела место раздражительность ( $72,0 \pm 4,5\%$ ).

На втором месте оказались страхи, опасения, которые почти вдвое по частоте диагностирования превышали средний показатель ( $67,0 \pm 4,7\%$  против  $35,2 \pm 2,3\%$ ).

Выше средней была впечатлительность и болезненно пониженное настроение ( $64,0 \pm 4,8\%$  против  $44,4 \pm 2,4\%$ ). Более чем у половины пациентов этой подгруппы отмечались общая слабость ( $59,9 \pm 4,0\%$ ), поверхностный, беспокойный сон ( $57,0 \pm 5,0\%$ ) и быстрая утомляемость ( $52,0 \pm 5,0\%$ ).

У пациентов, составивших четвертую подгруппу — с соматоформным вариантом НРПД, преобладали сомато-вегетативные симптомы — боль в области сердца, связанная с негативными эмоциональными переживаниями и ощущение нехватки воздуха, которые по частоте в 2,5 раза превышали средние показатели (соответственно  $62,3 \pm 2,7\%$  против  $27,4 \pm 2,1\%$  и  $56,6 \pm 6,9\%$  против  $17,6 \pm 1,8\%$ ).

Более чем у половины больных этой подгруппы отмечалась головная боль, ощущение тяжести в голове ( $54,7 \pm 6,9\%$ ), тревожность ( $50,9 \pm 6,9\%$ ).

Результаты сопоставления частоты диагностирования пяти основных психопатологических симптомов при различных вариантах НРПД у больных соматическими заболеваниями представлены в табл. 1.

Таблиця 1

Сопоставление частоты диагностирования основных психопатологических симптомов при различных вариантах нозогенных реакций психической дезадаптации у больных соматическими заболеваниями

Варианты нозогенных реакций психической дезадаптации			
Астенический n=175	Тревожный n=118	Субдепрессивный n=100	Соматоформный n=53
1). Быстрая утомляемость (86,9±2,6%);	1). Раздражительность, нетерпимость (90,7±2,7%);	1). Раздражительность, нетерпимость (72,0±4,5%);	1). Боль в области сердца, связанная с переживаниями (62,3±2,7%);
2). Общая слабость (81,7±2,9%);	2). Обидчивость (72,0±4,1%);	2). Страхи, опасения (67,0±4,7%);	2). Ощущение нехватки воздуха (56,6±6,9%);
3). Раздражительность, нетерпимость (78,3±3,1%);	3). Болезненно сниженное настроение (56,4±4,6%);	3). Болезненно сниженное настроение (64,0±4,8%);	3). Головная боль, ощущение тяжести в голове (54,7±6,9%);
4). Затруднение засыпания (69,1±3,5%);	4). Тревожность (55,1±4,6%);	4). Общая слабость (59,9±4,0%);	4). Тревожность (50,9±6,9%);
5). Мнительность (64,6±3,6%).	5). Плаксивость (51,7±4,6%).	5). Поверхностный, беспокойный сон (57,0±5,0%).	5). Боль в груди связанная с переживаниями (47,2±6,9%).

### Выводы

Таким образом, клинико-психопатологическое исследование больных с соматическими заболеваниями показало, что у большинства из них есть расстройства психической сферы непсихотического уровня. При этом, в их структуре значительное место занимают нозогенно-обусловленные реакции психической дезадаптации. Эти реакции не достигают степени клинической выраженности, однако в

их структуре можно выделить 4 ведущих симптомокомплекса: астенический, тревожный, субдепрессивный, соматоформный. Это должно послужить основой для построения системы психотерапевтической коррекции нарушений психической сферы у больных с острыми соматическими состояниями, что даст возможность максимально восстановить уровень социального функционирования и качества жизни этих больных.

### Литература:

- Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т.2, №1. — С.17-23.
- Кирюхин О.Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О.Л. Кирюхин, Н.А. Гасанов, Д.Р. Ракита // Клиническая медицина. — 2007. — №8. — С.29-32.
- Коростій В.І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях // Медична психологія. — 2013. — Т. 8, № 3 (31). — С. 56–63.
- Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // НейроNews. Психоневрологія та психіатрія. — 2010. — №5 (24). — С.83–90.
- Маркова М.В. Медико — психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу М.В. Маркова, В.В. Бабич // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып. — 2008. — № 243. — С. 71–74.
- Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Мищенко В.Н. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции // Международный неврологический журнал. — 2007, № 2 (12). — С. 26–30.
- Михайлов Б.В. Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип.2 (59). — С. 40–44.
- Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В., Волошин П.В., Марута Н.А. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. «Український вісник психоневрології», Том 22, випуск 1 (78), 2014. — С. 11-17.
- Напреенко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). «Український вісник психоневрології», Том 22, випуск 1 (78), 2014. — С. 18-22.
- Ariyo A.A. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / A. A. Ariyo, M. Haan, C.M. Tangen et al // Circulation. — 2000 — 102:1773-9.
- Hackett M.L., Yapa C, Parag V. et al. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330–1340.

УДК:616.89-008.444.053.2

## Вплив несприятливих факторів перинатального періоду на розвиток аутистичних розладів у дітей



Гальчин К. С.

**Гальчин К. С.**

Національна медична академія післядипломної освіти, кафедра дитячої, соціальної та судової психіатрії, Україна

**Резюме.** У даній статті автором публікуються дані дослідження взаємозв'язку патології вагітності та пологів з розвитком розладів спектру аутизму у дітей. Анамнестичному дослідженню піддалися 67 матерів дітей з розладами спектру аутизму різних вікових груп від раннього дитинства до підліткового віку. Автором простежується зв'язок несприятливих факторів у перинатальному періоді з дитячим аутизмом. Автор на підставі дослідження пропонує низку заходів з психопрофілактики вагітних і поліпшенню репродуктивного здоров'я матері.

**Ключові слова:** аутизм, діти, вагітність, пологи, профілактика.

### Influence of unfavorable factors in the perinatal period on the development of autistic disorders in children

National Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Pediatric, Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

**Resume.** In this article the research data of the relationship of pregnancy pathology and birth with the development of autism spectrum disorders in children were published by the author. 67 mothers of children with autism spectrum disorders of different age groups from early childhood to adolescence underwent an anamnestic investigation. The relationship of unfavorable factors in the perinatal period with infantile autism is being investigated by the author. On the ground of the research the author suggests a number of measures of psychoprophylaxis for pregnant women and improvement of reproductive mother's health.

**Keywords:** autism, children, pregnancy, childbirth, prophylaxis.

**Вступ.** Проблема дитячого аутизму в останнє десятиріччя привертає все більшу увагу вчених усього світу. Зростання первинної інвалідності з психічних захворювань у дітей в усьому світі, що наносить економічний збиток суспільству, є критичним. Інвалідність у дітей з психологічних розладів розвитку, в тому числі, з розладів аутистичного спектру (РАС), займає в структурі всієї інвалідності у дітей з психічних захворювань дві третини. РАС є одним з основних причин інвалідності дитячого населення. За попередніми даними досліджень, проведених у Великобританії, Північній Ірландії, США довічні витрати на догляд за особами з порушеннями спектру аутизму складають від 1,4 до 2,4 млн. доларів на кожного пацієнта (Доповідь секретаріату ВООЗ, 2013). В Україні за статистичними даними 2012 року у дитячих психіатрів спостерігалось 203477 дітей, первинна інвалідність зросла за останні п'ять років на 16,3%, а інвалідність, зумовлена розладами аутистичного спектру збільшилась в 2-3 рази. Слід очікувати, що тенденція зростання інвалідності по РАС збережеться в найближчі роки. Поширеність розладів спектру аутизму серед дітей в Україні, як і в усьому світі, стабільно зростає: за останні 5 років вона зросла з 13,8

до 35,0 на 100 000 дитячого населення. За статистичними оглядами по Європейському регіону середній показник поширеності РАС становить 65,5 на 10 тисяч населення (Доповідь секретаріату ВООЗ, 2013). Все більша кількість досліджень в останні роки проводиться з вивчення етіології та ранньої діагностики дитячого аутизму. (Башина В.М., 2009, Баєнська Е. 2009, Warren J., Ami Klin., 2013.) Багато питань етіопатогенезу дитячого аутизму не до кінця вивчені, але вчені одним з важливих етіологічних чинників виникнення розладів спектру аутизму у дітей вважають пре і постнатальні багатофакторні порушення. (Рахманов В.М., 2012). Завдяки розвитку пренатальної психології з'явилася можливість вивчення впливу різних факторів на дозрівання структур головного мозку ще ненародженої дитини (пренейта). Вперше в 1924 р. про вплив родових травм на дитячі неврози написав психоаналітик О. Ранк (O.Rank) у своїй монографії «Травма народження». У 1971 р. відбулася перша Міжнародна конференція з пренатальної психології, де було прийнято рішення про подальше вивчення психіки дитини до народження. Все більша кількість дослідників (В.Абрамченко., А.Батуєв., А.Бертін., Л.Бородин., Г.Брехман., Г. Грабер.,

С. Гроф., Т. Малишева., Л. Нільсон., R. Hattart et al.) в галузі пренатальної психології дійшли до висновку, що поведінка, індивідуальні особливості дитини, а в цілому, і його подальше життя залежать багато в чому від різних сприятливих і несприятливих факторів у пренатальному періоді (Ташаєв Ш.С., 2008). Багатофакторність ризиків розвитку аутистичних розладів в пренатальному періоді вимагає міждисциплінарних підходів їх вивченні. Міждисциплінарна оцінка факторів ризику розвитку аутизму в пренатальному періоді є важливим етапом в ранній діагностиці дитячого аутизму. П.А. Волошин (2013) до несприятливих факторів пренатального періоду відносить:

- 1) біологічні:
  - а) зріст жінки до 150см;
  - б) вага більше або менше 25% від норми;
  - в) вік до 18 років і старше 35 років;
  - г) стан соматичного та психічного здоров'я жінки;
- 2) соціальні негативні фактори:
  - а) наявність професійних шкідливих чинників;
  - б) небажана вагітність;
  - в) дисгармонія подружнього життя;
  - г) вагітність поза шлюбом.

### Мета дослідження

Вивчення взаємозв'язку патології вагітності та пологів, соматичного і психічного стану жінки, таких негативних соціально-психологічних факторів, як конфлікти в сім'ї, стресові ситуації під час вагітності, «небажана» дитина з ризиками розвитку розладів аутистичного спектру у дітей.

### Матеріали і методи дослідження

Робота ґрунтується на анамнестичному вивченні історій хвороб дітей з РСА, опитуванні батьків; дослідження наявності патології вагітності та пологів, конфліктів у родині, психічного стану матері під час вагітності та пологів, а також несприятливих факторів, що мають вплив на перебіг вагітності і пологів. Проведена оцінка найбільш значущих несприятливих факторів в пренатального періода щодо виникнення ризику РСА дітей в залежності від: патології вагітності

та пологів та від негативних соціальних факторів.

### Результати

Проведений аналіз та анамнестичне вивчення структури несприятливих факторів в пренатальному періоді і їх можливий вплив на розвиток розладів аутистичного спектру у 67 матерів дітей та підлітків різного віку (3-17 років) з розладами аутистичного спектру, які перебували на лікуванні в дитячому відділенні Житомирської обласної психіатричної лікарні № 1 протягом останніх десяти років. Нормальний перебіг вагітності та пологів зафіксовано у матерів 8 дітей, що становить 11.9% від загальної кількості. Патологія вагітності у досліджуваних матерів дітей з РСА виявлена в більш половині випадків (54.1%). Патологічні пологи-45.9% від загальної кількості. У третині випадків патологія вагітності поєднувалася з патологічними пологами. Структура патології вагітності та пологів у матерів дітей з аутистическими розладами зафіксована в таблиці № 1. Превалюючим несприятливим фактором в структурі патології вагітності є загроза викидня — 32.2%., Серед негативних факторів у пологах: патологічні пологи, що протікають з асфіксією дитини. (27.2%). Серед несприятливих соціально психологічних факторів зазначається: вагітність поза шлюбом — 5 (8.5%), зловживання алкоголем і сімейні конфлікти — 9 (15.2%); стресові ситуації і емоційна нестійкість матері — 18 (30.5%). Неможливість достовірно анамнестично вивчити вплив несприятливих соціальних факторів визначається небажанням матерів розкрити факти подружньої дисгармонії, причини стресових ситуацій в родині і її емоційної нестійкості. Критичні події в онтогенезі, безумовно, є негативним компонентом ризику розвитку розладів аутистичного спектру (Чуприков А.П., Хворова Г.М., 2012).

### Висновки

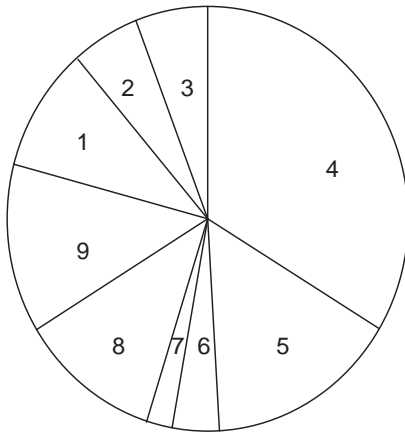
Вагітність і пологи при відсутності патології — унікальна можливість для здійснення профілактики можливого виникнення розладів аутистичного спектру у дітей. Наявність загрози викидня є одним з важливих несприятливих

**Таблиця 1**

*Структура патології вагітності та пологів у матерів дітей з РАС (за анамнестичними даними)*

Патологія вагітності	Кількість (чол.)	Патологія пологів	Кількість (чол.)
Загроза викидня	19	Кесарів розтин	2
Токсикоз 1 та 2 половини вагітності	9	Обвиття пуповиною + асфіксія	8
Прееклампсія	1	Слабка родова діяльність + асфіксія	8
Токсоплазмоз	3	Родові травми	7
Всього	32	Тазові передлежання	2
-	-	Всього	27





**Рис. 1**

*Складові частини пренатальних несприятливих факторів*

факторів ризику виникнення розладів аутистичного спектру у дітей. Патологічна родова діяльність з асфіксією дитини створює передумови для розвитку РСА у дітей. Міждисциплінарна допологова допомога групи фахівців і правильно обрані варіанти безпечних пологів суттєво зменшують ризики розвитку РСА у дітей. У

програмах допологової міждисциплінарної допомоги необхідно включати як психологічну, генетичну, так і психотерапевтичну підтримку вагітних. Тільки якісна медична допомога з охорони репродуктивного здоров'я матерів допоможе зменшити ризики розвитку РСА у дітей і підлітків.

#### Література:

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм. Альманах «Исцеление», М.1993. — 250с.
2. Башина В.М. Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте. Москва, 2009. — 173 с.
3. Бородин Л.Г. Факторы, предшествовавшие началу заболевания у детей с расстройствами аутистического спектра. // Аутизм и нарушения развития, 2009. — №2. — с.13-20
4. Волошин П.А. Родовая травма. Voloshin.com. ru . 2012
5. Всеобъемлющие согласованные усилия по лечению спектра нарушений, связанных с аутизмом. Доклад Секретариата ВОЗ. 2013.
6. Выговская Л.Е., Шулаев А.В. Закиров И.К. Медико-статистический анализ влияния неблагоприятных факторов перинатального периода на рождение недоношенного ребенка. // Фундаментальные исследования, 2011. — №9. — часть 2. — с.223-227
7. Рахманов В.М., Рахманов Р.В.. Психофізична реабілітація дітей з аутизмом (А) і аутичного кола розладами (АКР). Методичні рекомендації (136.11/211.11). — РВА «Дніпро -VAL». — 2012. — 55с.
8. Сергеев О.П. Вікова психологія. Навчальний посіб.- К., Центр учбової літератури., 2012. — 376 с.
9. Ташаев Ш.С. Перинатальная психология и основы современного естествознания. Сб. научных трудов РАПМ. СПб., «ИПТП» 2004, Социальное здоровье населения. — с.52-62.
10. Чуприков А.П. Хворова Г.М. Розлади спектру аутизму: медична та психологічна допомога. Львів, Мс., 2012-184 с.
11. Wing L. Autistic children N.Y. 1985
12. Tinbergen A. , Tinbergen N. Autistic Children ., -London ; Allen et Unwin, 1983 Rimland B. Infantile autism. New York; Appleton Center-Crafts.

УДК: 616.711.7–007.254–053.1–071–07–08

## Когнітивна сфера дітей молодшого шкільного віку, які перенесли оперативне втручання з приводу нейрорахішизису на ранньому етапі онтогенезу



Горищак С. П.



Аймедов К. В.



Кривоногова О. В.

Горищак С. П.<sup>1</sup>, Аймедов К. В.<sup>2</sup>, Кривоногова О. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П.Ромоданова» НАМН України, м.Київ

<sup>2</sup> Одеський національний медичний університет

**Резюме.** Авторы приводят данные катamnестичного исследования детей, которые перенесли оперативное вмешательство по поводу нейрорахизиса в раннем возрасте. В первую основную группу исследования вошли дети, которые перенесли операцию в первые 24-72 часа после рождения; вторую основную группу составили дети, которых было прооперировано позже; в группу сравнения вошли дети без нейропатологии. На время проведения исследования возраст детей составлял 7–9 лет, все они учились в 1–4 классах начальной школы. Изучаются особенности внимания, памяти, мышления, а также определяется коэффициент интеллекта. Доказано, что уровень развития когнитивных процессов и интеллекта связан со сроком проведения операции.

**Ключевые слова:** нейрорахизис, катamnестическое исследование, интеллект, когнитивная сфера.

## Cognitive sphere in children of midchildhood, after operative interference on occasion of neurorahishsis on early stage of ontogenesis

Gorishchak S. P.<sup>1</sup>, Aymedov K. V.<sup>2</sup>, Kryvonogova O. V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> GI «Institute of neuro-surgery by the name of academic A.P. Romodanov» NAMS of Ukraine, Kiev

<sup>2</sup> Odessa national medical university

**Resume.** The authors cite information of catamnestic research of children which carried operative interference on an occasion neurorahishsis in early age. Children which carried the operation at first 24-72 o'clock after birth entered in the first basic group of research; the second basic group was made by children which it was operated later; in the group of comparison children entered without neuropathology. In a time of leadthrough of research age of children made 7 – 9 years, all of them studied in 1-4 classes of primary school. The features of attention, memory, thought are studied, and also the coefficient of intellect concerns. It is well-proven that the level of development of cognitive processes and intellect is related to the term of leadthrough of operation.

**Keywords:** neurorahishsis, catamnestic research, intellect, cognitive sphere.

### Постановка проблеми

Щорічно в Україні народжується близько 12000 дітей з спадковими хворобами та ПВР. Одне з перших місць серед природжених мальформацій посідають ВДНТ, які в різних популяціях становлять 0,2–10 на 1000 народжених живими дітей за рік (у середньому 1%). Існують значні географічні відмінності в поширеності ВДНТ на 10 000 новонароджених: 0,9 — у Канаді; 0,7 — у Франції; 7,7 — в

ОАЕ; 11,7 — у країнах Південної Америки; 25–30 — у Великій Британії, 199 — у північних регіонах Китаю [5]. Спинномозкова грижа як найбільш часта з вад розвитку ЦНС зустрічається в 1,9 рази частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток. Центральна нервова система розвивається з первинної невральної пластинки в процесі нейруляції [1; 4]. У першу стадію (3–4-й тиж. вагітності) закладається первинна невральна трубка з ектодерми. Дія будь-яких

тератогенних факторів на цьому етапі може призвести до формування грубої летальної вади розвитку – нейрорахішизису [2; 3; 5].

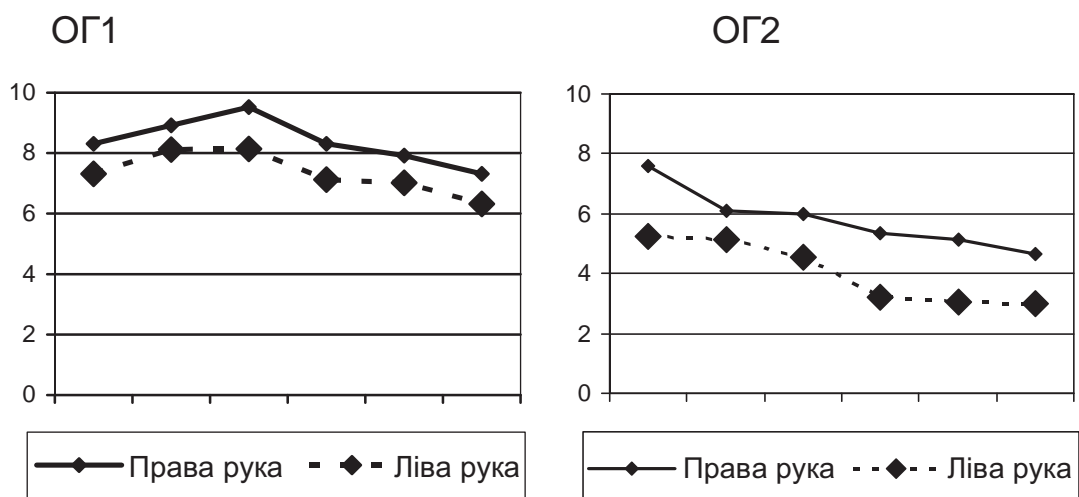
#### Матеріали і методи дослідження

Дослідження засноване на аналізі 7-9-річного катамнезу 78 дітей з частковим нейрорахішизисом за період з 2000–2012 рік, які знаходилися на обстеженні і лікуванні в Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України і на базі Дитячої обласної клінічної лікарні у відділенні нейрохірургії м. Одеси. Всі діти, які увійшли до дослідження, перенесли операцію з приводу нейрорахішизису в ранньому віці. До першої основної групи (ОГ1) увійшли діти, які перенесли операцію ургентно в перші 24–72 години після народження, у кількості 42 особи. Другу основну групу (ОГ2) склали діти, яких було прооперовано пізніше (36 осіб). До групи порівняння увійшли діти без нейропатології відповідного віку та статі (32 особи). На час проведення дослідження вік дітей складав 7–9 років, всі вони навчалися в 1-4 класах початкової школи.

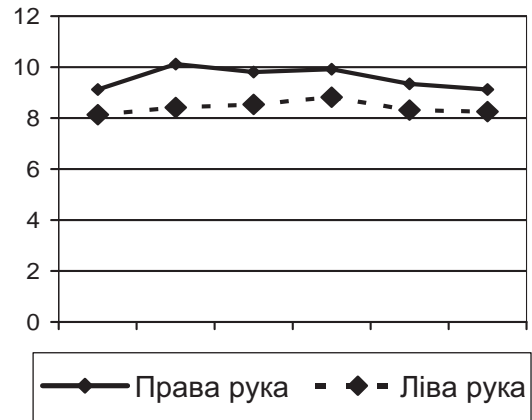
В даних групах було проведено експериментально-психологічне дослідження використанням методик «Тепінг-тест» і методики визначення коефіцієнту інтелекту Векслера (дитячий варіант).

**Результати дослідження.** Результати первинної діагностики рівня розвитку розумових процесів експериментальної групи дітей зведені в наступних рисунках та таблицях.

Під час виконання завдань Тепінг тесту в обох основних групах спостерігалась тенденція до виснажуваності нервово-психічних процесів, але в ОГ2 ця тенденція була більш виразною у порівнянні з ОГ1 (рис.1).



**Рис.1.**  
Середні значення за Тепінг-тестом в ОГ1 та ОГ2



**Рис. 2**  
Середні значення за Тепінг-тестом в ГП

Порівнюючи дані Тепінг тесту в трьох групах, визначено, що профіль за методикою для ГП відповідає сильному типу нервової системи, тоді як профілі ОГ1 та ОГ2 свідчать про слабкий тип нервової системи (рис. 1–2).

Для психологічної діагностики рівню розвитку мислення молодших школярів трьох груп дослідження з усіх субтестів тесту Векслера нами було обрано чотири: «Загальна поінформованість», «Арифметичний», «Знаходження подібності», «Установлення послідовності малюнків». Результати, що були отримані за даними субтестами, наведені у табл. 1.

Дані таблиці свідчать, що показники по всіх субтестах шкали Векслера в ОГ2 нижче, ніж у нормі. Випробувані ОГ2 демонстрували досить низький рівень загальної поінформованості. Арифметичні навички були сформовані в них на низькому рівні. Рівень узагальнення-відволікання в дітей ОГ2 також виявився досить

**Таблиця 1**

*Показники субтестів шкали Векслера, що дозволяють проаналізувати рівень розвитку мислення випробуваних*

Назва субтесту	Середні показники по групах		
	ОГ1, n=42	ОГ2, n=36	ГП, n=32
Загальна поінформованість	9,32	8,12	9,38
Арифметичний	8,91	7,21	8,78
Знаходження подібності	9,46	7,98	9,73
Установлення послідовності малюнків	9,78	7,84	10,11

**Таблиця 2**

*Показники субтестів шкали Векслера, що дозволяють проаналізувати рівень розвитку уваги випробуваних*

Назва субтесту	Середні показники по групах		
	ОГ1, n=42	ОГ2, n=36	ГП, n=32
Завершення малюнків	9,13	8,12	10,32
Складання орнаментів з кубиків	8,42	7,85	10,65
Складання фігур з розрізнених деталей	8,15	7,16	11,42

**Таблиця 3**

*Показники субтестів шкали Векслера, що дозволяють проаналізувати рівень розвитку короткочасної механічної пам'яті випробуваних*

Назва субтесту	Середні показники по групах		
	ОГ1, n=42	ОГ2, n=36	ГП, n=32
Відтворення цифрових рядів	10,12	6,13	10,43

**Таблиця 4**

*Середні коефіцієнти інтелекту за тестом Векслера*

Коефіцієнт інтелекту	Середні показники по групах		
	ОГ1	ОГ2	ГП
Вербальний коефіцієнт	90,14	79,62	92,13
Невербальний коефіцієнт	80,27	75,14	95,22
Загальний коефіцієнт	87,14	76,13	94,43

низьким. З установленням послідовності картинок і складанням розповіді по них випробувані даної групи самостійно не справились, вони потребували допомоги з боку експериментатора.

Показники досліджених ОГ1 наближались до показників норми, і значно перевищували середні показники, отримані в ОГ2 по всіх субтестах.

Для дослідження рівня розвитку уваги нами були обрані субтести «Завершення малюнків», «Складання орнаментів з кубиків», «Складання фігур з розрізнених деталей».

При виконанні даних тестових методик випробувані обох основних груп не завжди чітко розуміли інструкцію до виконання завдання через неувважність. При виконанні завдань часто допускали помилки. Обсяг уваги в дітей даних груп був звужений, концентрація уваги знижена у порівнянні з ГП. Також в ОГ1 та ОГ2 відзначалися такі особливості, як часта відволікаємість, стомлюваність, виснажуваність нервових процесів. Таким чином, у досліджених ОГ1 та ОГ2 виявлено порушення довільної уваги, проте більш значними ці порушення були в ОГ2.

Для дослідження ефективності механічного запам'ятовування у всіх випробуваних ми використовували субтест «Відтворення цифрових рядів».

Проаналізувавши показники ефективності механічного запам'ятовування, можна зробити висновок, що обсяг короткочасної пам'яті у випробуваних ОГ2 значно знижений, продуктивність механічного запам'ятовування низька. В ОГ1 та ГП достовірної різниці не виявлено.

На підставі даних скороченого варіанта тестової методики Векслера нами були отримані дані щодо коефіцієнта вербального, невербального і загального інтелекту. Дані приведені в табл. 4.

З таблиці випливає, що середній коефіцієнт вербального інтелекту у ОГ2 відповідає градації «гранична зона», що свідчить про наявність затримки психічного розвитку. Середні показники загального інтелектуального коефіцієнту в ОГ1 знаходяться в межах показників «низької норми» для даної вікової групи. Показники групи ГП є найвищими серед всіх трьох груп та відповідають градації «середня норма».



### Висновки

1. У досліджених, які перенесли хірургічне втручання з приводу нейрорахізізису на різних етапах онтогенезу спостерігають порушення уваги у вигляді звуження її обсягу та зниження концентрації, але ці порушення є більш значними в групі дітей, які перенесли операцію пізніше ніж 24-72 години.
2. У всіх досліджених основних груп спостерігаються стомлюваність та виснажуваність нервових процесів, що впливає на працездатність та успішність виконання діяльності.
3. Можливості пам'яті та уваги достовірно нижчі в групі дітей, яких було прооперовано пізніше ніж 24-72 години.
4. Загальний рівень інтелектуального розвитку у дітей, які перенесли операцію в перші 24-72 години життя досягав нормативних значень, тоді як в другій основній групі за середніми показниками визначено затримку психічного розвитку.

### Література:

1. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста: рук. для врачей / Ю.Ф. Исаков // — М., 2004. — Т. 1. — С. 140–153.
2. Beaudin A.E. Insights into metabolic mechanisms underlying folate-responsive neural tube defects: a mini review / A.E. Beaudin, P.J. Stover // *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* — 2009. — Vol. 85. — P. 274–284.
3. Boyles A.L. Candidate gene analysis in human neural tube defects / A.L. Boyles, P. Hammock, M.C. Speer // *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* — 2005. — May 15, Vol. 135C (1). — P. 9–23.
4. Fortification of flour with folic acid / R.J. Berry, L. Bailey, J. Mulinare, C. Bower // *Food Nutr. Bull.* — 2010. — Mar., Vol. 31 (1 Suppl.). — P. S22–35.
5. Reduction in neuraltube defects after folic acid fortification in Canada / P. de Wals, F. Tairou, M. I. van Allen [et al.] // *N Engl J Med.* — 2007. — Jul. 12, Vol. 357 (2). — P. 135–142.
6. Vieira A.R. Maternal age and neural tube defects: evidence for a greater effect in spina bifida than in anencephaly / A.R. Vieira, S. Castillo Taucher // *Rev Med Chil.* — 2005. — Jan., Vol. 133 (1). — P. 62–70.

УДК: 616.517:616.89-008

## Особливості психосоціальної дезадаптації пацієнтів, які страждають на шкірні захворювання



Аймедов К. В.



Онищенко І. В.

**Аймедов К. В., Онищенко І. В.**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**Резюме.** В статті описані особливості протекання і фактори виникнення дезадаптації больних псоріазом. Целью работы является изучение данных современных источников медико-психологической литературы относительно проблемы психологической дезадаптации больного псоріазом, ее форм и составляющих. Доказана актуальность изучения проблемы причинной обусловленности формирования дезадаптивных изменений в личностной, индивидуально-психологической, сфере социального функционирования человека. Изучение закономерностей и особенностей протекания процесса дезадаптации является важным для разработки программ психосоциального сопровождения дерматологического больного.

**Ключевые слова:** псоріаз, дерматоз, дезадаптація.

## Features psychosocial disadaptation patient suffering from skin diseases

**Aymedov C. V., Onyshchenko I. V.**

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

**Resume.** In the article features are described flowings and factors of origin of disadaptation of patients by psoriasis. The study of information of modern sources of medical-psychological literature is the purpose of work in relation to the problem of psychological disadaptation of patient by psoriasis, its forms and constituents. Actuality of study of problem of causal conditionality of forming of disadaptative changes is well-proven in personality, individually-psychological, to the sphere of the social functioning of man. The study of conformities to the law and features of flowing of process of дезадаптації is important for programs development of psychosocial accompaniment of dermatological patient.

**Keywords:** psoriasis, dermatosis, disadaptation.

**Актуальність.** Процес дезадаптації особистості пацієнта, який страждає на шкірні захворювання, є, за своєю суттю, деструктивним явищем [2, 4, 11, 23]. 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 [1, 3, 5, 7, 19, 28, 34, 42].

**Викладення основного матеріалу.** 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 [12, 20, 28].

Особливе місце серед захворювань шкіри займає псоріаз — один з найбільш поширених і недостатньо вивчених дерматозів [19, 32, 41]. Багато авторів вважають, що особливості особистості можуть впливати на виникнення і перебіг псоріазу [2, 18, 32, 37, 39, 40]. 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 [31, 37].

Дезадаптація може мати патологічний і непатологічний характер [4, 8, 10, 14, 17, 25, 29, 38, 40]. Непатологічна адаптація характеризується відхиленнями в поведінці і переживаннях суб'єкта, пов'язаних з недостатньою соціалізацією, соціально-неприйнятими установками особистості, різкою зміною умов існування,

розривом значущих міжособистісних відносин та ін. [7, 12, 16, 18, 22, 29].

Процес дезадаптації має об'єктивні і суб'єктивні ознаки [17, 20, 25, 33]. До об'єктивних ознак відносяться: зміна поведінки пацієнта в соціальній сфері; невідповідність поведінки своїм соціальним функціям; патологічна трансформація поведінки хворого. До суб'єктивних ознак відносяться: психічні порушення (від негативно забарвлених переживань до клінічно виражених психопатологічних синдромів); стан психологічної безвиході, що виникає в результаті довгого знаходження особистості в конфлікті (зовнішньому або внутрішньому) і відсутність необхідних адаптивних механізмів для виходу з цього стану.

Виділяють 3 види дезадаптованості особистості [7, 13, 16]: тимчасова дезадаптованість; стійка ситуативна дезадаптованість; загальна стійка дезадаптованість.

Тимчасова дезадаптованість характеризується порушенням балансу між індивідом і середовищем, що породжує адаптивну активність особистості [5, 18, 28, 32]. Стійка ситуативна дезадаптованість особистості відрізняє її відсутністю механізмів адаптації, наявністю бажання, але невмінням адаптуватися [33, 37]. Загальна стійка дезадаптованість виявляється станом перманентної фрустрованості, що активізує патологічні механізми і, що призводить до розвитку неврозів і психозів [31, 39, 42, 41].

У пацієнтів, які страждають на дерматовенерологічні захворювання, виникає специфічна форма дезадаптації, обумовлена станом людини [13, 17, 24, 32]. При такому типі дезадаптації, можна виділити наступні її види: патогенна, психічна, функціональна. Патогенна дезадаптація — вид дезадаптації, викликаний власне клінічними проявами захворювання, які стримують процеси накопичення соціального досвіду і перешкоджають адаптації людини в суспільстві [34, 47].

Психічна дезадаптація — вид дезадаптації, викликаний особливостями розвитку психічних процесів і функцій людини, пов'язаних із статевовіковими та індивідуально-психологічними параметрами, які стримують процеси накопичення соціального досвіду і перешкоджають адаптації людини в суспільстві [16, 42, 43]. За даними літератури, у хворих на дерматози існують наступні прояви психічної дезадаптації: депресивні тенденції, високий рівень реактивної тривожності, низька самооцінка, неадекватне відношення до хвороби, високий рівень агресивності [23, 34]. У пацієнтів, які страждають на різні форми дерматозів, особливо у випадках, коли їх прояви локалізовані в місцях, доступних візуальному сприйняттю (на руках, ногах і т.п.), виникає своєрідна аутизація і відмова від

міжособистісних контактів, що також є проявом психічної дезадаптації [27, 29]. Багато пацієнтів, які страждають на дерматози, відзначають, що наявність захворювання несприятливо відображається на їх душевному самопочутті — з'являється дратівливість, потреба в обмеженні спілкування, знижується настрій [8, 10, 19]. Також з'являється боязнь негативної оцінки з боку оточуючих що часто супроводжується соціальною ізоляцією [11, 28, 37, 44].

Функціональна дезадаптація — це вид дезадаптації, пов'язаний з особливостями виконання функцій людей в системі суспільних відносин відповідно до соціальної ролі і статусу, на основі надбаного соціального досвіду при прагненні суб'єкта до самореалізації [32, 44]. В основі функціональної дезадаптації знаходиться суперечність між системою суспільних очікувань від виконання певної ролі і можливостями людини виконувати конкретні дії, тобто виявляється проблема самовираження особистості [46].

Таким чином, процес дезадаптації пацієнта, який страждає на псоріаз є деструктивним явищем, який впливає на особистісно-психологічну сферу та сферу соціального функціонування людини. Вивчення закономірностей та особливостей протікання цього процесу є важливим для розробки програм психосоціального супроводу дерматологічного хворого.

## Висновки

1. 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.
2. 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.
3. У пацієнтів, які страждають на дерматовенерологічні захворювання, виникає специфічна форма дезадаптації, обумовлена станом людини. При такому типі дезадаптації, можна виділити наступні її види: патогенна, психічна, функціональна.
4. Вивчення закономірностей та особливостей протікання процесу дезадаптації є важливим для розробки програм психосоціального супроводу дерматологічного хворого.

**Література:**

1. Адашкевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии / Адашкевич В. П. — М.: Медицинская книга, 2004. — 165 с.
2. Адашкевич В. П. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях / В. П. Адашкевич, В. П. Дуброва, А. В. Пуртов // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2003. — № 4. — С. 42–45.
3. 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.
4. Белоусова Т. А. Психоэмоциональные факторы в патогенезе упорных дерматозов / Т. А. Белоусова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 1981. — №11. — 364 с.
5. Грашин Р. А. Коррекция пролиферации кератиноцитов с использованием липосом и ее клиничко-лабораторная оценка как направление в наружной терапии псориаза: автореф. дис. на получение науч. степени кандидата мед. наук : спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / Р. А. Грашин. — Санкт-Петербург, 2010. — 24 с.
6. Гребенников В. А. Психологический статус больных псориазом в условиях хронического стресса / В. А. Гребенников, М. Дакиева // Первый российский конгресс дерматовенерологов [тезисы научных работ]. — СПб, 2003. — Т.1. — С. 33–34.
7. Данилычева И. В. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом / И. В. Данилычева, Н. И. Ильина // Consilium Medicum. — 2001. — №3. — С. 217–224.
8. Дерматовенерология / Под ред. А. А. Кубановой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 320 с.
9. Дмитрук В. С. Физические и природные факторы терапии псориаза / В. С. Дмитрук, Е. Ф. Левицкий. — Томск: Изд-во НТЛ, 2003. — 148с.
10. Довжанский С. И. Качество жизни показатель состояния больных хроническими дерматозами / С. И. Довжанский // Вестник дерматологии и венерологии. — 2001. — №3. — С. 12–13.
11. Иванов О. Л. Краткий очерк истории психодерматологии / О. Л. Иванов, А. Н. Львов // Психиатрия и психофармакотерапия: журнал для психиатров и врачей общей практики. — 2004. — Т.6, № 6. — С. 266–267.
12. 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.
13. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных / И. Н. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — 35с.
14. Китаева И. И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом: автореф. дис. на получение науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.13.; 14.00.18 «Психиатрия» / И. И. Китаева. — Н. Новгород, 2003. — 27 с.
15. Комарцева В. В. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом / В. В. Комарцева // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 5. — С. 20–23.
16. Короткий Н. Г. Современные подходы к повышению клинической эффективности терапии и реабилитации детей, больных атопическим дерматитом / Н. Г. Короткий, А. А. Тихомиров, Б. Н. Гамаюнов // Consilium medicum. — 2005. — № 7(3). — С. 173–175.
17. 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.
18. Кузнецова Н. П. Псориаз (патогенез, клиника, лечение): методические рекомендации / Н. П. Кузнецова, А. И. Якубович. — М.: Иркутск, 1989. — 31 с.
19. Львов А. Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии / А. Н. Львов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №6. — С. 272–274.
20. Львов А. Н. Краткие очерки истории психодерматологии / А. Н. Львов, О. Л. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №6. — С. 266–267.
21. Львов А. Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции: автореф. дис. на получение науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.11 «Кожные и венерические болезни» / А. Н. Львов. — М., 2001. — 24 с.
22. Мухидинова Г. М. Совершенствование диагностики и оценки эффективности лечения псориаза методом инфракрасной спектроскопии: автореф. дис. на получение науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.11 «Кожные и венерические болезни» / Г. М. Мухидинова. — Душанбе, 2010. — 276 с.
23. Мушет Т. В. Изменение психоэмоциональной сферы у больных псориазом / Т. В. Мушет, А. М. Ямковой. — Кишинёв, 1988. — №3. — С. 14–16.
24. Олисова О. Ю. Современные подходы к ведению больных псориазом / О. Ю. Олисова // Русский медицинский журнал. Дерматология. — 2004. — Т.12, №4. — С. 182–185.
25. Особенности заболеваемости псориазом в территориях Российской Федерации / Н. В. Кунгуров // Вестник последипломного медицинского образования. — 2010. — № 1. — С. 52.
26. Сергеева Ю. В. Атопический дерматит: подходы к профилактике и наружной терапии / Сергеева Ю. В. — М., 2006. — 151 с.
27. Смулевич А. Б. Психосоматика при кожных заболеваниях / А. Б. Смулевич, О. О. Фильц. — М., 1992. — С. 40–59.
28. Феденко Е. С. Системный подход в лечении атопического дерматита / Е. С. Феденко // Лечащий Врач. — 2003. — №3. — С. 36–41.



