

**Засновники і видавники:**

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

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

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

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

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

**Мови видання:**

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою  
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол  
засідання № 4 від 13.05.2015 р.)

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

Тел./факс: (044) 468-36-11

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./факс: (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 01/06/2015 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 2397.

<b>Вступне слово головного редактора</b> . . . . .	3
<b>Розлади психіки та поведінки, психосоматика</b>	
<i>Гончар Т.О.</i> Клініко-психопатологічні механізми та соціальне функціонування хворих на шизофренію, що обумовлюють надання примусової психіатричної допомоги . . . . .	4
<i>Аймедов К. В.</i> Синдром емоційного вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу . . . . .	7
<i>Кутько І.І., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Линев А.Н.</i> Синдромологические варианты спутанности сознания при органических психических расстройствах, особенности патогенеза и терапии. . . . .	10
<i>Дзержинская Н.А.</i> Диагностика и лечение «климактерических масок» аффективных расстройств у женщин пожилого возраста . . . . .	16
<i>Отрощенко Н.П., Отрощенко І. П., Отрощенко П.А.</i> Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих . . . . .	20
<i>Заседа Ю.І.</i> Клинико-психопатологическая характеристика патоперсоналогической трансформации контингента пациентов страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы . . . . .	25
<i>Иванов Д.А.</i> Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих с психическими расстройствами в ходе проведения антитеррористической операции . . . . .	36
<i>Рахман Л.В., Плевачук О.Ю.</i> Ефективність когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями . . . . .	48
<b>Медична психологія та психотерапія</b>	
<i>Федак Б.С.</i> Принципи побудови системи психотерапії у хворих на соматичні захворювання з непсихотичними порушеннями психічної сфери. . . . .	54
<b>Психофармакотерапія</b>	
<i>Насинник О.А.</i> Поддерживающее лечение: клинико-социальные характеристики пациентов . . . . .	59
<b>Організація і управління психіатричною допомогою</b>	
<i>Возний Д. В.</i> Аналіз існуючої системи організації наркологічної допомоги в Україні на національному і регіональному рівнях, локально-клінічному і позаклінічному етапах. . . . .	64
<i>Первомайский В.Б.</i> Еще раз об экспертных ошибках в судебно-психиатрической экспертизе (по поводу статьи Шум С.С. «Экспертні помилки в діяльності судово-психіатричного експерта», Вестник Ассоциации психиатров Украины, №5,2013,с.26-28.) . . . . .	67
<i>Барановська Л.М., Рижено О.О.</i> Економічний фактор в оптимізації мережі психіатричних закладів . . . . .	73
<b>Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація</b>	
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Художник Ричард Дадд: его душевное расстройство и творческое наследие. . . . .	77
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Рецензия на книгу «Судебная психиатрия: клинические, юридические и этические вопросы / Под редакцией Джона Ганн и Памелы Дж. Тейлор. – 2-е изд. – Боуке Ретоун, ФЛ, США: CRC Press, 2014. – 1035 с.» . . . . .	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. Качаєва (Росія)  
В. Г. Коротоножкін (Україна)  
В. М. Краснов (Росія)  
Р. Т. Крутікова (Україна)  
Х. Лопез-Ібор (Іспанія)  
М. О. Мазуренко (Україна)  
О. М. Морозов (Україна)  
Г. Нанейшвілі (Грузія)  
Р. І. Никифоров (Україна)  
А. В. Олійник (Україна)  
П. Т. Петрюк (Україна)  
І. Я. Пінчук (Україна)  
В. С. Подкоритов (Україна)  
Л. В. Ромасенко (Росія)  
В. Рутц (Швеція)  
Н. Сарторіус (Швейцарія)  
І. Д. Спіріна (Україна)  
С. І. Табачников (Україна)  
Л. Т. Уралова (Україна)  
В. А. Шумлянський (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>Gonchar T.O.</i> Clinical and psychopathological mechanisms and social functioning of patients with schizophrenia, causing compulsory psychiatric care .....	4
<i>Aymedov K. V.</i> Burnout syndrome have a surgeon according to professional experience .....	7
<i>Kutko I.I., Panchenco O.A., Ruchkauskas G.S., Linev A.N.</i> Syndromological variants of confusion for organic mental disorder, particularity of pathogenesis and treatment .....	10
<i>Dzeruzhinskaya N.A.</i> Diagnostic and treatment of climacteric masks of affective disorders in older women .....	16
<i>Otroshchenko N.P., Otroshchenko I.P., Otroshchenko P.A.</i> Specification of non circular depression patients with cancer .....	20
<i>Zaseda Yu. I.</i> Clinically-psychophenomenological characteristic of pathopersonological transformation in cohort of patients suffering from somatoform dysfunction of digestive system .....	25
<i>Ivanov D.A.</i> Peculiarities of curative-evacuation support of servicemen with mental disorders in antiterrorist operation .....	36
<i>Rakhman L.V., Plevachuk O.Y.</i> Effectiveness of cognitive behavioral therapy in complex treatment of patients with treatment resistant depression .....	48
<b>Medical psychology and psychotherapy</b>	
<i>Fedak B.S.</i> The fundation of psychotherapy system of somatic patient with non-psychotic psychic disturbances .....	54
<b>Pharmacotherapy of mental disorders</b>	
<i>Nasinnyk O.A.</i> Maintenance treatment: clinical and social characteristics of patients .....	59
<b>Organization and management in mental health care</b>	
<i>Vozny D. V.</i> Analysis of the existing organization system of substance abuse treatment in ukraine on national and regional levels, inpatient and outpatient stages .....	64
<i>Pervomaisky V. B.</i> Again on the expert errors in the forensic psychiatric examination (regarding the article Shum S.S. «Expert errors in the Work of Forensic Psychiatrists », Bulletin of the Association of psychiatrists of Ukraine, No. 5,2013,S. 26-28.) .....	67
<i>Baranovska L.M., Ryzhenko O.O.</i> The economic factor in the optimization of mental health facilities .....	73
<b>Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information</b>	
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Artist Richard Dadd: his mental disorder and artistic heritage .....	77
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues / Edited by John Gunn, Pamela J. Taylor. – Second Edition. – Boca Raton, FL, USA: CRC Press, 2014. – 1035 p. ....	83