29. 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.
30. Шилов В. Н. Псориаз решение проблемы (этиология, патогенез, лечение) / Шилов В. Н. — М.: Издатель В. Н. Шилов, 2001. — 304 с.
31. Щепитовски Я. Психодерматологические аспекты / Я. Щепитовски, А. Райх // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2007. — №4. — С. 17–21.
32. Юцковский А. Д. К проблеме психогенных дерматозов / А. Д. Юцковский, Н. С. Дубняк // Российский журнал кожных и венерических болезней.— 2006. — №4. — С. 29–32.
33. Anion E.U. Immunopathologie der atopischen Dermatic / E. U. Anion // Deisch. Med. Wschr. — 1991. — Bd. 116. — P. 120–207.
34. Baker B.S. The immunologie of psoriasis / B. S. Baker, L. Fry// Br. J. Dermatol.1. — 1992. — Vol.126. — P. 1–9.
35. Bellinghausen I. The role of interleukin 10 in the regulation of allergic immune responses / I. Bellinghausen, J. Knop, J. Saloga // Int Arch Allergy Immunoll. — 2001. — Vol.126. — P. 97–101.
36. Bridgett C. Psoriasis // Dermatol. Psychosom. — 2000. — Vol. 1. — P. 183–186.
37. Cather J. Novel therapies for psoriasis / J. Cather, A. Menter// Am. J. Clin. Dermatol. — 2002. — Vol. 3. — P. 159–173.
38. Christophers E. Psoriasis epidemiology and clinical spectrum / E. Christophers// Clin. Exp. Dermatol.— 2001. — Vol. 26. — P. 314–320.
39. Crossen J. R. Psychological assessment and treatment of patient with atopic dermatitis / J. R. Crossen // Dermatol. Therapy. — 1996. — Vol. 19. — P. 94–103.
40. Galli E. Atopic dermatitis: molecular mechanisms, clinical aspects and new therapeutical approaches / E. Galli, R. Cicconi, P. Rossi // Curr. Mol. Med. — 2003. — Vol. 3. — P. 127–138.
41. Hillert A. Psoriasis / A. Hillert, U. Gielert, V. Niemeier, B. Brosig// Dermatol, and Psy-chosom. — 2004. — №5. — P. 33–35.
42. O-Kane M. Psoriasis / M. O-Kane, E. P. Murphy// Exp. Dermatol. — 2006. — Vol. 15. — P. 143–153.
43. Weigle N. Psoriasis. American Family/ N. Weigle, S. McBane // Physician. — 2013. — Vol. 87, I.9. — P. 626-633.
44. Williams H. S. Atopic Dermatitis / H. S. Williams // NEJM. — 2005. — Vol. 352. — P. 2314–2324.
45. Wuthrich B. Clinical aspects, epidemiology, and prognosis of atopic dermatitis / B. Wuthrich // Ann. Allergy Asthma Immunol. — 1999. — Vol. 83. — P. 464–470.
46. Yoo J. Spontaneous atopic dermatitis in mice expressing an inducible thymic stromallymphopoietin transgene specifically in the skin / J. Yoo, M. Omori, D. Gyarmati, B. Zhou, T. Aye, A. Brewer // Exp. Med. — 2005. — Vol. 202. — P. 541–549.
47. Zhang X. Activation of CD25+ CD4+ regulatory T cells by oral antigen administration / X. Zhang, L. Izikson, L. Liu, H. L. Weiner // J Immunol. — 2001. — Vol. 167. — P. 4245–4253.

УДК: 616.35-006-089.87:316.6

## Робота з родиною стомованих хворих за умов організації мультидисциплінарної медико-психологічної допомоги



Мерліч С. В.

**Мерліч С. В.**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**Резюме.** Согласно современной концепции медико-психологическая работа с онкобольным должна быть построена на принципе междисциплинарного подхода для осуществления эффективной помощи. Такой принцип предполагает, с целью повышения эффективности терапии и качества жизни пациентов и их семей, одновременно с комплексным специальным лечением, предоставление им и их семьям социальной и психологической поддержки на всех этапах специализированной помощи, от момента установления диагноза до выздоровления и возвращения этой категории лиц к прежнему социальному положению. В данной статье разработаны мероприятия психологической помощи, направленные на семью стомированного больного, что имеет значительное влияние на их реабилитацию и улучшение внутрисемейных отношений.

**Ключевые слова:** социальная адаптация, системная семейная терапия, генорама семьи, коммуникативный тренинг, метод семейных расстановок по Хелингером, кишечная стома, онкопсихология, паллиативная помощь, социальная онкология.

### Work with family of ostomy patient to the multi-disciplinary medical and psychological assistance

**Merlich S.V.**

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

**Resume.** In accordance the modern concept of medical and psychological work with people with cancer should be based on the principle of multi-disciplinary approach for effective aid. This principle implies, in order to increase the effectiveness of therapy and quality of life of patients and their families, along with complex special treatment, providing them and their families, social and psychological support at all stages of specialized care, from the time of diagnosis to recovery and return to this category of persons to still social status. In this paper, we develop measures of psychological help aimed at family ostomy patients, which has a significant impact on their rehabilitation and improvement of family relationships.

**Keywords:** social adaptation, systemic family therapy, family genorama, Communication Training, a method of family constellations in Helingerom, intestinal ostomy, onkopsichology, palliative care, oncology social.

### Постановка проблеми

Онкологічне захворювання члена родини має психотравматичний вплив на інших її членів [2,3,5]. Це часто пов'язане зі зміною звичного ритму життя, зменшенням турботи та уваги членів родини та оточуючих, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями. Психоемоційний стан осіб, які знаходяться в близькому оточенні онкологічного хворого тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворого. Одночасно психологічне самопочуття пацієнта залежить від емоційного стану членів його родини та близьких друзів.

Концепція медико-психологічної роботи в онкології побудована на принципі міждисциплінарного підходу до здійснення допомоги хворим зі злоякісними новоутвореннями. Такий принцип передбачає, з метою підвищення ефективності терапії і якості життя пацієнтів та їх сімей, одночасно з комплексним спеціальним лікуванням, надання їм та їхнім сім'ям соціальної та психологічної підтримки на всіх етапах

спеціалізованої допомоги, від моменту встановлення діагнозу до одужання і повернення цієї категорії осіб до колишнього соціального стану [4].

**Мета дослідження:** теоретичне обґрунтування та розробка ефективної програми роботи з родиною стомованого хворого.

### Матеріали та методи дослідження

В процесі дослідження було використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний, психотерапевтичний.

Психодіагностичний блок включав в себе методику Д. Рассела і М. Фергюсона (ступінь відчуття самотності) та опитувальник SF-36 (The Short Form-36), який дозволив визначити рівень незадоволеності власною соціальною

активністю, а саме данні отримані за шкалою SF [9].

Психотерапевтичний метод представлений наступними методами: системна сімейна терапія, генорама сім'ї, комунікативний тренінг, метод сімейних розстановок за Хелінгером.

Для участі в дослідженні було відібрано 311 осіб у віці від 36 до 90 років, з яких було сформовано дві групи за статевою належністю (154 чоловіка — Г1 та 157 жінок — Г2). Для оцінки ефективності впливу психотерапії на психоемоційні особливості хворих з онкопатологією, було визначено та порівняно рівні тривожності, депресії та відчуття самотності в двох основних групах (ОГ) та двох групах порівняння (ГП).

### Результати дослідження та їх обговорення

Робота з родиною мала на меті, в першу чергу, допомогу у взаєморозумінні, підтримці і створенні адекватного мікроклімату у сім'ї пацієнта на амбулаторному етапі лікування [7]. Для стомованого хворого сімейна активність та можливість проводити час в сімейному оточенні є дуже важливою сферою соціальної активності. Така активність може проявлятися у вигляді нагляду і догляду за дітьми та онуками, а також домашній роботі і допомозі по господарству.

Робота з родиною онкохворого мала три складові: інформаційний (теоретичний) блок, комунікативний тренінг, системна сімейна психотерапія.

До теоретичного блоку входило проведення лекційних занять, які містили інформацію щодо сучасного стану проблеми онкопатології. Також надавали інформацію про психологічні особливості онкохворого та порушення соціального функціонування пацієнта. Підкреслювалась важливість участі родини в системі надання комплексної допомоги онкохворому.

Комунікативний тренінг для членів родини онкохворого був побудований на основі поведінкової терапії. Метою тренінгу був розвиток і відпрацювання оптимального типу поведінки для поліпшення відносин родини з онкохворим. Група допомагала учасникам виробити і розвинути найважливіші емоційні і міжособистісні вміння, зміст яких визначався угодою між онкохворим, його родиною та керівником групи. Метою комунікативного тренінгу було відпрацювання умінь ефективної комунікації між онкохворим та членами його родини. Основними завданнями тренінгу були наступні:

- корекція типів реагування членів сім'ї на складні, фруструючі ситуації, що виникають в сімейній комунікації. Розвиток умінь приймати на себе відповідальність за вирішення ситуації і формування навичок її спільного вирішення та обговорення;
- відпрацювання стадій вирішення комунікаційної проблеми. Розвиток умінь усвідомлювати свої потреби, адекватно передавати інформацію про їх зміст і, відповідно, ефективно приймати і декодувати її. Формування навичок ефективного спілкування з онкохворим на амбулаторному етапі лікування;
- зміцнення згуртованості сім'ї. Усвідомлення кожним її членом своєї індивідуальності, свого Я і одночасна його інтеграція в цілісну сімейну структуру. Вироблення конструктивної позиції ставлення до онкохворого члену родини через корекцію системи сімейних ролей;
- формування уявлень про перспективи розвитку сім'ї.

Поставлені завдання визначали зміст основних корекційних блоків, що входили в структуру програми комунікативного тренінгу (табл.1).

**Таблиця 1**

*Етапи комунікативного тренінгу для родини стомованого хворого*

Назва етапу	Зміст
I. Організаційний етап	Знайомство з учасниками групи. Первинна діагностика проблем і очікувань від майбутньої роботи. Виявлення і корекція мотивації учасників.
II. Ознайомчий етап	Знайомство учасників один з одним. Визначення особистих цілей кожного і загальних цілей роботи групи. Створення атмосфери співпраці і безпеки.
III. Рішення заявлених проблем	Дестабілізація уявлень учасників про себе і свою поведінку. «Операціоналізація» і «репетиція поведінки». Груповий аналіз ситуацій (кейс-метод). Формування та аналіз даних про майбутнє родини.
IV. Заключний етап	Рефлексія змін, що відбулися з учасниками групи. Вимір (діагностика) та оцінка ефективності тренінгу. Прогнозування учасниками перспективних сімейних планів.

В цілому комунікативний тренінг складався з 16 тренінгових занять. Загальна тривалість одного тренінгового заняття складала 2 години (120 хвилин). Кожне заняття містило завдання з кожного з чотирьох етапів тренінгу.

До кожного заняття входили вправи, що готували учасників до основної частини, і дозволяли створити в групі спокійну і невимушену обстановку, а також інформаційну частину, в ході якої учасники отримували знання про психологічні основи взаємодії в родині. Вона супроводжувалася груповою дискусією, яка являла собою спосіб організації спілкування учасників групи, що дозволяв зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сторін, що зменшувало опір сприйняттю нової інформації, усувало інформаційну упередженість. У цій частині тренінгу також використовували груповий аналіз ситуацій (кейс-метод), стимулюючий звернення до досвіду інших, що визначало прагнення до надбання теоретичних знань з метою отримання відповідей на обговорювані питання.

Основними процедурами змістовної частини тренінгу, орієнтованої на вирішення проблем учасників групи, були «операціоналізація» і «репетиція поведінки». Метою «операціоналізації» було переведення неясних думок, мотивів, бажань в об'єктивні, спостережувані дії. Почуття і бажання операціоналізувались в інтонації, дотику або вербальному вираженні.

Основний зміст методики «репетиція поведінки» становило рольове програвання ситуацій, які свого часу створили або могли створити проблеми для учасників групи. В методиці використовувались прийоми поведінкового навчання, при якому моделювались оптимальні способи управління ситуацією. Важливим прийомом репетиції поведінки було підкріплення. В якості нього виступали позитивні реакції, що виражалися в разі успішного вирішення ситуації керівником і учасниками групи. При цьому підкріплювалось будь-яке поліпшення в плані рішення скрутної, конфліктної ситуації, а не тільки успішне її завершення. Використання рольової гри в якості основного інструменту репетиції поведінки було засноване на тому факті, що подібне усвідомлення приводить до дії, а його виконання до розширення усвідомлення самого себе.

Для груп, в роботі з якими використовуються поведінкові техніки, важливими аспектами проведення тренінгів для сім'ї є вимір (діагностика) та оцінка ефективності. Процедура оцінки тісно пов'язана з діагностичним етапом проведення тренінгу, оскільки початкове виявлення рівня розвитку тієї чи іншої ознаки дозволяє визначити його зміну після проходження тренінгової програми [8].

Психологічна дезадаптація членів родин онкохворих несприятливо впливає як на лікування, так і на якість життя. Найчастіше члени сім'ї надто зайняті увагою, яку приділяють онкологічному хворому. Родичі можуть відчувати важко приховуваний гнів від почуття безсилля і відсутності контролю ситуації. Зазвичай, під цим лежить відчуття провини і відчуття, що вони у житті роблять щось неправильно. Наразі самі родичі потребують психокорекційної допомоги. Тому найважливіше місце в програмі роботи з онкологічними хворими займає взаємодія з членами сім'ї пацієнта та його найближчим оточенням. Інструментом роботи з членами сім'ї онкохворого стала системна сімейна психотерапія [1,6].

Усвідомлення реальної сімейної проблеми мало діагностико-терапевтичне значення, при якому виявлення й усвідомлення складнощів змушувало членів сім'ї переглянути свою поведінку, допомагало їм перебороти бар'єр винятковості ситуації й виробити позитивне ставлення до проблеми, створювало можливість позитивного її вирішення. Відповідно, сімейна терапія містила у собі знаходження компромісу в культурно-значеннєвій сфері, корекцію соціально-психологічних стереотипів, навчання навичкам неконфліктного спілкування.

Однією з методик системної сімейної терапії, які використовувались для допомоги родинам стомованих хворих, була побудова генограми сім'ї. Генограма — це схема сімейної історії, яка утворена за визначеними правилами і відображає взаємини в поколіннях прародичів, батьків і в самій сім'ї. Процес побудови генограми має ряд значних переваг у вирішенні завдань сімейної психопрофілактики: він достатньо захоплюючий і задовольняє одну з глибинних потреб людей у знанні своїх коренів; у ході нього члени сім'ї, що могли не спілкуватися практично довгий час, стягуються в єдину діяльність.

Також використовували метод сімейних розстановок за Хелінгером. Розстановка — це робота над усвідомленням глибинних підсвідомих процесів, що формують проблему, з метою знайти її рішення. Під час роботи в цьому методі клієнт розставляє людей (заступників) в робочому просторі групи, інтуїтивно визначаючи кожному своє місце. Розставлені клієнтом фігури відображають його підсвідомий образ ситуації, з якою він працює в розстановці. В основі роботи розстановки лежить той феномен, що люди беруть на себе роль іншої людини, про яку не мають жодної інформації, але в цій ролі вони здатні сприймати і відчувати те саме і так само, як ті, кого вони заміщають. Заступники, озвучуючи свої стани та переживання, дозволяють



медичному психологу відновити хід подій сімейної історії і поступово, крок за кроком, розплутати клубок сімейних взаємин. Робота ведеться за допомогою додавання, переміщення заступників в полі розстановки, застосовуються різні техніки і ритуали. Показником вірності рішення для даної системи є комфортний стан всіх учасників розстановки (рівні почуття, відсутність дискомфорту в тілі та ін.), ознаки фізичного і психічного полегшення у клієнта.

Дослідження демонструє певні зміни між основними та порівняльними групами чоловіків та жінок до та після корекції майже за всіма шкалами показників якості життя. Слід зазначити що в ОГ1 показник SF (соціальне функціонування) збільшився з  $42,31 \pm 14,17$  до  $56,31 \pm 17,09$  балів; в ОГ2 показник SF — з  $40,37 \pm 11,29$  до  $53,47 \pm 12,92$  балів. В групах порівняння тенденції до змін були незначними: в ГП1 SF показник змінився з  $41,67 \pm 13,82$  до  $43,27 \pm 14,12$  балів; в ГП2 показник SF — з  $42,20 \pm 10,84$  до  $44,16 \pm 11,81$  балів.

У пацієнтів, серед яких було проведено психокорекційний комплекс, рівень суб'єктивного відчуття самотності значно знизився у порівнянні з етапом первинної діагностики. Так, в ОГ1 порівняно з ГП1 достовірно частіше зустрічався низький рівень відчуття самотності ( $p < 0,05$ ). Високий рівень відчуття самотності в ОГ1 був притаманним лише 15,19 % хворих, в той час як до корекції більшість пацієнтів мали високі показники за відчуттям самотності. Також отримано достовірно значиму відмінність між групами

ОГ2 та ГП2 з достовірним переважанням низького рівня відчуття самотності в основній групі ( $p < 0,05$ ).

### Висновки

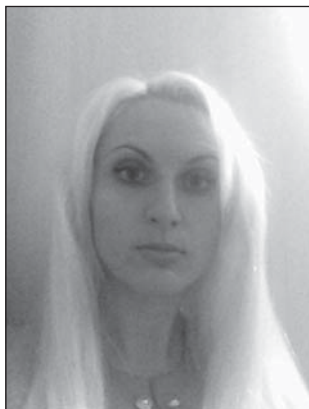
1. На сьогодні існують дослідження, які доводять, що медико-психологічний супровід онкохворого повинен охоплювати не лише стаціонарний, але й амбулаторний період лікування.
2. Робота з родиною сприяє взаєморозумінню, підтримці і створенню адекватного мікроклімату в сім'ї пацієнта на амбулаторному етапі лікування. Для стомованого хворого сімейна активність та можливість проводити час в сімейному оточенні є дуже важливою сферою соціальної активності, що має велике значення в процесі його реабілітації.
3. Психокорекційний напрям дослідження, спрямований на родину онкохворого містить наступні заходи: інформаційний блок, комунікативний тренінг, системну сімейну психотерапію, генораму сім'ї, метод сімейних розстановок за Хелінгером.
4. Виходячи з результатів психодіагностичних методик, отриманих після проведення психокорекційного комплексу можна дійти висновку, що надання медико-психологічної допомоги стомованому онкохворому повинно мати мультидисциплінарний та комплексний характер та включати, крім психокорекційної роботи з самим пацієнтом, ще й супровід його родини.

### Література.

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина — М.: Класс, 2000. — 208 с.
2. Вид В. Д. Качество жизни психически больных: от теории к практике / В. Д. Вид // Материалы междунар. науч.-практ. конф. «Психическое здоровье в гражданском обществе». — Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2006. — С. 79-81.
3. Говязина Т. Н. Практические рекомендации по осуществлению комплексной реабилитации стомированных больных. / Т. Н. Говязина, Т. М. Лебедева. — Пермь: 2002. — 98 с.
4. Грушина Т. И. Медицинская реабилитация онкологических больных. / Т. И. Грушина. — М., СПб., 2002. — 90 ст.
5. Дудниченко А. С. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / А. С. Дудниченко, Л. Н. Дышлев, А. Ю. Дышлева // Проблемы мед. науки и образования. — 2003. — № 3. — С. 68-80.
6. Манухина Н. М. Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации. / Н. М. Манухина // Семейная психология и семейная терапия. — 2000. — № 2. — с. 15-20.
7. Психотерапия: [учебник] / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — [2-е изд-е]. — СПб: Питер, 2002. — 672 с.
8. Хомич Г. О. Основи психологічного консультування: навч. посіб. / Г. О. Хомич., Р.М Ткач. — К.: МАУП, 2004. — 152 с.
9. Яныпин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П. В. Яныпин. — СПб: Питер, 2004. — 336 с.

УДК: 616.895.8-08.316.6

## Сучасні підходи до психофармакотерапії шизофренії в Україні та світі



Морванюк Г. В.

Морванюк Г. В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

**Резюме.** В статье описаны особенности фармакотерапии и психотерапии шизофрении в соответствии с современными подходами. Проведенный теоретический анализ проблемы, систематизация литературных источников, их сравнения и обобщения. Описанные факторы возникновения шизофрении, основные группы психофармакологических мероприятий, общепринятые четыре последовательных этапа лечения шизофрении.

**Ключевые слова:** шизофрения, фармакотерапия, психотерапия.

## New approaches to psixofarmakoterapy of shy-zofrenya in Ukraine and the world

Morvanyuk G. V.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

**Resume.** The article describes the features of pharmacotherapy and psychotherapy of schizophrenia according to current approaches. The theoretical analysis of the problem, ordering literature, their comparison and generalization. We describe the factors of schizophrenia, major groups psychopharmacological measures generally four successive stages of schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, pharmacotherapy, psychotherapy.

Відповідно з рівнем досягнень сучасної медицини, лікування в психіатрії сконцентровано на застосуванні хімічних препаратів. Введення на початку другої половини нашого століття психотропних ліків, особливо нейролептиків, викликало своєрідну революцію в психіатрії, вони змінили атмосферу в психіатрії. Можна навіть сказати, що опосередковано вони впливали на медичний персонал. Застосування ліків, які можуть виправити настрій при важких депресіях і заспокоїти самого пацієнта, знизити найдраматичніші симптоми — галюцинації, марення, страхи і агресію, призвело до того, що медичний персонал перестав боятися хворих. Це в свою чергу значно поліпшило якість надання медичної допомоги [1].

У даний час основною групою психофармакологічних засобів, що застосовуються для лікування шизофренії є антипсихотики (нейролептики).

Антипсихотичну дію нейролептиків пов'язують переважно з блокадою D2 — дофамінових рецепторів і зміною дофамінергічної нейротрансмісії, що в свою чергу може викликати екстрапірамідні розлади і гіперпролактинемію. Розвиток тих чи інших клінічних ефектів блокади D2 рецепторів залежить від впливу на різні дофамінергічні шляхи в ЦНС. Пригнічення нейротрансмісії в мезолімбичній системі, що відповідає за розвиток власне антипсихотичного ефекту, в нігріостріальній області — за екстрапірамідні побічні ефекти (нейролептичний

псевдопаркінсонізм), а в тубероінфундибулярній зоні — за нейроендокринні порушення, в тому числі гіперпролактинемію. У мезокортикальних структурах у хворих на шизофренію спостерігається зниження дофамінергічної активності. Антипсихотичні препарати не однаково зв'язуються з D2 рецепторами в різних структурах мозку. Одні речовини володіють сильною спорідненістю і блокують рецептори на тривалий час, інші, навпаки, швидко вивільняються з місць зв'язування. Якщо це відбувається на рівні нігріостріальної області і блокада D2 рецепторів не перевищує 70 %, то екстрапірамідні побічні ефекти (паркінсонізм, дистонія, акатизія) або не розвиваються, або виражені незначно. Антипсихотики, що володіють антихолінергічною активністю, рідше викликають екстрапірамідну симптоматику, оскільки холінергічна і дофамінергічна системи знаходяться в реципрокних відносинах, і блокада мускаринових рецепторів I типу призводить до активзації дофамінергічної передачі. На тому ж механізмі дії заснована здатність центральних антихолінергічних препаратів (тригексифенідил, біпериден) коригувати нейролептичні екстрапірамідні порушення. Деякі препарати залежно від вживаної дози здатні блокувати пресинаптичні D2/3 рецептори і парадоксально полегшувати дофамінергічну нейропередачу, в тому числі на кірковому рівні (сульпірид, амисульприд, арипіпразол). У клініці це може проявлятися у вигляді дезінгібіруючого або активуючого ефекту.

Атипові антипсихотики можуть також блокувати 5-HT<sub>2</sub> серотонінові рецептори, з чим пов'язують їх здатність зменшувати вираженість негативної симптоматики і когнітивних порушень у хворих на шизофренію, оскільки серотонінові рецептори 2 типу розташовані переважно в корі головного мозку (особливо у фронтальних областях) та їх блокада призводить до опосередкованої стимуляції дофамінергічної передачі [2].

Якщо застосовувати психофармакологічне лікування, безсумнівно, виявляється той самий принцип лікування шизофренії, який коротко простежується тут в історичному плані, а саме, що в разі цього захворювання не слід зупинитися на лікувальні впливи [1].

У виникненні шизофренії можуть відігравати роль різноманітні фактори, що відносяться до трьох площин — біологічної, психологічної та соціологічної. В одному випадку можуть домінувати одні (наприклад, біологічні), в іншому — інші (психологічні або соціологічні). Це буває видно з історії життя хворого. Такий принцип багатофакторності слід враховувати при лікуванні. Лікування біологічними методами може представлятися в конкретному випадку найбільш адекватним, однак не слід забувати і про психологічне і соціологічне лікування [3].

У лікуванні шизофренії виділяють чотири основні послідовні етапи, які прийняті у всьому світі.

*Перший етап* — купуюча терапія, метою якої є зняття гострої психотичної симптоматики (марення, галюцинацій, автоматизмів, агресивності, психомоторного збудження, тощо). Проводиться найчастіше в стаціонарних умовах, значно рідше в умовах денного стаціонару, ще рідше амбулаторно. При цьому може виникнути необхідність у примусовій госпіталізації та лікуванні, якщо це дозволено законом країни в якій проводиться лікування. У ряді країн з розвинутою системою поза лікарняної психіатричної допомоги лікування значної частини пацієнтів проводиться амбулаторно, так як це суттєво дешевше: наприклад, за англійськими стандартами, лікування загострень може проводитися також бригадами психіатричної допомоги та бригадами по усуненню гострих станів та лікування в домашніх умовах. Амбулаторне лікування гострих станів проводять при не різко вираженій психотичній симптоматичі, соціально впорядкованій поведінці і відсутності загрози для життя пацієнта та оточуючих. Вважається, що в умовах стаціонару тривалість цього етапу може становити від 1 до 3 місяців.

Критеріями ефективності лікування є значне зменшення вираженості або зникнення продуктивної симптоматики, нормалізація поведінки, відновлення критики і свідомості [4].

За американськими стандартами 1996 року, лікування слід починати з «сильного» типового нейролептика, а про результати можна судити через 3 тижні прийому препарату. В американських стандартах з 1999 року препаратами першого вибору при лікуванні гострих станів стали атипові нейролептики. Згідно з цими стандартами, традиційні нейролептики при гострих станах слід використовувати тільки в наступних випадках:

1. Серед пацієнтів, у яких застосування типових нейролептиків не супроводжується значними побічними ефектами;
2. Якщо необхідне введення нейролептика у вигляді ін'єкцій (оскільки ін'єкційні форми атипівих нейролептиків для лікування гострих станів поки що відсутні);
3. Якщо необхідно швидке придушення нападів агресії та насильства з боку пацієнта.

За англійськими стандартами 2002 року, атипові нейролептики є препаратами першого вибору для хворих з першим нападом захворювання, а також у ситуаціях, де застосування типових нейролептиків або не дало результату, або супроводжувалося вираженими побічними ефектами; в інших випадках лікування слід починати з «сильного» типового нейролептика [5].

*Другий етап* лікування шизофренії — стабілізуюча терапія, метою якої є придушення залишкової психотичної симптоматики. Проводиться в амбулаторних або напівстаціонарних умовах. Тривалість лікування може варіювати від 3 до 9 місяців.

*Третій етап* — корекція негативної симптоматики, відновлення колишнього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації проводиться амбулаторно і вимагає від 6 до 12 місяців.

*Четвертий етап* — профілактична (підтримуюча) антипсихотична терапія, мета якої — запобігання нових нападів хвороби, підтримання досягнутого рівня соціального функціонування пацієнта. Проводиться амбулаторно. Триває невизначено довго, але в кожному разі не менше 1-2 років [4].

Як зазначено вище, лікування шизофренії складається з основного та підтримуючого курсів, якими передбачено застосування біологічної терапії (психофармакологічна, електросудомна, інсулінокоматозна), психотерапії, загально-зміцнювальної терапії та заходів соціальної адаптації хворих.

Основний курс спрямований на усунення гострих психічних розладів. Найчастіше його проводять у стаціонарі. Підтримуючу терапію призначають з метою закріплення позитивних зрушень, а також недопущення рецидивів хвороби та її ускладнень [3].

Згідно наказу МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів надання допомоги хворим на шизофренію» лікування хворих повинно обов'язково включати в себе біологічну та психосоціальну терапію. При цьому кожна з них має проводитись у три основні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (стабілізуючої) терапії [6].

Біологічна терапія полягає у призначенні психотропних та інших лікарських засобів з урахуванням провідного патологічного синдрому, стадії шизофренічного процесу, особливостей його перебігу та загального стану хворого [7].

Етап активної терапії являє собою медикаментозне лікування, яке необхідно розпочинати якомога раніше і психомоторне збудження має бути усунене протягом максимально короткого терміну. На цьому етапі перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. При цьому враховується психофармакологічний анамнез і перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано призначення одного антипсихотичного засобу. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 4-12 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика або підсилити дію антипсихотика, що використовується, призначивши психотропний препарат іншого класу. Тривалість першого етапу терапії — 8-12 тижнів.

Після досягнення очікуваних результатів активного лікування на етапі стабілізуючої терапії можливе зниження дози антипсихотика з метою підвищення рівня соціального функціонування пацієнта. У разі неможливості дотримання режиму терапії рекомендується призначення антипсихотиків пролонгованої дії або депо-препаратів. Тривалість етапу терапії — не менше 6 місяців.

З метою збільшення тривалості періоду ремісії, соціальної реадaptaції та запобігання рецидивам проводиться підтримуюча терапія. За стандартами України цьому лікувальному курсу рекомендовані мінімальні, терапевтично ефективні дози антипсихотиків, що були застосовані на попередніх етапах терапії. Тривалість терапії — близько 3 років, проте точний строк визначається індивідуально [6].

Згідно американських стандартів 1999 року, тривалість підтримуючої терапії для пацієнтів, які перенесли один гострий епізод хвороби і вийшли в ремісію, повинна становити 12-14 місяців. Якщо пацієнт переніс багаторазові загострення хвороби, мінімальна тривалість підтримуючого лікування повинна становити 5 років. При цьому рекомендується безперервна методика. Призначати препарат переривчастими курсами

можна лише у випадках, якщо пацієнт відмовляється від безперервної підтримуючої терапії. Необхідний постійний моніторинг для виявлення початкових симптомів рецидиву, а також побічних ефектів. Якщо є підозра, що пацієнт не виконує план лікування, слід перевірити концентрацію препарату в крові. Для профілактики пізньої дискінезії проводити моніторинг її проявів необхідно: при використанні традиційних нейролептиків — раз на 4 місяці, при використанні атипичних нейролептиків — раз на 6 місяців, при прийомі клозапину — раз на 9 місяців.

Згідно російських стандартів профілактична терапія шизофренії проводиться невизначено довго, але не менше 1-2 років. Питання в кожному випадку вирішується індивідуально з урахуванням ступеня впливу лікування на частоту повторних нападів, вираженості і характеру побічних ефектів, ступеня негативного впливу психотичної симптоматики на соціально-трудоу адаптацію, можливості залучення хворого в соціореабілітаційні програми [5].

Розглядаючи фармакотерапію шизофренії, постає проблема терапевтичної резистентності хворих, вирішення якої, на сьогодні, є однією з найбільш актуальних завдань сучасної світової психіатрії. За даними різних авторів, від 5 до 30 % хворих на шизофренію виявляються резистентними до застосування стандартних нейролептиків, терапевтичні можливості яких обмежені. Стандартні нейролептики, що успішно застосовувалися протягом декількох десятиліть для лікування, як гострих і підгострих психотичних станів, так і в якості підтримуючої терапії під час ремісій, надають переважний вплив на дофамінові рецептори.

Без психотерапії лікування шизофренії неможливе. Сучасна психотерапія шизофренії відрізняється гуманним ставленням до хворого, ставленням до нього як до повноправного і активного учасника лікувального процесу, що співпрацює з лікарем. На першому етапі лікування психотерапія зазвичай проводиться в індивідуальній формі, пізніше виявляється інтерес до групової терапії шизофренії і, нарешті, до сімейної. Дана тенденція була характерна для еволюції психотерапії взагалі, і розвиток психотерапії шизофренії лише повторювало її в більш виразному варіанті.

На сьогодні в процесі лікування шизофренії, її індивідуальна психотерапія продовжує залишатися однією з перших щодо результатів лікування, в порівнянні з груповою та сімейною психотерапією шизофренії. Психологічні тренінги: тренінг впевненості в собі, тренінг творчого самовираження, тренінг розвитку комунікативних навичок, та інші, загальні розмови про хворобу доповнюють клінічну психотерапію



шизофренії, але не можуть бути її заміною. Рациональна психотерапія спрямована на заспокоєння хворих, запобігання небезпечним діям, переконання у потребі лікуватися, дотримання певного режиму, навіювання впевненості в одужанні, відвертання уваги хворих від хворобливих переживань, уявлень, формування критичного ставлення до них. Поведінкова терапія спрямована на відпрацювання професійних навичок. Групова психотерапія — зменшує соціальну ізоляцію, відновлює відчуття реальності. Сімейна психотерапія — для гармонізації взаємин у сім'ї, усвідомлення родичами пацієнта хворобливості мотивів його поведінки, потреби в наполегливому лікуванні, навчання правил поведінки з психічно хворими, а також з метою обміну досвідом членів сім'ї [8].

Соціотерапія (трудова терапія) у лікуванні хворих на шизофренію найбільш виправдана. Вона має психотерапевтичний вплив на хворого. Завдяки їй вдається підвищити позитивну активність хворого, впорядкувати його психомоторні функції. Праця має компенсаційний вплив на психічні функції, стимулює загальну активність, відволікає хворого від галюцинаторних і маячних переживань [9].

Групова терапія здійснюється в закритих групах по 5-10 осіб під керівництвом 1-2 ведучих (лікар і фахівець з соціальної роботи, медичний психолог або соціальний працівник, можливі інші варіанти). Включення в групу меншого числа хворих негативно позначається на організації взаємодії та груповій динаміці. Для амбулаторних хворих заняття проводяться 1 раз на тиждень і тривають 60-90 хвилин. У стаціонарі заняття можуть проводитися 2-3 рази на тиждень або щодня по 40-50 хвилин. Тривалість цього виду терапії розрахована на певний строк, частіше в діапазоні 2-5 місяців. Перше заняття присвячується знайомству, встановленню

атмосфери взаємної довіри, використовуються техніки залучення, коли увага зосереджується на східних проблемах, виключається різка критика, підтримується доброзичливе ставлення.

Як правило, в груповій терапії використовуються психоосвітні програми, які допомагають більше дізнатися про свою хворобу, про її прояви, розвіяти невірні уявлення про її прогнози, успішність терапії, а також дізнатися про засоби, що застосовуються для лікування, про реагування на хворобу, на неправильну хворобливу поведінку і його наслідки, про виникаючі при цьому проблеми і способи з ними впоратися. Відповіді на цю частину питань з'являються в процесі обміну досвідом, в процесі спільного обговорення. Обговорення допомагає пацієнтам зрозуміти свої переживання, ідентифікувати початкові прояви загострень і симптоми хвороби, дію ліків та їх можливі побічні явища, отримати підтримку при правильних діях, стати обізнаним учасником терапевтичного процесу.

Велике значення для закріплення знань мають повторення. Кожне наступне заняття починається з короткого повторення (резюме) того, що обговорювалося на минулому занятті, після чого переходять до наступної теми. Важливо домогтися, щоб кожне заняття залишало позитивний слід у всіх учасників групи, вселяло надію та оптимізм.

Групова психотерапевтична робота вважається високо ефективною. Тут процес відновлення, навчання, тренування здійснюється в штучно створених умовах «захищеного середовища», де в основу вироблення рішень самими пацієнтами покладено інтерактивний процес. У групі виробляються «норми» взаємин, а також не єдино можливе, а декілька рішень, вибір яких відповідає складності соціальних відносин. Крім того, група забезпечує зворотний зв'язок і взаємну підтримку [9].

### Література

1. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия / Ю. А. Александровский // ГЭОТАР-Мед.: 2004. — 432 с.
2. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава / Под редакцией В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера // М.: 2006. — 13 с.
3. Данилов Д. С. Лечение шизофрении / Д. С. Данилов, Ю. Г. Тюльпин // Мед. Информ. Агенство.: 2010. — 276 с.
4. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / Под ред. В. Н. Краснова и И. Я. Гуровича // Московский НИИ психиатрии Минздрава России.: 1999. — 224 с.
5. Евсегнеев Р.А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р.А. Евсегнеев // Медицинские новости. — 2004. — № 1. — С. 44-49.
6. МОЗ України. Наказ № 59 від 5.02.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». — К.: Канцлер, 2007. — 44 с.
7. Мосолов С.Н. Современная терапия шизофрении / С. Н. Мосолов // Неврология. Психиатрия. — 2004. — № 10. — С. 646.
8. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство / В. Д. Вид // Питер.: 2008. — 512 с.
9. Психиатрия: Справ очник практического врача / Под ред.. А.Г.Гофмана. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 592 с.

## Несоблюдение поддерживающего лечения



Насинник О.А.

**Насинник О.А.**

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

**Резюме.** Изучение пациентов, поступивших по неотложной (принудительной) госпитализации в психиатрическую больницу, позволило разработать примерную типологию несоблюдения лечения и охарактеризовать выделенные подгруппы пациентов.**Ключевые слова:** неотложная госпитализация лиц с психическими расстройствами, принудительная госпитализация, несоблюдение лечения, типология.

### Failure to observe supportive of treatment

**Nasinnik O.A.**

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

**Resume.** The study of patients admitted for emergency (involuntary) hospitalization in a psychiatric hospital, allowed to develop an exemplary typology of treatment failure and to characterize selected subgroups of patients.**Keywords:** emergency hospitalization of persons with psychiatric disorders, involuntary hospitalization, noncompliance to treatment, typologies.

### Введение

Соблюдение лечения в целом определяется как степень приема медикаментов соответственно предписаниям лечащего врача. Соблюдение лечения касается всех аспектов терапии, не только приема медикаментов, но также следованию всем рекомендациям по соответствующему образу жизни, например, диеты, физических упражнений или явки на прием к врачу в назначенный день, а также избегания таких вредностей, как табака или алкоголя. Несоблюдение лечения (отсутствие приверженности лечению) является многогранной областью с конкурирующими биомедицинскими, психологическими и антропологическими объяснениями [1]. Последствия нарушений соблюдения назначений, в том числе и полного отказа от приема лечения, остаются одинаковыми и довольно значимыми для всех участников процесса оказания помощи: пациента, его близких, врача, лечебного учреждения, органов здравоохранения и государства, финансирующего помощь. Обычно выделяют значимыми для соблюдения лечения: отношение пациента к лечению, социальные ситуации, медицинский побочный эффект и сущность взаимоотношений врач-пациент [1]. G. Reach (2008) цитирует ВОЗ, которая отмечает, что «...улучшение соблюдения пациентом лечения при долгосрочной терапии более значимо, чем любой биомедицинский прогресс» [2]. В психиатрии проблема несоблюдения поддерживающего лечения является одной из наиболее актуальных. Последние десятилетия уделяется серьезное внимание изучению несоблюдения лечения среди лиц с соматической и психической патологией, разрабатываются подходы к

предупреждению и устранению этого явления. Однако исследования пациентов касательно их отношения к лечению, в частности возможности формирования типологии пациентов по данному признаку, в отечественной психиатрии остаются ограниченными.

**Целью работы** являлось выделение подгрупп пациентов с тяжелым психическим расстройством по фактору отношения их к поддерживающему лечению.

### Материал и методы исследования

Материалом исследования являлись сплошные выборки пациентов, госпитализированных в неотложном (недобровольном) порядке в Киевскую городскую клиническую психоневрологическую больницу № 1 (КГКПНБ № 1) в 1999 — 2002 гг. (224 чел.) и Житомирскую областную психиатрическую больницу № 1 (ЖОПБ № 1) в 2010 г. (144 чел.). Кроме того, изучены пациенты, госпитализированные в принудительном порядке в указанные больницы в 2003 — 2009 гг. (131 чел.). Материал собственных клинических наблюдений с использованием оценочных шкал представлен лицами, получающими психиатрическую помощь как в добровольном, так и недобровольном порядке в КГКПНБ № 1 (253 чел., 50,7%). Пациенты из ЖОПБ № 1 изучены по медицинской документации (246 чел., 49,3%). Для реализации поставленных задач применялись следующие методы исследования: аналитико-теоретический, клиничко-анамнестический, социально-демографический, клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, статистический.

### Результаты и обсуждение

Несоблюдение лечения наблюдалось в изученном материале как до, так и после введения в действие Закона. По данным изученных историй болезни, обострения заболевания и рецидивы чаще всего были связаны с нерегулярным приемом препаратов или полным отказом от их приема у 229 чел. (45,9%), со злоупотреблением алкоголем — 62 чел. (12,4%) или наркотиками — 8 чел. (1,6%). Лица с наркопроблемами также нарушали прием поддерживающего лечения, а чаще всего вообще не принимали препаратов, поэтому они были причислены к несоблюдающим лечение (всего 299 чел., 59,9%). Процентное соотношение отказа от лечения не имеет различий среди пациентов мужского (113 чел., 49,3%) и женского (116 чел., 50,7%) пола. Не выявлено существенных различий между изученными пациентами с несоблюдением/отказом от лечения и пациентами, принимающими лечение, по полу, семейному положению, образованию, приобретенной специальности и занятости ко времени госпитализации. Не обнаружено статистически значимых различий в характере психопатологических расстройств и наличием агрессивных, в том числе аутоагрессивных тенденций, между разными подгруппами пациентов.

Судя по изученной медицинской документации, историям болезни как амбулаторным, так и стационарным, данные о несоблюдении лечения накапливаются по соответствующим медицинским историям (амбулаторным и стационарным), но кроме констатации факта, лишь в редких случаях используется преемственность между учреждениями в преодолении несоблюдения лечения. Прежде всего, нарушается принцип преемственности, и эти сведения не звучат при выписке пациента в качестве рекомендаций для амбулаторной сети, и наоборот, амбулаторная сеть не оповещает при направлении в стационар о выявленных случаях несоблюдения лечения. Таким образом, разрыв в преемственности двух служб так же способствует неэффективности лечения, в свою очередь, повышая затратность медицинского обслуживания. Улучшение соблюдения лечения пациентом значимо в снижении частоты рецидивов и регоспитализаций у больных шизофренией. Психосообразовательные программы, лечение коморбидного злоупотребления психоактивными веществами, вовлечение членов семьи в помощь, и хорошие взаимоотношения пациент-врач, все это улучшает соблюдение. Даже с этими достижениями, пациент с плохой переносимостью препарата, будет больше заинтересован или мотивирован в продолжении лечения [3].

Анализ изученных историй болезни, собеседование с пациентами, в ряде случаев — с их родственниками, позволяет выявить неоднородность групп пациентов по их отношению к лечению. Как отмечают исследователи данной проблемы, определение фактов соблюдения/несоблюдения лечения достаточно сложно. Более доступные варианты состоят в получении сведений от пациента, его близких или других лиц, знающих пациента, наконец, при оценивании изменений в клинической картине. Используют письменные самоотчеты пациентов, их дневники с записями о лечении, прибегают к подсчету оставшихся или принятых пациентом препаратов. Более затратные способы при измерении концентрации препарата в крови, моче и слюне. Однако ни один из методов не может отразить реальную картину соблюдения лечения, отсюда ограниченность оценок уровня соблюдения [2-5].

R. B. Haynes с соавт. (1979) и W. S. Fenton с соавт. (1997), проведя обзоры литературы, выявили около 200 различных факторов, имеющих значение в соблюдении пациентом рекомендаций врача [6,7]. Для верификации несоблюдения лечения нами в процессе собеседования с пациентом вначале уточнялось его отношение к своему страданию и лечению, насколько он понимает необходимость и сущность поддерживающего лечения. Затем уточнялось наличие близкого человека, члена семьи, который смог бы контролировать лечение, и согласие пациента на такой вид контроля. Эти сведения сопоставлялись с мнением указанного члена семьи о способности пациента выполнять рекомендации врача и подчиняться его контролю. Кроме того, такие данные в процессе наблюдения накапливаются в амбулаторной медицинской документации и служат объективизацией отношения пациента к лечению. Пациенты чаще всего отрицали длительность перерывов в поддерживающем лечении, ссылались на наличие психотравмирующих факторов в генезе частых рецидивов заболевания. Невыполнение рекомендаций врача наблюдается в результате нарушения критических способностей. Возможно несоблюдение лечения и при сохранении критики, но вследствие несогласия с назначаемым лечением, с комбинацией препаратов, частотой их приема или вследствие побочных явлений. Причем выдвигаемые пациентом причины, или мотивы несоблюдения сохраняются на протяжении длительного времени, свойственны ему и характеризуют его, что может служить прогностическим фактором отношения к лечению. Нами оценивались данные касательно соблюдения поддерживающего лечения изученными

пациентами в период времени не менее месяца до настоящей госпитализации.

Из всего числа пациентов регулярно посещали амбулаторное психиатрическое учреждение и принимали поддерживающее лечение 51 чел. (10,2%). Нерегулярность наблюдения и приема поддерживающего лечения выявлены у 301 чел. (60,3%). Данные о наблюдении отсутствовали у 147 чел. (29,5%), в основном, с первичной госпитализацией или было связано с неопределенностью данных касательно их отношения к лечению.

Распределение пациентов по соблюдению ими лечения в зависимости от диагностической категории показано в табл. 1.

Как видно из табл. 1, пациенты из всех перечисленных диагностических категорий склонны к несоблюдению лечения, которое составляет в целом 60,3% (301 чел.). Такой же показатель указывают авторы из Загреба (Хорватия), правда, среди недобровольно госпитализированных пациентов — 60,4% (64 чел.) [8]. Чаще всего наблюдается несоблюдение лечения среди изученных лиц с диагностической категорией «Шизофрения...» (70,8%,  $\chi^2$  Пирсона = 64,54,  $p < 0,001$ ). При этом заболевании несоблюдение лечения чаще всего связано с отсутствием осознания болезни, которое достигает, по данным М. Olfson и соавт. (2006), 72% [9].

Среди пациентов с психиатрическими расстройствами и депрессией одни авторы находят уровни соблюдения в 58% и 65% соответственно, а также в среднем 76% соблюдения лечения у пациентов с соматическими расстройствами [10]. Эти данные выглядят оптимистическими, ибо уровни несоблюдения, по данным других авторов, достигают таких же показателей [11]. Например, при соматических заболеваниях (хронической гипертензии) — несоблюдение достигает 85%, при шизофрении — 50% и более [12].

Кроме того, несоблюдение лечения оказывает влияние на опасность пациента. Так, в одной из работ отмечалось, что 47% пациентов не были мотивированы для лечения, и они также имели выраженные клинические проблемы, обнаруживали опасность к другим [13]. Некоторые преимущества сообщаются в случаях амбулаторной принудительной помощи, при которой пациенты выписываются в сообщество под судебным контролем соблюдения лечения [14]. Однако при обрыве поддерживающей терапии возобновляются психотические расстройства, пациент, скорее всего, будет требовать госпитализации, которая является наиболее дорогостоящим средством помощи психически больным. Показано, что 40% затрат приходится на регоспитализацию вследствие несоблюдения лечения [15]. Подсчитано, что пациенты в 2–2,4 раза чаще госпитализируются при несоблюдении лечения, достигающего 80% [16]. Для пациентов с шизофренией высокий риск рецидива — около 3,5% в каждый месяц после выписки [17]. Много факторов играют свою роль в рецидиве [18,19]. Наиболее общей причиной является неэффективность антипсихотика и несоблюдение лечения [20].

Что касается типологии пациентов, вначале следует определиться с временем, в течение которого пациента следует расценивать как несоблюдающего лечение, и с величиной отклонения принимаемых доз от рекомендуемых. Некоторые исследователи конкретизируют определение приверженности лечению, включая данные о принимаемых дозах (например, принимает предписанные дозы ежедневно) и в рекомендуемое время приема. В литературе большой разброс в этих определениях. Уровни соблюдения лечения для конкретного пациента обычно определяются как процентное отношение медикамента в действительности

**Таблица 1**

*Соблюдение лечения в зависимости от диагностической категории, n (%)*

Диагностическая Категория	Прием поддерживающего лечения			Итого
	нет данных	регулярный	нерегулярный	
Органические, в т.ч. симптоматические, расстройства	50 (34,0)	31 (60,8)	61 (20,3)	142 (28,5)
Расстройства вследствие приема ПАВ	4 (2,7)	0 (0,0)	3 (1,0)	7 (1,4)
Шизофрения, шизотипическое и другие бредовые расстройства	67 (45,6)	19 (37,3)	213 (70,8)	299 (59,9)
Аффективные расстройства	12 (8,2)	0 (0,0)	10 (3,3)	22 (4,4)
Невротические и соматоформные расстройства	3 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	4 (0,8)
Расстройства личности	8 (5,4)	0 (0,0)	5 (1,7)	13 (2,6)
Умственная отсталость	3 (2,0)	1 (2,0)	8 (2,7)	12 (2,4)
Итого	147 (100,0)	51 (100,0)	301 (100,0)	499 (100,0)



принятого пациентом за конкретный период времени. Исследователи описывают паттерны приема среди лиц с хроническими расстройствами следующим образом: примерно 1/6 изученной группы пациентов свойственно оптимальное соблюдение, 1/6 — принимает почти все лечение, но с некоторой нерегулярностью по времени; 1/6 — упускает прием одной дозы препарата и не соблюдает времени приема; 1/6 — 3-4 раза в году непредумышленно запускает прием; 1/6 — благодаря частым пропускам приема допускает перерывы в лечении на месяц и более и 1/6 принимает мало или вообще не принимает, но при этом представляет себя как соблюдающим терапию [21,22]. Авторы отмечают, что уровень соблюдения лечения обычно выше среди пациентов с острыми состояниями, в сравнение с хроническими [23]. Из числа психотических пациентов только 1/3 принимает препараты соответственно назначениям; 1/3 принимает лечение неустойчиво, или в меньшей дозе, или пропускает приемы; и 1/3 вообще не принимает лечения. Улучшение приема среди 2/3 (несоблюдающих или частично соблюдающих прием лечения) является средством предупреждающим или отсрочивающим рецидив [20].

Наиболее понятное определение дано у М. Olfson с соавт. (2006): «...несоблюдающим лечение считается пациент, который в один из периодов истекшего года принимал менее половины предписанного лечения в течение не менее двух недель, а на протяжении двух месяцев (до указанного периода неприема орального препарата) не получал пролонгированного (депо) антипсихопсихотика» [9].

Обычно пациенты подразделяются на соблюдающих и в разной степени несоблюдающих лечение. Например, Н. Rittmannsberger и соавт. (2004) отмечают «...соблюдает, частично или полностью не соблюдает» [24] или Р. Tyrer с соавт. (2003), которые, правда, для пациентов с расстройствами личности, предлагают выделение двух типов пациентов: «отвергающие помощь» и «ищущие помощь» — Тип R (treatment rejecting) и тип S (treatment seeking) [25]. Ряд авторов прицельно изучали и описывали частичное соблюдение лечения, или частичную приверженность лечению, а среди пациентов определяли «преднамеренное» или «ненамеренное» несоблюдение [26].

Ж. Р. McEvoy и соавт. (1989) выделяют: (1) активное соблюдение (с готовностью принимает лечение в соответствующее время); (2) пассивное соблюдение (следует напоминать или поощрять, но не сопротивляется, когда предлагается принять лечение); (3) сопротивление (типа прячет «за щекой», но все-таки принимает после повторных напоминаний

или установления строгих ограничений); (4) откровенный отказ (лечение может быть предоставлено только вопреки желанию пациента или не предоставляться вообще). Авторы, с учетом двойственности многих показателей, считают, что пациентов первой группы следует рассматривать как активно соблюдающих рекомендации врача, остальные пациенты классифицируются как «проблемные в отношении приверженности к лечению» [27,28]. D.I. Velligan et al. (2006) предлагает расценивать тех пациентов, которые не принимают медикаменты, как «отказники» для отличия их от пациентов, которые продолжают принимать, но имеют проблемы с соблюдением лечения. Эту последнюю группу в дальнейшем автор подразделяет по степени приверженности лечению. Считает такое деление важным, ибо полный отказ от лечения может являться функцией уменьшенных или пропускаемых доз, намеренным или случайным. Все эти нарушения рекомендаций могут предшествовать отказу и являться прогностическими, но кроме всего, такой нерегулярный прием или «девиация» доз также могут быть различными [29]. В. Lask (1994) приводит типологию других авторов, которые выделяют среди подростков с соматическим расстройством такие группы несоблюдающих лечение: (1) неадекватные знания (ведущим является отсутствие информации или неадекватное понимание болезни и лечения); (2) психосоциальное сопротивление (касается тех ситуаций, при которых доминируют психосоциальные факторы в виде борьбы за контроль и автономию, опасения групп сверстников, отвержение и избегание, хаотическая домашняя ситуация, подавленность и разочарование); (3) выработанное несоблюдение (при конфликтующих и сложных вариантах выбора, базирующегося на полном понимании оснований для предписанного режима и последствий не следования ему). В. Lask (1994), в отличие от вышеприведенной когнитивной категоризации, применяет поведенческую типологию, а именно, он делит пациентов на группы: (1) отказывающихся от лечения (refusers) — эти лица не делают никаких усилий для сокращения своего несоблюдения лечения, говорят, что они не нуждаются в нем, они не собираются находиться под контролем других; (2) откладывающих (оттягивают лечение на позже — procrastinators) — эти более гибки в заявлениях, соглашаются, что допустили случайно пропуск приема, они указывают, что будут принимать аккуратно лечение в будущем, но, явно, без дополнительной помощи это невозможно; и (3) отрицающие несоблюдение (deniers), не соглашаются с тем, что они нарушали режим [30].

Ж. Е. Aikens с соавт. (2005) предложили типологию пациентов с позиций анализа их установок в отношении лечения. Они выделяют типы: «скептический», «безразличный», «противоречивый» и «одобряющий» [31]. Наконец, Gerard Reach (2008) описывает данную проблему несоблюдения лечения в виде философской концепции «слабости воли». Он аргументирует это сочетанием несоблюдения лечения с другими проявлениями пренебрежения своим здоровьем в виде нарушений диеты, злоупотреблением психоактивными веществами и т.п. [2]. Как следует из данных литературы, соблюдение/несоблюдение лечения пытаются объяснить рядом психологических теорий и концепций, касающихся психологии здоровья. Это различные модели преодоления болезни, locus контроля (Locus control) [32,33], представления о своем здоровье (Health Belief Model), в частности разработанной М. Н. Becker и L.A. Maiman (2005) [34]. Последняя модель содержит четыре главных компонента, касающихся соблюдения лечения: а) восприятие пользы при соблюдении лечения; б) восприятие преград к соблюдению лечения (например, побочные действия); в) восприятие подверженности заболеванию (понимание наличия рецидива); г) восприятие тяжести исхода (например, рецидив может иметь негативные последствия) [35]. Концепция локуса контроля, согласно J. B. Rotter (1990), представлена двумя крайними позициями внутреннего и внешнего контроля в длиннике, оценок приемлемости лечения и сопротивлению негативным явлениям. Кроме того, определяется роль личности в управлении каким-то событием или заболеванием (внутренний контроль) и бессилие в этом при внешнем контроле. Все эти конструкты делают упор на навыках самоконтроля своего состояния и соответствующего отношения к рекомендациям врача. В психиатрической клинике несоблюдение связывается чаще всего с утратой критики, осознания болезненных расстройств. Во всех этих конструктах сквозной нитью проходить понятие контроля своего состояния, симптомов заболевания, лечения, образа жизни и т.п.

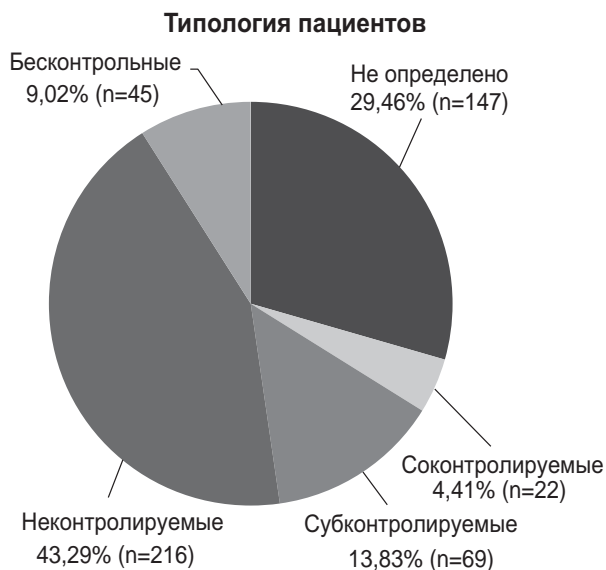
Анализ доступной литературы не противоречит внедрению базового понятия «контроль» для характеристики различных групп пациентов относительно их лечения. Выявленные нами факторы позволяют учесть их роль в формировании отношения к лечению и, в свою очередь, распределить изученных пациентов на подгруппы. Выделение подгрупп пациентов с тяжелыми психическими расстройствами по отношению их к лечению значимо для последующего целенаправленного применения мер по улучшению соблюдения лечения. Следует

отметить, что нижеприведенные варианты типологии пациентов касаются адекватно назначаемого лечения, т.е. лечения в оптимальной дозировке, соответствующей с позиций доказательной медицины показаниям и клиническому состоянию пациента, и ни в коей мере не могут соотноситься с негативными проявлениями препарата или неквалифицированной деятельности врача.

Вначале мы предприняли распределение несоблюдающих лечение пациентов, исходя из общепринятых в зарубежных исследованиях подходов: на соблюдающих, частично соблюдающих и отвергающих лечение. Но все подобные типологии не учитывают сочетанности отношения самого пациента к лечению и роль значимых для пациента лиц в соблюдении лечения. Поэтому нами сделано подразделение пациентов на контролирующих лечение, лиц подчиняемых близкому человеку в соблюдении лечения и, наконец, неспособных или нежелающих принимать лечение (неконтролируемых). Однако оказалось, что, несмотря на имеющиеся значимые различия среди указанных подгрупп пациентов, они имеют и некоторые внутригрупповые различия.

При оценке отношения пациента к лечению использовались данные медицинской документации и собеседования с пациентом, охватывающие период времени не менее месяца до последнего стационарирования. Для 147 пациентов (29,5%) принадлежность к конкретной подгруппе определить не удалось, что обусловлено отсутствием достаточного срока наблюдения пациентов, чаще всего это отмечалось при первичной госпитализации или было связано с неопределенностью данных касательно их отношения к лечению. Для 352 чел. (70,5%) существует возможность распределить их по группам.

С учетом вышеизложенных теоретических и клинических предпосылок нами предпринято подразделение пациентов в отношении соблюдения рекомендаций врача, прежде всего лечебных, на следующие четыре подгруппы: 1) Соконтролируемые (22 чел., 4,4%) — контроль лечения совместный с кем-то, чаще всего с близким человеком, с врачом. 2) Субконтролируемые, подконтрольные (69 чел., 13,8%) — состоящие под чьим-либо контролем, чаще всего контроль осуществляет член семьи. Пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные и способные подчиняться требованиям близких родственников или лечащего врача. 3) Неконтролируемые (216 чел., 43,3%) — лица, утратившие контроль преимущественно в результате заболевания, в том числе при его обострениях, рецидивах.

**Рис. 1**

*Распределение подгрупп пациентов по их отношению к лечению*

4) Бесконтрольные (45 чел., 9,0%) — в эту подгруппу входят лица с выраженными дефектными состояниями или выраженной умственной несостоятельностью, формально утратившие компетентность, не ориентирующиеся в ситуации и своем состоянии и, основное, лишенные ухода и надзора.

Распределение подгрупп пациентов отражено на рис. 1.

Анализ изученного материала свидетельствует о выявляемых взаимосвязях некоторых диагностических категорий, прежде всего включающих тяжелое психическое расстройство, с преобладающим отношением к поддерживающему лечению в амбулаторных условиях.

## Выводы

Пациенты, госпитализированные в психиатрический стационар в порядке неотложной (принудительной) помощи, чаще всего (52,3%) имели предшествующее несоблюдение поддерживающего лечения. Пациентов по их отношению к соблюдению поддерживающего лечения можно разделить на следующие четыре подгруппы:

- 1) Соконтролируемые (22 чел., 4,4%) — контроль лечения совместный с кем-то, чаще всего с близким человеком, с врачом.
- 2) Субконтролируемые, подконтрольные (69 чел., 13,8%) — состоящие под чьим-либо контролем, чаще всего контроль осуществляет член семьи. Пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные подчиняться и способные подчиняться требованиям близких родственников или лечащего врача.
- 3) Неконтролируемые (216 чел., 43,3%) — лица, утратившие контроль преимущественно в результате заболевания, в том числе при его обострениях, рецидивах.
- 4) Бесконтрольные (45 чел., 9,0%) — в эту подгруппу входят лица с выраженными дефектными состояниями или выраженной умственной несостоятельностью, формально утратившие компетентность, не ориентирующиеся в ситуации и своем состоянии и, основное, лишенные ухода и надзора.

Клинико-социальные особенности пациентов, подвергнутых неотложной (принудительной) госпитализации, по их отношению к поддерживающему лечению будут приведены в следующей нашей работе.

## Литература:

1. Delado P. L. Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment / P. L. Delado // Journal of Clinical Psychiatry. — 2000. — Vol. 61, Suppl. 2. — P. 6–9.
2. Reach G. A novel conceptual framework for understanding the mechanism of adherence to long term therapies / G. Reach // Patient Preference and Adherence. — 2008. — Vol. 2, № 2. — P. 7–19.
3. Masand P. S. Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy / P. S. Masand // Clinical Therapeutics. — 2003. — Vol. 5, № 8. — P. 2289–2304.
4. Osterberg L. Adherence to Medication / L. Osterberg, T. Blaschke // New England Journal of Medicine. — 2005. — Vol. 353, № 5. — P. 487–497.
5. Reach G. Can Technology Improve Adherence to Long-Term Therapies? // Journal of Diabetes Science and Technology. — 2009. — Vol. 3, № 3. — P. 492–499.
6. Fenton W. S. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings / W. S. Fenton, C. R. Blyler, R. K. Heinssen // Schizophrenia Bulletin. — 1997. — Vol. 23, № 4. — P. 637–651.
7. Linden M. A. Prospective Study of Factors Influencing Adherence to a Continuous Neuroleptic Treatment Program in Schizophrenia Patients During 2 Years / M. A. Linden // Schizophrenia Bulletin. — 2001. — Vol. 27, № 4. — P. 585–596.
8. Potkonjak J. Sociodemographic and medical characteristics of involuntary psychiatric inpatients — retrospective study of five-year experience with Croatian Act on Mental Health / J. Potkonjak, D. Karlović // Acta Clinica Croatica. — 2008. — Vol. 47, № 3. — P. 141–147.

9. Olfson M. Awareness of Illness and Nonadherence to Antipsychotic Medications Among Persons With Schizophrenia / M. Olfson, S. C. Marcus, J. Wilk [et al.] // *Psychiatric Services*. — 2006. — Vol. 57, № 2. — P. 205–211.
10. Cramer J. A. Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders / J. A. Cramer, R. Rosenheck // *Psychiatric Services*. — 1998. — Vol. 49, № 2. — P. 196–201.
11. Mitchell A. J. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry / A. J. Mitchell, Th. Selmes // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2007. — Vol. 13, № 5. — P. 336–346.
12. Duffy R. Adherence in psychiatry / R. Duffy, B. D. Kelly // *Irish Journal of Psychological Medicine*. — 2010. — Vol. 27, № 1. — P. 55–61.
13. Mulder C. L. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands / C. L. Mulder, G. T. Koopmans, J.-P. Selden // *British Journal of Psychiatry*. — 2006. — Vol. 188, № 4. — P. 386–391.
14. Swartz M. S. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness / M. S. Swartz, J. W. Swanson, H. R. Wagner [et al.] // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2001. — Vol. 189, № 9. — P. 583–592.
15. Weiden P. J. Cost of relapse in schizophrenia / P. J. Weiden, M. Olfson // *Schizophrenia Bulletin*. — 1995. — Vol. 21, № 3. — P. 419–429.
16. Mitchell A. J. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry / A. J. Mitchell, Th. Selmes // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2007. — Vol. 13, № 5. — P. 336–346.
17. Lader M. Pharmacological prevention of relapse / M. Lader // *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. — 1998. — Vol. 14, № 7. — P. 448–457.
18. Mitchell A. J. Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry / A. J. Mitchell, Th. Selmes // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2007. — Vol. 13, № 5. — P. 336–346.
19. Oehl M. Compliance with antipsychotic treatment / M. Oehl, M. Hummer, W. W. Fleischhacker // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2000. — Vol. 102, Suppl. 407. — P. 83–86.
20. Lindstrom E. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues / E. Lindstrom, K. Bingeferos // *Pharmacoeconomics*. — 2000. — Vol. 18, № 2. — P. 106–124.
21. Urquhart J. The electronic medication event monitor: lessons for pharmacotherapy / J. Urquhart // *Clinical Pharmacokinetics*. — 1997. — Vol. 32, № 5. — P. 345–356.
22. Urquhart J. The odds of the three month when an aptly prescribed medicine isn't working: non-compliance, non-absorption, non-response / J. Urquhart // *British Journal of Clinical Pharmacology*. — 2002. — Vol. 54, № 2. — P. 212–220.
23. Osterberg L. Adherence to Medication / L. Osterberg, T. Blaschke // *New England Journal of Medicine*. — 2005. — Vol. 353, № 5. — P. 487–497.
24. Rittmannsberger H. Medication Adherence Among Psychotic Patients Before Admission to Inpatient Treatment / H. Rittmannsberger, Th. Pachinger, P. Keppelmüller [et al.] // *Psychiatric Services*. — 2004. — Vol. 55, № 2. — P. 174–179.
25. Tyrer P. Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders: Type R and Type S. / P. Tyrer, S. Mitchard, C. Methuen [et al.] // *Journal of Personality Disorders*. — 2003. — Vol. 17, № 3. — P. 265–270.
26. Dulmen van S. Overview of Partial Compliance / S. van Dulmen, R. Marder // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2003. — Vol. 64, Suppl. 16. — P. 3–9.
27. McEvoy J. P. Insight into schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology / J. P. McEvoy, L. J. Apperson, P. S. Appelbaum [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 1989. — Vol. 177, № 1. — P. 43–47.
28. Weiss K. A. Predictors of Risk of Nonadherence in Outpatients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders / K. A. Weiss, Th. E. Smith, J. W. Hull [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. — 2002. — Vol. 28, № 2. — P. 341–349.
29. Velligan D. I. Defining and Assessing Adherence to Oral Antipsychotics: A Review of the Literature / D. I. Velligan, Y.-W. F. Lam, D. C. Glahn [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. — 2006. — Vol. 32, № 4. — P. 724–742.
30. Lask B. Non-adherence to treatment in cystic fibrosis / B. Lask // *Journal of the Royal Society of Medicine*. — 1994. — Vol. 87, Suppl. 21. — P. 25–27.
31. Aikens J. E. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication / J. E. Aikens, D. E. Nease, D. P. Nau [et al.] // *Annals of Family Medicine*. — 2005. — Vol. 3, № 1. — P. 23–30.
32. Rotter J. B. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable / J. B. Rotter // *American Psychologist*. — 1990. — Vol. 45, № 4. — P. 489–493.
33. Фарес Э. Дж. Локус контроля (locus of control) / Э. Дж. Фарес // *Психологическая энциклопедия* / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003. — 1096 с. — С. 364–365.
34. Becker M. H. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations / M. H. Becker, L. A. Maiman // *Medical Care*. — 1975. — Vol. 13, № 1. — P. 10–24.
35. Scott J. Cognitive and behavioural approaches to medication adherence / J. Scott // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 1999. — Vol. 5, № 5. — P. 338–347.



УДК 616.89-008.441.1-085.214:615.851

## Сучасні патогенетичні підходи до терапії обсесивно-компульсивного розладу



Кричун Ю. Я.

Кричун Ю. Я.

Ассистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л.Шупика

**Резюме.** Рассматривается проблема терапии обсессивно-компульсивного расстройства в свете современных тенденций этиопатогенеза данной патологии. Обосновывается применение комбинированной терапии с учетом сложного сочетания патогенетических звеньев. В статье описаны конкретные рекомендации по применению отдельных психофармакологических средств с учетом их влияния на клиническую картину заболевания.

**Ключевые слова:** обсессивно-компульсивное расстройство, психофармакологическое лечения.

### The modern approaches to the pathogenetic treatment of obsessive-compulsive disorder

Krychun Y.Y.

Assistant Department of Psychiatry NMAPO named after P.L. Shupyk

**Resume.** The problem of the treatment of obsessive-compulsive disorder in the light of modern trends etiopathogenesis of this disease. Substantiates the use of combination therapy considering a combination of complex pathogenetic links. The article describes the specific recommendations for some application psychopharmacological the means to fit them impact on the clinical picture.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, psychopharmacological treatment

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) — тривожний (невротичний) розлад, що характеризується нав'язливими думками (обсесіями) або нав'язливими діями — ритуалами (компульсіями), а частіше їх поєднанням.

У відповідності до МКХ-10 діагноз обсесивно-компульсивний розлад (F42) встановлюють у тих випадках, коли обсесивні симптоми або компульсивні дії, або, і те і інше, спостерігаються на протязі найбільшої кількості днів за період двох тижнів поспіль і являються джерелом дистресу та порушення соціальної активності. Обсесивні симптоми повинні мати наступні характеристики:

1. Вони повинні бути розцінені як власні думки або імпульси хворого;
2. Повинна бути хоча б одна думка або дія, яким хворий безуспішно чинить опір;
3. Думка про виконання певної дії не повинна бути сама по собі приємна;
4. Думки, образи чи імпульси повинні повторюватися і бути неприємними для індивідуума.
5. Хворий, зазвичай, розуміє, що нав'язливі думки або дії являються надмірними або необґрунтованими [1].

Проблема обсесивно-компульсивних розладів в даний період часу являється достатньо актуальною. Незважаючи на проведенні

дослідження і розробку нових методів психофармакотерапії, лікування хворих даної категорії залишається складною задачею. Дослідження показали, що маніфестація клінічно виражених проявів ОКР припадає на віковий інтервал від 10 до 24 років [3].

Відомо, що серед пацієнтів лікарів загальної практики частота ОКР складає 11,9% [6], в даному дослідженні мова йде про важкі форми. Така висока поширеність даної патології і визначає актуальність обґрунтування оптимальної терапії. При медикаментозному лікуванні покращення стану вдається досягнути в 66% випадків, але на протязі наступних трьох років даний показник знижується на 15% [2].

Поширеність ОКР в загальній популяції складає 1,5-3%. Захворювання зустрічається, приблизно, в однаковій мірі, як у чоловіків, так і у жінок, і зазвичай зустрічаються у підлітковому віці (до 15 років у третини випадків) [2, 4, 5, 7].

Обсесивно-компульсивний розлад часто зустрічається разом з іншими психічними розладами (коморбідність): рекурентною депресією (50-70%), соматоформними розладами (30-40%), специфічними або постими фобіями (20-30%), панічними розладами (20-30%), соціальною фобією (20-25%), шизофренією (10-15%), а також синдромом Туретта, хореею Сиденгема і постенцефалічним паркінсонізмом,

при яких нав'язливі думки зустрічаються у 35-50% хворих (DSM-IV, 1994). Приблизно у 20-30% хворих ОКР відмічаються тики. У 10-15% хворих ОКР супроводжується алкоголізмом та іншими токсикоманіями, у 5% спостерігається біполярний розлад [1].

#### **Патогенетичний механізм розвитку ОКР**

До теперішнього часу накопичено велику кількість даних, які говорять про порушення в структурах, які контролюються серотонінергічною системою. За допомогою досліджень методом позитронно-емісійної томографії, виявлена зацікавленість у цих хворих орбітальної звивини лобових часток і лімбічних структур мозку, тобто областей, багатих серотонінергічними нейронами, а також хвостатого ядра. Посилений метаболізм глюкози в цих структурах зникав під впливом антидепресантів з серотоніновим механізмом дії.

Останнім часом з'являється все більше даних про те, що в патогенезі ОКР залучена також дофамінова система. Це підтверджується тісним зв'язком стереотипної поведінки з мимовільними рухами і високою частотою поєднаного захворювання ОКР і синдромом Туретта (40-60%). Взаємодія двох систем відбувається на рівні базальних гангліїв, в яких перетинаються як серотонінові шляхи з ядра шва середнього мозку, так і дофамінові шляхи з чорної речовини головного мозку. На цьому рівні серотонінові нейрони надають модулюючої (пригнічуючої) дії на дофамінергічну нейропередачу шляхом впливу на серотонінові ауторецептори, що знаходяться на дофамінових нейронах. При нормальній функції серотонінергічної системи відбувається обмеження активності дофамінергічної нейропередачі. При зменшенні викиду серотоніну здатність до пригнічення дофамінергічної нейропередачі знижується, внаслідок чого між системами розвивається дисбаланс, і дофамінова активність в базальних гангліях стає домінуючою.

Саме цим можливо пояснити розвиток деяких симптомів ОКР (стереотипну поведінку і моторні порушення). З базальних гангліїв еферентні серотонінергічні шляхи через цингулярну звивину йдуть в коркові структури головного мозку, в тому числі лобову кору, з ураженням якої пов'язують розвиток ідеаторних нав'язливостей [8,9].

Можна виділити наступні основні принципи терапії, основа якої, повинна носити інтегративний (комплексний) характер — це психотерапевтична ланка і психофармакологічна ланка, і бути направлена на зменшення вираженості obsesій (нав'язливих думок) та компульсій, а також на підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя хворих.

Потрібно наголосити на тому, що підтримуюча терапія досить тривала — до одного року, а інколи і більше. Патогенетичною терапією на сьогоднішній день можна вважати посилення серотонінергічної нейропередачі шляхом застосування інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (ІЗЗС), як трициклічні (ТЦА), так і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Крім цього для опосередкованого посилення дофамінергічної передачі через 5HT<sub>2A</sub>, 1-ауторецептори в деяких випадках ефективним є приєднання блокувальних рецепторів дофаміна (антипсихотиків — галоперідола, рісперидону та ін.) [8]. Існують, також не медикаментозні методи терапії тяжких та резистентних форм нав'язливостей: електросудомна терапія, транскраніальна магнітна стимуляція, стереотаксична передня капсулотомія або цингулотомія, хоча розвиток тяжких ускладнень, в тому числі судомного синдрому, значно обмежує застосування хірургічного втручання [13,14,15,16,17,18 та ін.].

Психотерапія, яка повинна проводитися тривало та інтенсивно, є необхідною умовою для успішного лікування пацієнтів з obsesивно-компульсивним розладом на будь-якому етапі, в поєднанні з біологічними методами лікування. Найбільш ефективною являється поведінкова психотерапія (поступове збільшення експозиції тригерних ситуацій з метою десенсибілізації). Ефект в лікуванні, який досягається поведінковою психотерапією зберігається на протязі декількох місяців і навіть років, на відміну від медикаментозної терапії, після відміни якої часто спостерігаються випадки загострення симптоматики ОКР [19]. Компульсії, як правило, краще піддаються психотерапії, ніж obsesії, при компульсіях використовується поведінкова терапія, тоді як при obsesіях — когнітивна терапія, хоча такого роду розмежування більш теоретичне, на практиці використовується когнітивно-поведінкова (когнітивно-біхевіоральна) терапія. Опрацьовуючи літературу, стало відомо, що прямих порівняльних досліджень фармакотерапії і поведінкової психотерапії не проводилося, зіставлення непрямих даних у двох систематичних оглядах показало, що загальна ефективність поведінкової психотерапії приблизно співставлена з фармакотерапією і становить 50-60% [20, 21], проте, багато хворих відмовляються від участі в ній через страх посилення тривоги. Застосовуються також групові, раціональні, психоосвітні (навчання хворого відволікатися на інші стимули, що зменшують рівень тривоги), аверсивні (застосування болючих стимулів при появі нав'язливих думок), когнітивні, сімейні і деякі інші методи психотерапії [21, 22, 23 та ін.]. Для даного контингенту пацієнтів, також необхідне проведення і різних соціореабілітаційних заходів.

### Терапія антидепресантами

Серед результатів численних досліджень було виявлено, що застосування бензодіазепінів та нейролептиків має в основному симптоматичний (анксіолітичний) ефект, але не впливає на істинно obsесивну симптоматику. Більш того, екстрапірамідні побічні ефекти класичних нейролептиків можуть призвести до посилення нав'язливих думок [1].

При obsесивно-компульсивному розладі використовують антидепресанти нижче поданих груп:

- інгібітори MAO;
- трициклічні антидепресанти (ТЦА);
- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС).

Інгібітори MAO. Ще починаючи з 1960-х років інгібітори MAO застосовувалися для лікування нав'язливих думок і в даний час, дана група антидепресантів мають більше історичний інтерес. Крім того, застосування інгібіторів MAO завжди пов'язане з високим ризиком розвитку тяжких побічних реакцій. Можливості інгібіторів MAO вивчені недостатньо.

Трициклічні антидепресанти. Більшість дослідників вважають, що найкращого ефекту при ОКР можна досягти за допомогою ТЦА, головним чином, кломіпраміна [24, 25, 26, 27]. Крім кломіпраміна, застосовувалися іміпрамін, амітриптилін, доксепін і дезипрамін [28, 29, 19]. Більшість цих досліджень було виконано за участю невеликої кількості хворих і без належного контролю. Терапевтичний ефект цих антидепресантів був малопередбачуваним і не був чітко пов'язаний з редукцією депресивної симптоматики [1].

Першу успішну спробу внутрішньовенного застосування кломіпраміна при нав'язливих думках ще в 1969 р зробив J.J. Lopes-Ibor [27]. Докладні систематичні огляди цих робіт продемонстрували значну перевагу кломіпраміна над плацебо [22, 30]. Загальна ефективність кломіпраміна при прийомі або парентеральному введенні варіювала від 40 до 80%. Варто зазначити, що ефект плацебо при ОКР, на відміну від депресії, становить лише 5% [26]. У середньому терапевтичні дози становили від 75 до 300 мг / добу, і стійкий ефект при прийомі препарату розвивався протягом 4-6 тижнів терапії, хоча у багатьох хворих значне поліпшення відзначалося вже в перші два тижні лікування, а при внутрішньовенному введенні — в перші дні. Досягнутий ефект, як правило, обумовлював необхідність у проведенні підтримуючої терапії, результати якої при застосуванні помірних доз препарату (75-150 мг / добу) за період від року до 4 років були дуже хорошими [26, 31]. У 90% хворих при відміні препарату симптоматика загострювалася.

Особливе місце кломіпраміна серед інших ТЦА зумовило розвиток серотонінергічної гіпотези патогенезу ОКР, оскільки кломіпрамін в 5 разів сильніше блокує зворотне захоплення серотоніну, ніж, наприклад, дезипрамін [32].

Клінічне вивчення показало, що загальний ефект був найбільш виражений у хворих з афективними психозами, кломіпрамін в однаковій мірі проявив здатність зменшувати вираженість нав'язливих станів (в т. ч. ритуалів) як при депресії, так і в рамках невротичних розладів та при невротоподібній шизофренії. Найкращі результати спостерігалися при обмеженому колі нав'язливих станів або моноритуалів (наприклад, при частому митті рук). При генералізованому ОКР (наприклад, при вчиненні множинних очищувальних ритуальних дій, домінуванні ідеаторних нав'язливих думок, що межують зі надцінними ідеями, а у хворих на шизофренію — з інтерпретативними маячними ідеями) ефективність кломіпраміна була істотно нижче [1].

Застосування кломіпраміна при ОКР дещо відрізняється від такого при депресіях та паничних нападах. Початкові дози складають 25-50 мг / добу, їх поступово збільшують на 25-50 мг / добу. Терапевтичний ефект зазвичай розвивається при дозі 225-300 мг / добу [1].

У хворих з вираженням ОКР з тривалим перебігом можна відразу починати з внутрішньовенного крапельного введення 25-50 мг / добу з поступовим (за 5-10 днів) доведенням дози до 200-250 мг / добу [33]. Курс інфузної терапії становить два тижні. Найчастіше внутрішньовенні інфузії кломіпраміна (100-125 мг / добу) комбінують з прийомом препарату всередину (100-200 мг / добу) [33, 1].

Згідно огляду літературних джерел кломіпрамін можна вважати одним з оптимальних препаратів для лікування ОКР. Це стосується як його впливу на власне obsесивно-компульсивний розлад, так і на симптоматику тривоги і депресії, що є супутніми.

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС). У декількох систематичних оглядах з проведенням мета-аналізу на матеріалі більше 2000 хворих ОКР [22, 34, 35, 20, 36, 37] були отримані переконливі докази переваги СИЗС над плацебо. На даний момент ми зіткнулися з досить добре вивченою дією при ОКР флувоксаміну [38, 39, 40, 41], флуоксетина [42, 43], сертраліну [44, 45, 46], пароксетину [47, 48, 49] і циталопрама [50, 51, 52]. Вище перелічені препарати виявилися досить ефективними, тобто перевершували плацебо, по відношенню щодо зменшення вираженості ідеаторних нав'язливих думок, так і ритуальних дій, незалежно від того, наскільки вираженою була супутня депресивна симптоматика.



При систематичному прийомі препаратів та оптимально підібраній дозі ефект розвивається досить швидко (уже на 2-4-му тижні терапії) і поступово посилюється на 8-12-му тижні. Терапевтичні дози СІЗЗС близькі до максимальних і в середньому вище, ніж при лікуванні депресій. Для флувоксаміну вони складають 150-300 мг / добу, флуоксетину — 40-80 мг / добу, сертраліну — 150-250 мг / добу, пароксетину — 40-60 мг / добу і циталопраму — 40-60 мг / добу [53, 54, 55]. У деяких препаратів є пряма кореляція між дозою та ефективністю [51, 48].

У відсутність ефекту або недостатній ефективності лікування протягом 2-3 місяців слід насамперед ще раз оцінити правильність діагностики та дотримання хворим режиму терапії. Якщо в стані хворого є певна позитивна динаміка, то, мабуть, доцільно продовжити терапію в тих же або дещо вищих дозах ще протягом 2-3 місяців. Тривалість терапії серотонінергічними антидепресантами в середньому становить близько трьох місяців, але в деяких дослідженнях лікування проводилося протягом більше двох років [56, 57]. В більшій частині випадків, протягом року після відміни лікування даною групою препаратів, обсесивно-компульсивна симптоматика відновлюється, хоча у незначній частині хворих спостерігалася і більш стійка ремісія [56], особливо при використанні підтримуючої адекватної психотерапії. У разі прийняття рішення про скасування ефективної профілактичної терапії робити це потрібно поступово, зменшуючи дозу на 20-30% кожні 2-3 місяці [1].

Вивчаючи дані сучасної зарубіжної літератури, можна сказати, що монотерапія з використанням препаратів будь-якої групи, будучи це, антидепресанти з групи ТЦА чи СІЗЗС, антипсихотики чи використання інших науково обґрунтованих медикаментозних засобів, методик психотерапії, на сьогоднішньому етапі ми повинні розглядати лікування даної патології в інтегративному ключі. Тобто, поєднуючи: психотерапію з фармакотерапією (антидепресанти); антидепресанти з антипсихотиками; антидепресанти з стимуляторами; антидепресанти з регуляторами глутамату, і в свою чергу, підкріплюючи це веденням пацієнта на індивідуальній чи груповій психотерапії, використовуючи найбільш відповідну методику в психотерапії.

Останні дослідження, щодо доповнення лікування СІЗЗС з антипсихотиками другого покоління свідчать про деякі сумніви в ефективності використання арипипразола [58]. В двійному сліпому дослідженні були отримані результати, що підтверджують використання арипипразола в якості доповнення до терапії ОКР, в дозі 15мг/добу. Хоча, відкритим залишається питання переносимості додаткового використання

препаратів з групи антипсихотиків, при тривалому лікуванні ОКР.

У двох сліпих перехресних дослідженнях і деяких повідомлень щодо випадків зменшення важкості симптомів ОКР при використанні стимуляторів. Серед них використовувалися декстроамфетамін (30 мг/д) або великих доз кофеїну (300 мг/д), в якості доповнення до лікування резистентних форм ОКР [59].

І ще б хотілося відмітити дані щодо сучасних досліджень, які свідчать про можливу роль в патофізіології ОКР порушення регуляції збудження нйротрансмітера глутамату [60,61]. Дослідження продемонструвало ефективність топірамату, в якості додаткової терапії, ламотриджину (100 мг/д, починаючи з 25 мг/д підвищуючи дозу протягом 4 тижнів) [62].

### Висновки

Отже, при проведенні адекватної терапії вираженість нав'язливих думок може істотно зменшуватися, у більшості хворих прогноз в цілому не дуже сприятливий. Захворювання, як правило, має хронічний рецидивуючий характер.

Прогноз може бути більш сприятливим, якщо захворювання почалося в більш пізньому віці, рівень преморбідної адаптації був досить високий, а симптоми захворювання виражені помірно або легко.

При ранньому початку і наявності особистісних порушень прогноз значно погіршується. Вичурні нав'язливі думки або ритуальні дії, а також приєднання виражених компульсій і відсутність супротиву їм, також погіршують прогноз протікання даного захворювання. Істотно ускладнює перебіг ОКР приєднання депресії, яка, за деякими даними, спостерігається майже у 80% хворих. Суїцидальні ідеї досить часті при ідеаторних нав'язливостях, проте рідко призводять до суїциду.

Фармакотерапія в цілому може покращувати прогноз перебігу захворювання.

До факторів, несприятливо впливає на ефект терапії, відносять ранній початок захворювання, більшу його тривалість, наявність розладів особистості і особливо шизотиповий розлад особистості, високу частоту загострень і госпіталізацій, наявність важкої супутньої депресії, резистентність до попередньої терапії [1].

Враховуючи складний патогенетичний механізм формування ОКР терапія даного розладу повинна носити комплексний характер, включаючи психофармакотерапію з використанням різних груп препаратів в поєднанні з психотерапією та психоосвітньою роботою з метою підвищення рівня комплаєнтності пацієнта.

Терапія носить тривалий характер, скасування ліків повинна проводитися повільно з урахуванням індивідуальної реакції пацієнта та вираженості симптоматики.



**Література:**

1. Мосолов С.Н. Клинические рекомендации по терапии обсессивно-компульсивного расстройства (проект) / С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств.-М, 2006.-№1.-С. 49-58.
2. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2 томах. М.: Медицина, 1999.
3. Rasmussen S.A. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder / S.A. Rasmussen, J.L. Eisen // J Clin Psychiatry. 1994 Oct; 55 Suppl:5-10.
4. Rasmussen S.A. The epidemiology and clinical features of OCD / S.A. Rasmussen, J.L. Eisen // Psychiat. Clin. N. Am. 1992. № 15. P. 743-758.
5. Rasmussen S.A. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A review / S.A. Rasmussen, T.M. Tsuang // J Clin Psychiatry. 1984. V.45. P. 450-457.
6. Sherbourne C.D. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients / C.D. Sherbourne, C.A. Jackson, L.S. Meredith, P. Camp, K.B. Wells // Arch Fam Med. 1996 Jan;5(1):27-34.
7. Wiseman M.M. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder / M.M. Wiseman, R.S. Bland, G.L. Canino et al. // J Clin Psychiatry. 1994. V. 55. P. 5-10.
8. Гречко Т.Ю. Современные патогенетические подходы к терапии обсессивно-компульсивного расстройства (обзор литературы) / Т.Ю. Гречко // Прикладные информационные аспекты медицины.-Воронеж, 2008.-№ 11.- С. 21-24.
9. Gross R. Biological models of obsessive-compulsive disorder / Gross R., Sasson Y., Chopra M., Zohar J. // Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research and treatment. Swinson RP et al. (eds). New York: Guilford Press, 1998. P. 141 — 153.
10. Граненов Г.М., Мосолов С.Н. Применение антидепрессантов различных групп при терапии обсессивно-компульсивного расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. №7. С.70-74.
11. Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Под ред. проф. В.Н. Краснова и проф. И.Я. Гуровича.// Приложение к журналу «Социальная и клиническая медицина», М. 1999.
12. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987, 240 с.
13. Капилетти С.Г., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Монотерапия транскраниальной магнитной стимуляцией депрессивных и обсессивно-компульсивных состояний // Новые достижения в терапии психических заболеваний / под ред. проф. С.Н. Мосолова. М.: Бином, 2002. С. 593-605.
14. Alonso P., Pujol J., Cardoner N. et al. Right prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study // Am. J. Psychiatry. 2001. V. 158. P. 1143-5.
15. Greenberg B.D., George M.S., Martin J.D. et al. Effect of prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder // Amer. J. Psychiatry. 1997. V. 154. P. 867-869.
16. Jenike M.A. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder // Br. J. Psychiatry. 1998. № 5 (Suppl). P. 79-90.
17. Maletzky B., McFarland B., Burt A. Refractory obsessive compulsive disorder and ECT // Convuls. Ther. 1994. V. 10. P. 34-42.
18. Mindus P., Jenike M.A., Neurosurgical treatment of malignant obsessive-compulsive disorder // Psychiatry Clin. North. Am. 1992, V. 15. P. 921-938.
19. Marks I.M., Hodgson R., Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. A 2-year follow up and issues in treatment // Br. J. Psychiatry. 1975. V. 127. P. 294-364.
20. Kobak K.A., Greist J.H., Jeffersson J.W. et al. Behavioral versus pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis // Psychopharmacology. 1998. V. 136. P. 205-216.
21. Zohar J., Insel T.R. Obsessive compulsive disorder: psychological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology // Biol. Psychiatry. 1987. V. 22. P. 667-687.
22. Abramowitz J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review // J. Consult. Clin. Psychol. 1997. V. 65. P. 44-52.
23. Stein D.J., Fineberg N., Seedat S. An Integrated approach to treatment of OCD / Fineberg N., Marazziti D., Stein D.J. (eds) // Obsessive-Compulsive Disorder: A practical guide. Martin Dunitz, London, 2001.
24. Beaumont G. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder // J. Int. Med. Res. 1973. V. 1. № 1 (Suppl.). P. 423-424.
25. Escobar H., Landbloom R. Treatment of phobic neurosis with Clomipramine: A controlled clinical trial // Curr. Ther. Res. 1976. V. 20. P. 680-685.
26. Katz R.J., DeVeaugh-Geiss J., Landau P. Clomipramine in obsessive-compulsive disorder // Biol. Psychiat. 1990. V. 28. P. 401-414.
27. Lopes-Ibor J.J. Intravenous perfusion of monochlorimipramine // The present status of psychotropic drugs / Cerletti A. Bove F.J. (Eds.). 1969. P. 519-523.
28. Ananth J., Pecknold J., Van der Steen N. et al. Double-blind comparative study of Clomipramine and Amitriptyline in obsessive neurosis // Neuropsychopharmacology. 1981. № 5. P. 257-264.
29. Jenike M.A. Somatic treatment of obsessive-compulsive disorder. Theory and management // M.A. Jenike et al. (eds). Year book medical publishers. Chicago, 1989. P. 77-122.
30. Montgomery S., Zohar J. Obsessive-Compulsive Disorder. London: Martin Dunitz, 1999.
31. Thoren P., Asberg M., Bertilsson L. et al. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. A controlled clinical trial // Arch. Gen. Psychiat. 1980. V. 37. P. 1281-1294.

32. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов // Медицинское информационное агентство. СПб., 1995. 566 с.
33. Koran L.M., Sallee F.R., Pallanti S. Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry*. 1997. V. 154. P. 396-401.
34. Greist J., Jefferson J.W., Kodak K.A. et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in treatment of obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. V. 52. P. 53-60.
35. Janicak Ph. G., Davis J.M., Preskorn S.H., Ayd F. J. Principles and practice of psychopharmacology. Wilkins, 2nd ed., 1997.
36. Piccinelli M., Pini S., Bellanthono C., Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis review // *Br. J. Psychiatry*. 1995. V. 166. P. 424-443.
37. Stein D., Spadaccini E., Hollander E. Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive compulsive disorder // *Int. Clin. Psychopharmacology*. 1995. V. 10. P. 11-18.
38. Граненов Г.М., Мосолов С.Н. Применение антидепрессантов различных групп при терапии обсессивно-компульсивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. № 7. С. 70-74.
39. Jenike M.A., Hyman S., Baer L. et al. A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: Implications for a serotonergic theory // *Amer. J. Psychiatry*. 1990. V. 147. P. 1209-1215.
40. Mundo E., Maina G., Vslenghi C. Multicenter, double-blind, comparison of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2000. V.15. P. 69-76.
41. Tamimi R.R., Mavissakalian M.R., Jones B. et al. Clomipramine versus Fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder // *Ann. Clin. Psychiatry*. 1991. № 3. P. 275-279.
42. Jenike M.A., Baer L., Minichiello W.E. et al. Placebo-controlled trial of fluoxetine and phenelzine for obsessive-compulsive disorder // *Am. J. Psychiatry*. 1997. V. 154. P. 1261-1264.
43. Tollefson G.D., Rampey A.H., Potvin J.H. et al. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994. V. 51. P. 559-567.
44. Bisslerbe J.C., Lane R.M., Flament M. et al. A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in outpatients with obsessive-compulsive disorder // *Eur. Psychiatry*. 1997. V. 12. P. 82-93.
45. Hoehn-Saric R., Ninan P., Black D.W. et al. Multicenter double-blind comparison of sertraline and desipramine for concurrent obsessive-compulsive and major depressive disorders // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2000. V.57. P. 76-82.
46. Kronig M.H., Apter J., Asnis G. et al. Placebo controlled multicenter study of sertraline treatment for obsessive-compulsive disorder // *J. Clin. Psychopharmacol.* 1999. V.19. P. 172-176.
47. Steiner M., Bushnell W.D., Gerdell I., Wheaton D.E. Long-term treatment and prevention of relapse of obsessive-compulsive disorder with paroxetine // Presented at the APA meeting. Miami, Florida, May, 1995.
48. Wheaton D.E., Bushnell W.D., Steiner M. A fixed dose comparison of 20, 40 or 60 mg paroxetine to placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder // Presented at the 32th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, December, 1995.
49. Zohar J., Judge R. Paroxetine versus clomipramine // Presented at the Association of European Psychiatry meeting. Copenhagen, 1994.
50. Marazziti D., Dell'Osso L., Gemignani A. et al. Citalopram in refractory treatment of obsessive-compulsive disorder: an open study // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2001. V. 16. P. 215-219.
51. Montgomery S.A., Kasper S., Stein D.J. et al. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2001. V. 6. № 1. P. 75-86.
52. Stein D.J., Maud C.M., Bouwer C. Use of serotonin selective reuptake inhibitor citalopram in obsessive-compulsive disorder // *J.Serotonin Res.* 1996. № 1. P. 29-33.
53. Jefferson J.W., Altemus M., Gest J.H. et al. An algorithm for the pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder // *Psychopharm. Bull.* 1996. V. 31. P. 487-490.
54. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987, 240 с.
55. Zohar J., Kasper S., Stein D. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder // *Decision making in psychopharmacology*. Martin Dunitz, London, 2002. P. 69-81.
56. Montgomery S.A. Long-term management of obsessive-compulsive disorder // *Int Clin Psychopharmacol.* 1997. V. 11. P. 23-30.
57. Rasmussen S.A., Hackett E., DuBoff E. et al. A 2-year study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1997. V. 12. P. 309-316.
58. Muscatello M.R., Bruno A., Pandolfo G., Micò U., Scimeca G., Romeo V.M., Santoro V., Settineri S., Spina E., Zoccali R.A. Effect of aripiprazole augmentation of serotonin reuptake inhibitors or clomipramine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study // *J Clin Psychopharmacol.* 2011 Apr;31(2):174-9.
59. Koran L.M., Aboujaoude E., Gamel N.N. Double-blind study of dextroamphetamine versus caffeine augmentation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder // *J Clin Psychiatry*. 2009 Nov;70(11):1530-5.
60. Pittenger C., Bloch M.H., Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment // *Pharmacol Ther.* 2011 Dec;132(3):314-32.
61. Wu K., Hanna G.L., Rosenberg D.R., Arnold P.D. The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder // *Pharmacol Biochem Behav.* 2012 Feb;100(4):726-35.
62. Bruno A., Micò U., Pandolfo G., Mallamace D., Abenavoli E., Di Nardo F., D'Arrigo C., Spina E., Zoccali R.A., Muscatello M.R. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study // *J Psychopharmacol.* 2012 Nov;26(11):1456-62.

УДК 616.89-008.48-036.2(353.2)

## Регіональні особливості динаміки захворюваності непсихотичних психічних розладів у сільського населення України

Зінченко О. М.

Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

**Резюме.** В работе представлены результаты исследования региональных особенностей динамики заболеваемости и распространенности непсихотичных психических расстройств у сельского населения Украины.

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, органические непсихотические психические расстройства, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, заболеваемость, распространенность, сельское население, психиатрическая помощь.

## Regional peculiarities dynamics of non-psychotic mental disorders in rural areas of Ukraine

Zinchenko O. M.

Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

**Resume.** The paper presents results of a study of regional peculiarities of the incidence and prevalence of non-psychotic mental disorders in rural Ukraine.

**Keywords:** nonpsychotic mental disorders, organic nonpsychotic mental disorders, neurotic, stress-related and somatoform disorders, the incidence, prevalence, rural population, psychiatric help.

Стратегія розвитку охорони здоров'я повинна формуватися з урахуванням сучасних оцінок захворюваності, зрушень у її стані, у відповідності до існуючих рівнів та тенденцій змін статеві-вікового складу населення, регіональних особливостей. Відомо, що захворюваність населення є об'єктивним явищем виникнення і поширення патології серед населення в результаті взаємодії з навколишнім середовищем.

В останні роки значна увага приділяється вивченню регіонального аспекту психічного здоров'я населення, що дозволяє аналізувати процеси виникнення і поширення захворюваності, тобто встановлювати вплив різних медико-соціальних умов і чинників довкілля на захворюваність населення. З метою вивчення регіональних особливостей динаміки первинної та загальної захворюваності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру у сільського населення України нами проведено аналіз статистичних даних звітних форм № 10 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки» за період з 2000 по 2013 роки.

Адміністративно-територіальні одиниці України були розподілені на наступні регіони, а саме:

- Західний регіон — Волинська, Рівненська, Львівська, Тернопільська, Івано-Франківська, Закарпатська, Чернівецька області;
- Центральний регіон — Київська, Житомирська, Хмельницька, Вінницька, Черкаська, Кіровоградська області;
- Північно-Східний — Чернігівська, Сумська, Полтавська області;
- Східний — Харківська, Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Запорізька області;

- Південний — АР Крим, Одеська, Миколаївська, Херсонська області.

Рівень поширеності та захворюваності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру у сільського населення України має помітні коливання в різних регіонах, що пов'язано з наявністю чинників ризику і соціально-демографічних показників, які відрізняються територіально. Так, поширеність непсихотичних психічних розладів серед всього сільського населення у 2013 році на 100 тис. по Україні склала 1059,1, а у Закарпатській — 1315,7, Черкаській — 1302,2; Хмельницькій — 1292,4; Івано-Франківській — 1287,7, в той час як у Донецькій — 663,3; Запорізькій — 705,1; Полтавській — 748,6; Вінницькій — 756,4.

Аналіз динаміки показника поширеності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру в регіонах серед сільського населення за період з 2000 по 2013 роки показав, що показник поширеності зростав протягом усього досліджуваного періоду; найбільше у Північно-Східному та Південному регіонах (табл. 1).

Середній показник захворюваності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру у сільського населення у 2013 році дорівнював 128,9 на 100 тис. сільського населення, в той час як у Житомирській — 256,7 (перевищення на 99,15%), у Донецькій — 72,4 (менший на 56,17 %).

Аналіз динаміки захворюваності розладів психіки та поведінки непсихотичного характеру в регіонах серед сільського населення за період з 2000 по 2013 роки показав, що захворюваність, виражена в абсолютних числах,

Таблиця 1.

Динаміка показників загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспсихотичного характеру у сільського населення України за 2000–2013 роки

Регіони	Поширеність у абс. числах і у показнику на 100 тис. сіл. населення.				
	Абс.		Темп приросту у 2013 до 2000 р., %	на 100 тис. сіл. нас.	
	2000	2013		2000	2013
Західний	50494	54710	+8,35	994,09	1119,84
Центральний	42101	38710	- 8,05	1024,48	1129,27
Північно-Східний	15486	13558	- 12,45	921,03	1059,0
Східний	20253	19511	- 3,66	776,66	876,68
Південний	22423	24280	+ 8,28	885,3	1044,98

Таблиця 2.

Динаміка показників захворюваності на розлади психіки та поведінки неспсихотичного характеру у сільського населення України за 2000–2013 роки

Регіони	Захворюваність у абс. числах і у показнику на 100 тис. сіл. населення				
	Абс.		Темп приросту у 2013 до 2000 р., %	на 100 тис. сіл. нас.	
	2000	2013		2000	2013
Західний	7726	5964	- 22,81	153,59	109,49
Центральний	7321	6260	- 14,49	177,8	180,48
Північно-Східний	2224	1882	- 15,38	132,9	140,23
Східний	2502	2449	- 2,12	92,92	108,36
Південний	3159	2389	- 24,37	129,83	99,1

Таблиця 3.

Динаміка показників захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади у сільського населення України за 2000–2013 роки

Регіони	Захворюваність у абс. числах і у показнику на 100 тис. сіл. нас.				
	Абс.		Темп приросту у 2013 до 2000 р., %	на 100 тис. сіл. нас.	
	2000	2013		2000	2013
Західний	2163	1493	- 30,98	43,77	31,83
Центральний	2377	2486	+4,59	61,07	72,53
Північно-Східний	720	585	- 18,75	42,27	42,07
Східний	969	1010	+ 4,23	36,84	43,74
Південний	940	780	- 17,02	39,4	31,78

знизилися у всіх регіонах, зокрема найбільше у Західному та Південному регіонах. Проте захворюваність, виражена у відносних величинах, тобто в інтенсивних показниках зросла у Центральному, Північно-Східному та Східному регіонах (табл. 2).

При аналізі захворюваності неспсихотичної психічної групи у жителів села слід зазначити значну питому вагу невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (34,6%).

У структурі зареєстрованої захворюваності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у 2013 році зазначені розлади займали перше рангове місце.

У 10 адміністративно-територіальних одиницях України зафіксовано перевищення середньоукраїнського показника на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, зокрема найвищі показники захворюваності зареєстровано в Житомирській (123,1), Київській (100,1) та Кіровоградській (78,3 на 100 тис. сільського населення) областях. Найнижчі в Львівській (13,5), Запорізькій (17,4), та Волинській (22,3 на 100 тис. сільського населення) областях.

У розрізі регіонів простежується тенденція до зниження рівня показників на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади у Західному, Північно-Східному та Південному регіонах (табл. 3).

Друге рангове місце у структурі зареєстрованої захворюваності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у 2013 році у сільського населення займали органічні неспсихотичні розлади.

Серед окремих адміністративних територій у 2013 році найвищі показники серед сільського населення продовжують реєструватися у Київській (98,7), Чернігівській (69,2) та Черкаській (57,4 на 100 тис. сільського населення) областях.

Найнижчі показники захворюваності неспсихотичних психічних розладів органічного походження у сільського населення спостерігаються у Рівненській (14,8), Волинській (21,1) та Донецькій (22,9 на 100 тис. сільського населення) областях.

Протягом 14-річного періоду показники захворюваності неспсихотичних психічних розладів органічного походження у



Таблиця 4.

Динаміка показників захворюваності неспсихотичних психічних розладів органічного походження у сільського населення України за 2000–2013 роки

Регіони	Захворюваність у абс. числах і у показнику на 100 тис. сіл. населення				
	Абс.		Темп приросту у 2013 до 2000 р., %	на 100 тис. сіл. нас.	
	2000	2013		2000	2013
Західний	1579	1544	- 2,22	30,96	31,34
Центральний	1452	1825	+ 25,69	34,58	50,92
Північно-Східний	500	621	+24,2	30,8	49,8
Східний	548	738	+34,67	21,64	33,44
Південний	737	620	-15,88	28,55	26,45

Таблиця 5.

Динаміка показників поширеності неспсихотичних психічних розладів органічного походження у сільського населення України за 2000–2013 роки

Регіони	Поширеність у абс. числах і у показнику на 100 тис. сіл. населення				
	Абс.		Темп приросту у 2013 до 2000 р., %	на 100 тис. сіл. нас.	
	2000	2013		2000	2013
Західний	14366	18167	+ 26,46	280,29	366,11
Центральний	13970	13477	- 3,53	338,92	384,9
Північно-Східний	5835	6129	+ 5,04	345,7	484,3
Східний	6545	7368	+ 12,57	250,0	335,94
Південний	8112	7109	- 12,36	315,8	354,55

Таблиця 6.

Динаміка показників поширеності невротичних, пов'язаних із стресом та соматоформні розлади у сільського населення України за 2000–2013 роки

Регіони	Поширеність у абс. числах і у показнику на 100 тис. сіл. населення				
	Абс.		Темп приросту у 2013 до 2000 р., %	на 100 тис. сіл. нас.	
	2000	2013		2000	2013
Західний	12705	15024	+ 18,25	253,44	308,11
Центральний	11552	11141	- 3,56	286,23	325,32
Північно-Східний	3890	3298	- 15,22	233,47	258,03
Східний	7008	6807	- 2,87	268,34	299,7
Південний	6144	6744	+ 9,77	252,63	290,23

сільського населення збільшилися у Західному, Центральному, Північно-Східному та Східному регіонах.

І тільки у Південному регіоні спостерігалася тенденція до зниження зазначених показників (табл. 4).

В структурі поширеності розладів неспсихотичного характеру у 2013 році найбільшу питому вагу займали органічні неспсихотичні психічні розлади (35,56%).

Серед адміністративних територій України відзначалися коливання цього показника від максимальних у Чернігівській (662,4) та Київській (545,9) областях до мінімальних у Рівненській (245,6) та Запорізькій (246,6 на 100 тис. сільського населення) областях.

Аналіз динаміки поширеності неспсихотичних психічних розладів органічного походження у сільського населення України за період з 2000 по 2013 роки показав, що показник поширеності зростав протягом усього досліджуваного періоду; найбільше у Північно-Східному та Східному регіонах (табл. 5).

Друге рангове місце в структурі поширеності неспсихотичних психічних розладів у 2013 році

у сільського населення України займали невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади.

Найбільш високі показники поширеності невротичних, пов'язаних із стресом та соматоформних розладів у жителів села реєструвалися у Закарпатській (582,4), Дніпропетровській (455,7) та Черкаській (392,2 на 100 тис. сільського населення) областях. Мінімальні значення показника відзначалися у Рівненській (178,6), Полтавській (178,9) та Запорізькій (200,8 на 100 тис. сільського населення) областях.

За період з 2000–2013 рр. у сільського населення України спостерігається тенденція до зростання показників поширеності невротичних, пов'язаних із стресом та соматоформних розладів у всіх регіонах (табл. 6).

Проведений аналіз дозволив виявити регіональні особливості динаміки первинної та загальної захворюваності розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у сільського населення України які потрібно враховувати при розробці організаційних заходів оптимізації системи надання допомоги зазначеному контингенту хворих.

## Реформирование психиатрической службы в Украине: проблемы и перспективы



Кутько И. И.



Панченко О. А.



Рачкаускас Г. С.

Кутько И.И.<sup>1</sup>, Панченко О.А.<sup>1</sup>, Рачкаускас Г.С.<sup>2</sup>, Линеv А.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

<sup>2</sup> Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

<sup>3</sup> ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

**Резюме.** Реформирование системы оказания психиатрической помощи в Украине является частью общей государственной реформы системы оказания специализированной медицинской помощи. Развитие организационной структуры и нормативной базы психиатрической службы в Украине осуществляется в соответствии с положениями международных правовых актов. Значительной проблемой являются зачастую подогреваемые средствами массовой информации антипсихиатрические настроения населения. Не случайно, основной акцент в обсуждении проблем оказания психиатрической помощи переносится с проблем лечения, реабилитации и социальной поддержки больных с психическими расстройствами и их семей на проблематику предупреждения правовых злоупотреблений при оказании помощи этим пациентам.

В статье анализируются основные проблемы, стоящие перед психиатрической службой и возможные перспективы их решения в ходе реформы системы психиатрической помощи.

Статья рассчитана на врачей психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики – семейной медицины, а так же психологов, педагогов и социальных работников, оказывающих помощь больным с психическими расстройствами.

### Reform the psychiatric service in Ukraine: problems and perspectives

Kutko I. I.<sup>1</sup>, Panchenko O. A.<sup>1</sup>, Rachkauskas G.S.<sup>2</sup>, Linev A.N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SI «Scientific-practical medetsinsky of rehabilitation-diagnostics center MH of Ukraine»

<sup>2</sup> Luhansk Regional Clinical Psychoneurological Hospital

<sup>3</sup> SE «Lugansk State Medical University»

**Актуальность обсуждения проблем реформирования** системы оказания психиатрической помощи, связана с рядом парадоксов в отражении этой тематики в средствах массовой информации, включая освещение этих вопросов врачами в ходе санитарно-просветительной работы [23,39,48].

Многочисленные публикации в средствах массовой информации посвящены одностороннему освещению малопроверенных фактов оказания психиатрической помощи вопреки желанию пациента, которые односторонне оцениваются общим и достаточно расплывчатым термином **злоупотреблений в психиатрии**. Предвзято негативный тон, а порой и просто

диффамационный характер таких сообщений формируют в общественном сознании безрадостный образ психиатрических больниц и отделений, только как мест изоляции и принудительного лечения лиц, находящихся в состоянии конфликта с социальным окружением [12,23,31,38,39,48].

Практически вне поля общественного внимания остаются значительные размеры контингента больных с психотическими и непсихотическими психическими расстройствами, нуждающихся в специализированной помощи, сложной реабилитации и программной социальной поддержке [6,8,10,21,24,25,29,31,32,33,34,36,41].

Следует отметить, что особенностью финансирования психиатрической помощи является с одной стороны наличие значительной потребности во внешних (в первую очередь государственных) инвестициях, а с другой стороны — увеличение объема финансирования только до определенного уровня сопровождается улучшением рейтинговых показателей оказания помощи. Так, в США решением администрации президента Дж. Картера даже создавалась специальная комиссия, изучавшая вопрос о разработке критериев определения размеров целесообразного (эффективного) увеличения объема государственного финансирования психиатрической службы [6,10,29,31,33,34,47].

Действующие в Украине нормативные акты о порядке оказания неотложной психиатрической помощи (без согласия пациента) формально ограничивают возможность оказания такой помощи больному с сохранной способностью к осознанному волеизъявлению. Однако это создает предпосылки для деонтологических нарушений иного рода с возможностью отказа в медицинской помощи нуждающемуся больному, формально сославшись на его зачастую эмоционально обусловленный и непродуманный отказ от лечения [14,28,30].

Наконец, основной проблемой в оказании помощи, социальных реабилитации и поддержки больных с тяжелыми психическими расстройствами являются укоренившиеся в общественном сознании населения европейского континента в целом и Украины в частности так называемые **антипсихиатрические настроения населения** [12,24,29,31,33,34,35,39,47,48].

Этот социальный феномен можно определить как ксенофобическое неприятие больных с тяжелыми психическими расстройствами с категорическим нежеланием иметь их в своем ближайшем социальном окружении. При этом отрицается биологическая природа психических расстройств, которые считаются проявлением негативных характерологических особенностей человека. Соответственно, диагноз психического расстройства расценивается как грубое социальное клеймо, необратимо дискредитирующее личность [23,31,34,38,39,41,48].

Прямым следствием неприятия больного с тяжелым психическим расстройством социальным окружением является лицемерное обвинение психиатрической службы в социально-репрессивных функциях. Неизбежно появляются раздуваемые падкими на сенсации средствами массовой информации мифологемы о «клейме диагноза, которое сделало человека инвалидом», «жестокое лечение после которого человек стал нетрудоспособным овощем», и в

конечном счете о том «как нормального человека психиатры сделали психически больным дураком» [12,23,38,39,48].

Одной из основных особенностей современного этапа развития психиатрии является **феномен глобализации**, декларированный маастрихтскими соглашениями. В частности идеологической основой правовой базы оказания психиатрической помощи являются положения Международного Билля о правах человека и Хельсинской декларации о правах человека, постулирующие положение о праве свободного выбора (в частности о праве больного отказаться от медицинской помощи) [4,14,15,30,31,34].

Эти принципы положены в основу **Закона Украины о психиатрической помощи** населению, предусматривающем приоритетное значение государственного финансирования психиатрической службы, общую доступность психиатрической помощи, приближенность психиатрической службы к населению, добровольность получения медицинской помощи, доступность для пациента и его представителей информации о состоянии его здоровья, лечении и реабилитации, конфиденциальность оказания лечебно-реабилитационной помощи и подконтрольность психиатрической службы юридически-правовым и общественным правозащитным организациям [24,28,29,30,34].

Значимыми для оказания медицинской помощи при психических расстройствах являются положения современных деклараций по биологической и медицинской этике, обосновующих **принцип «безопасной медицинской помощи»** со стремлением к минимальному количеству побочных явлений даже ценой отказа от получения максимально возможного терапевтического эффекта [4,5,14,15,27,28].

Не случайно, ведущими на современном этапе развития являются два направления в психиатрии. Так называемое **эkleктическое направление** сочетает синдромологический и психодинамический подходы для создания общедоступных единых стандартов, критериев, алгоритмов, протоколов диагностики, обследования, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами [6,10,26].

Вторым по значимости является направление основанное на отстаивании права пациента с психическими расстройствами на безопасную медицинскую помощь в соответствии с требованиями биологической и медицинской этики. В литературе это течение, в общем некорректно, определяется как **антипсихиатрическое направление** [31,34,35].

В соответствии с его идеологией диагностика психического расстройства должна

проводиться таким образом, чтобы как можно меньше ограничивать социальные возможности больного. Соответственно лечение психического расстройства должно планироваться так, чтобы минимизировать побочные явления терапии [14,34,35].

На современном этапе развития психиатрии большое внимание уделяется проблеме **феномена стигматизации** больных с психическими расстройствами, с неприятием их социальным окружением. При этом стигмой служат негативные представления о психически больном в общественном сознании, сформировавшиеся на уровне архетипов [23,31,34,38,39,48].

Факторами, способствующими стигматизации являются: наличие психопатологической симптоматики, нарушающей поведение; побочные явления биологической терапии, снижающие качество жизни и социальные ограничения, связанные с диспансерным наблюдением у врача-психиатра с диагнозом тяжелого психического расстройства. В частности сюда относятся регламентированные нормативными актами ограничения возможности трудоустройства по значительному ряду специальностей, находиться на военной и государственной службе, работать на аттестованной должности, водить транспортное средство [23,24,31,35,38,39,47,48].

Закон Украины о психиатрической помощи предусматривает обязательную диагностику психического расстройства в соответствии с Международными статистическими классификациями и Диагностическими руководствами [16,19,24,28,40,49].

Однако ограничить диагностическую оценку только операциональной диагностикой рубрик Международных классификаций представляется неоправданным. Диагностическая формулировка должна включать функциональный диагноз с оценкой тяжести состояния и течения расстройства в соответствии с концептуальными национальными классификациями. Это требует дальнейшей работы по созданию отечественных руководств и методических пособий с углубленным анализом вопросов функциональной диагностики [8,24,25,29,30,31,32,33, 34,36,37,43].

Операциональная диагностика должна основываться на **принципе мультиаксиальной оценки** состояния пациента с констатацией психопатологических синдромов, аномалий личности и нарушений развития, неврологической и органной патологии, унифицированной оценки влияния внешних психотравмирующих факторов, уровня социальной адаптации и качества жизни [6,7,19,26,43,49].

Следует продолжить разработку отечественных глоссариев для единой стандартизированной синдромологической квалификации

психопатологических симптомокомплексов [24,31,34,37,43].

Диагностический процесс в конечном счете должен быть направлен на оценку прогноза психического расстройства и **реабилитационного потенциала** больного [1,18,29,33,34,36,42].

Безусловного внимания заслуживает методологическое обоснование практики **этапной диагностики**, включая возможности «виражей в диагностике» с возможностью выбора диагностической формулировки оптимально соответствующей задачам конкретного этапа активной реабилитации с возможностью **дестигматизации** пациента [31,33,48]. Подгонять формулировку диагноза, чтобы потом неадекватный человек размахивал им как флагом

В соответствие с современными этически-правовыми нормами оказания лечебно-реабилитационной помощи в психиатрии в Украине принято два нормативных документа. **Критерии диагностики и лечения** психических расстройств и расстройств поведения должны стать **критериями аккредитации**, регламентирующими объем минимально необходимой помощи [16,24,25,40].

**Клинические протоколы** оказания медицинской помощи по специальности «психиатрия» определяют общую тактику лечения с постулирование принципа «безопасной медицинской помощи», в соответствии с которым мы начинаем лечение с препаратов новых поколений с лучшим профилем переносимости, хотя и меньшей мощностью терапевтического эффекта [27,40].

Однако, как показывает опыт, трафаретное применение протокольного лечения при хронических заболеваниях позволяет получить достаточный эффект только у 60% пациентов [1,6,10,21,25,26,31,32,33,42].

Актуальной проблемой остаются негативные проявления терапевтического патоморфоза эндогенных психических расстройств в виде хронификации эпизодов с «буферностью» симптоматики к стандартной терапии [1,8,31,33,36,42].

Представляется важной дальнейшая разработка дифференцированных схем гибкой индивидуально адекватной психофармакологической терапии в том числе резистентных состояний [1,25,26,31,32,33,36].

Нуждается в дальнейшем уточнении показаний для применения методов общебиологического воздействия (электроконвульсивная, инсулинокоматозная терапия, краниocereбральная гипотермия), детоксикации (гемосорбция, плазмаферез, энтеросорбция); иммуномодуляторов (включая внутрисосудистое лазерное облучение крови) [1,16,21,22,31,33,36].



Целесообразно дополнение стандартных схем биологической терапии методами немедикаментозного лечения, включая методы разномодальной направленной стимуляции мозговых структур (латеральная терапия, парнополяризационная терапии которые имеют доказательную базу, транскраниальная магнитная стимуляция) для потенцирования биологической терапии, преодоления резистентности и устранения резидуальной симптоматики [13,21,24,25,46].

Нуждается в дальнейшем изучении и внедрении в практику лечения психических расстройств рефлексотерапия (иглорефлексотерапия и электроакупунктура) которые могут применяться как врачами-психиатрами имеющими сертификат врача специалиста по **ИРТ** так и врачами общей практики [2,13,21,24,25].

Характеризуя проблемы развития и реформирования системы оказания психиатрической помощи в Украине следует **остановиться на особенностях работы с различными контингентами больных с психическими расстройствами.**

Группа больных с **эндогенно-процессуальными психическими расстройствами** (класс **F2 ICD-10** — шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) составляют значительную по численности категорию больных. Так, распространенность этой патологии в популяции составляет до 3% для класса F2 и около 1% для шизофрении F20 [6,10,21,31,36,44,47].

Вопреки бытующему мнению эти состояния достаточно курабильны. Только у 30% больных заболевание имеет неблагоприятный характер и ведет к инвалидизации. У большинства больных (около 40% пациентов) хорошо поддаются лечению эпизоды и эффективна профилактическая терапия. Более того — у 30% больных удается достичь ремиссий высокого качества и длительности, которые могут приравняться к полному выздоровлению [6,8,10,21,31,32,33,36,44,47].

Однако высокая эффективность помощи возможна только при условии непрерывного проведения длительного, сложного и дорогостоящего лечения. Так, длительность поддерживающего лечения должна составлять 1 год после первого эпизода, 3 года после второго, 5 лет после третьего и неограниченно длительное время после четвертого и последующих эпизодов. Стоимость лечения эндогенно-процессуальных психозов превышает стоимость лечения сердечно-сосудистой патологии и уступает только объему финансовых затрат при онкологических болезнях [6,10,17,21,24,26, 31,32,33,36,47].

О значимости диспансерного наблюдения этого контингента больных свидетельствует

тот факт, что в США (где доминирует страховой принцип финансирования учреждений психиатрической службы, что затрудняет диспансеризацию) до 60% бездомных лиц составляют больные шизофренией (не имеющие страхового полиса) [6,10,21].

Значительная численность этой категории пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении, делают проблематичным обеспечение регулярных осмотров этих пациентов врачами-психиатрами во время амбулаторного лечения.

Так, врач-психиатр амбулаторного приема осматривает раз в месяц только небольшую часть этих пациентов, нуждающихся в активных лечебно-реабилитационных мероприятиях. В среднем больные с эндогенно-процессуальными расстройствами осматриваются врачами-психиатрами поликлинического звена не чаще, чем раз в три месяца, а больные, находящиеся в стадии стойкой ремиссии — раз в шесть месяцев [16,24,30,31,33].

С учетом реальной пропускной способности амбулаторного звена психиатрической службы обеспечить регулярный врачебный осмотр этих больных хотя бы ежемесячно не представляется возможным. Вероятным решением этой проблемы будет курация этих пациентов врачами общей практики-семейной медицины на основании рекомендаций врача-психиатра амбулаторной сети при очередном осмотре [24].

Значимой проблемой является ресоциализация этого контингента больных. Так, группу инвалидности имеют только 15-20% пациентов с эндогенно-процессуальными расстройствами [21,31,33,36,47]. Необходима отдельная совместная программа медицинских и социальных служб, включая службу занятости по трудоустройству этих пациентов. Вопросы экспертизы профессиональной пригодности этих больных, находящихся в состоянии ремиссии и не имеющих группы инвалидности должны решаться с минимальными ограничениями социальных возможностей больного.

У пациентов с регоспитализациями во время повторяющихся эпизодов важной задачей является обеспечение непрерывности лечебно-реабилитационной помощи с полной преемственностью стационарного, амбулаторного лечения и риадаптационных мероприятий. Это делает актуальным дальнейшее внедрение принципа **бригадно-территориального обслуживания**, когда пациент имеет постоянных врачей-психиатров в стационаре и амбулаторно-поликлиническом звене, врача общей практики-семейной медицины, психолога и социального работника, которые оказывают ему лечебно-реабилитационную помощь [1,17,24,30,40].

Отдельную и значительную по численности группу больных составляют **пациенты с пароксизмальными состояниями** (эпилепсия и эпилептиформные синдромы). Так, распространенность эпилепсии в населении составляет до 0,9% популяции [6,8,10,29,31,33,34,36].

Пароксизмальные состояния включены в раздел **G ICD-10**, в то же время психические расстройства при эпилепсии диагностируются с использованием рубрик класса **F0** [11,19].

Однако одновременная, скоординированная диспансеризация этих пациентов у врачей неврологов и психиатров, как показывает опыт, не представляется перспективной. Вероятно оправданным будет практика наблюдения этих больных у отдельного специалиста психиатра-эпилептолога, в штате психиатрической службы [24,29,31,33,34,36].

Несомненно, следует дополнить протокольные требования к обследованию этих пациентов наряду с мониторингом электроэнцефалограммы раз в шесть месяцев обязательным томографическим нейроморфологическим исследованием (в первую очередь с использованием общедоступной аксиальной компьютерной томографии) [16,29,31,33,34,36].

Эффективная помощь этим больным возможна только при проведении длительной (как правило многолетней) непрерывной терапии антиконвульсантами. Специалист эпилептолог сможет осматривать больных в регионе обслуживания со средней частотой не более одного раза в шесть месяцев. Поэтому текущее амбулаторное лечение этих больных будет проводиться врачами общей практики-семейной медицины в соответствии с рекомендациями эпилептолога [24].

К числу значимых проблем реабилитации этой категории больных относится их трудоустройство с учетом множества противопоказаний, перечисленных в действующих нормативных актах и неоправданными опасениями работодателей и сослуживцев возможных последствий пароксизма на рабочем месте [18,30].

Это делает актуальной задачей врачей, психологов и социальных работников проведение разъяснительной и психообразовательной работы в коллективах, где трудятся эти больные, направленной на преодоление неприятия пациентов с пароксизмальными состояниями.

Проводя экспертизу профессиональной пригодности больных с эпилепсией и эпилептиформными синдромами с продолжающимися пароксизмами следует учитывать только возможность непосредственного контакта с опасными ситуациями (например, не представляет опасности ремонт остановленного механизма или отключенного электроприбора) [18,30].

В случаях решения экспертных вопросов с больными, находящимися в состоянии стойкой и длительной ремиссии (эпиприпадки в анамнезе, нет возобновления пароксизмов после прекращения приема антиконвульсантов) следует по возможности раньше и чаще употреблять диагностическую формулировку “практическое выздоровление”, позволяющее свести к минимуму социальные ограничения.

Следует отметить многочисленные проблемы организации психиатрической помощи **больным с органическими и симптоматическими психическими расстройствами**.

В общемедицинской практике встречаются **транзиторные кратковременные эпизоды симптоматических и органических психозов**, как правило со спутанностью сознания, осложняющие течение тяжелых заболеваний внутренних органов и нервной системы (пневмонии у детей, детские инфекции, сепсис при ожоговой болезни, острый период черепно-мозговых травм, динамика агональных состояний в практике врачей-реаниматологов и коматозных состояний при эндокринной патологии). В большинстве случаев эти пациенты не консультируются врачами-психиатрами. Хотя при таких состояниях наряду с лечением основного заболевания как правило требуется комплексная терапия, включающая нейрометаболические и психотропные препараты, направленная на купирование психотического эпизода и предотвращение развития стойких когнитивных нарушений [16,24,26,29,31,33,34,36,40].

Значимой и нерешенной проблемой остается лечение невротических и неврозоподобных расстройств в огромной популяции больных с так называемыми **психосоматическими заболеваниями** (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хронические гастриты и энтероколиты, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, нейродермиты, сахарный диабет у лиц пожилого возраста). Действующие протоколы медицинской помощи этим больным по соответствующим клиническим специальностям не включают в полном объеме лечения неизбежных при этих болезнях непсихотических психических расстройств [29,31,33,34,36,40].

В соответствии с Законом Украины о психиатрической помощи невротические и неврозоподобные симптомокомплексы у этих пациентов могут диагностироваться только врачом-психиатром с изложением лечебных рекомендаций в соответствии с клиническим протоколами по психиатрии. Врачи общей практики и врач-интернисты должны быть ознакомлены с критериями и протоколами оказания помощи при непсихотических расстройствах у этих больных и проводить терапию этой симптоматики

одновременно с лечением основного заболевания [24,28,30].

Значимую в социальном плане группу лиц, нуждающихся в психиатрической помощи составляют **ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС**. В связи с явлениями пострадиационной энцефалопатии у этих пациентов имеют место органические неврозоподобные, аффективные и психотические расстройства на фоне, обусловленных энцефалопатией, личностных и когнитивных нарушений. Как показывает опыт, практически все больные этой группы должны диспансерно наблюдаться у врача-психиатра и проходить плановое лечение в отделениях пограничных состояний [24,29,31,33,34,40], что нашло своё оптимальное внедрение и высокую реабилитационную тактику на протяжении более двух десятилетий в ГУ «Научно — практический медицинский реабилитационно — диагностический центр МЗ Украины», под руководством д.м.н., профессора заслуженного врача Украины О.А.Панченко. Эта модель реабилитации больных может быть с успехом применима и у лиц с социально-стрессовыми расстройствами.

В связи с сохраняющейся тенденцией к старению населения в популяции растёт удельный вес **лиц пожилого возраста**. К числу значимых проблем в оказании психиатрической помощи этой категории населения следует отнести: нарастающую с возрастом распространённость лиц с когнитивными нарушениями вследствие сосудистых и сенильно-атрофических нарушений; большую частоту, тяжесть и длительность депрессий, более частое возникновение экзогенных психозов, в целом большую распространённость суицидальных тенденций [8,10,16,24,31,33,34,36].

Диагностика этих расстройств и назначение лечебно-реабилитационной программы в соответствии с отдельными протоколами предполагает обязательную консультацию врача-психиатра. В дальнейшем безусловно, большая часть этих пациентов будет курироваться врачами-общей практики-семейной медицины в соответствии с рекомендациями психиатра [24,28].

Важной по численности больных, технически сложной и драматической проблемой является помощь больным с **сосудистой деменцией и болезнью Альцгеймера**, нуждающимся в постоянном постороннем уходе [6,8,10,24,29,31,33,34,36].

С одной стороны ведущей задачей помощи этим пациентам является реабилитация, направленная на максимально возможное сохранение навыков самообслуживания в привычных (домашних) условиях [24,29,31,33,34,36].

С другой стороны эффективная реализация лечебно-реабилитационной программы возможна только при проведении сложной, комплексной фармакологической терапии нейрометаболическими и психотропными препаратами, направленной как на коррекцию когнитивных нарушений, так и на купирование коморбидной психотической и депрессивной симптоматики [8,10,16,24,29,31,33,34,36,40].

Безусловно требуется создание отдельной программы медико-социальной помощи этой категории больных. Представляется целесообразным создание в психиатрических отделениях специализированных геронтологических коек. Во время краткосрочной госпитализации (до 4 недель) этих пациентов будет корректироваться психотическая и депрессивная симптоматика и подбираться поддерживающая терапия для дальнейшего амбулаторного лечения в домашних условиях.

В дальнейшем семье больного должна быть оказана комплексная лечебно-реабилитационная и социальная помощь силами медицинских работников первичного звена, психологов и социальных служб с привлечением волонтеров общественных благотворительных организаций, включающая как уход за пациентом так и медико-психологическое консультирование и социальную поддержку членов его семьи.

Одной из центральных проблем оказания психиатрической помощи населению является лечение и реабилитация обширной группы **депрессивных расстройств**. Так популяционная распространённость лиц, страдающих депрессией составляет до 6% населения. В течение жизни депрессивный эпизод переносят до 20% женщин и до 10% мужчин. При этом современная длительность депрессивного эпизода составляет в среднем от 3 до 5 лет [6,8,10,24,25,31,33,36,40].

В популяции больных преобладают так называемые «маскированные» формы нетяжелых депрессий с «фасадом» в виде коморбидных невротических и соматоформных расстройств. Проблемными представляются как диагностика депрессии (в большинстве случаев констатируется не ранее, чем через год после начала эпизода), так и оказание больному эффективной лечебно-реабилитационной помощи [8,24,25,31,33].

В силу присущей этим больным алекситимии (неспособности правильно оценить свое эмоциональное состояние) проблемой становится достижение комплайенса (соглашения с пациентом о необходимости выполнения врачебных назначений) [8,25,33,36].

В силу характерной для этих состояний вегетативной неустойчивости и склонности к



аллергическим реакциям типичным феноменом является «буферность» симптоматики к терапии, когда назначенное лечение не дает ожидаемого эффекта, но вызывает значительное количество побочных явлений [8,24,25,31,33,36].

Дополнительные затруднения в реализации лечебно-реабилитационной программы создают свойственные депрессивным расстройствам характерологические изменения в виде эгоцентризма, капризности, постоянного недовольства помощью. Это затрудняет как семейную адаптацию пациентов, так и взаимодействие их с медицинскими работниками [24,31,33,36].

Необходимое для оказания эффективной помощи проведение непрерывного лечения антидепрессантами до завершения эпизода депрессии становится драматически сложным.

Депрессивные расстройства являются значимой проблемой в работе врачей общей практики-семейной медицины и врачей-интернистов. Так, до 15-30% пациентов на амбулаторном приеме врача общей практики составляют больные с соматизированными состояниями (коморбидными депрессии). В популяции больных с хроническими заболеваниями внутренних органов распространенность депрессии достигает 25% (более, чем в 4 раза превышает общепопуляционную) [24,25,31,36].

Это делает актуальной задачей скрининг пациентов с депрессивной симптоматикой на основании как клинико-психопатологических данных так и с использованием специальных диагностических инструментов (оценочных шкал). Эта работа должна проводиться как врачами первичного звена оказания медицинской помощи, так и психологами учебных заведений, социальных служб и структур, проводящих психологическое консультирование населения [24,25,40].

В ходе санитарно-просветительной и психообразовательной работы с населением следует формировать понимание важности консультации психиатра для диагностики депрессии и выполнения медикаментозных рекомендаций для эффективной помощи больному [24,35].

В связи со значительными размерами популяции больных с депрессивными расстройствами полный охват этой группы амбулаторной помощью возможен только путем курации большинства этих пациентов врачами общей практики-семейной медицины на основании рекомендаций полученных при очередной консультации врача-психиатра [24,25,40].

В связи с высокой суицидальной опасностью этого контингента больных (суицидальные мысли высказывают более 15% больных депрессией) значимой задачей становится

психологическое консультирование и социальная поддержка пациента и его семьи для коррекции социально-психологической дезадаптации больных и своевременного разрешения конфликтов, которые могут привести к реализации суицидальных намерений [8,24,25,31,35,36].

Следует помнить, что «депрессия — это экзамен для семьи». Поэтому усилия медиков первичного звена, психологов, социальных работников и волонтеров общественных благотворительных организаций должны быть направлены на то, чтобы помочь как больному, так и его близким этот экзамен выдержать [24,25,35,36].

Значимой социальной и клинической проблемой в организации психиатрической помощи населению является лечение и реабилитация **лиц с умственной отсталостью**, составляющих значительную по численности категорию больных. Так, в Северной Европе распространенность умственной отсталости составляет до 3% детского населения [8,24,31,33,34,36].

Эти пациенты требуют помощи специалиста психиатра в связи с наличием задержки психического развития, дефицита когнитивных функций. У больных этой группы значительно чаще, чем в популяции в целом встречаются эндогенные и экзогенные психозы, явления эмоционально-волевой неустойчивости, аффективные нарушения [8,24,29,31,33,34,36].

Одновременно у этих больных имеет место высокая загруженность аномалиями развития, включая пороки сердца, значительная распространенность хронических воспалительных заболеваний легких и ЛОР-органов. Поэтому пациенты этой группы, как правило нуждаются в лечении по поводу патологии внутренних органов [29,31,33,34].

Отдельной проблемой является высокая распространенность у этих больных неврологических нарушений, требующих помощи невролога и длительного отдельного лечения, включая кинезотерапию, физиотерапию, бальнеотерапию, лечебную физкультуру [29,31,34].

Едва ли оправданной является точка зрения о том, что эти пациенты не нуждаются в постоянной помощи врача-психиатра. Следует отметить, что умственная отсталость представляет собой состояние с определенной, закономерной динамикой, предполагающей различную тактику лечения и реабилитации на разных этапах ее развития [29,31,33,34,36].

Наиболее эффективной является нейрометаболическая терапия в течение первого года жизни. Соответственно, врачи общей практики-семейной медицины должны владеть навыками диагностики задержки сроков развития и становления речи и локомоторики у детей раннего



возраста. Дети с перинатальной патологией и задержкой в становлении навыков речи и моторики должны быть обеспечены консультацией детского психоневролога [29,31.33,34,36].

Нуждаются в дальнейшем уточнении и расширении схемы протокольной медикаментозной помощи детям с задержкой развития вследствие перинатальной патологии на первом году жизни, как важнейшее направление первичной профилактики умственной отсталости у детей [8,31,33,36].

Детям с задержкой развития безусловно показана интенсивная нейрометаболическая терапия до 3 лет и непрерывный прием нейрометаболических препаратов до 5 лет [24,29,31.33,34,36].

В дальнейшем прерывистые курсы нейрометаболического лечения должны быть рекомендованы до 25 летнего возраста (период до которого продолжается развитие мозга у больных с умственной отсталостью) [31,33,36].

В ходе психообразовательной работы с больными и их близкими следует информировать их о наличии закономерной положительной возрастной динамики когнитивного дефицита со снижением тяжести умственной отсталости, особенно в пубертатном периоде [24,31,33,36].

Следующей драматической проблемой медицинской помощи этим больным является раннее развитие у них атеросклероза сосудов головного мозга и сенильно-атрофической патологии круга болезни Альцгеймера, ограничивающих длительность жизни этих больных. Соответственно и в зрелом возрасте значимым компонентом лечебно-реабилитационной программы остается нейрометаболическая терапия [31,33,36].

Таким образом, эта категория больных нуждается в полном охвате консультативной помощью врача-психиатра с частотой повторных осмотров не реже раз в шесть месяцев. Постоянная курация этих пациентов врачами общей практики-семейной медицины будет включать нейрометаболическую терапию когнитивных нарушений, лечение невротоподобных, психопатоподобных и аффективных расстройств психотропными средствами в соответствии с рекомендациями врача психиатра и одновременное лечение патологии внутренних органов и неврологических нарушений [8,24,31,33,36].

Важной социальной проблемой становится обучение этих больных. Будут требоваться дальнейшие усилия по созданию специализированных групп (или хотя бы мест в общих группах) для реабилитации этих пациентов в дошкольных воспитательных учреждениях [24,31.33,36].

Хотя идеальным вариантом школьного образования этих пациентов является обучение в специализированных школах с использованием методов олигофренопедагогики, не всегда возможно по состоянию их здоровья проживание в интернатах. В случаях обучения на дому по программе вспомогательной школы целесообразным является посещение этими детьми общих школьных уроков возможно по отдельному облегченному, удобному для пациента и его близких графику [31,33,36].

Соответственно задачей педагогов, школьных врачей и психологов будет проведение психообразовательной и воспитательной работы направленной на преодоление неприятия пациента и формирование у одноклассников доброжелательного отношения к своим товарищам с когнитивной недостаточностью [24,35].

Ведущей проблемой помощи этим пациентам является их социализация, важнейшим компонентом которой будут усилия по максимально возможной изоляции их от негативного влияния асоциальных сообществ. В силу проблем с усвоением всей сложности межличностных отношений эти пациенты очень легко попадают под асоциальное влияние, что и обуславливает относительно высокую преступность в этой группе больных с психическими расстройствами [24,31,33].

Задачей врачей, педагогов, психологов и социальных работников является максимальное стимулирование больного к получению общего и профессионального образования в специализированных, а при возможности и в общих учебных заведениях [24,31.33,36].

Крайне значимым фактором реабилитации является трудоустройство этих пациентов. Не представляется возможным обеспечение всех больных этой категории специализированными рабочими местами. Однако существует реальная возможность их трудоустройства на низкоквалифицированных подсобных работах (при этом необходимо проведение разъяснительной работы с членами коллектива, где будет трудиться пациент) [24,29,31,35].

Значимой проблемой помощи этой категории населения является поддержка семьи больного. Само рождение больного ребенка является тяжелой психической травмой для родителей. Как правило у родственников (в первую очередь матерей) детей с перинатальной патологией возникают невротические расстройства, требующие консультации психиатра, лечения и реабилитации [24,35].

В любом случае семья больного нуждается в психологическом консультировании и помощи социальных работников. Перспективными представляются клубные формы работы с

больными и членами их семей, направленные на информирование, обмен опытом и взаимопомощь. Следует максимально привлекать к работе с больным и его семьей волонтеров общественных благотворительных организаций.

Отдельную, наибольшую по размерам группу составляют больные с **невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами**. По разным данным этими состояниями страдают от 10 до 20% населения. Сплошные популяционные исследования указывают на то, что в течение жизни эти расстройства переносят до 40% населения [8,29,31,33,34,35,41].

Безусловно, подавляющая часть этих больных даже не осматривалась врачом-психиатром и не получала специализированной помощи специалистов психиатрической службы. В большинстве случаев лечение невротических расстройств проводилось врачами других специальностей в ходе лечения коморбидных психосоматических, вегетативных и неврологических нарушений у врачей интернистов, неврологов и физиотерапевтов [31,33,35,41].

Не случайно серотонинергические и трициклические антидепрессанты, малые нейролептики и анксиолитики включены во многие протоколы и консенсусы лечения заболеваний внутренних органов и неврологической патологии [24,26,29,31,34,41].

Невротические, вегетативные и соматоформные расстройства являются симптомами мишенями в рефлексотерапии [2,13].

Ведущим методом лечения невротических, соматоформных и связанных со стрессом расстройств является психотерапия, которую проводят врачи-психотерапевты многопрофильных поликлиник и частно практикующие. Психотерапевтическая помощь оказывается во время так называемого психологического консультирования психологами и педагогами [24,35].

Важнейшим методом лечения невротических расстройств является физиотерапия, включая методы кинезотерапии, бальнеолечения и климатотерапии; которая проводится в санаториях-профилакториях и физиотерапевтических отделениях многопрофильных лечебных учреждений [13].

Общей проблемой медицинской помощи при невротических расстройствах является безсистемность их лечения у разных специалистов под разными диагностическими определениями [24,35,41].

Представляется оправданной идея охвата всех пациентов этой группы хотя бы однократной консультацией врача психиатра с диагностической оценкой состояния и изложением

программных рекомендаций по проведению лечебно-реабилитационного процесса [8,].

Дальнейшая курация этих больных в большинстве случаев будет проводиться врачами общей практики- семейной медицины, которые будут координировать усилия других специалистов (психотерапевтов, рефлексотерапевтов, физиотерапевтов, служб психологического консультирования) в оказании помощи этим больным в соответствии с рекомендациями врача-психиатра [2,13,24,35].

Отдельной проблемой оказания психиатрической помощи населению является **помощь лицам, пережившим ситуацию катастрофы** (создающей крайнюю опасность для жизни и благополучия пациента). Эти больные требуют медицинской помощи как в острый период после психической травмы (острая реакция на стресс и реакции адаптации), так и в отдаленный период в связи с развитием посттравматического стрессового расстройства. При этом протокольная помощь этим пациентам должна включать психофармакологическое лечение, психотерапевтические методики и психологическое консультирование [16,24,29,31.33,34,35,36].

Не случайно, как отдельная отрасль психиатрии выделяется **психиатрия катастроф**, изучающая психические расстройства у лиц, переживших катастрофы [24,29,34].

Это обуславливает необходимость включения специалистов психиатров в состав врачебных бригад подразделений Министерства чрезвычайных ситуаций, проводящих спасательные и неотложные восстановительные работы в очагах массовых катастроф (вследствие природных и техногенных ситуаций) [29,34,35,40,41].

Необходимо создание отдельных протоколов оказания медицинской помощи при острых реакциях на стресс с оснащением врачебных бригад этих подразделений необходимыми медикаментами и оборудованием.

Лица, пережившие катастрофу, должны быть полностью охвачены консультативной помощью врача-психиатра для диагностики невротических расстройств и получения рекомендаций по дальнейшему лечению и реабилитации реакций адаптации, посттравматических стрессовых расстройств и коморбидных этим состояниям психических и психосоматических заболеваний [8,16,24,29,31.33,34,35,36,40,41].

Хотя, конечно в большинстве случаев большая часть этих пациентов будет наблюдаться врачами общей практики-семейной медицины с учетом полученных рекомендаций врача психиатра [24,40].

Сложной в методологическом и организационном плане является проблема помощи

лицам с **расстройствами личности**, которые составляют до 5% популяции [6,8,10,24,29,31,33,34,36,41].

Проблемой для этой категории пациентов является социализация. Удовлетворительная социальная адаптация этих лиц требует определенных определенных условий [8,24,41].

Безусловно идеальным был бы полный охват всех пациентов этой категории консультативной помощью врача-психиатра, что, естественно представляется малоосуществимым.

Вероятно, следует рекомендовать скрининг этих лиц психологами и педагогами путем проведения психологического исследования с использованием шкалирования. Такая работа должна проводиться с учащимися школ и специальных учебных заведений.

Это позволило бы дать выявленным клиентам со специфическими расстройствами личности дифференцированные рекомендации по профессиональной ориентации, обратить их внимание на актуальные для них проблемы с личностным реагированием и рекомендовать консультацию психиатра (разумеется в добровольном и строго конфиденциальном порядке) [24,31,33,34,35].

Такая консультация позволит провести диагностику и рекомендовать дифференцированную программу лечения и реабилитации.

Обязательной является консультация врача-психиатра при оказании медицинской помощи больному с декомпенсацией специфического расстройства личности с аффективной, невротической или психосоматической симптоматикой [8,31,33,35,41].

В соответствие с рекомендациями врача-психиатра медицинская помощь этим пациентам будет оказываться врачами общей практики-семейной медицины, а психологическое консультирование и помощь в социализации — соответствующими психологическими и социальными службами [24,35,40].

Важной проблемой является помощь больным с нарушениями поведения в виде **импульсивных расстройств влечений**. Сюда относятся сравнительно редко встречающиеся клептомания и дромомания и распространенные явления **игровой и компьютерной зависимости** [8,16, 24,29,31,33,34,35,36,41].

Представляется неоправданной существующая практика изолированной диагностической оценки у этих больных только нарушений влечений и ограничение помощи психотерапевтическим (как правило краткосрочным) лечением, психологическим консультированием и педагогическими мерами [8,33,35,36].

Значительная часть этих пациентов кроме нарушения влечений страдает коморбидными

психическими расстройствами в виде специфических расстройств личности, аффективных нарушений, шизотипического расстройства, органических психических нарушений (включая пароксизмальные состояния). Без лечения коморбидной психической патологии эффективная помощь больным с нарушениями влечений невозможна [8,31,33,35,36].

Это указывает на необходимость обязательной консультации психиатром этих пациентов для правильной, всесторонней (многоосевой) диагностической оценки и назначения исчерпывающей (многоплановой) программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Отдельной группой больных, требующей психиатрической помощи являются пациенты с **извращениями сексуального влечения**. Несмотря на продолжающиеся (вызывающе декларативные, а порой откровенно провокативные) дискуссии о том, являются ли патологией такие варианты сексуальной ориентации, следует отметить значительно более высокую, чем в обычной популяции заболеваемость (коморбидными) психическими расстройствами [8,29,31,33,34,35,36].

Несомненно ошибочной является практика ограничения помощи этим больным только лечением у сексопатологов (исключительно по поводу сексуальных нарушений), психотерапией и психологическим консультированием [31,33,35,36].

Безусловно показанной во всех случаях является консультация этих пациентов врачом-психиатром для диагностики как сексуальной перверзии, так и коморбидной психической патологии с назначением комплексной лечебно-реабилитационной программы, включающей лечение у сексопатолога, коррекцию коморбидных психических расстройств, психотерапевтическую помощь, психологическое консультирование и вероятно помощь социальных служб в решении проблем социальной адаптации (отношения с родственниками, сослуживцами и соседями) [24,35].

Сложной и многогранной представляется проблема реформирования **системы психиатрической помощи детям и подросткам**.

Так помощь детям **больным энурезом** предполагает консультацию психиатра с уточнением диагноза и рекомендацией лечебно-реабилитационной программы. В дальнейшем медицинская помощь будет оказываться в большинстве случаев врачами общей практики с проведением курсов психотерапии, физиотерапии и рефлексотерапии [31,33,34].

Лечение **заикания** предполагает консультацию психиатра для уточнения диагноза и выявления коморбидной патологии. Хотя



основным методом реабилитации являются логопедические занятия, пациент нуждается в курсах психотерапии, физиотерапии и рефлексотерапии. Вероятно, в неосложненных случаях курация больных с заиканием будет осуществляться врачами общей практики в соответствии с рекомендациями детского психиатра [24,31,33,34,35,40].

Помощь детям с **гиперкинетическим синдромом и дефицитом внимания** предполагает длительный прием психостимуляторов и нейрометаболической терапии. Эти дети должны быть охвачены консультацией детского психиатра для уточнения диагноза и выявления коморбидной патологии (задержки развития, явления органического аутизма). Дальнейшая курация этих больных будет проводиться врачами общей практики в соответствии с рекомендациями детского психиатра с одновременным проведением реабилитационной и воспитательной работы детскими психологами и педагогами [29,33].

Дети с **задержками развития речи и школьных навыков** нуждаются в активных реабилитационных и воспитательных мероприятиях у логопедов, педагогов и детских психологов. Однако все эти пациенты должны быть консультированы детским психиатром для диагностики основного заболевания и коморбидных состояний (задержки развития, органического аутизма) и назначения дифференцированной терапии нейрометаболическими препаратами. Эти больные будут наблюдаться врачами общей практики-семейной медицины в соответствии с рекомендациями врача-психиатра с одновременным проведением логопедических занятий и педагогической коррекции. Безусловно вся эта группа будет наблюдаться детскими психологами [24,29,31,34,36,40].

Важную проблему, которая привлекает общее внимание представляет лечение большой группы детей, страдающих различными вариантами аутизма. Эти больные составляют диагностически неоднородную группу с различными вариантами симптоматики, различной динамикой и прогнозом [8,24,29,33,36,40].

Все пациенты с явлениями аутизма должны наблюдаться врачом-психиатром. Диагностическая оценка вероятно должна включать как констатацию рубрики Международных классификаций, так и указания на нозологическую принадлежность состояния (синдромы Каннера и Аспергера, органический и психогенный аутизм) и его вероятную динамику (инициальный этап шизофрении или этап развития умственной отсталости). Безусловно необходимо назначение биологической терапии, включая нейрометаболическое лечение

и назначение атипичных антипсихотиков (рисперидона). Специалистом по детской психиатрии должны даваться рекомендации по реабилитации этих больных с использованием специальных методов педагогической коррекции [8,10,24,29,31,33].

Значимым методом реабилитации больных является психологическое консультирование и социальная поддержка семьи. Хорошо зарекомендовала себя клубная форма работы с больными аутизмом и членами их семьи [29,31,33,35,36].

Вероятно курация больных аутизмом будет осуществляться врачами общей практики-семейной медицины в соответствии с рекомендациями врача-психиатра. Врач общей практики будет координировать оказание медикаментозной и реабилитационной помощи больному и социальной поддержки его семьи [24,29].

Дети с **нарушениями поведения и эмоций, специфическими для детского и подросткового возраста** составляют сборную группу состояний с различным прогнозом. В большинстве случаев эти нарушения носят преходящий характер с положительной возрастной динамикой и практическим выздоровлением. У меньшей части больных эти нарушения являются этапом формирования специфических расстройств личности [6,8,10,11,19,29,31,33,34, 35,36].

В связи с этим все пациенты с нарушениями поведения и эмоций в детском и подростковом возрасте должны консультироваться психиатром для уточнения нозологической принадлежности и прогноза этих состояний и получения рекомендаций по медикаментозному лечению, реабилитации, обучению и социальной помощи [29,31,33,40].

Курация этих больных будет осуществляться врачами общей практики-семейной медицины. Пациентам должна проводиться педагогическая коррекция и психологическое консультирование педагогами и психологами учебных заведений. Социальные службы должны оказать содействие в правильной профессиональной ориентации, направлении на обучение и трудоустройстве таких больных [24,29,31,33,34].

Из лиц подросткового возраста обязательным является наблюдение и лечение у психиатра больных с **нарушениями пищевого поведения в виде нервной анорексии и нервной булимии**. Потеря массы тела у этих пациентов представляет серьезную опасность для здоровья и даже жизни. В большинстве случаев необходимо стационарное лечение этих больных до нормализации массы тела. Эффективная помощь предполагает необходимость длительной психофармакологической терапии



коморбидной депрессии и специальной психотерапии. Эти больные должны наблюдаться совместно врачом психиатром и врачом общей практики [29,31,33,34,35,36,40,41].

Консультация психиатра необходима лицам подросткового возраста с **явлениями дисморфомании**. Следует отметить, что хирургическая коррекция косметических дефектов у этих больных ухудшает их психическое состояние. Эти пациенты нуждаются в длительном психофармакологическом лечении идей физического дефекта и коморбидной депрессии, и психотерапевтической помощи. Вероятно все лица подросткового возраста, добивающиеся хирургической коррекции косметических дефектов должны консультироваться врачом-психиатром [3,8,29,31,33,35,36].

Говоря о **направлениях реформирования и развития** системы оказания психиатрической помощи населению, следует остановиться на ряде аспектов.

Для обеспечения больных доступной адекватной психофармакологической терапией отечественной фармацевтической промышленности следует освоить **производство основных психотропных лекарственных препаратов**. Протокольные рекомендации по биологической терапии психических расстройств должны быть ориентированы прежде всего на использовании лекарственных средств отечественного производства [16].

В соответствии с законом Украины о психиатрической помощи лечение психических расстройств должно быть общедоступным независимо от платежеспособности пациента. Соответственно лечебные учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь должны быть обеспечены **запасом медикаментов достаточным для оказания минимально необходимого объема помощи** в соответствии с критериями аккредитации, изложенными в Критериях диагностики и лечения психических расстройств и расстройств поведения [16,27,28].

Реформирование **стационарной психиатрической помощи** вероятно пойдет путем создания крупных **клинических центров** полностью обеспеченных современным оборудованием и средствами медикаментозного и немедикаментозного лечения с высококомфортными условиями содержания пациентов. В этих лечебных учреждениях будет оказываться помощь больным сложным в лечебном и диагностическом отношении [29,30,34].

В структуре этих клиник будут функционировать **отделения интенсивной терапии** для лечения больных с состояниями угрожающими

жизни (приступы фебрильной кататонии, осложнения психофармакологической терапии, больные психозами с тяжелой сопутствующей соматической патологией) и терапевтически резистентными тяжелыми психическими расстройствами, требующими проведения специальных мероприятий [29,30,34].

Такие центры будут **клиническими базами** научно-исследовательских институтов и кафедр психиатрии высших медицинских учебных заведений (взаимодействие по принципу **учебно-научно-производственных объединений**) [29].

В соответствии с принципом Закона о приближении психиатрической помощи к населению, в структуре многопрофильных больниц будут функционировать психиатрические отделения [28,29,34].

В их состав войдет ограниченное количество коек для круглосуточного содержания больных, где будет проводиться кратковременное стационарное лечение (купирование психоза, устранение критической тяжести депрессивной симптоматики, коррекция суицидального поведения) с последующим долечиванием этих больных в условиях дневного стационара или переводом малокурабельных пациентов в специализированные клинические центры.

Большую часть коечного фонда таких отделений будут составлять места в структуре **дневного стационара** [28,29,30,31].

**Амбулаторная помощь** больным с психическими расстройствами будет оказываться в **психиатрических кабинетах** многопрофильных поликлиник. При этом диспансерная группа врача-психиатра кабинета будет ограничена только больными с тяжелыми психическими расстройствами, сложными в лечебно-диагностическом и социально-реабилитационном отношении [29,30].

Большая часть времени амбулаторного приема врача-психиатра кабинета будет занимать консультативная работа, направленная на уточнение диагноза и составление программы лечебно-реабилитационных мероприятий, которые будут реализовываться врачами общей практики в ходе курации пациента. Таким образом консультативная группа психиатрического кабинета будет значительно преобладать над группой активной диспансеризации [24].

Возрастет значимость **бригадно-территориального принципа обслуживания** больных. При этом пациент будет обслуживаться бригадой врачей постоянного состава, включающей врача общей практики, психиатра амбулаторного приема и врача психиатрического

отделения. Важнейшей задачей будет обеспечение преемственности стационарной специализированной, консультативной помощи и амбулаторного лечения [1,9,17,24,28,29,30].

Для решения сложного комплекса проблем **реабилитации и трудоустройства** больных с тяжелыми психическими расстройствами следует ставить вопрос о дополнительном создании рабочих мест по типу **специальных цехов и участков**, что представляется сложным в финансовом отношении в связи с заведомо невысокой рентабельностью таких структур [9,29,30,40].

Вероятно будет целесообразно предоставить дополнительные налоговые льготы работодателям, предоставляющим работу больным с инвалидностью вследствие психических расстройств.

Все же основным путем трудовой и социальной реабилитации лиц, утративших трудоспособность вследствие психических заболеваний, будет **создание рабочих мест для больных в сфере малого и среднего бизнеса** силами как самих больных так и членов их семей. Содействие в создании таких структур должно быть важной задачей служб социальной помощи. Созданные таким образом предприятия должны иметь максимальные льготы при налогообложении.

Драматически сложной представляется проблема помощи **больным нетрудоспособным вследствие психического заболевания, утратившим жилье и родственные связи**. Дальнейшее расширение системы домов-интернатов для этой категории лиц не представляется перспективным решением [9,10,17,24,29,30,33,35,40].

Заслуживает дальнейшего изучения и внедрения опыт создания системы так называемых **«общежитий на пол-пути»** с созданием условий для восстановления навыков самостоятельного проживания с последующими попытками трудоустройства этих пациентов в бюджетных или частных структурах. В случае успешной реабилитации в дальнейшем социальными службами будет изыскиваться возможность предоставления больному индивидуального жилья для самостоятельного проживания [31,34].

Следует отдельно остановиться на направлениях развития **смежных с психиатрией** отраслей оказания медицинской помощи.

Так **психотерапевтическая помощь** оказывается врачами-психотерапевтами психиатрических и многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, психологами в ходе психологического консультирования и

педагогами во время специального обучения, программ педагогической коррекции и логопедических занятий [3,31,35].

Следует отметить обязательность предварительной консультации врача-психиатра для уточнения диагностической оценки и разработки единой программы координированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Важнейшей задачей развития психиатрической службы является создание единой системы **суицидологической помощи**. Оказание медико-социальной помощи больным с суицидальным поведением предполагает обязательное консультирование пациента врачом-психиатром с уточнением диагностической оценки и разработкой комплексной программы лечения, реабилитации и социальной помощи. Актуальной проблемой является создание единой системы наблюдения суицидентов и **статистического учета всех форм суицидального поведения** [24,29,30,31,32,34,35].

Нужно признать неудовлетворительной существующую практику разрозненной помощи больным с **сексуальными расстройствами** врачами сексопатологами, психотерапевтами, урологами, гинекологами, андрологами и психологами в ходе психологического консультирования семьи [29,30,31].

Рубрики расстройств полового поведения входят в раздел психических расстройств Международной статистической классификации болезней. Сексуальные расстройства у большей части больных сочетаются с коморбидными психическими расстройствами иных классов этого раздела [29,31,33,34].

Поэтому объем помощи этим больным должен включать обязательную консультацию психиатра-сексопатолога с уточнением диагноза и разработкой комплексной лечебно-реабилитационной программы, включающей лечение у разных специалистов.

Развитие системы психиатрического обслуживания населения будет предполагать поиск путей разрешения этических проблем возникающих при проведении **различных видов врачебной экспертизы**.

Прежде всего это **экспертиза профессиональной пригодности пациента** в соответствие с действующими нормативными актами. Вероятно оправданным будет издание методических рекомендаций уточняющих алгоритм экспертного решения. Ограничения в профессиональной пригодности в соответствие с действующими критериями предполагает наличие **тяжелого психического расстройства**. Для сведения к минимуму социальных ограничений целесообразно шире использовать

методический прием **«виражей в диагностике»**, когда перенесенный психотический эпизод ретроспективно оценивается как приступ преходящего психического расстройства, а достигнутая ремиссия высокого качества и длительности определяется как практическое выздоровление [18,24,29,34].

Сходные проблемы возникают во время проведения **военно-психиатрической экспертизы**. В связи с переходом на контрактную форму военной службы требования к состоянию психического здоровья кандидатов будут строже. Вероятно большинство известных психических расстройств и нарушений поведения будут противопоказаниями для военной службы. Жестче будут административные взыскания на членов экспертных комиссий допустивших экспертную ошибку, что привело к военной службе лица с психическими расстройствами. Поэтому диагностика психических расстройств у кандидатов на военную службу будет объективной [29,30,34].

В то же время, после решения экспертных вопросов для снятия социальных ограничений оправданным будет проведение «диагностического виража» с ретроспективной оценкой перенесенных психических расстройств как преходящего приступа, а достигнутой качественной ремиссии как практического выздоровления.

Реформирование системы оказания психиатрической помощи предполагает рост значимости работы врача общей практики - семейной медицины в диагностике, лечении и реабилитации психических расстройств [9,24,40].

Следует отдельно остановиться на отдельных **задачах врача общей практики в организации оказания медико-социальной помощи больным с психическими расстройствами** [24,29,30].

В первую очередь это первичная, по сути предварительная диагностика психических расстройств с последующим мотивированным направлением пациента на консультацию врача-психиатра. Соответственно, диагностика психических расстройств врачами общей практики будет осуществляться клинико-психопатологическим методом с параллельным использованием специальных глоссариев и скрининговых шкал психопатологической оценки состояния [24].

Значимой будет проблема оказания первичной врачебной помощи при психических расстройствах врачами общей практики. Актуальным является создание руководств по диагностике и лечению психических расстройств врачами первичного звена с протоколами оказания первой врачебной помощи при этих состояниях [24,29,40].

Требуется обсуждение юристами и специалистами по социальной психиатрии вопроса о том насколько предварительная диагностика психического расстройства врачами других специальностей (в первую очередь общей практики), необходимая для оказания первой врачебной помощи, противоречит постулируемой Законом Украины о психиатрической помощи так называемой «презумпции психического здоровья» [4,5,14,15,23,24,28,29,40].

Важной новой задачей врачей общей практики будет курация больных с психическими расстройствами после консультации врача-психиатра в соответствии с рекомендованной лечебно-реабилитационной программой. Задачей врача общей практики будет проведение медикаментозного и немедикаментозного амбулаторного лечения, координация работы с пациентом специалистов по психотерапии, рефлексотерапии, психологическому консультированию, социальной помощи, включая педагогическую и психологическую коррекционную работу педагогов и психологов учебных заведений с детьми и подростками [24,29,30,40].

Врачи психиатры регионального звена оказания амбулаторной помощи должны будут обеспечить преемственность работы врача-психиатра и врачей общей практики [24,29,30,40].

Значимой проблемой является организация последипломного образования врачей общей практики в области психиатрии в ходе обучения в интернатуре, на курсах вторичной специализации, предаттестационных циклах и циклах тематического усовершенствования и освоения методов диагностики и лечения психических расстройств на целевых курсах информации и стажировки. Задачей базовых кафедр будет разработка унифицированных программ обучения [3,24,29,30,34].

Реформирование системы оказания психиатрической помощи предполагает **повышение активности взаимодействия психиатрической службы с учреждениями психологического консультирования и социальной помощи** [24,30,35,40].

Следует упомянуть **частные структуры, занимающиеся психологическим консультированием** по вопросам социального взаимодействия, отношений в семье, профессиональной ориентации; психологов учебных заведений, социальных служб и лечебно-профилактических учреждений. Важной проблемой представляется наличие у этих специалистов антипсихиатрических настроений и склонности к расширенной психодинамической трактовке нарушений поведения только как следствия влияния психосоциальных стресс-факторов [23,35,38,39,48].



Важным моментом является четкое разграничение функций с психологическими службами, задачей которых должно быть только психологическое консультирование. Диагностика и лечение (в том числе психотерапия) должны проводиться врачами. Лечебно-реабилитационная помощь и психологическая коррекция должны проводиться в соответствие с общей программой [3,24,30,35].

При оказании помощи детям и подросткам значимой задачей будет **координация лечения с педагогической коррекцией психических расстройств** педагогами, логопедами и психологами общих и специальных учебных заведений [24,29,30,35,40].

Общая программа медико-социальной помощи должна включать работу **социальных служб** по оказанию помощи в решении вопросов трудоустройства, обеспечения жильем, оформления пенсии, социальной поддержки семьи [9,24,30,35,40].

При работе с детьми и подростками с нарушениями поведения важной задачей является взаимодействие психиатрической службы с правоохранительными органами в частности с **инспекцией по делам несовершеннолетних**.

Сложной и важной проблемой является необходимость длительного, подробного и нелицеприятного диалога специалистов психиатрической службы, работающих в сферах как клинической, так и социальной психиатрии с многочисленными **общественными организациями, занимающимися так называемой правозащитной деятельностью** [12,24,31].

Следует анализировать случаи неконструктивной позиции этих общественных структур, когда усилия правозащитников направлены на удовлетворение претензий больных, носящих явно болезненный характер. Типичный пример: стремление нетрудоспособного больного с хроническим психозом параноидной структуры «снять диагноз», даже отказавшись от социальных льгот и пенсии по инвалидности. Возникающие резонансные конфликтные ситуации, всегда односторонне трактуемые как «злоупотребления в психиатрии» (необоснованность претензий пациента как правило не становится известной общественности) способствуют усилению антипсихиатрических настроений населения [12,23,24,29,31,34,35,38,39,48].

В то же время конструктивной была бы помощь правозащитных организаций, направленная на помощь в решении реальных проблем больных, связанных с нетерпимым, предвзятым, а часто и юридически необоснованным негативным отношением к ним трудовых коллективов, соседей и даже родственников [23,38,39,48].

Результативным направлением взаимодействия психиатрической службы с общественными организациями является максимально широкое **привлечение волонтеров** к реабилитационным мероприятиям и социальной поддержке семей больных.

Опыт показал успешность клубных форм работы с пациентами, в частности создание **клубов взаимопомощи** больных с психическими расстройствами и членов их семей [9,24,29,31,35].

Следует шире привлекать **религиозные организации** к оказанию социальной поддержки больным и членам их семей.

Развитие системы медико-социальной помощи больным с психическими расстройствами предполагает решение ряда сложных этических проблем [14].

Важнейшей из них является вопрос о так называемой **«безопасной медицинской помощи»**. Диалектика проблемы заключается в том, что методы лечения с высокой терапевтической эффективностью, как правило, вызывают значительное количество побочных явлений [4,5,15,24,27,28].

Драматической дилеммой является необходимость быстрой и эффективной помощи с одной стороны и стремление избежать побочных явлений, с другой стороны.

Это остро ставит вопрос о необходимости всесторонней оценки состояния больного с определением прогноза и реабилитационного потенциала на основании квалификации биологических механизмов развития, симптоматики и течения [1,8,31,33,36,43].

Вероятно, наша терапевтическая активность и связанный с ней риск нежелательных явлений тем более оправдана, чем выше реабилитационный потенциал пациента.

Сложной является проблема **конфиденциальности оказания психиатрической помощи**. В частности, диагностика тяжелого психического расстройства в соответствие с действующими нормативными документами предполагает определенные ограничения профессиональной пригодности пациента. Что должно констатироваться при проведении периодических медицинских осмотров [14,15,18,30,31,35].

Вероятно, приоритетное значение в принятии экспертного решения должно играть актуальное состояние пациента на момент осмотра, а не наличие пусть даже серьезных психических расстройств в анамнезе. Следует учитывать, что эти патологические состояния могли завершиться значительным улучшением или даже полным выздоровлением. В любом случае, для констатации профессиональной непригодности



должны иметь место тяжелые нарушения актуального психического состояния.

Важнейшей задачей развития системы психиатрической помощи населению должно стать проведение последовательной разъяснительной работы среди населения. Так называемая психообразовательная работа «psychoeducation» должна быть направлена на повышение толерантности населения к больным с тяжелыми психическими расстройствами [17,24,29,31,34,35,40].

Следует информировать население о том, что в большинстве случаев течение даже тяжелых психических расстройств не имеет фатально неблагоприятного характера, обострения поддаются лечению, эффективна поддерживающая и профилактическая терапия [17,21,24,44,47].

Именно разъяснительная работа, а не смена диагностических формулировок должна быть основой **дестигматизации больных** с тяжелыми психическими расстройствами [17,23,24,31,38,39,45,47,48].

В этом ключе важнейшей задачей развития психиатрической службы является **работа со средствами массовой информации**. Вероятно, врачам следует активнее комментировать появляющиеся в средствах массовой информации сообщения антипсихиатрического содержания, как компрометирующие больных с психозами, так и традиционно обвиняющих психиатрическую службу в «злоупотреблениях» [12,23,24,31,35,38,39,47].

Образ монстра-сумасшедшего на телеэкране и страницах газет должен смениться образом нашего соотечественника, проявляющего высокое мужество в преодолении медицинских проблем, связанных с хронической болезнью [23,24,38,39,48].

Равно, как образ психиатрической службы как инструмента «политических преследований, злоупотреблений и социальной изоляции неугодных» должен смениться пониманием нашими соотечественниками значимости проблем, связанных со значительной распространенностью тяжелых психических расстройств и важностью оказания медицинской помощи и социальной поддержки этим больным и членам их семей [12,24,28,29,31,35,38,39,45,48].

Таким образом, **реформирование психиатрической службы** должно проводиться с учетом ее социальной значимости, связанной с высокой распространенностью лиц с психическими расстройствами, требующими серьезной медицинской и социальной помощи, что особенно важно в сложившейся неблагоприятной ситуации в Украине в настоящее время

с резким увлечением социально стрессовых расстройств психогенного характера.

Важно обеспечить декларируемую законодательством доступность психиатрической помощи в минимально необходимом объеме, регламентированном критериями аккредитации. На уровне региональной больницы должен функционировать психиатрический кабинет и психиатрическое отделение для краткосрочного стационарного лечения.

На базе областных психиатрических больниц, кафедр психиатрии и научно-исследовательских институтов будет целесообразно создать клинические центры для длительного стационарного лечения больных.

Вероятно, большая часть времени амбулаторного приема врача-психиатра будет посвящена консультативной помощи с уточнением диагноза психического расстройства и рекомендацией перспективной программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение непосредственно у врача-психиатра будет получать только небольшая часть больных, сложных в диагностическом, лечебном и реабилитационном отношении.

Большая часть пациентов с психическими расстройствами будут проходить амбулаторное медикаментозное и немедикаментозное лечение у врачей общей практики-семейной медицины в соответствии с лечебно-реабилитационными рекомендациями врача-психиатра.

Медико-социальная помощь больным с психическими расстройствами будет оказываться совместными координированными усилиями психиатрической службы, врачей общей практики-семейной медицины, социальными службами, специалистами по психологическому консультированию, а при оказании помощи детям и подросткам — с участием педагогов и психологов учебных заведений.

Больным с тяжелыми психическими расстройствами будет оказываться активная реабилитационная помощь, включающая программы содействия социальных служб их трудоустройству, в том числе путем создания рабочих мест пациентами и их родственниками, получению образования, при необходимости переобучению.

Важнейшей задачей развития системы психиатрической помощи населению является активная санитарно-просветительная и психообразовательная работа, направленная на повышение толерантности населения к больным с тяжелыми психическими расстройствами и обеспечение социальной поддержки пациентов и членов их семей.

**Литература:**

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных: руководство для врачей / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. — М.: Медицина, 1998. — 528с.
2. Василенко А.М. Лекции по рефлексотерапии: Учебное пособие / А.М. Василенко, Н.Н.Осипова, Г.В.Шаткина. — М.: «Су Джок Академия», 2002. — 374с.
3. Вітенко І.С. Медична психологія [Підручник]/І.С. Вітенко. — К.: Здоров'я, 2007.- 208с.
4. Всеобщая Декларация прав человека, принята 19 октября 2005 года 33 сессией. Генеральной конференции ЮНЕСКО// Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». — М., 2007. — С. 186-199.
5. Гавайская декларация // Соц. и клин. психиатрия — 1992. — №4. — С.44-45.
6. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2-х т./ М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — Пер. с англ. — К.: Сфера, 1997 — Т.1. — 297с., Т.2. — 433с.
7. Діагностичні критерії з DSM — III — R. — Переклад з англ. — К.: Абрис, 1994. — 272с.
8. Жмуров В.А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. — М.: МЕД пресс-информ, 2008. — 1016с.
9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М.Кабанов. — Л.: Медицина, 1978. — 232с.
10. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: из синапса по психиатрии. В 2-х томах/ Г.И.Каплан, Б.Дж. Сэдок/ Перев с англ. В.Б. Стрелец. — М: Медицина, 1994. Т.I.-672с.,Т.II.-524с.
11. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост.: Дж.Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: Сфера, 2000 — 414с.
12. Картельная психиатрия: Сборник [Чернявский Г.В., Прокопенко П.С., Куприянов Н.Я., Гужов В.С. и др.]: под общей редакцией А.Е. Тараса.- М.: ООО Издательство АСТ; Мн.: Харвест, 2005.-608с. — (Библиотека практической психологии).
13. Клиническая физиотерапия: Справочное пособие для практического врача / [Сосин И.Н., Тондий Л.Д., Сергиенко Е.В. и др.]; под ред. И.Н. Сосина. — К.: Здоров'я, 1996. — 624с.
14. Кодекс профессиональной этики психиатра//Соц. и клин. психиатрия. — 1993. — №3. — С. 120-124.
15. Концепция о правах человека и биомедицине//Биомедицинская этика. — М., 1997. — С. 17-29.
16. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. Клінічний посібник [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П., Деркач Ю.К. та ін.]: під ред. П.В Волошина — Х.: Арсіс, 2001. — 303 с.
17. Марценковский И.А. Программно — целевое обслуживание пациентов с психозами: методические материалы для курсов стажировки и информации / Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии / Марценковский И.А., Пишель В.Я., Бикшаева Я.Б. — К., 2005. — 28 с.
18. Медико-соціальна експертиза при психічних та поведінкових розладах у дорослих та дітей: Навчально-методичний посібник / [Юр'єва Л.М., Науменко Л.Ю., Кльованик В.А. та ін.]; під ред. Л.М.Юр'євої і Л.Ю.Науменка. — Дніпропетровськ: Дніпропетровська державна медична академія, 2010. — 196с.
19. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург: «Адис», 1994. — 304 с.
20. Методи, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи та їх застосування при наданні психіатричної допомоги (методичні рекомендації) / [Влошин П.В., Табачіков С.І., Напреєнко О.К. та ін.]. — Х.: МОЗ України, 2001. — 12с.
21. Минутко В.Л. Шизофрения: Монография /В.Л. Минутка — Курск: ОАО «ИПП Курск», 2009. — 698с.
22. Нельсон А.И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии / А.И. Нельсон. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. — 368 с.
23. Пасынкова Ю.Г. Стигматизация больных шизофренией врачами непсихиатрического профиля/Ю.Г. Пасынкова//Рос. психiatr. журн. — 2006. — №3. — С. 103-108.
24. Педак А.А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики — семейной медицины/ А.А Педак.-Николаев: Илион, 2011. — 696 с.
25. Подкорытов В.С. Депрессии.Современная терапия: руководство для врачей / В.С.Подкорытов, Ю.Ю.Чайка. — Х.: Торнадо, 2003. — 352 с.
26. Принципы и практика психофармакотерапии/[Яничак Ф. Дж., Дэвис Дж. М., Прескорн С. Ш., Айд мл. Ф. Дж.]/ Пер. с англ. С.А.Малярова. — К: Ника-Центр, 1993. — 728 с.
27. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Наказ МОЗ України №59 від 5.02.2007р. — К.: Канцлер, 2007. — 44с.
28. «Про психіатричну допомогу» Закон України м. Київ, 22.02.2000, №1479 — III/Урядний кур'єр. — 2000. — №11. — С. 5-12
29. Психиатрия и наркология: учебник / [Гавенко В.Л., Битенский В.С., Напреенко А.К. и др.]; под ред. В.Л. Гавенко, В.С.Битенского. — К.: Медицина, 2009. — 488с.
30. Психіатрія. Збірник нормативних документів: Нормативне виробничо-практичне видання / упоряд. та голов. ред. В.М. Заболотько. — К.: МНІАЦ медичної статистики МВЦ «Медінформ», 2009. — 628с.
31. Психиатрия — национальное руководство/Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2009. — 1000 с.

32. Психиатрия / Под ред. Р.Шедера / Перев. с англ. М.В. Ташенкова. — М.: Практика, 1998. — 485с.
33. Психиатрия: Справочник практического врача/Под ред. А.Г. Гофмана. — М.:МЕД пресс-информ,2006-592с.
34. Психіатрія та наркологія: підручник/[Напреенко О.К., Винник М.І., Влох І.Й.]: за ред О.К. Напреенка. — К.: ВСВ «Медицина»; 2011. — 528 с.
35. Психотерапия: [учебник для врачей-интернов] / В.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов. — Х.: ОКО, 2002. — 768с.
36. Руководство по психиатрии в 2-х томах/[Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.]/ Под ред. А.С. Тиганова-М.: Медицина, 1999. — Т I. — 712с., Т II. — 745с.
37. Сарторіус Н. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: Кишеньковий довідник/Норман Сарторіус/ Переклад з англ. С.І.Михняка, І.Й. Влох. — Львів: Фенікс, 1999. — 96 с.
38. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение его современное состояние/С.Б. Семичев//Медицина и идеология. — М., 1985. — С.170-184
39. Серебряйскя Л.Я. Социальное представление о психически больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации/ Л.Я. Серебряйскя// Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — №3. — С. 47-54.
40. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії/2-е видання переробл. та доповн./За ред В.С. Підкоритова// Довідник лікаря «Психіатр»:-ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. — 292 с.
41. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства/ Г.К. Ушаков — Изд. второе перераб. и доп. — М.: Медицина, 1987.-304 с.
42. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / [Аксенова И.О., Вид В.Д., Вовин Р.Я. и др.]: под ред. Р.Я.Вовина, Г.-Е.Кюнне. — М.: Медицина,1989. — 288с.
43. Фильц А.О. На пути созданию МКБ-11 и DSM-V: Очерки по проблеме психопатологии и нозологических систематик психических расстройств.-Сборник научных статей/ А.О. Фильц, А.А. Педак —Львів: Ліга-Прес, 2012. — 392 с.
44. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей / Э. Фуллер Тори. — СПб: Питер Пресс, 1997. — 448 с.
45. Цапенко А.И. Семья и психическая болезнь: психологические проблемы и пути их решения. — 2-е изд. перераб. / А.И.Цапенко, Д.М.Шанаева / под ред. В.С.Ястребова. — М.: МАКС Пресс, 2008. — 64с.
46. Чуприков А.П. Латеральная терапия: Руководство для врачей / А.П.Чуприков, А.Н.Линев, И.А.Марценковский. — К.: Здоров'я, 1994. — 176 с.
47. Шизофрения: необычные люди среди странных людей / [Чабан О.С., Хаустова Е.А., Жабенко Е.Ю., Жабенко Н.Ю.]. — К.: ООО «ЭД-ВОРЛД ТРЕЙД», 2012. — 192с.
48. Ястребов В.С. Самостигматизация психически больных при основных психических заболеваниях/ В.С. Ястребов, И.И. Михайлова//Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — №11. — С. 50-54.
49. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision. DSM-IV-TR. American psychiatric association. — Washington: Published by the American Psychiatry Assotiation D.C., 2000 — 943p.

## Проблеми амбулаторної психіатричної допомоги в місті Києві та шляхи її удосконалення



Барановський К. Л.



Барановська Л. М.

**Барановський К. Л., Барановська Л. М.**

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві

**Резюме.** В статті показано состояние, проблемы организации амбулаторной психиатрической помощи и направления ее улучшения в разных модулях г. Киева.

**Ключевые слова:** амбулаторная психиатрическая помощь, направления улучшения, различные модули.

### Problems of psychiatric care before Hospital and directions for her better staff

**Baranovskyi K. L., Baranovska L. M.**

TMO «PSYCHIATRY» in Kiev

**Resume.** The article shows the organization of psychiatric care before Hospital and directions for her better staff in different modules of Kiev.

**Keywords:** psychiatric care, directions, better staff, different modules.

В організації комплексної психіатричної допомоги населенню амбулаторним методам належали різні місця та ролі в різні часи соціально — економічного розвитку суспільства. В цей час збільшились можливості психіатрів на участь амбулаторної психіатрії в рішенні більшого спектру медико — соціальних проблем конкретних осіб та суспільства в цілому.

Це потребує забезпечення практики легітимного і своєчасного психіатричного супроводження у вирішенні всіляких медико — соціальних особистих проблем користувачів в умовах амбулаторних психіатричних закладів згідно Закону України Про психіатричну допомогу та інших актів чинного законодавства.

Мета повідомлення з нашого дослідження — визначити основні проблеми організації і надання амбулаторної психіатричної допомоги в м. Києві та напрямки їх вирішення в інтересах користувачів служби.

Отже, облікова кількість користувачів психіатричної допомоги в м. Києві складає 50860

осіб, 9010 — це підлітки і діти ( 17,7%), найбільшу частину складають хворі дорослого віку — 41850 (82,3%).

Амбулаторна психіатрична допомога в місті Києві надається п'ятьма міськими психоневрологічними диспансерами та диспансерним відділенням Київської міської психоневрологічної лікарні №2 (які включені до ТМО «ПСИХІАТРІЯ» наказом ДОЗ КМДА від 14.11.2013 р. № 625 «Про питання діяльності територіального медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві), а також Київською міською студентською поліклінікою, психіатричний кабінет якої надає амбулаторну психіатричну допомогу студентам навчальних закладів всіх рівнів акредитації, та вирішує питання експертної оцінки психічного стану осіб, передбачені відповідними нормативними актами.

Амбулаторні психіатричні заклади міста здійснюють консультативно-діагностичну, лікувально-реабілітаційну та медико-соціальну допомогу хворим на психічні та поведінкові



розлади, проводять профілактичну роботу та диспансерний нагляд психічно хворих дорослих та дітей всіх районів міста. Особливість організації амбулаторної допомоги дитячому населенню виходить з необхідності наближення її до місця проживання дитини. Тому прийоми дитячих психіатрів проводяться як в міських психоневрологічних диспансерах, так і безпосередньо в дитячих територіальних поліклініках. Число кабінетів загального психіатричного прийому в місті з 2010 р. збільшилось з 17 до 23. Кількість дільничних посад в амбулаторних закладах ТМО «Психіатрія» складає 82,75.

Щодо амбулаторного лікування дітей, хворих на психічні і поведінкові розлади, то воно також організовано з можливістю вибору: крім ПНД та дитячих поліклінік, амбулаторне лікування дітей хворих на аутизм, заїкування, мутизм та інші поведінкові та психічні розлади проводиться в амбулаторному дитячому відділенні ТМО «Психіатрія», штат якого дозволяє використовувати психотерапевтичні, психологічні, логопедичні можливості спеціалістів; певну терапевтичну роль грають фізіотерапевтичні методи, артотерапія, використання лікувальної пішки, методики монтесорі, тощо.

З ціллю покращення соматичного обстеження хворих на психічні та поведінкові розлади в ТМО «Психіатрія» працює міська консультативно-діагностична поліклініка, яка має штат різних лікарів — спеціалістів, діагностичні лабораторії та новітню апаратуру для безпосереднього забезпечення хворих комплексною соматичною допомогою в поліклініці чи організації її в інших спеціалізованих соматичних лікувальних — профілактичних закладах міста.

В середньому по місту на 1 посаду дільничного психіатра приходить 34 667 населення і 613 хворих (по Україні — 33 423 нас.; і 853,5 хворих на 1 посаду дільничного психіатра, відповідно). Нормативна численність населення на 1 ставку дільничного лікаря — психіатра не змінювалась з радянських часів і складає — 30 000 населення. Пацієнти — мешканці міста, та їх законні представники мають право вибору лікаря — психіатра амбулаторного закладу для одержання хворими амбулаторної психіатричної допомоги в плановому порядку незалежно від району проживання за власною заявою до цього закладу.

В останні роки у виявленні психіатричної патології в амбулаторних умовах зросла роль сімейних амбулаторій первинної медичної допомоги: переважно це забезпечення консультативною психіатричною допомогою та визначення тактики надання необхідної психіатричної допомоги пацієнтам з встановленим психіатром діагнозом.

Амбулаторна психіатрична допомога особам, які страждають на психічні розлади, та їх госпіталізація до психіатричних стаціонарів здійснюється на підставах та за умовами, що передбачені законодавством про психіатричну допомогу.

Встановлення діагнозу психічного розладу, визначення шляху надання психіатричної допомоги у невідкладному (примусовому) порядку чи у плановому (добровільному) порядку, її обсягу та показань для госпіталізації є компетенцією лікаря-психіатра.

При обстеженні пацієнта психіатр амбулаторної служби має визначити:

- ціль психіатричного втручання у зв'язку з наявними психічними розладами (обстеження, лікування, нагляд, догляд за хворим, госпіталізація до психіатричного стаціонару) та вжити заходів до його реалізації;
- наявність чи відсутність у хворого в зв'язку з психічними розладами, безпосередньої небезпеки для себе та (або) оточуючих чи неможливості самому забезпечити свої основні життєдіяльні функції;
- обсяг обстеження, лікувальних заходів та нагляду за хворим при необхідності психіатричного втручання;

Обов'язковою умовою планової консультації і огляду лікарем-психіатром є згода особи або її законних представників.

Адже головна функція амбулаторної психіатричної служби — це постійне диспансерне спостереження психічно хворих, і саме диспансерний метод лежить в основі організації роботи психоневрологічних диспансерів. Диспансерне спостереження психічно хворих здійснюється згідно з «Інструкцією з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги», затвердженої Наказом МОЗ від 22.01.2007 р. №20 «Про затвердження Інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги».

Указана інструкція визначає дві форми динамічного спостереження хворого: диспансерний (в м. Києві 20671хворих) та консультативний (21183хворих) нагляд. В обох випадках, крім усвідомленої згоди хворого, чи його представника на амбулаторне лікування, потрібна згода на диспансерне, або консультативне спостереження. Наше дослідження виявило певний контингент хворих на психічні розлади, які одноразово звертаються за амбулаторною психіатричною допомогою і не дають згоди на будь яку форму обліку та спостереження. Тому лікарі ПНД змушені тимчасово залишати їх без

визнаної групи спостереження, доглядаючи їх в пасивному режимі. Враховуючи їх постійне збільшення, в середньому до 30% від облікованих хворих, виникає необхідність прийняття певного рішення щодо «одноразових» пацієнтів, можливо з преморбідними ознаками, для яких дуже важливо якомога довше не з'явитися в будь якій групі нагляду. Тому, можливо, сімейні амбулаторії забезпечили б диспансерний нагляд таких пацієнтів, не фіксуючись на їх діагнозі, який поставлено психіатром.

З приводу існування групи одноразово звернувшись до ПНД пацієнтів порушується облік хворих, і це значно впливає на статистичну звітність. Впродовж останнього десятиліття визначається стійка тенденція до зменшення облікового контингенту хворих в ПНД міста: 2002 р. — 59,3 тис.; 2006 р. — 58,6 тис.; 2011 р. — 54 400 тис.; 2013 р. — 50 860 тис. Відповідно до облікової численності хворих знижуються показники поширеності ( 2005 р. — 214,2; 2007 р. — 206,5; 2009- 200,3; 2011 р. — 194,1; 2013 — 178,4 на 10 тис. нас. ) і захворюваності: (2005р. — 16,9; 2007 р. — 14,7; 2009 р. — 14,7; 2011р. — 14,1; 2013 р. — 11,1 на 10 тис. нас.) (по Україні — 22,6 на 10 тис. нас.). Визначена тенденція пов'язана також з відсутністю звітності і обліку хворих у власних психіатричних кабінетах і клініках, в результаті чого неможливо отримати точну характеристику психічного здоров'я населення міста та розрахувати необхідну кількість лікарняних ліжок та місць в денних стаціонарах ПНД, кількість дільничних психіатрів та окремих спеціалістів.

Наступна проблема амбулаторної психіатричної допомоги пов'язана безпосередньо з діагностично — лікувальним процесом. Сучасні методичні підходи до його організації, новітні фармакологічні препарати сприяють необхідності змін в схемах та строках лікування та реабілітації психічно хворих. Тому дуже важливим є використання спеціальних стандартів і протоколів діагностики та лікування хворих на психічні розлади. На жаль, амбулаторна психіатрична служба міста ще не завершила цієї роботи і потребує розробки і затвердження стандартів діагностики та лікування в ПНД.

При цьому необхідно пам'ятати, що значним ресурсом в організації лікувально — реабілітаційного процесу є денний стаціонар психоневрологічного диспансеру, можливості якого потрібно раціонально використати для кожного пацієнта, що стоїть на обліку. Для цього, в першу чергу, потрібно розрахувати планову функцію лікарської посади дільничного психіатра, чітко визначити види діяльності та спланувати їх виконання на протязі року, тобто мати чіткий об'єм часу на безпосередню роботу з хворими,

скласти план роботи та слідкувати за його виконанням. Щодо кожного хворого, який періодично звертається, чи не звертається до лікаря в ПНД, має бути реалізовано диспансерний принцип роботи з ним, тобто: відвідування, обстеження соціально — побутових умов, призначення (при потребі) чи контроль курсу медикаментозного лікування в домашніх умовах, призначення його в умовах денного стаціонару, планування реабілітаційних заходів в ДС і на дому, проведення заходів з вирішення соціальних питань, тощо. За допомогою ДС дільничними психіатрами можуть вирішуватись питання амбулаторного примусового лікування. І лише при явній небезпеці для себе чи оточуючих, хворого необхідно доставляти в стаціонар, тобто діяти за принципом необхідного мінімуму госпіталізацій, що буде сприяти, при наявності медикаментозного забезпечення, збереженню адаптаційних соціально — побутових навичок пацієнта. Схематично принцип необхідного мінімуму госпіталізацій з інтеграцією психіатричної допомоги в первинну медичну ланку представлено на рисунку.

Особлива проблема — це організація медико-соціальної реабілітації пацієнтів, яка має відбуватися згідно з трудовими напрямками. Її рішення, насамперед, пов'язане з кадрами. Існують застарілі штатні нормативи, які обмежують надання різноманітних видів психіатричної та суміжних видів та об'ємів допомоги. По-друге, соціально — трудова реабілітація психічно хворих потребує професійного менеджменту, поєднаного у декількох спеціальностях: психіатрів, управлінців та спеціалістів з нескладного виробництва, яке дозволить мати невеликий прибуток для організації харчування таких хворих, що зможуть освоїти нескладні виробничі процеси.

Наслідком піднятих проблем на тлі зниження захворюваності і поширеності психічних розладів є стабілізація показників загальної інвалідності (загальна інвалідність всього населення складає по Києву 61,3 на 10 тис. населення (по Україні — 63,6 на 10 тис. нас.); у дорослих — 70,9; дітей — 22,23; первинна інвалідність характеризується наступними показниками: все населення — 1,86; дорослі — 1,4; діти — 3,52 (на 10 тис. відповідного населення). Смертність на 10 тис. облікованих хворих з 2010 р. по 2012 р. незначно виросла, а в 2013 р. знизилась до рівня 2010 р.: 2010 р. — 15,6; 2011 р. — 16,3; 2012 р. — 17,6; 2013 р. — 15,7, і це не може свідчити про покращення стану психічного здоров'я суспільства і відображає як особливості соціально-демографічних процесів, так і недосконалість організації соціально-психіатричної допомоги (до сих пір слаба психореабілітаційна ланка, відсутність лікування

сучасними ефективними медикаментозними засобами, неможливість населення придбати коштовні медикаменти для підтримуючої терапії та й недостатність профілактичної діяльності з населенням. В умовах ТМО при можливості централізованого управління усіма ПНД міста розроблено єдиний методичний підхід до диспансеризації осіб з встановленим психіатричним діагнозом, шляхом покращення організаційних аспектів процесу диспансеризації на різних етапах патологічних змін психічного здоров'я пацієнта і більш ефективним наданням комплексної амбулаторно-стаціонарної допомоги.

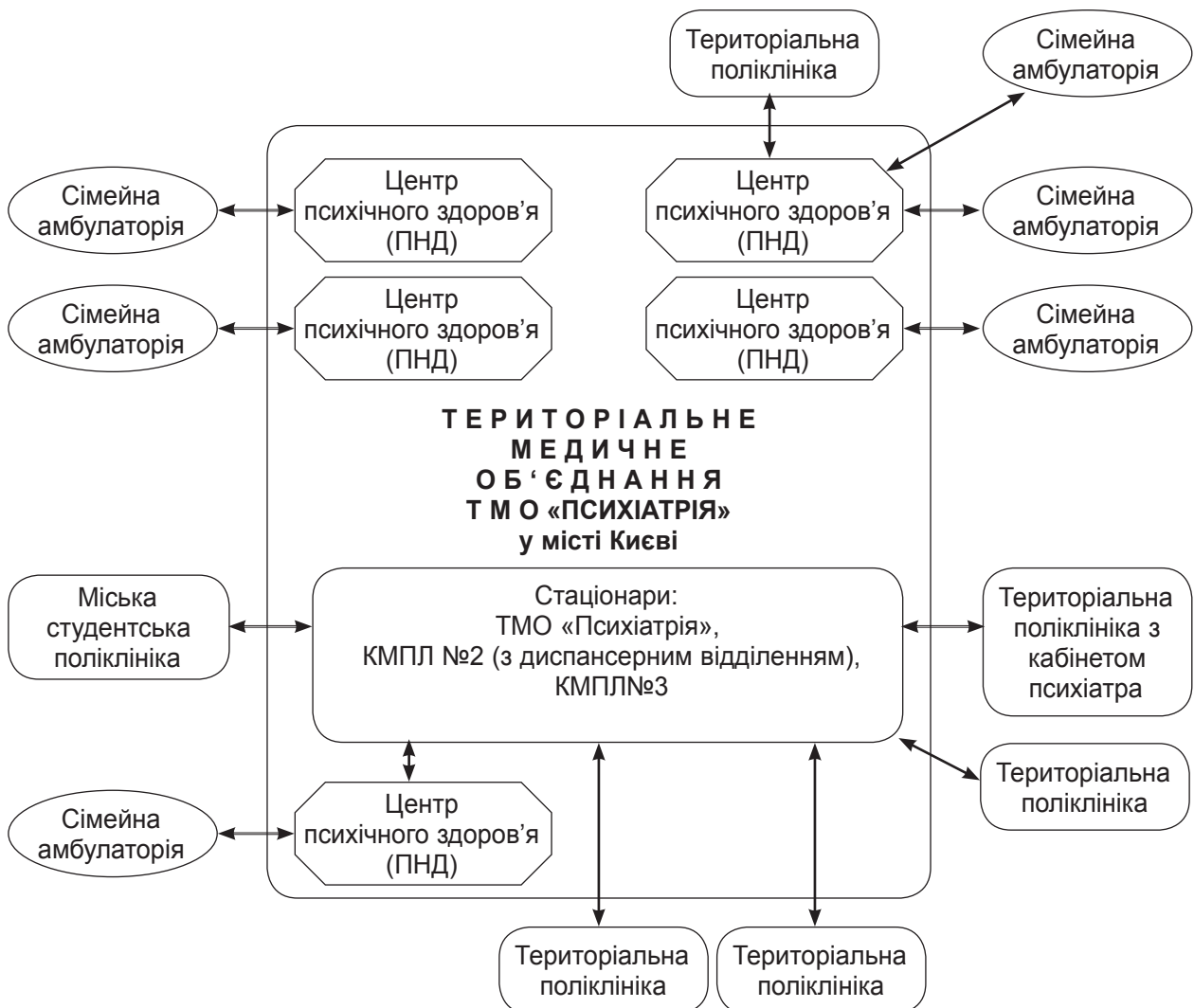
В силу ряду соціальних причин знижався рівень звернень населення м. Києва за екстреною та стаціонарною психіатричною допомогою. Кількість звернень у відділення швидкої психіатричної допомоги за 3 останні роки складала: 2011 р. — 37365; 2012 р. — 33931; 2013 р. — 33253. Відповідно зменшилося число госпіталізованих хворих за показаннями на стаціонарне

лікування: загальна кількість госпіталізованих в психіатричні стаціонари за 2011 — 2013 роки склала відповідно: 10469; 10389; 9442.

Тому забезпеченість психіатричними ліжками по місту знизилась з 9,7 на 10 тис. (2002 р.) до 8,6 в 2013г.; (по Україні даний показник складає 10,0 на 10 тис. населення). За останні роки кількість ліжок в найбільшому стаціонарі ТМО скоротилось з 1 600 в 2007 р. до 1450, ще 75ліжок цього стаціонару та 75ліжок КМПЛ№3 закрито на ремонт.

Актуальною залишається кадрова проблема. В 2013 р. в психіатричних закладах числилося 281,25 штатних посад лікарів-психіатрів, зайнято 261, 25, фізичних осіб 227 (у 2012 р. відповідно 321, 25 штатних посад, зайнято 300,75, фізичних осіб — 258). Укомплектованість штатних посад в 2013 році 80,3%, що менше показника 2012 року — 80,7%.

Адже при цьому зберігається якісна професійна підготовка як лікарів, так і спеціалістів



**Рис.**

Схема взаємодії ЛПЗ психіатричної служби за принципом необхідного мінімуму госпіталізацій та інтеграції психіатричної допомоги в ЛПЗ первинної медичної допомоги

середнього медичного рівня. Атестовано 256 лікарів. Мають вищу атестаційну категорію 106 осіб, першу атестаційну категорію — 51 особа, другу атестаційну категорію — 46 осіб, атестовано лікарів спеціалістів — 53 особи. В ТМО «Психіатрія» працюють 16 кандидатів і 1 доктор медичних наук; 5 заслужених лікарів; 152 лікаря вищої категорії, 64 — першої. Спеціалісти вищої і першої категорій складають 78% від загальної кількості лікарів — психіатрів. При цьому підвищення кваліфікації лікарів є активним процесом з боку самих лікарів. І це не тільки курси підвищення кваліфікації, але й публікації з їх власних досліджень в науково-практичних періодичних виданнях, видання монографій і методичних рекомендацій, а також лікарські науково-практичні клінічні конференції з розбором хворих і актуальними доповідями з питань клініки, діагностики, терапії психічних розладів, які проводяться на протязі останніх 7 років двічі на місяць. Велику користь несе також реалізація Українсько-Польсько-Німецької програми з реформування Української психіатрії, яка проводиться під патронатом МОЗ України та МЗС Німеччини. Так, тільки за останні 5 років відбулося більше 20 візитів наших німецьких колег до Києва з лекціями, проведенням семінарів, мастер-класів, орієнтованими на середній і молодший медичний персонал, медичних психологів, лікарів. Більше 50 співробітників ТМО вже побували на тренінгах в німецьких психіатричних закладах, різних реабілітаційних і соціальних закладах.

Про те є багато проблем практичної психіатрії, потребуючих наукового обґрунтування, досліджень і розробок силами профільних НДІ і кафедр, які повинні будувати свої дослідження, насамперед, на потребах психіатричної служби міста, особливо у розробці психіатричних нормативів, організації екстреної психіатричної допомоги, вирішенні соціальних проблем психіатрії.

Отже, подальший розвиток та покращення амбулаторної психіатричної допомоги повинні відбуватися шляхом системного підходу до її організації та подальшої взаємодії його в інтеграції

з іншими закладами системи охорони здоров'я населення міста Києва, про що має бути прийняте відповідне управлінське рішення на рівні Департаменту охорони здоров'я Київської міської держадміністрації, ключовими питаннями в якому мають бути: скорочення ліжкового фонду ТМО, конструктивна взаємодія з метою подальшого пріоритетного розвитку амбулаторної психіатричної допомоги, підтримки позалікарняного лікування, покращення профілактичної роботи з контингентами психічно хворих та попередження загострень захворювань; організація денних бригад невідкладної допомоги в межах існуючих ресурсів; упорядкування та інтенсифікація роботи денних стаціонарів; підвищення відповідальності амбулаторної служби за роботу з контингентом психічно хворих, які можуть скоїти соціально-небезпечні дії; визначення ліжкового фонду стаціонарів для лікування хворих за соціальними показаннями та з метою паліативної терапії; подальшого розвитку соціальної реабілітації та можливості працевлаштування певної частини облікового контингенту хворих.

#### Висновки:

1. Визначені проблеми та наведені статистичні показники свідчать про потребу, необхідність розширення та покращення якості амбулаторних послуг для психічно хворих та вивчення можливостей для задоволення змін попиту на співвідношення різних видів амбулаторних та стаціонарних послуг.
2. Реалізації принципів необхідного мінімуму госпіталізацій та інтеграції психіатричної допомоги в первинну медичну ланку має передувати створення на базі амбулаторної психіатричної допомоги (ПНД) медико — соціальних реабілітаційних центрів психічного здоров'я з повноцінним штатом спеціалістів.
3. Організація ТМО «Психіатрія» у місті Києві є кроком на шляху забезпечення стандартизованих методичних підходів в лікувально — діагностичному та реабілітаційному процесах.

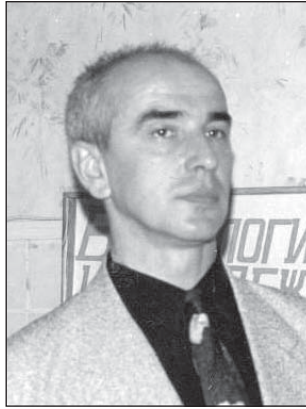


УДКМ159.923(096) Чехов А.П.

## **Психобиблиотерапевтические аспекты использования творчества и личностных качеств писателя и врача А. П. Чехова (чеховотерапия)**



Кутько И. И.



Пересадин Н. А.



Соцкая Я. А.

**Кутько И. И., Пересадин Н. А., Соцкая Я. А.**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

**Резюме.** В статье охарактеризована жизнедеятельность, творчество, история жизни и смерти А.П. Чехова.

**Ключевые слова:** А.П. Чехов, жизнь, творческая деятельность.

## **Psychobibliotherapeutic aspects of creativity and personal qualities of the writer and doctor A.P. Chekhov (chehovoterapiya)**

**Kutko I. I., Peresadin N. A., Sotskaya Y. A.**

SE «Lugansk State Medical University»

**Resume.** The article described the vital activity, creativity, thorium is-life and death A.P. Chekhov.

**Keywords:** A.P. Chekhov, life, creative activity.

*Никто не понимал так ясно и тонко как Антон Чехов, трагизм мелочей жизни, никто до него не умел так беспощадно правдиво нарисовать людям позорную и тоскливую картину их жизни в тусклом хаосе мещанской обыденности (Максим Горький).*

*«Если вы намеренно собираетесь стать менее значительной личностью, чем позволяют вам ваши способности, я предупреждаю, что вы будете глубоко несчастливы всю жизнь» (Абрахам Маслоу).*

Во всём мире в последние десятилетия наряду с устоявшимися классическими медицинскими методами, новейшей диагностической и лечебной аппаратурой и технологиями, ориентированными на оптимизацию процессов излечения больных, оказывают вполне ощутимое и документированно эффективное влияние нетрадиционные (называемые также

альтернативными, естественными и др.) виды интенсификации оздоровительного потенциала пациентов. Подобных (довольно действенных) подходов насчитывается на сегодняшний день великое множество (например, апитерапия, ароматерапия, гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, антигомтоксикология и т.д. и т.п.). С конца XIX и начала XX столетия в практическую медицину и прежде всего в прикладную психотерапию стала широко и активно внедряться библиотерапия, которую стали относить к арт-терапии (лечению произведениями искусства).

Хорошо известно, что богатейшее наследие мирового искусства и всемирной культуры (имея в виду разнообразнейшие их виды — скульптуру, графику, танцевальное искусство, драматургию, — но прежде всего — литературу) включает в себя огромное количество произведений талантливых и даже гениальных авторов, получивших (что особенно интересно для читателей-медиков) базисное медицинское

образование и имевших врачебную практику, что давало им и непосредственные материалы для создания тех или иных творческих проектов. Среди широко известных писателей-медиков обычно принято называть Франсуа Рабле, Фридриха Шиллера, Артура Конан-Дойла, Арчибальда Кронина, Станислава Лема, Сомерсета Моэма, а также философа и литератора, нобелевского лауреата Альберта Швейцера, чьи «Письма из Ламбарене» получили высокую оценку критиков и завоевали любовь читателей во всём мире.

Весомый вклад в мировое искусство и литературу внесли и русскоязычные писатели-врачи. Среди них — Викентий Вересаев, Владимир Даль (Казак Луганский), Михаил Булгаков, Николай Амосов, Виталий Коротич, Василий Аксёнов, Фёдор Углов, Юрий Щербак, Владимир Найдин и многие другие как ушедшие из жизни так и ныне здравствующие. С некоторыми из перечисленных лиц авторам статьи доводилось неоднократно встречаться и беседовать. Среди этого далеко не полного перечня писателей-врачей имя Антона Павловича Чехова стоит совершенно особо в силу ряда обстоятельств, которые мы ниже постараемся проанализировать. Проживший всего 44 с половиной года Чехов написал огромное количество рассказов, юморесок, литературных зарисовок, повестей, пьес (спектакли по этим пьесам уже более века успешно ставятся в ведущих театрах мира — от США до Японии). Чехов тесно общался и состоял в переписке с выдающимися современниками Л.Н. Толстым, А.М. Горьким, И.А. Буниным, А.И. Эртелем, А.С. Сувориным и другими замечательными людьми. В одной из своих многочисленных записных книжек он однажды сделал такую характерную для него запись: «Хорошо, если бы каждый из нас оставлял после себя школу, колодезь или что-нибудь вроде, чтобы жизнь не проходила и не уходила в вечность бесследно» [9]. Что касается А.П. Чехова, то прекрасно известно, что помимо богатого литературного наследия (Полное академическое собрание сочинений и писем писателя включает 30 (!) томов) этот высокогуманный человек оставил после себя фруктовые сады, шоссейную дорогу, городскую библиотеку, медицинский пункт и четыре сельские школы [2].

Известный русский издатель и журналист А.С. Суворин, о котором мы уже упоминали, характеризуя Чехова подчёркивал: «Всё, что он делал, он делал необыкновенно просто. Строил ли он школу, а он построил несколько, помогал ли кому, принимал ли в ком участие, он исполнял всё это как будто в силу какой-то врождённой обязанности, самой простой.

Казалось, человек жил, ничем не задаваясь, жил потому, что родился, но всё то, что близко ему было, что находило отклик в его душе, всё это получало от него какую-то здоровую теплоту. Его душа была так богата прекрасными дарами, что всякий, приближавшийся к нему, испытывал это» [1]. В своё время Б.М. Шубин (автор неоднократно переиздававшейся в издательстве «Знание» книги «Доктор А. П. Чехов»), собирая материалы о жизни, творчестве и медицинской работе великого писателя, заказал и просмотрел в одном из самых богатых библиотечных фондов Москвы трёхтомный труд Л.Ф. Змеева «Русские врачи-писатели», выходивший в Санкт-Петербурге в 1886-1888 гг., однако ни о В.И. Дале, ни об А.П. Чехове не нашёл, к сожалению, никаких данных.

Сегодня, в период празднования во всём мире по предложению ЮНЕСКО 150-летнего юбилея великого писателя и талантливого врача А.П. Чехова мы располагаем обширной чеховианой. «Загадка Чехова», его необыкновенная личность, беспримерное творческое наследие и креативный потенциал многие десятилетия волновали и продолжают волновать большое количество литературоведов, филологов, писателей, художников сцены и иных разного рода исследователей. О нём с большой любовью и искренним уважением писали и коллеги по перу: Л. Толстой, М. Горький, В. Короленко, Д. Мережковский, К. Чуковский, И. Эренбург, Б. Зайцев, Г. Газданов, А. Труайя, Л. Леонов, А. Моруа и многие другие. В 1954 году у известного писателя русского зарубежья Бориса Зайцева в Нью-Йорке в книжном издании имени Чехова (!) вышла в свет литературная биография Антона Павловича, а на следующий год Нобелевский лауреат Иван Бунин издал нашумевшую книгу «О Чехове»... Об Антоне Павловиче и его многочисленных произведениях написаны тысячи статей, сотни монографий и брошюр, по многим его рассказам и пьесам сняты популярные кино — и телефильмы, а спектакли «Вишнёвый сад», «Три сестры», «Дядя Ваня» постоянно идут на самых знаменитых театральных подмостках всего мира.

О Чехове же как о деятеле медицины мы знаем относительно немного: известна монография Е.Б. Меве [7], существует несколько изданий книги «Доктор А.П. Чехов», принадлежащей перу Б.М. Шубина, некоторым эпизодам врачебной работы великого писателя, бывшего к тому же незаурядным медиком, посвящены отдельные места в нескольких биографических, библиографических и мемуарных информационных источниках [1,5-12]. Социум, как правило, называет словом «писатель»

человека, создающего литературные произведения, а не научно-исследовательские работы. Популярный французский писатель и литературовед Андре Моруа прозорливо подчёркивал, что писатели и врачи «относятся к человеческим существам со страстным вниманием: и те и другие забывают о себе ради других людей». И тем не менее общество и его институты не всегда бывают позитивно настроены и внимательны к врачам, ставшим писателями... В чём же заключается тайна и до сих пор нерасшифрованный «код» Чехова? Как случилось, что родившийся в глубинке на юге России в многодетной семье не очень успешного (как сказали бы сегодня) предпринимателя, всю жизнь «выдавливавший из себя по капле раба», писавший с юношеских лет заметки в многочисленные юмористические издания, окончивший медицинский факультет Московского университета стал всемирно признанным автором, творчество и личность которого покорили миллионы людей во всём мире?

Кратко коснёмся биографических данных А.П. Чехова (тем более, что авторы настоящей статьи испытывают многолетний, ещё с времён нашей студенческой юности, интерес к этому писателю и врачу: мы неоднократно бывали в посёлке Ольховатка Воронежской области, откуда пошёл род Чеховых, посещали и оставляли памятные записи в книгах отзывов Таганрогских музеев Чехова, собрали обширную литературную чеховиану)... Сотрудники кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ЛГМУ с особым трепетом относятся к имени и делу Чехова. Так, доцент Хомутянская Н.И. посетила все спектакли в ведущих московских и питерских театрах по пьесам Чехова (в том числе знаменитый балет «Чайка» с Майей Плисецкой в роли Нины Заречной.)

Нам представляется, что род знаменитого писателя имел своеобразный «ген охоты к перемене мест». Это личностно-психологическое качество с особой силой проявилось у основоположника рода Евстафия Чехова (кстати, в биографическом очерке Бориса Зайцева, упоминавшемся нами выше, имя указано несколько иное — Евстратий). Евстафий Чехов был потомком беглых переселенцев, которые ещё в первой половине XVIII века основали село Ольховатка Воронежской губернии (тогда оно принадлежало Острогожскому уезду, давшему, кстати, известнейшего художника Николая Крамского, гениального поэта Самуила Маршака и других известных деятелей культуры, науки и искусства). Видимо, всё же можно говорить о наличии некоего «гения места» (термин П. Вайля и А. Гениса), позволяющего рождаться в Луганске Владимиру Далю,

в Воронеже Ивану Бунину, в ростовских казачьих краях Михаилу Шолохову...

Но вернёмся к семье Чеховых, к её генеалогическому древу. Прадед писателя Михаил Евстафиевич родился в 1762 году (за 99 лет до отмены крепостного права в России), а его прославленный правнук появился на свет в Таганроге всего за один год до этой навсегда оставшейся в исторической памяти даты. В своём письме к А.И. Эртелю А.П. Чехов писал: «Моя фамилия тоже ведёт своё начало из воронежских недр, из Острогожского уезда. Мой дед и отец был крепостным у Черткова». Дед писателя Егор Михайлович Чехов 1789 года рождения в возрасте 31 год (довольно поздно для того времени) женился на Ефросинье Емельяновне Шимко 1806 года рождения (она была на 17 лет моложе своего супруга); получается так, что девушке было в момент замужества всего 14 лет! Возраст шекспировской Джульетты! Фрося Шимко проживала в казачьей слободе с поэтичным названием Зайцевка Богучарского уезда Воронежской губернии. Эта слобода находилась в верховьях реки Фёдоровки в 50 верстах в сторону Старобельского тракта от Богучара. Происходила Ефросинья из украинской семьи, её родители занимались коневодством и торговали лошадьми. Егор Михайлович Чехов был вполне респектабельным женихом — он владел грамотой и был управляющим на Ольховатском сахарном заводе, а кроме того занимался откормом бычков и этот успешный «бизнес» позволил ему выкупиться из крепостной зависимости в 1841 году (на двадцать первом году совместного проживания с Ефросинией) за 875 рублей серебром (3500 рублей ассигнациями). «Именно жизни, стихии он (А.П.Чехов) наследовал от предков, да и упорства. Сил было достаточно, но и преодолеть приходилось немало, с раннего детства, довольно сурового», — писал в литературной биографии Чехова писатель русского зарубежья Борис Зайцев. Отец будущего писателя Павел Егорович Чехов имел бакалейную лавку с претенциозной вывеской «Чай, кофе и другие колониальные товары» (сейчас там находится музейный мемориальный комплекс, в котором доводилось бывать и авторам этих строк). Обанкротившись, скрываясь от многочисленных долгов отец, мать и братья Антоши, а также его сестра перебрались в Москву в 1876 году (Антону тогда было 16 лет и он остался один). Обучаясь в таганрогской гимназии, юноша зарабатывал на жизнь частными уроками, принимал участие в гимназическом рукописном журнале «Досуг», а также в любительских спектаклях. В 1877-1878 годах Антон



Чехов сочинил свои первые драматические произведения и юморески.

До сих пор не до конца ясно почему по окончании гимназии в 1879 году Чехов решил поступать в Московский университет на медицинский факультет. Почему подающий достаточно ощутимые литературные надежды молодой человек не захотел идти в писатели или журналисты, а твёрдо выбрал врачебную стезю? Как известно, два последних года учения в Таганрогской гимназии перед поступлением в университет Антон жил один, без своих родных. Его старшие братья уже учились в Москве, мать и отец с остальными домочадцами также переехали в «белокаменную». Во время своих гимназических каникул Антон ездил к старшему брату в Москву и знакомился со старинным университетом, который произвёл на юношу неизгладимое оптимизирующее впечатление. При заполнении гимназической выпускной анкеты Чехов отметил, что желает поступать именно в Московский университет на медицинский факультет. Этого же сильно хотела и мать будущего писателя, которая в одном из писем к сыну восклицала: «Скорей кончай в Таганроге учение, да приезжай, пожалуйста, скорее, терпенья не достаёт ждать, и непременно по медицинскому факультету иди, уважь меня, самое лучшее занятие». Вполне вероятно, что Антон «уважил» матушку и утвердился во мнении о выборе в качестве будущей профессии медицинской специальности.

Не исключено также, что это решение вызревало самостоятельно и раньше, о чём свидетельствуют данные упоминавшейся чеховской анкеты. Уезжая из родного города, Антон Чехов не раз говорил знакомым, что едет в Москву учиться на доктора. Таким образом, можно вполне допустить, что собственные мысли о выборе жизненного пути и настоятельная просьба матери повлияли на то, что 10 августа 1879 года Антон Чехов подал заявление о зачислении на медицинский факультет Московского университета. В сентябре того же года на этот факультет были зачислены около 450 студентов, в том числе и выпускник гимназии и таганрогский стипендиат А.П. Чехов. Начались годы интенсивных и плодотворных учений и пора шумного студенчества. Весёлый, смешливый юноша Чехов был в то же время довольно серьёзным и очень трудолюбивым студентом. Он всегда посещал лекции и практические занятия, «его было видно и в аудиториях и лабораториях; и экзамены он сдавал добросовестно, переходя аккуратно с курса на курс...» [5]. В годы студенчества Чехов посылал юмористические заметки и литературные зарисовки в различные журналы («Стрекоза», «Москва»,

«Будильник» и др.), но на писательскую деятельность он в то время смотрел только как на средство заработка, дающее возможность существовать семье. В Московском университете в те годы преподавали такие блестящие учёные и клиницисты, как Г.А. Захарьин, А.А. Остроумов, Н.В. Склифосовский, А.И. Бабухин, А.Я. Кожевников, В.Ф. Снегирёв и другие. Сокурсниками Чехова были будущий крупный невропатолог Г.И. Россолимо, создатель первого в России бактериологического института Г.А. Габричевский и другие.

Любимым наставником А.П. Чехова в Московском университете был Александр Богданович Фохт, который в течение тридцати лет руководил кафедрой общей патологии, им и его школой были заложены основы отечественной (русской) экспериментальной кардиологии. Большой след в творческой жизни А.П. Чехова оставил врач и педагог профессор Г.А. Захарьин (1829-1897) и ученик Г.А. Захарьина Алексей Александрович Остроумов. Большой заслугой профессора-клинициста А.А. Остроумова (1844-1908) стало то, что этот передовой исследователь одним из первых применил дарвинские идеи биологической эволюции в практике внутренней медицины. Ощутимое влияние на деятельность Чехова как врача-общественника и гигиениста оказали труды профессора Ф.Ф. Эрисмана (1842-1915) — основоположника научной гигиены и общественной медицины в России. Чехов с большим вниманием слушал лекции Эрисмана, тщательно изучал и конспектировал его работы перед своей поездкой на Сахалин. К разнообразным вопросам социальной медицины, встречавшимся в его врачебной работе, Чехов подходил с научно-статистических позиций, которые выработались у него под влиянием лекций и научных трудов одного из основателей русской статистической науки, автора работ по политической экономике проф. Александра Ивановича Чупрова. Московский университет, царившая в нём творческая исследовательская атмосфера, выдающийся преподавательский состав сыграл существенную роль в формировании мышления и мировоззрения Чехова.

Занимался будущий врач Антон Чехов практической медициной и во время своих студенческих каникул. Перед началом 3-го курса Антон Павлович работал помощником врача в Воскресенской земской больнице, находившейся в усадьбе Чикино (Подмосковье). Посещал Чехов Воскресенск (ныне город Истра Московской области) и в последующие годы, заходил он довольно часто и в Воскресенскую лечебницу. Под



наблюдением прогрессивного земского врача Павла Арсеньевича Архангельского Антон Чехов принимал пациентов, неоднократно выезжал на судебно-медицинские вскрытия трупов. «Душевное состояние больного всегда привлекало особенное внимание Антона Павловича и наряду с обычными медикаментами он придавал огромное значение воздействию на психику больного», — писал П.А. Архангельский в «Отчёте благотворительного общества при Воскресенской земской лечебнице Звенигородского уезда за 1911 г.» [11].

В июне 1884 г. Чехов успешно окончил медицинский факультет; свидетельство об утверждении Чехова в звании уездного врача было подписано деканом медфака выдающимся хирургом профессором Николаем Васильевичем Склифосовским. Молодой врач решил продолжить работу в той же самой земской лечебнице где в студенческие годы проходил медицинскую практику. К лету 1884 года (к моменту получения врачебного диплома) Чеховым было опубликовано около 250 различных рассказов и заметок, однако после возвращения из Воскресенска в Москву он продолжал преимущественно заниматься врачебной практикой. Своему дяде М.Е. Чехову он писал 31 января 1885 года: «Медицина моя шагает помаленьку. Лечу и лечу... Знакомых у меня очень много, а стало быть, немало и больных. Половину приходится лечить даром, другая же половина платит мне пяти — и трёхрублёвки» [13]. Уже с первых шагов профессиональной врачебной деятельности дело у молодого доктора пошло вполне успешно, это видно из приведенного письма дяде Михаилу Егоровичу, которому Антон сообщает, что на заработанные деньги он приобрёл мебель и пианино, живет без долгов и, если будет жив и здоров, то положение семьи будет обеспеченным. Своим друзьям Чехов в то время говорил: «Живу с апломбом, т.к. ощущаю в своём кармане лекарский паспорт».

Ближайшие после окончания университета годы врачебная деятельность А.П. Чехова протекает в Москве и Московской губернии. Молодой выпускник медфака практически содержит всё семейство и поэтому вынужден очень много трудиться: он пишет рассказы, принимает больных и многочисленных гостей, вот почему его здоровье оставляет желать лучшего: Чехов мечтает покинуть суетливую Москву, чтобы больше уделять времени литературе и медицинской деятельности. С присущим ему тонким юмором он пишет: «Куплю хутор и стану подписываться: Полтавский помещик, врач и литератор Антуан Шпонька». По нашему мнению юбилеи хороши помимо всего

прочего ещё и тем, что мы можем с позиций сегодняшнего дня более пристально рассмотреть вглубь личности, оставившей яркий след в истории человеческой культуры, ведь большое, как известно, лучше всего видится на расстоянии. Стопятидесятилетие со дня рождения А.П. Чехова как раз такие возможности углублённого наблюдения нам и представляет.

В 1892 году Чехов приобретает имение Мелихово в Серпуховском уезде Московской губернии, где кроме писательской работы занимается и обширной медицинской деятельностью, организовав образцово-показательный для того времени врачебный участок. В письме к А.С. Суворину он вскорости сообщает: «...Я купил целый воз лекарств. Хочу купить микроскоп и займусь медицинской микроскопией. И вообще займусь медициной самым основательным образом...». И он активно занялся повседневным практическим врачеванием (с раннего утра у окон кабинета его ожидали многочисленные больные), а в связи с приближающейся эпидемией холеры Чехов проявил себя как талантливый и успешный организатор здравоохранения. Сфера его непосредственных противоэпидемических интересов охватывала 25 деревень, 4 фабрики и 1 монастырь на территории Серпуховского уезда. И совершенно не случайно Чехов неоднократно с полным правом называл профессию врача подвигом, невозможным без чистой души и чистых помыслов. Обладая своеобразным и тонким чувством юмора, молодой доктор Антон Павлович иногда позволял себя шутки и розыгрыши отдельных пациентов. Хорошо известен такой эпизод из врачебной практики Чехова. К нему на приём однажды пришла дородная и томная, элегантно одетая дама, которая жеманно стала жаловаться: «Антон Павлович! Скучно, очень скучно жить! Всё вокруг так серо: люди, море, цветы, всё серо... Нет желаний... Душа в тоске... Словно какая-то болезнь...». «Это болезнь», — подтвердил чётко и ясно Чехов. «Называется она по латыни «*morbus nigilema acuta bilateralis sinistra maligna*»... Уже упоминавшийся нами французский писатель, создатель романтизированных биографий известных людей и эрудированный критик Андре Моруа писал: «... В медицине нет двух миров: мира лаборатории и мира клиники, мира духа и мира тела. Есть один — единственный мир, в котором происходят бесконечно сложные явления... Сознывая единство человеческого организма, настоящий врач одновременно врачует и отчаяние, и органические нарушения, которые оно порождает. Важность миссии врача составляет его отличие от всех прочих граждан» [8].

Чехов ещё в 1888 году подчёркивал в письме к своему частому адресату издателю Суворину: «Вы советуете мне не гоняться за двумя зайцами и не помышлять о занятиях медициной. Я не знаю, почему нельзя гнаться за двумя зайцами даже в буквальном значении этих слов? Я чувствую себя бодрее и довольнее, когда сознаю, что у меня два дела, а не одно. Медицина — это моя законная жена, а литература — любовница. Когда надоест одна, я ночую у другой. Это хотя и беспорядочно, но зато не скучно, да и к тому же от моего вероломства обе решительно ничего не теряют...»

А.П. Чехов всегда искренне дорожил и гордился высоким званием врача, и поэтому расставание с медициной в пользу литературы и театра было для него неприятным и болезненным. Он говорил брату основателя Московского Художественного театра Василию Ивановичу Немировичу-Данченко: «Когда-нибудь убедятся, что я, ей-богу, хороший медик». С горечью и грустью Чехов как-то спросил у известного автора популярнейшей книги «Москва и москвичи» В.А. Гиляровского: «Ты думаешь, я плохой доктор?» — и сам же не без иронии ответил: «Полицейская Москва меня признаёт за доктора, а не за писателя, значит я доктор». В справочном издании «Вся Москва» напечатано: Чехов Антон Павлович. Малая Дмитровка. Дом Пешкова. Практикующий врач». Так и написано: не писатель, а врач...». Передовое естественно-научное мировоззрение, любовь к повседневной врачебной работе наложили глубокий отпечаток на всю литературную деятельность Чехова. В своей автобиографии, написанной 11 октября 1899 года по просьбе бывшего однокурсника (а в последствии известного невропатолога профессора) Г.И. Россолимо Чехов сказал о влиянии медицины таким образом: «Не сомневаюсь, занятия медицинской наукой имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность; они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня, как писателя, может понять только тот, кто сам врач».

Известно, что ещё в пору студенчества Чехов собирал довольно долго материалы для научной работы по вопросам пола (под влиянием идей дарвиновского учения об эволюции). Эта работа могла стать диссертационным исследованием, однако этого не случилось. После поездки по Сахалину его печатная работа «Сахалин» многими современниками рассматривалась в качестве труда по социальной медицине и она тоже могла стать диссертационной на соискание учёной степени доктора медицины.

Собирал материалы и писал в своё время Чехов труд и по истории медицины... На наш взгляд, главное состоит всё же в том, что Чехов послужил медицине своим ярчайшим литературным дарованием. Он ввёл множество образов медиков в свои произведения: они фигурируют и в рассказах, и в повестях и в пьесах. Назовём лишь некоторые — «Палата №6», «Ионыч», «Чёрный монах», «Дядя Ваня», «Иванов» — а всего в 47 произведениях писателя есть незабываемые образы медиков. Описывая материальное положение рядовых эскулапов, Чехов в ряде своих литературных работ отмечает тяжелые условия труда и быта земских врачей, круглые сутки занятых, никогда не принадлежащих себе, тех, что не взирая на непогоду и собственные недомогания отправляется заполночь к больному за 30-40 вёрст... (рассказ «Враги»). По отношению к медицине Чехов всегда был не только внимательным наблюдателем, но и её активным сподвижником. Мы имеем ввиду его участливое отношение, хлопоты и ходотайства в отношении судьбы медицинского журнала «Хирургическая летопись», который и до сегодняшнего дня выходит в свет, правда под названием «Хирургия». Земские врачи вполне законно считали Чехова своим родным писателем. И за правдивые свидетельства русскому обществу об их нелёгких судьбах, и за благородное заступничество перед «сильными мира сего» — рядовые медики отвечали Антону Павловичу неизменной искренней любовью...

В январе 1902 года в Москве состоялся VIII съезд Пироговского общества русских врачей, имевший большой общественный резонанс. Это был высший общественный орган русских врачей. Чехов был приглашён на это мероприятие, он собирался принять участие в работе съезда, но по состоянию здоровья приехать в Москву из Ялты не мог. 12 января Чехов получил сразу две приветственные телеграммы от съезда, поднявшие его на нравственную высоту, о которой он (по его собственному мнению) и не мечтал. Не столь давно Московский художественный академический театр (МХАТ) получил имя Чехова, что свидетельствует о глубоких связях Антона Павловича и с нашим временем.

В июле 1904 года на Новодевичьем кладбище в Москве хоронили великого писателя, врача и человека большой души Антона Павловича Чехова. У свежей могилы известный психиатр того времени Н.Н. Баженов сказал в прощальной речи: «Пусть вместе со славой мирового писателя в сердцах людей живёт память о том, кто украсил русскую медицинскую науку». Незаурядные мысли, опережающие время идеи

и тонкие наблюдения Чехова, выраженные в его письмах и художественных творениях, не потеряли своей актуальности и в XXI веке. Многие произведения А.П. Чехова остаются своего рода в качестве учебников по оздоровлению

духовной патологии человека и библиотерапевтам еще предстоит освоить тот океан психотерапевтической информации, который создан «Хирургом патологии А. Чеховым» (так он однажды подписал своё письмо).

#### Литература:

1. Ашурков Е.Д. Слово о докторе Чехове / Е.Д. Ашурков. — М.: Медгиз, 1960. — 48 с.
2. Бердников Г.П. Чехов. / Е.Д. Ашурков [изд. 2-е]. — М.: Мол. гвардия, 1978. — 512 с.
3. Гончаренко Н.В. Гений в искусстве и науке / Н.В. Гончаренко. — М.: АСТ. — 2007. — 516 с.
4. Дрожжин С.Н. Русская биография Анри Труайя / С.Н. Дрожжин // Прометей. Т. 16. — М.: Мол. гвардия, 1990. — С. 323-354.
5. Ермилов В.В. Избранные работы: в 3т. — Т.1. А.П. Чехов. — Пушкин. / В.В. Ермилов. — М.: Госполитиздат, 1955. — 471с.
6. Лихтенштейн Е.И. О медицинской деятельности А.П. Чехова / Е.И. Лихтенштейн // Врачеб. дело. — 1954. — № 2. — С.173-178.
7. Меве Е.Б. Медицина в творчестве и жизни А. П. Чехова / Е.Б. Меве. — К.: Здоровья, 1989. — 280 с.
8. Моруа А. Литературные портреты / А. Моруа. — М.: Прогресс, 1971. — 454 с.
9. Паперный З.С. Записные книжки Чехова / З.С. Паперный. — М.: Советский писатель, 1976. — 392 с.
10. Пересадин Н.А. Феноменология личности, системная гениометрия творческого начала (постановка проблемы) / Н.А. Пересадин, Т.В. Дьяченко, С.Н. Черкашина // Далековский сборник. — Луганск: Альма матер, 2001. — С. 178-181.
11. Смирнов В.Ф. Чехов и медицина / В.Ф. Смирнов. — М.: Российское общество медиков-литераторов, 2002. — С. 151-159.
12. Фролов В.М. В поисках средства Макропулоса / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин. — Луганск: изд-во «Знание», 1991. — 66 с.
13. Чехов А.П. Среди милых москвичей / А.П. Чехов. - М.: Правда, 1988. — 622 с.
14. Eisenstadt I.M. Parental loss and genius / I.M.Eisenstadt. // Amer. Psychologist. — 1978. — Vol. 33, № 3. — P. 211.
15. The New Encyclopedia Britanica. — 1988. — Vol. 5. — P. 181.

УДК 616.89 (091.2):159.9.007

## Профессор Павел Иванович Ковалевский: штрихи к портрету и научной деятельности выдающегося отечественного учёного, психиатра, психолога и публициста (К 165-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.<sup>2</sup>, Петрюк А. П.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины,

<sup>2</sup> Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача),

**Резюме.** На основі джерел спеціальної літератури та наукових праць ювіляра приведені нові дані про життєвий та творчий шлях професора П.І. Ковалевського – відомого вітчизняного вченого, психіатра, психолога, публіциста, ідеолога російського націоналізму, представника харківської психіатричної школи, котрий у свій час працював на Сабуровій дачі, який своїм науковим здобутком вніс вагомий внесок в розвиток вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи, та інших дисциплін.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії та наукового здобутку ювіляра, зокрема, його українського періоду життя на науковій творчості.

**Ключові слова:** біографічні дані, життєвий та творчий шлях, науковий доробок.

## Professor Pavel Ivonovich Kovalevskij: strokes to the portrait and scientific activity prominent domestic scientist, psychiatrist, psychologist and publicist (To 160-th anniversary)

Petryuk P. T.<sup>2</sup>, Petryuk O. P.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine,

<sup>2</sup> Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha),

**Resume.** On the basis of sources of the special literature and scientific labours of person whose anniversary is celebrated new information is resulted about the vital and creative way of professor P.I. Kovalevskij – the known domestic scientist, psychiatrist, psychologist, publicist, ideologist of Russian nationalism, representative of Kharkiv psychiatric school, which at one time worked on the Saburova dacha, which brought in ponderable payment the scientific achievement in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school, and other disciplines.

The necessity of subsequent study of biography and scientific achievement of person whose anniversary is celebrated is underlined, in particular his Ukrainian period of life on scientific creation.

**Keywords:** biographic information, vital and creative way, scientific reserve.

*Совесть — это память общества,  
усвояемая отдельным лицом.  
Лев Толстой*

Профессор Павел Иванович Ковалевский (1849-1931) — известный отечественный учёный, психиатр, психолог, публицист, идеолог

русского национализма, общественный деятель, одно время работавший на Сабуровой даче — бывший сабурянин, принадлежавший к плеяде врачей-интеллигентов, сформировавшейся в последней трети XIX века и много сделавшей для становления отечественной психиатрии, в т.ч. и для харьковской психиатрической школы.





Ковалевский П. И

П.И. Ковалевский — доктор медицины, профессор, основатель первого русского психиатрического журнала «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии», автор оригинальной концепции о роли кровообращения и обмена веществ в центральной нервной системе, первого отечественного руководства по психиатрии, организатор при Киевском университете первой в Украине самостоятельной кафедры психиатрии и одной из первых экспериментально-психологических лабораторий, ректор Варшавского университета, член Русского Собрания (РС), Всероссийского национального клуба (ВНК) и Всероссийского национального союза (ВНС). Павел Иванович был одним из ведущих отечественных психиатров начала XX века, его по праву называли *лучшим столпным психиатром и даже «отцом русской психиатрии»*. Он был один из первых, кто стал составлять психологические портреты великих личностей: пророка Мухаммеда, Жанны Д'Арк, Иоанна Грозного, А.В. Суворова и многих других [1-7].

Имя Павла Ивановича сегодня ещё отнюдь малоизвестно. Знают о нем, как правило, лишь историки медицины, ибо П.И. Ковалевский был, как уже отмечено нами, одним из ведущих русских психиатров начала XX века, и немногочисленные знатоки идеологии русского национализма, поскольку П.И. Ковалевский по праву считался идеологом этого направления русской мысли, деятельно принимавшим участие в таких организациях как ВНК и ВНС<sup>1</sup>. До революции в правых кругах его имя было не менее известным, чем недавно возвращенное имя крупного публициста-националиста М.О. Меньшикова. Однако в последующее семидесятилетие советской власти имена эти были сознательно преданы забвению. Понемногу труды мыслителей-патриотов начинают переиздаваться, а их авторам посвящаются специальные исследования. Но в отличие от М.О. Меньшикова, о котором написана уже целая монография, Павлу Ивановичу повезло меньше — политическая биография этого видного идеолога русской национальной

мысли, поверхностно отраженная в нескольких посвященных ему небольших статьях, по сути, остается неизвестной [1, 7].

П.И. Ковалевский родился в 1849 году (по другим данным — в 1850) в местечке Петропавловка Павлоградского уезда Екатеринославской губернии (ныне поселок городского типа Днепропетровской области Украины) в семье священника. На шестой неделе жизни, лишившись отца, Павел рос вместе с братом, двумя сестрами и овдовевшей матерью в крайне стесненных материальных условиях — основным источником существования семьи Ковалевских была десятирублевая годовая пенсия. В девятилетнем возрасте, следуя семейной традиции, мальчик полупансионером был определен в духовное училище, в старших классах которого посредством репетиторства «не только зарабатывал на себя, но и уделял из этого кое-что для домашнего обихода» [8].

Успешно завершив обучение в училище, П.И. Ковалевский поступил в Екатеринославскую духовную семинарию, которую в 1869 году окончил первым учеником. Однако, будучи горячо увлеченным естествознанием, юноша не пошел по духовной стезе, а решил продолжить свое образование на медицинском факультете Харьковского университета.

В 1869 году П.И. Ковалевский поступает на медицинский факультет Харьковского университета. Уже со второго курса он занимается научными исследованиями в лаборатории кафедры общей патологии, руководимой И.Н. Оболенским. Наибольшее внимание будущий врач уделяет нервным и психическим заболеваниям. Окончив с отличием в 1874 году университет и получив степень лекаря и звание уездного врача, Павел Иванович, в виду проявленных способностей, был оставлен на факультете для подготовки докторской диссертации по психиатрии, которую вскоре успешно защитил на тему: «Об изменении чувствительности кожи у меланхоликов» в 1877 году.

При этом теоретическая работа П.И. Ковалевского, тесно переплеталась с практической. Свои научные исследования молодой учёный совмещал с работой сверхштатного ординатора отделения душевнобольных Харьковской губернской земской больницы (Сабуровой дачи). Здесь уместно отметить, что до вмешательства Павла Ивановича, потрясенного до глубины души увиденным в сумасшедшем доме, положение душевнобольных было весьма тягостным. Вот как описывает его современник: «Над несчастными был поставлен надзиратель, вооруженный плетью. При всяком непокорстве, заслуживший получал напоминание о соблюдении приличия полновесным ударом плети. Если

<sup>1</sup> Авторы данной статьи, будучи по специальности врачами-психиатрами, не ставили своей целью дать оценку политическим взглядам юбиляра, а лишь цитируют его отдельные работы по этому вопросу.

плеть не оказывала должного воздействия, безумного приковывали на цепь, и если это не унимало буйна, его заковывали просто-напросто в кандалы!» [8].

П.И. Ковалевский смело выступил в защиту душевнобольных, предложив целый ряд мер по реорганизации заведения, в т.ч. воплощенную им вскоре новаторскую идею — создание мастерских для душевнобольных и приобщение их к физическому труду. Благодаря его трудам и трудам его учеников тягостному положению пациентов заведения пришел конец — цепи и кандалы исчезли, а умалишенные получили право считаться больными. После защиты докторской диссертации Павел Иванович последовательно состоял приват-доцентом (1877), доцентом (1878), экстраординарным (1884) и ординарным (1888) профессором кафедры психиатрии Харьковского университета, являлся инициатором проведения Первого съезда психиатров и невропатологов России (1887) [1, 5, 9].

В 1877 году была организована первая самостоятельная кафедра психиатрии и неврологии в Украине в Харьковском университете, которую возглавил приват-доцент П.И. Ковалевский, ученик А.У. Фрезе, начавший свою научную деятельность на Сабуровой даче. Клинические демонстрации проводились сначала в Харьковской губернской земской больнице (Сабуровой даче), а впоследствии в частной лечебнице И.Я. Платонова, где была организована лаборатория и создано, в пределах возможного, все необходимое для наиболее успешного преподавания в связи с тем, что Сабурова дача находилась за пределами г. Харькова и туда не было мощеной дороги [2].

В 1889 году Павел Иванович был назначен деканом медицинского факультета Харьковского университета, а затем ректором Варшавского университета (1892-1897). К сожалению, тяжёлая болезнь, перенесённая летом 1896 года, заставила его покинуть университет. С 1903 по 1906 годы — заведующей кафедрой психиатрии Казанского университета, после чего читал курс судебной психопатологии на юридическом факультете Петербургского университета и работал старшим врачом психиатрического отделения Николаевского военного госпиталя в Петербурге — передового медицинского учреждения того времени. В это время Павел Иванович продолжал издавать журналы, занимался переводами трудов зарубежных психиатров Ф. Пинеля, Т. Мейнерта, К. Вернике и многих других, принимая деятельное участие в работе ряда общественных организаций (Институт братьев милосердия, Комитет Красного Креста и др.).

Осуществление назревших в психиатрии нововведений, привлечение к ним широкого общественного внимания породили необходимость создания в России специального печатного органа. В 1893 году П.И. Ковалевский стал основателем и редактором первого психиатрического журнала на русском языке, названного «Архивом психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» (журнал прекратил своё существование в 1896 году). Редактор своевременно объявил, что журнал «будет преследовать изучение ненормальностей в нервной жизни человека, болезней, преступлений, условий их развития и средств к их искоренению». Им выпущен целый ряд иностранных монографий и руководств по наиболее важным вопросам психоневрологии. Ему обязаны отечественные психиатры знакомством с клиническими лекциями Т. Мейнерта, идеи которого были особенно близки П.И. Ковалевскому; изданы были лекции J.M. Charcot, книги W.R. Gowers, O.L. Bienswanger, Ch. Richet и других. Кроме этого, он выпускал «Журнал медицины и гигиены», «Русский медицинский вестник», «Вестник идиотии и эпилепсии», «Вестник душевных болезней», а также в течение 15 лет являлся соредактором выходившего в Германии европейского психиатрического журнала [5, 10]. Павла Ивановича по праву называли лучшим столичным психиатром и даже «отцом русской психиатрии» — он автор большого количества научных работ по различным вопросам психиатрии, в том числе и судебной психиатрии, психологии, неврологии и большого числа переводов трудов зарубежных психиатров.

В своих научных исследованиях П.И. Ковалевский, опираясь на анатомо-физиологические знания того времени, в частности, на рефлекторную теорию И.М. Сеченова, развивал материалистические представления о сущности психических явлений в норме и патологии. Он создал оригинальную концепцию о роли кровообращения и обмена веществ в ЦНС, считая, что в основе всякого душевного заболевания лежит нарушение питания нервных элементов и что от длительности этого нарушения зависит степень их анатомического разрушения. В этиологии психозов большое значение Павел Иванович придавал сочетанию наследственных факторов с вызывающими болезнь внешними агентами как соматогенного, так и психогенного характера. Ряд его работ посвящён изучению сифилитических поражений нервной системы, вопросам судебной психиатрии, невропатологии детского возраста и других. П.И. Ковалевский создал классификацию психических заболеваний, где за основу

деления взял преобладание расстройств в той или другой области душевной деятельности.

За свою более полувековую врачебную деятельность Павел Иванович написал свыше 300 книг, брошюр, журнальных статей по различным вопросам психиатрии, невропатологии и психологии. В их числе книги «Психиатрия», «Общая психопатология», «Руководство к правильному уходу за душевными больными», «Судебная психиатрия», «Судебно-психиатрические анализы» (3 издания), «Вырождение и восхождение. Преступник и борьба с преступностью. (Социально-психологические эскизы)», «Первичное помешательство», «Душевные болезни для врачей и юристов», «Душевные болезни нашего общества», «Нервные болезни нашего общества», «Психология пола», «Психология женщины», «Психология преступника» (Имеется также французское издание), «Гигиена и лечение душевных и нервных болезней», «Пьянство, его причины и лечение», «К учению об алкоголизме», «Основы механизма душевной деятельности», «Основы психологии человека», «Учебник психиатрии для студентов» (4 издания), «Сифилис мозга и его лечение», «Пуэрперальные психозы», «Мигрень и её лечение» и многие другие [3, 5, 6, 11-14].

Известный украинский психиатр профессор И.А. Полищук (1976) уместно и правильно подчеркивает, что Павел Иванович издал написанное им первое отечественное руководство по психиатрии.

П.Б. Стукалов справедливо отмечает, что в начале XXI века в мире усиливаются процессы интеграции и глобализации, предпринимается попытка разработки единой для всех стран стратегии развития, создания универсальных общественных институтов. Примером такого рода модели развития служит сегодня американская доктрина «развитой демократии», искусственно насаждаемая в других странах. Беспрекословное её копирование является на сегодняшний день фактически своеобразным «пропуском» в мировое сообщество, главным показателем «цивилизованности» той или иной страны. При этом национальная специфика государств во многом игнорируется, а само понятие «национализм» воспринимается крайне отрицательно, вульгарно, часто безосновательно отождествляется с шовинизмом и ксенофобией [7].

В то же время очевидно, что глобализационные процессы объективно ставят под угрозу суверенитет государств, поскольку их правительства, попадая в зависимость, теряют возможность решать актуальные социально-политические задачи. Данное обстоятельство

рождает общественный протест, одним из проявлений которого сегодня являются национальные движения.

Факты обострения национальных противоречий все чаще заставляют правительства и общественность многих стран обращаться к проблемам разработки национальной идеологии, что даст возможность правильно определить стратегию государственного развития, обеспечить интеграцию в мировое сообщество при сохранении жизненно важных национальных характеристик [7].

Определить сущность и направленность национальной идеологии — настоятельная необходимость, поэтому совершенно естественным предстает тот факт, что в настоящее время в отечественной историографии наблюдается устойчивая тенденция роста исследовательского интереса к проблемам и сюжетам, связанным с таким противоречивым явлением в общественной жизни Российской империи начала XX века, как русский национализм. В этой связи все чаще объектом исследования в научных работах выступают как аспекты деятельности и идеологическая платформа националистических организаций, в первую очередь, ВНС, так и взгляды отдельных идеологов русской национал-консервативной мысли [7].

По мнению П.Б. Стукалова, главной исследовательской тенденцией в изучении русского национализма начала XX века должно стать пристальное изучение политических взглядов и концепций отдельных представителей этого течения, например, М.О. Меньшикова, П.И. Ковалевского, П.Н. Балашева и других, что в итоге, несомненно, поможет составить о нем наиболее полное и точное представление [7].

Кроме занятий научной и преподавательской деятельности П.И. Ковалевский был активным участником национально-монархического движения. Некоторое время он состоял членом старейшей петербургской элитарной монархической организации РС, участвовал в деятельности, возникшего на базе Собрания Русского окраинного общества, ставившего своей целью изучение национальных окраин Российской Империи и борьбу с окраинным сепаратизмом. С образованием в 1908 году ВНС Павел Иванович стал одним из его ведущих идеологов. Он также принимал активное участие в деятельности ВНК — культурно-просветительской и политической организации, созданной для пропаганды идей русского национализма. В рамках ВНК П.И. Ковалевский неоднократно выступал с докладами, являлся членом редколлегии «Известий Всероссийского Национального Клуба», некоторое время состоял председателем издательской комиссии ВНК.



Согласно П.И. Ковалевскому, ВНС был призван «в массах темного народа подогреть национальное чувство» и «уничтожить развратный индифферентизм и денационализм» образованных классов. При этом состав ВНС виделся Павлу Ивановичу достаточно широким, хотя и не безграничным: «Национальная партия тогда только будет национальная, когда она будет народною. Она будет заключать в себе... интеллигенцию и народ — основу нации, — а также и другие национальности ... за этой партией пойдут не только православные, но и католики, магометане, — и русские, и поляки, и армяне, и татары ...» [15, с. 54, 64]. Он также подчеркивал, что русский народ имеет право «гордиться нашей нацией внутри своего государства», «ибо мы смело можем сказать в глаза всем нашим подданным, что мы победили их, но не уничтожили. Мы сохранили их религию, их язык, их нравы и обычаи». Взгляд П.И. Ковалевского на революцию 1905 года также был весьма характерным: российская революция, подчеркивал он, «не русская, а инородческая, — потому что революция эта не что иное, как бунт инородчества ... против России и русского народа» [15, с. 120, 142].

Вскоре П.И. Ковалевский зарекомендовал себя как признанный теоретик русского национализма, давший наиболее исчерпывающие формулировки базовым понятиям данной идеологии. По его мнению, нация (из любви к которой собственно и вытекает здоровый национализм), есть явление общности языка, веры и судьбы. А таковая общность, считал учёный, складывается у русских уже к концу IX века. И хотя татарское иго ставило под вопрос суверенитет русской нации, а Смутное время грозило полным устранением русского государства, русская нация возродилась в начале XVII века и заняла ведущее положение среди самых выдающихся наций мира. При этом Павел Иванович подчеркивал, что необходимо различать бытие нации и её становление, видеть историческую обусловленность черт нации.

Таким образом, писал учёный, нация есть «определенная группа людей, объединенная единою территорией, единою верой, единым языком, едиными физическими и душевными свойствами, одною культурою и одними судьбами» [10, с. 2]. Впрочем, полагал П.И. Ковалевский, среди перечисленных условий, составляющих нацию, одни являются обязательными, а другие условными. Весьма характерно, что, как и многие националисты начала XX века Павел Иванович считал, что *необязательными* условиями формирования нации являются территория, религия и язык, в то время как физические и душевные свойства народа, его культуру

и исторические судьбы он полагал за условия *обязательные*.

Что же касается такого понятия как «национальность», то оно трактовалось П.И. Ковалевским как «собрание свойств и качеств, присущих той или иной нации», и отличающих ее от других наций [15, с. 97; 5, с. 65]. А вот определить соотношение между понятиями «нация» и «народ» П.И. Ковалевскому, к сожалению, толком так и не удалось. Как справедливо отмечает современный исследователь Д.А. Коцюбинский, трактовка, предложенная Павлом Ивановичем была внутренне противоречивой и логически неудобоваримой. Согласно его интерпретации, «сущность и основу нации дает именно народ, его масса, ибо интеллигенция и просвещенная часть русского народа более чем на половину состоит из инородцев не русской нации», поэтому характерные черты нации дает простой народ, и если нация — это «военное учреждение», «мечом основанное и мечом живущее» из крестьян и солдат, то народ — это государство [15, с. 105].

Как отмечает современный исследователь творчества П.И. Ковалевского известный политик-патриот А.Н. Савельев, русский национализм по П.И. Ковалевскому, — «спасительное средство воссоединения национальности и гражданственности, средство становления современной политической нации, в котором патриотизм должен уступить место русскому национализму, а местнический «национализм» нерусских коренных народов России — перерасти в российский патриотизм. Для существования России важно общегражданское понимание, что Россия создана русскими людьми, и русский национализм — это национализм великой нации, который, конечно, должен воспитываться и восходить к высшим формам, изживая темную народную стихию. Другие национализмы в России могут быть достойны уважения, если сочетаются с лояльностью и верностью государству Российскому. Отсюда возникает формула и иерархии империи, которая есть союз дружественных национализмов при первенстве, лидерстве и покровительстве со стороны русских националистов. Не только российская, но и славянская общность может существовать только при русском лидерстве. Ибо для мира и мировой истории славянство воспринимается только через русских и русскую историю ... Русский национализм противопоставляет гнусным затеям либералов русскую солидарность, которая втягивает в свою орбиту всех патриотов России — пусть даже и нерусских по крови» [16].

«Национализм, — писал П.И. Ковалевский в одной из своих работ, — это проявление уважения, любви и преданности до самопожертвования,



в настоящем, — почтения и преклонения перед прошлым и желания благоденствия, славы, мощи и успеха в будущем — той нации, тому народу, к которому данный человек принадлежит» [15, с. 82]. А в книге «Значение национализма в современном движении балканских славян» (1913) он развивал понятие национализма следующим образом: «Национализм — это существо жизни нации — это проявление того внутреннего существа нации, в силу которого отдельные члены ее тяготеют друг к другу, помогают друг другу, несут свою жизнь на пользу своей общины и живут ее славой и величием» [16, с. 3].

П.И. Ковалевский, говоря о национализме, отмечал, что последний состоит из *национального самосознания и национального чувства*. Под *национальным чувством* учёный понимал «бессознательное тяготение и сердечное влечение людей одной нации друг к другу», т.е. явление бессознательное, инстинктивное, а значит органическое. *Национальное самосознание* же, подчеркивал Павел Иванович, «есть акт мышления, в силу которого данная личность признает себя частью родного целого, идет под его защиту и несет себя самого на защиту своего родного, целого, своей нации». И если национальное чувство есть «проявление низшее, животное», то национальное самосознание — проявление «высшее, духовное интеллигентное» [16, с. 3-6].

При этом, отдавая себе отчет в том, что национализм как идеология был позаимствован с Запада (чего многие националисты и не скрывали, отмечая, что рост популярности национализма есть явление новейшего европейского развития), П.И. Ковалевский спешил во избежание упреков в «западничестве» и подражательности, оговориться, что у русского национализма есть своя специфика. Главное отличие русского национализма от его европейского «собрата Павел Иванович видел в более активной роли правительства, руководимого П.А. Столыпиным, в деле развития и претворения в жизнь национальной идеи: «Великий национальный всполох» пошел в России «не снизу вверх (т.е. как в Европе — *выделено А. Ивановым*), а сверху вниз»; благодаря чему писал П.И. Ковалевский, русский национализм следовало квалифицировать не как механически подражательное «западничество», но как «явление живое, естественное» [10, 16, с. 80; 17]. Доказывая «подлинную прогрессивность» национализма, Павел Иванович, тем не менее, подчеркивал, что национализм, все же является разновидностью консерватизма, но консерватизма «здорового», то есть обеспечивающим созидательную деятельность.

Детально разбирая в своих работах такие понятия как «национализм», «нация», «национальное чувство», «национальное

самосознание», П.И. Ковалевский не мог не остановиться и на поносимом уже тогда «прогрессивной общественностью» словосочетании «русские националисты».

«Русские националисты — людоеды»... так говорят инородцы, ненавидящие Россию и желающие ей зла. Так говорят и некоторые русские или продавшие свою душу врагам отечества или люди необразованные, глупые — писал Павел Иванович в одной из самых известных своих работ «Русский национализм и национальное воспитание» [18, с. 7]. «Русские националисты» — люди в действительности всей душой любящие свою родину и свою нацию, уважающие ее прошлое и желающие ей славы, мощи и величия в будущем». При этом, отмечал далее П.И. Ковалевский, «такowymi были чисто русские и русские из инородцев, как Цицианов, Чавчавадзе и многие другие. Они отдавали всецело свою жизнь на служение родине и безраздельно принадлежали ей. Но зато только такие русские и имеют право называться русскими, сынами Великой России и пользоваться всеми правами русских граждан. Те из русских, кои осмеливаются злословить свою мать Россию, кои желают ей зла, кои решаются, живя в ней действовать во вред ей — это уже не русские. Это — враги России ... Россия — для русских — в самом широком смысле слова» [18, с. 7-8].

Отстаивая далее преимущественные права русских (в широком смысле слова) в русском государстве, П.И. Ковалевский отмечал, что они вытекают из «права крови», пролитой нашими предками; имущественных прав, «вытекающие из затрат наших предков» и «права исторических судеб родины...» [10, с. 30-31; 15, с. 229].

Необходимо отметить, что в широких кругах русской интеллигенции *довольно высоким был авторитет Ковалевского — историка*. Такие его историко-публицистические работы, как «Народы Кавказа», «Завоевание Кавказа Россией. Исторические очерки», «История Малороссии», «История России с национальной точки зрения», «Русский национализм и национальное воспитание в России», «Основы русского национализма», «Иисус Галилеянин», «Наука, Христос и его учение», «Иоанн Грозный и его душевное состояние», «Петр Великий и его гений», «Наполеон I и его гений», «Нищие духом», «Психиатрические эскизы из истории (в 2-х томах)», «Психология русской нации. Воспитание молодежи. Александр III — царь-националист», «Задачи русского национализма», «Значение национализма в современном движении балканских славян», «Мироздание. Естественноисторический очерк» пользовались большим читательским интересом и выдержали не одно издание в дореволюционной России.

При этом Павел Иванович одним из первых стал применять исторический анализ для развития практической психиатрии. Его знаменитые «Психиатрические эскизы из истории», сочетавшие строгость и достоверность анализа, непринужденность стиля, оригинальность и образность изложения, на конкретных примерах из жизни Иоанна Грозного, Петра III, Магомета, Жанны Д'Арк, Павла I, Наполеона, Камбиза, Людвига II Баварского, Эмануэля Сведенборга и других раскрывают динамику различных психических состояний, показывают роль среды и наследственности в генезе и клиническом течении болезней. Следует подчеркнуть, что очерки, написанные П.И. Ковалевским в начале XX столетия, актуальны и сегодня. Очень часто судьба народа, государства зависит от воли и характера деятеля, стоящего во главе данного народа или государства [3, 5-7].

Но особенно интересна в контексте данной статьи работа П.И. Ковалевского «История России с национальной точки зрения». Хотя данный труд учёного-психиатра и не претендует на серьезную научную работу, он примечателен тем, что Павел Иванович в противовес набравшему силу индифферентизму к родному прошлому попытался с любовью к своему народу рассмотреть его историю. «Я вовсе не дерзаю, — писал он в предисловии к книге, — писать новую историю России. Мое желание — попытаться рассмотреть события нашей истории с национальной точки зрения» [19, с. 5]. Примечателен и итоговый вывод «Истории ...» П.И. Ковалевского: «Главное существо русского народа — это то, что русские есть славяне, народ совершенно своеобразный и самобытный. Его существо совершенно отлично от существа западных народов. Его объединяет взаимная национальная связь, родовая и природная, спасающая друг друга и всех вместе, связанных во времена невзгод и лихолетья. Его вера — вера православная, ибо она в его духе, в его существе, в его славянской природе. Этот народ неизбежно должен иметь во главе царя, царя единой веры с народом, царя-отца, властвующего в этой великой славянской семье как добрый отец в любой семье, — царя-хозяина, блюстителя целостности всего русского государства, всей русской семьи. *Православие, самодержавие и единоподержавие*, есть основные черты, основы бытия русского народа» [19, с. 155]. Следует пояснить, что под «единоподержавием» учёный понимал исповедание идеи, «что русская земля ни при каких условиях не может быть ни разделена, ни уменьшена в объеме, ни расчленена на составные части, из которых она произошла» [15, с. 220].

Идеалом русского царя был для Павла Ивановича император Александр III, главная заслуга которого состояла в том, что «он был

отцом своему народу. Этот царь знал свой народ, понимал его дух, жил его потребностями и любил его ... Это был поистине русский народный царь, царь-националист». «Он был плоть от плоти славянского народа и кровью от крови славянской нации» [19, с. 7, 144].

Как видно из приведенных выше цитат, П.И. Ковалевский представлял некую цельную славянскую нацию, с развитием которой он связывал свои надежды на счастливое будущее всей Европы, если не всего человечества. Так, в одной из своих работ профессор-националист писал: «Ныне европейские народы нас ненавидят. Они превосходят нас своими знаниями, своими техническими и другими усовершенствованиями. Но истинное совершенство состоит в развитии величайшей нравственности, венцом которой служат: любовь, милосердие, сострадание и самопожертвование — но, отмечал далее П.И. Ковалевский, — я верю, наступит момент, когда все европейские народы достигнут этой степени нравственного совершенства. Тогда они поймут нас. Тогда они увидят, что славяне, пронесшие в своей жизни великий и тяжелый крест, символ страдания и искупления, символ учения Богочеловека, проливали свою кровь не из-за материальных выгод, а во имя своей национальной нравственности. И исполнится тогда второе пророчество. Славяне победят мир. И сольются тогда в славянском море все человеческие национальные ручьи. И одержит победу славянство не огнем и мечем, а любовью, милосердием, состраданием и самопожертвованием. Тогда то и воцарится свобода, равенство и братство под славянским символом Креста, символом Божественного Учителя Христа» [16, с. 35-36].

Впрочем, хотя П.И. Ковалевский и был последовательным защитником известной триады графа С.С. Уварова «*Православие, Самодержавие, Народность*», идея народности-нации, как и для большинства русских националистов (не путать с монархистами-черносотенцами, смотревших на националистов как на «еретиков», прикрывающими монархической и православной идеологией западные националистические идеи) стояла у него на главном месте. «...Вне народности ни художества, ни истины, ни жизни, ничего нет!», — считал П.И. Ковалевский [15, с. 81]. Из приведенных выше цитат с определенностью видно, что Православие и монархия понимались Павлом Ивановичем не как самоценные величины, а как формы веры и власти наиболее подходящие русскому народу. То есть П.И. Ковалевский рассматривал их через призму национализма, считая, что они вытекают из национальных свойств русского народа, а никак не наоборот. При этом и сама ценность института самодержавной монархии представлялась

Павлу Ивановичу достаточно условной: «Единая самодержавная власть в России вытекает прямо из характера национальных свойств русского народа. Из органической неспособности славян к объединению самих в себе и самоуправлению»; «Самодержавие в России является органическою национальною потребностью, без которой Россия существовать не может *до поры до времени*», — отмечал он в одной из своих работ [15, с. 150, 165].

В отношении же учения Православной Церкви П.И. Ковалевский и вовсе позволял себе вольные суждения и трактовки, граничащие, как некоторые полагают, с ересью. В частности, за изложенные им в брошюре «Библия и нравственность» (1906) взгляды на Ветхий Завет, ученый чуть не оказался ссыльнопоселенцем — цензурный комитет признал книжку преступной, а её автора за «богохуление и оскорбление святыни» отдал под суд. Суд, впрочем, оправдал П.И. Ковалевского, не найдя в сочинении святотатства, а брошюра в дальнейшем выдержала аж 14 изданий. Впрочем, что касается решения суда освободить брошюру из-под ареста, а автора не подвергать взысканию, то оно вовсе не говорит о «беспристрастии, уме и честности наших судей», как считал сам Павел Иванович, а скорее свидетельствует о том, что «судившие его брошюру юристы, вооруженные знанием законов ... [были] совершенно не сведущие во взаимоотношениях Ветхого и Нового Заветов, случайно оказались людьми индифферентными и столь же невежественными в данных вопросах, как и сам господин профессор» [20, с. 6]. В этом сочинении П.И. Ковалевский выступал с резкой критикой Ветхого Завета, считая его священным только для евреев, и позволял себе недопустимые для христианина выпады против Бога Израилева и ветхозаветных пророков. Вывод брошюры заключался в том, что Иегова и Христос — два разных Бога, а Священная история Ветхого Завета не есть Священная история для христиан. Исходя из этого, делался и политический вывод: «Народ, религия которого освящает и поощряет воровство и мошенничество, не имеет права рассчитывать на равноправия с народами, религия коих считает эти деяния преступлениями» [21, с. 62]. Полагаем, что нет никакой надобности подробно останавливаться на этом опусе Павла Ивановича, ибо едва ли не каждая приведенная из него цитата будет граничить с богохульством, хотя сам профессор, почитавший себя христианином, этого, по-видимому, не понимал. Он отделил для себя Новый Завет от Ветхого и в превозношение Христова учения принялся критиковать все деяния Бога-Отца, которого счел слишком далеким от идеала Бога Христианского, и ветхозаветного

еврейского народа, включая сюда Моисея, царя Давида и других праведников. ... «Я всегда думал, — писал П.И. Ковалевский, — что в ней (Священной истории Ветхого Завета) нет ничего священного — ее примеры не достойны подражания, — ее читать можно только для того, чтобы так не делать, как там пишется, — а чтение Библии является безнравственным и развращающим» [22, с. 9].

Как тут не вспомнить слова авторитетного церковного и монархического деятеля архиепископа Никона (Рождественского), вскрывавшего в своей статье «Слово правды нашим патриотам-антисемитам» это столь распространенное в патриотической среде заблуждение: «Давно совесть требовала сказать слово правды по адресу наших почтенных патриотов в защиту святой Библии... Да, приходится не просто сказать, а крикнуть некоторым из них: «Не касайтесь Библии, не трогайте нашего Священного Писания, в котором мы, верующие, видим и знаем только слово Божие!» ... Не щадят наши патриоты ни Авраама, которого Апостол называет «другом Божиим», ни Давида, которого Церковь называет «Богоотцем», то есть праотцем Самого Господа Иисуса Христа, ни других великих патриархов и святых мужей Ветхого Завета, которых наши ревностные антисемиты не стесняются ставить в один ряд с современными «жидами» и приписывать им те же качества, какие наблюдаются в современных, Богом отверженных иудеях. Сказать правду: страшно становится за этих почтенных людей, пускающихся в море толкования Писаний без кормчего и позволяющих себе дерзновенно обращаться со Священным Писанием как с самою обыкновенною книгою ... К сожалению, ... патриоты наши пишут не случайные только статьи в газетах, не в речах только проявляют такое легкомысленное отношение к Библии, но и пишут целые книги ... Происходит все это оттого, что не хотят положить резкой, самим Богом положенной грани между ветхозаветным иудеем и современным нам жидом, потомком распинателей и заклятым врагом нашего Господа Иисуса Христа» [22, с. 397, 400].

Надо отметить, что отповедь брошюре П.И. Ковалевского дали именно черносотенцы. Московская монархическая газета «Колокол», выпускавшаяся видным церковным миссионером В.М. Скворцовым выпустила специальную брошюру некой Елизаветы Гептнер [20], содержащей критику религиозных воззрений П.И. Ковалевского. Как справедливо отмечалось в брошюре, «сочувствием многих даже благонамеренных людей пользуется модное заблуждение и чрезвычайно соблазнительная тенденция, будто бы христианину не нужно веровать священным книгам еврейского народа» и



что ошибочно полагать будто бы книги Ветхого Завета «созданы национальным еврейским гением, и могут быть рассмотрены как национальные еврейские книги». Опираясь далее на толкование Ветхого Завета авторитетными отцами Церкви, автор без труда разбила все доводы П.И. Ковалевского и не без оснований обвинила учёного (кстати, в свое время с отличием окончившего духовную семинарию) в «самоуверенности и гордом самооболащивании». Поэтому когда современные авторы, увлекаясь, пишут о том, что «для профессора П.И. Ковалевского не было иной формулы Русской идеи, кроме *Православия, Самодержавия и Народности*» [16], необходимо помнить, что взгляд на первые для члена уваровской триады был у П.И. Ковалевского своеобразным и отличался от взглядов ортодоксальных русских монархистов.

«Россия для русских» — эта формула Александра III в трудах профессора П.И. Ковалевского раскрывается и обосновывается. К огорчению клеветников, ищущих повода обвинить русское национальное движение во всех грехах, «Россия для русских» выступает как самая перспективная формула государственности не только для самих русских (мы разделяем уверенность П.И. Ковалевского, что русские — это триединство великороссов, малороссов и белорусов), но и для нерусских народов России, связанных с русскими общей судьбой. В «русскости» есть единство в православной вере, есть единство в памяти о величии России, есть единство в русском языке и русской культуре, в любви к Отечеству, есть связь русских в пространстве Русского мира — не только обладателей гражданства Российской Федерации, но и соотечественников.

Для профессора П.И. Ковалевского не было иной формулы Русской идеи, кроме *Православия, Самодержавия и Народности*. Принимая урок интеллектуальной честности и ученой глубины от выдающегося мыслителя и крупнейшего русского ученого, мы должны усвоить эту формулу и проникнуться ею до самой глубины души. Чтобы спасти Россию от небытия, подступившего столь близко, что многих скорая гибель Отечества и растворение русского народа в волнах миграции уже не удивляет и не пугает. Мы же должны бояться исключительно этого — гибели своей Родины, угасания русского рода. В Русской идее русских мыслителей начала XX века мы имеем развернутую идеологическую доктрину, с которой мы спасем Россию и продолжим свой род до конца времен.

Лучшие национальные качества народа могут укрепляться через осознание единства языка, веры, традиций, верований, единства физических и душевных качеств и культуры, а

также общей исторической судьбы. Читая работы П.И. Ковалевского и проецируя их на день сегодняшний, понимаешь, что главными условиями возрождения деформированной русской души является восстановление ее достоинства, соборности и единения, изживание чувства неполноценности, просвещенный национализм и патриотизм. Ратуя за просвещенный здоровый национализм, П.И. Ковалевский утверждает: «Национализм — это проявление уважения, любви и преданности до самопожертвования в настоящем, почтения и преклонения перед прошлым и желания благоденствия, славы, мощи в будущем той нации, тому народу, к которому человек принадлежит». Говоря о достоинстве России и русских, Павел Иванович ставит вопрос о национальном равноправии и намечавшемся в XX веке национальном ущемлении и последующем унижении русских: «...Россия есть великое и мощное государство, и русские с честью являются ее достойными сынами... Все народности, входящие в состав России, — ее подданные. Они могут быть равноправными нам только постольку, поскольку они заслужат это своею преданностью и готовностью служить России, как ее настоящие, истинные дети» [1, 21].

Справедливо отмечается, что классик русской этнополитологии П.И. Ковалевский различает понятия «национализм» и «патриотизм»: «Ясно: национализм и патриотизм — не одно и то же. Скорее, патриотизм — понятие более общее, а национализм — понятие более частное. В каждом государстве может быть только один патриотизм и несколько национализмов. Один из краеугольных внутренних устоев, на которых зиждется сила, крепнет и жизненность государства, один из могущественных оплотов, сохраняющих его целостность и благосостояние, — это любовь народа к своему Отечеству, народный патриотизм».

Большое место в работах Павла Ивановича занимают размышления о воспитании патриотизма, которое должно начинаться с привития любви к своей деревне, своему краю на основе изучения их традиций, их культуры. Подкрепляются патриотические чувства и убеждения знанием родной истории, ее побед, выдающихся деятелей и героев. Притом, истории русской и русских героев, что охранит Россию от чуждестранности и преклонения перед Западом [1, 17, 23].

Учениками П.И. Ковалевского были: Э.И. Андруцкий, З.В. Гутников, М.Н. Попов (профессор в Томске), Н.И. Мухин (профессор в Варшаве, Харькове), Д.Б. Франк (профессор в Днепропетровске), И.Я. Платонов, Я.Я. Трутовский, Н.В. Краинский (профессор в Варшаве, Белграде, Харькове), А.И. Ющенко (профессор в Варшаве, Виннице, Петербурге, Юрьеве,



Воронеже, Ростове-на-Дону, Харькове, в последующем академик АН УССР), А.А. Говсеев и многие другие [5, 6].

Ученик Павла Ивановича профессор Н.В. Краинский справедливо пишет во вступлении к своей работе «Порча, кликуши и бесноватые» теплые слова в адрес Павла Ивановича: «Посвящаю настоящий клинический очерк дорогому и глубокоуважаемому учителю моему, профессору Павлу Ивановичу Ковалевскому, в день 25-ти летнего юбилея его учено-практической деятельности. Считаю при этом долгом заявить, что я, как и большинство из многочисленных учеников Павла Ивановича, рассеянных по всей России и служащих русской психиатрии на кафедрах университетов, в правительственных и земских больницах, — глубоко уверен, что во всем том, что мне удастся сделать на пользу науки и на пользу многочисленных душевнобольных, проходящих через мои руки, я всецело обязан тем строго научным и гуманным принципам, которые мы всегда слышали от нашего учителя. С глубоким уважением и признательностью вспоминаю я ту строгую научную дисциплину, которая была всегда отличительной чертой школы Павла Ивановича, а безусловное, лишенное всякой снисходительности, требование им от своих учеников исполнения своего долга, при том не допускающее никаких компромиссов со своими убеждениями и совестью, немало облегчает его ученикам трудную задачу борьбы в практической деятельности и жизни русских психиатров.

Будучи учеником Павла Ивановича; я — через десять лет после оставления им той должности, где и протекли лучшие годы его деятельности, где развивалась и формировалась личность Павла Ивановича, как деятеля и ученого, — имел честь поступить в это психиатрическое заведение врачом, а позже занимать и должность моего учителя. Здесь я мог убедиться, как колоссально плодотворен был тот труд и энергия, которые были вложены в дело Павлом Ивановичем. *Несмотря на всевозможные извращения, которым было подвергнуто все сделанное Павлом Ивановичем, несмотря на самые неказистые искажения его деятельности некоторыми лицами, — его идеи и принципы не сгладила даже десятилетняя анархия Сабуровой дачи (курсив авторов — П.П., А.П.).* Та же Сабурова дача убедила меня в том, что истинная оценка деятельности рано или поздно не заставит себя ждать, и я во всеуслышание утверждаю, что я, через 12 лет после ухода Павла Ивановича с Сабуровой дачи, слышал слова справедливости и чести по адресу его деятельности со стороны его личных врагов и недругов, а высшей

похвалы добиться трудно. Я не скорблю о том, что русская жизнь, общество — все кроме беспристрастной области науки — слишком рано лишились Павла Ивановича, как энергического деятеля в жизненной борьбе. *Это общий удел крупных деятелей общественной жизни.* Чистая наука и практическая психиатрия в лице многочисленных учеников Павла Ивановича покажут русскому обществу, что его принципы и учение не будут заглушены терниями, которыми так полна русская, особенно земская, психиатрическая деятельность. Я думаю, что, если взвесить те успехи, которыми *обязана русская психиатрия П.И. Ковалевскому, который один из первых снял в России с умалишенных цепи,* — из невозможной клинической Сабуровой дачи устроил хотя и на время образцовое учреждение, основал первый русский психиатрический журнал, создал в короткое время многочисленную школу учеников, а своими блестящими лекциями до последнего времени привлекает все новобранцев в ряды русских психиатров — притом выполнил все это совершенно один, без помощи, скорее при помехах со стороны многих-то придется признать положение, «что и один в поле воин». Я рад, что в настоящее время Павел Иванович, вдали от жизненной борьбы, будет еще долго руководить русской психиатрией, посвятив все свое время чистой науке и, как идеальный клиницист, будет своими блестящими сочинениями дополнять нам то, что раньше его ученики слышали через посредство живого слова в клинике. Если официальное Отечество не всегда ценит по достоинству своих деятелей, то нужно только вспомнить, может ли быть высшая награда для ученого и клинициста, когда он уже не в прежней тоге ректора и государственного сановника, а в виде скромного частного лица — видит еженедельно на своих лекциях в торжественном зале университета — многочисленную толпу, честных, чуждых посторонних соображений и, тем не менее, самых строгих судей. В этом, а не в тоге государственного сановника мне представляется та высшая награда и венец, которым увенчан юбилей 25-ти летней ученой деятельности моего дорогого учителя» [24].

Следует подчеркнуть, что значительную роль в развитии медицинской деонтологии в нашей стране сыграла земская медицина. С самого начала своего развития земская психиатрия имела клиническую основу и социальную направленность. Такая направленность позволяет говорить о том, что зарождение социальной психиатрии и реабилитации психически больных началось в нашей стране еще в конце XIX века. При этом обращает на себя внимание сочетание истинно гуманного отношения к судьбе

больного, неизменное уважение достоинства его личности и стремление использовать сохранившиеся психические способности для максимально возможно высокой социальной реадаптации. Примером могут служить высказывания П.И. Ковалевского, которого по праву считают выдающимся врачом-гуманистом. В неоднократно переиздававшемся «Руководстве к правильному уходу за душевными больными» он писал: *«Обращение с больными в больнице должно быть всегда человеколюбивое, мягкое, кроткое и терпеливое. Прежде всего, необходимо приобрести доверие своих больных; а приобретают его только теплым участием, терпением, ласковым обращением, исполнением разумных желаний, готовностью оказать добро и строгую справедливость по отношению ко всем больным. Ложь, обман и хитрость не имеют места в обращении с этими больными. Они слишком чутки даже к искусственности и очень не любят человека, который прикидывается только добрым»*.

Наставления Павла Ивановича, сделанные им задолго до появления самого понятия «медицинская деонтология», могут служить прекрасными иллюстрациями должного в психиатрии врачебного отношения к больным. В том же «Руководстве» он писал: *«Как хороший хирург зондирует рану только, в крайнем случае, так и хороший психиатр должен касаться душевной раны больного только в виду исследования»*. П.И. Ковалевский подчеркивал, что «главная задача при этом состоит в том, чтобы дать данному лицу средства к дальнейшему существованию, возратить ему самостоятельность, внушить к нему доверие общества, в среду которого он поступает членом». В цитируемом «Руководстве» предусматривается практически все, что необходимо сделать врачам, реализуя заботу о том, чтобы больной легче и полноценнее вернулся к жизни вне больницы: от того, как его накормить и одеть, и до того, как упростить разрешение административно-правовых вопросов, возникающих после выписки из больницы, и обеспечить необходимую социально-медицинскую помощь больному [24, 25].

Примечательно, что оргкомитет по подготовке к празднованию 200-летнего юбилея Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) (ныне Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3) с полного одобрения научной и практической психиатрической общественности региона принял решение изготовить барельеф с изображением портрета профессора П.И. Ковалевского на одной из сторон памятной юбилейной медали,

посвященной упомянутому знаменательному событию в истории украинской медицины, что и было сделано [5, 6].

Накануне революции П.И. Ковалевский читал курс судебной психологии на юридическом факультете Петроградского университета. О том, как воспринял Февральскую, а затем Октябрьскую революцию, идеолог русского национализма мы не знаем. Известно лишь, что после революции пожилой профессор П.И. Ковалевский как высококвалифицированный медик был мобилизован в Красную армию главным врачом военного отряда (уже в эмиграции, в частном письме к бывшему однопартийцу — митрополиту Евлогию (Георгиевскому) П.И. Ковалевский писал, что красные его к этому сотрудничеству принудили) [26]. После окончания Гражданской войны вплоть до 1924 года учёный работал, как отмечалось выше, старшим врачом психиатрического и нервного отделения Николаевского госпиталя в Петрограде и даже консультировал тяжело больного В.И. Ленина, первым определив у него прогрессивный паралич.

Этот момент стал переломным в его судьбе. В 1924 году Павел Иванович чуть не погиб в результате преследований от советских властей, но в декабре 1924 года каким-то образом получив разрешение на выезд за границу, П.И. Ковалевский покинул СССР. Остаток своей жизни он прожил в бельгийском курортном городе Спа, продолжая заниматься научной и публицистической деятельностью. В 1925 году профессор обратился письменно к митрополиту Евлогию с предложением прочитать курс психологии в Свято-Сергиевском православном богословском институте в Париже, однако вернуться к преподавательской деятельности Павлу Ивановичу, по-видимому, так и не пришлось [2, 3, 26]. Эмигрантский период жизни П.И. Ковалевского весьма малоизвестен, и данное письмо позволяет расширить знания исследователей о пребывании автора в Бельгии. Скончался этот незаурядный учёный, выдающийся психиатр, публицист, общественный деятель, убежденный русский националист и, без всякого сомнения, патриот, желавший своему Отечеству и народу лишь блага, 17 октября 1931 года в г. Льеж (Бельгия).

Таким образом, П.И. Ковалевский внёс значительный вклад в развитие отечественной научной и практической психиатрии, в т.ч. и харьковской психиатрической школы, и других дисциплин. Бесспорно, биография и научное наследие Павла Ивановича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно украинский и зарубежный периоды жизни и научного творчества.

## Список литературы

1. Иванов А. Профессор-националист (К 75-летию со дня кончины П.И. Ковалевского) / А. Иванов [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rusk.ru/st.php?idar=104584>.
2. Платонов К.К. Мои встречи на великой дороге жизни (Воспоминания старого психолога) / К.К. Платонов / Под ред. А.Д. Глоточкина, А.Л. Журавлева, В.А. Кольцевой, В.Н. Лоскутова. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. — 312 с. (Выдающиеся ученые Института психологии РАН).
3. Ковалевский Павел Иванович [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://lib.e-science.ru/book/78/page/100.html>.
4. Круглянский В.Ф. Психиатрия: история, проблемы, перспективы / В.Ф. Круглянский. — Мн.: Выш. школа, 1979. — С. 142-155.
5. Петрюк П.Т. Павел Иванович Ковалевский — известный отечественный психиатр / П.Т. Петрюк // 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. — Т. 3. — Х.: Б.и., 1996. — С. 57-61.
6. Петрюк П.Т. Профессор Павел Иванович Ковалевский — выдающийся отечественный учёный, психиатр, психолог, публицист и бывший сабурянин (К 160-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2009. — № 3 (24). — С. 77-87.
7. Стукалов П.Б. Павел Иванович Ковалевский и Михаил Осипович Меньшиков как идеологи Всероссийского национального союза: Дис... канд. исторических наук: 07.00.02 / Стукалов Петр Борисович; [Место защиты: Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина]. — Воронеж, 2009.- 480 с.
8. Афанасьев Н.И. Современники. Альбом биографий / Н.И. Афанасьев. — Т. 1. — СПб., 1909. — С. 133.
9. Татарский энциклопедический словарь / Гл. ред. М.Х. Хасанов. — Казань: Институт Татарской энциклопедии АН РТ, 1999. — С. 280.
10. Каннабих Ю.В. История психиатрии / Предисловие П.Б. Ганнушкина: Репринтное издание / Ю.В. Каннабих. — М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. — С. 383-410.
11. Ковалевский П.И. К учению об алкоголизме / П.И. Ковалевский. — СПб.: Тип. М. Стасюлевича, 1888. — 20 с.
12. Ковалевский П.И. Нервные болезни нашего общества / П.И. Ковалевский. — Х.: Тип. Зильберберга, 1894. — 128 с.
13. Ковалевский П.И. Вырождение и восхождение. Преступник и борьба с преступностью. (Социально-психологические эскизы) / П.И. Ковалевский. — СПб.: Тип. Акинфиева, 1903. — 370 с.
14. Ковалевский П.И. Душевные болезни нашего общества / П.И. Ковалевский СПб.: Б. и., 1911. — 223 с.
15. Коцюбинский Д.А. Русский национализм в начале XX столетия. Рождение и гибель идеологии Всероссийского национального союза / Д.А. Коцюбинский. — М., 2001. — С. 5, 7, 16, 30-31, 48, 54, 64, 65, 81-83, 97, 105, 120, 142, 150, 165, 220, 229.
16. Ковалевский П.И. Значение национализма в современном движении балканских славян / П.И. Ковалевский. — Ростов-на-Дону: Тип. Полубатко, 1913. — 36 с.
17. Белашкина Л.Ф. Книга о русской душе (Рецензия на сборник трудов П.И. Ковалевского «Психология русской нации. Воспитание молодежи. Александр III — царь-националист / Сост. Е.С. Троицкий / Л.Ф. Белашкина. — М.: АКИРН; Издательский дом «Граница», 2005. — 237с.») // Славянские народы на Северном Кавказе: современные демографические процессы / Приложение к «Южнороссийскому обозрению». — 2006. — № 5 [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://www.kavkazonline.ru/csrp/elibrary/appendix/app\\_05/app\\_05\\_p\\_01.htm](http://www.kavkazonline.ru/csrp/elibrary/appendix/app_05/app_05_p_01.htm).
18. Ковалевский П.И. Русский национализм и национальное воспитание России / П.И. Ковалевский. — СПб.: Тип. М. Акинфиева, 1912. — 394 с.
19. Ковалевский П.И. История России с национальной точки зрения / П.И. Ковалевский. — СПб.: Тип. М. Акинфиева, 1912. — С. 5, 7, 35-36, 144, 155.
20. Гептнер Е. Библия и нравственность. В защиту Слова Божия (Ответ проф. П.И.Ковалевскому по поводу его брошюры «Библия и нравственность») / Е. Гептнер. — СПб., 1913. — С. 6.
21. Ковалевский П.И. Александр III. Царь-националист / П.И. Ковалевский. — СПб.: Тип. В. Коротеевой, 1912. — 144 с.
22. Никон (Рождественский), архиепископ. Православие и грядущие судьбы России / Сост. священник Я. Шипов. — М., 1994. — С. 397, 400.
23. Савельев А. Предисловие к переизданию книги П.И.Ковалевского «Национализм и национальное воспитание в России» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.savelev.ru>. Доступ проверен 02.02.2009 года.
24. Краинский Н.В. Порча, кликуши и бесноватые, как явления русской народной жизни. — Новгород: Губ. тип., 1900. — 243 с.
25. Морозов Г.В. Деонтология в психиатрии // Деонтология в медицине: В 2 т. — Т. 2. — Частная деонтология / Вихляева Е.М., Гамов В.П., Горшков С.З. и др.; Под ред. Б.В. Петровского; АМН СССР. — М.: Медицина, 1988. — С. 145-162.
26. Письмо П.И. Ковалевского митрополиту Евлогию (Георгиевскому) от 5/19 апреля 1925 г. — ГАРФ. Ф. Р-5919. Фонд митрополита Евлогия (Георгиевского). Оп. 1. Д. 66.



УДК 616.89(091)

## Светлой памяти профессора Андрея Николаевича Бачерикова



08.05.1955 – 30.08.2014

30 августа 2014 года ушел из жизни известный харьковский врач-психиатр, психотерапевт, судебно-психиатрический эксперт, профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделением интенсивной терапии психозов Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины Андрей Николаевич Бачериков.

Андрей Николаевич родился в семье военного врача-психиатра, в последующем известного отечественного учёного-психиатра, профессора, доктора медицинских наук Н.Е. Бачерикова, который долгое время заведовал кафедрой психиатрии Харьковского медицинского института и рано привил Андрею Николаевичу интерес к психиатрии.

После окончания с отличием лечебного факультета Харьковского медицинского института (1972-1978), А.Н. Бачериков успешно окончил полный курс Центрального института повышения квалификации руководящих работников и специалистов народного хозяйства в области патентной работы по специальности патентоведение (1982-1984).

Вся его творческая научная и врачебная деятельность прошла в Институте неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, который является одним из лучших мировых научных центров в области психиатрии, наркологии и неврологии, где прошло становление и развитие А.Н. Бачерикова, как врача и учёного-психиатра. Здесь он прошел путь от младшего научного сотрудника до главного научного сотрудника, заведующего отделением интенсивной терапии психозов упомянутого института.

Андрей Николаевич, прежде всего, был прекрасным врачом-психиатром гуманистом, филигранно владея всеми тонкостями постановки сложных психиатрических диагнозов. А.Н. Бачериков занимался разработкой новых методов (фармакологических и немедикаментозных) лечения психических расстройств в

наркологии и психиатрии, изучением аутоагрессивного поведения, разработкой научного обоснования нормативно-правовой базы реформирования психиатрической и наркологической служб, изучением неотложных состояний в психиатрии и наркологии, разработкой дифференциально-диагностических критериев психозов органического генеза и психозов, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами.

Большой вклад Андрей Николаевич сделал в лечение труднокурабельных состояний с помощью краниocereбральной гипотермии в разных режимах, что позволило ему добиться устойчивых качественных ремиссий при шизофрении за счет снижения терапевтической резистентности, применяя при этом малые дозы современных психотропных средств. А.Н. Бачериков сказал свое веское слово в лечении депрессивных расстройств, что позволило добиться быстрого и качественного выздоровления от этих сложных психопатологических синдромов. Приоритетом Андрея Николаевича явилось и то, что он впервые применил краниocereбральную гипотермию при сосудистой патологии головного мозга, эпилепсии, алкоголизме, наркомании, что позволило значительно расширить терапевтическую эффективность при этой труднокурабельной патологии.

Профессор И.И. Кутько, подчеркивает, что ему как эксперту Специализированного совета ВАК Украины лично пришлось докладывать материалы докторской диссертации А.Н. Бачерикова («Эффективность терапии больных параноидной шизофренией с применением краниocereбральной гипотермии (клинический и патогенетический анализ)», 1993), чем был вызван большой интерес к этой чрезвычайно актуальной и практически значимой диссертации, которая, что очень важно, еще до официальной защиты была внедрена в практику отечественного здравоохранения. Эту диссертацию эксперты считали одной из лучших докторских диссертаций в Украине.

Андрей Николаевич опубликовал в соавторстве исключительно полезную и практически значимую монографию (И.И. Кутько, В.И. Царынский, А.Н. Бачериков, В.В. Павленко «Нетрадиционные методы лечения эндогенных психозов», 1992), которая получила высокую положительную оценку психиатрической общности. Кроме этого, он является автором более 100 научных работ, в том числе 3 монографий и ряда патентов на изобретения.

А.Н. Бачериков активно готовил кадры высшей квалификации, он подготовил ряд кандидатов медицинских наук, которые внесли весомый вклад в теорию и практику здравоохранения; он



также активно способствовал профессиональному росту врачей-психиатров практического здравоохранения, поражая коллег своими энциклопедическими знаниями.

Следует отметить, что Андрей Николаевич был потомственным врачом и учёным, исключительно порядочным и талантливым человеком, прожив яркую, но, к сожалению, короткую жизнь в науке.

А.Н. Бачериков был членом Ученого совета Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины, членом Специализированного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций данного Института, а также членом Проблемной комиссии по специальности «Психиатрия» НАМН Украины и МОЗ Украины, а также членом Проблемной комиссии Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины и членом редколлегии двух специализированных психиатрических журналов. Он был экспертом-консультантом Харьковского межобластного центра судебно-психиатрической экспертизы.

При этом Андрей Николаевич был активным, исключительно требовательным к себе и сотрудникам, принципиальным оппонентом и коллегой. Его научные публикации всегда были на гребне волны на пользу науки и практического здравоохранения в области психиатрии и наркологии, и всегда читались с большим интересом.

Имя А.Н. Бачерикова вписано золотыми буквами по применению метода краниоцеребральной гипотермии при психических заболеваниях. Он был первый в Украине и странах СНГ, применивший данный метод, который в настоящее время активно внедряется и развивается во многих психиатрических учреждениях. Этот метод Андрей Николаевич успешно развивал вместе со своим учителем, новатором в науке, профессором А.Д. Таранской.

А.Н. Бачериков в течение своей научно-практической деятельности занимался организационно-методической работой, активно выступал с научно-практическими докладами и сообщениями во многих регионах Украины и за рубежом, принимал участие в международных многоцентровых исследованиях фармакологических препаратов.

Мы, коллеги Андрея Николаевича, всегда будем помнить, и любить нашего талантливого, высокообразованного, интеллигентного, порядочного человека. Светлый образ профессора А.Н. Бачерикова навсегда останется в нашей памяти и сердцах.

**Профессор, доктор медицинских наук,  
заслуженный деятель науки и техники  
Украины И.И. Кутько,  
доцент, кандидат медицинских наук  
П.Т. Петрюк,  
врач-психиатр А.П. Петрюк**

### **З глибоким сумом сповіщаємо про втрату члена редакційної колегії журналу «Психічне здоров'я» Криштопи Бориса Павловича**



05.04.1938 – 22.09.2014

Відомий в Україні та за її межами фахівець у галузі соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Криштопа Борис Павлович по закінченню Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця працював дільничним педіатром, заступником головного лікаря, завідувачем міським і обласним відділами охорони здоров'я на Сумщині, інструктором відділу науки і навчальних закладів ЦК КПУ, заступником міністра охорони здоров'я України, керівником групи радників в Афганістані, проректором з міжнародних зв'язків КМІ імені О.О. Богомольця.

З 1986 року — завідувач, а з 2004 — професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л. Шупика.

Б.П. Криштопа — автор понад 100 наукових праць, в т.ч. 6 монографій. Під його керівництвом виконані 18 докторських і кандидатських дисертацій.

Нагороджений орденами «За заслуги» II та III ступеня, «Знак Пошани», 7 медалями (в т.ч. 2 іноземними).

---

### 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](http://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.