---

## **Шановні читачі!**

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

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

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

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

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

## Клініко-психопатологічні механізми та соціальне функціонування хворих на шизофренію, що обумовлюють надання примусової психіатричної допомоги



Гончар Т. О.

Гончар Т. О.

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

**Резюме.** Представлені дані клінічного дослідження та соціального функціонування пацієнтів з шизофренією. Визначений синдромоутворюючий фактор, що призводить до надання хворим на параноїдну шизофренію лікування в примусовому порядку.

**Ключові слова:** шизофренія, психопатологія, соціальне функціонування, примусова психіатрична допомога.

### Clinical and psychopathological mechanisms and social functioning of patients with schizophrenia, causing compulsory psychiatric care

Gonchar T. O.

Bogomolets National medical university

**Resume.** The results of the clinical trial and social functioning monitoring are presented for the patients with schizophrenia. The formative factor leading to the necessity of compulsory care is defined.

**Keywords:** schizophrenia, psychopathology, social functioning, compulsory psychiatric care.

Провідними напрямками сучасної психіатрії є вивчення механізмів патогенезу психічних розладів, виділення їх диференційно-діагностичних маркерів, розробка нових терапевтичних моделей, котрі збільшують період ремісії та елімінують наслідки соціальної інвалідності (Бачеріков А.М., 2007). Введення в психіатрію Закону України «Про психіатричну допомогу» запроваджує і нові підходи до надання такої допомоги, зокрема в примусовому порядку. Необхідність, організація та проведення такого заходу є найбільш складними та відповідальними завданнями для фахівців як у загальній, так і судово-психіатричній практиці (Насіннік О.А., 2007, 2009; De Turk B., Van den Berg A., 2000).

Шизофренія лишається однією з центральних проблем у психіатрії на протязі тривалого періоду часу, що зумовлено не тільки високим поширенням захворювання серед загальної популяції, а й пов'язано із соціальною дезадаптацією, інвалідізацією та наданням примусової психіатричної допомоги такому контингенту хворих.

Було обстежено 155 хворих на параноїдну шизофренію, основну групу складали 80 досліджуваних, що лікувалися примусово; групу порівняння складали 75 хворих, які звернулись за психіатричною допомогою добровільно. В обох групах переважали пацієнти з ведучими галюцинаторно-параноїдним та параноїдним синдромами.

Порівняльний аналіз позитивних, негативних і загально психопатологічних симптомів

шкали PANSS підтвердив наявність когнітивних розладів в обох досліджуваних групах. Статистично достовірні відмінності між представниками основної та порівняльної груп були отримані у зниженні критичності і усвідомленні хвороби (середній бал у пацієнтів основної групи становив  $6,23 \pm 0,08$  балів проти  $3,32 \pm 0,07$  балів у групі порівняння,  $p < 0,05$ ); дезорганізації мислення ( $5,40 \pm 0,14$  балів проти  $3,71 \pm 0,13$  балів,  $p < 0,05$ ); порушенні абстрактного мислення ( $5,2 \pm 0,14$  балів проти  $3,04 \pm 0,03$  балів,  $p < 0,05$ ); уваги ( $5,56 \pm 0,12$  балів проти  $3,35 \pm 0,10$  балів,  $p < 0,05$ ); волі ( $5,51 \pm 0,07$  балів проти  $3,44 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ); активному соціальному відстороненні ( $5,68 \pm 0,11$  балів проти  $2,89 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ).

На підставі аналізу симптомів за шкалою PANSS серед позитивних симптомів, які описують поведінку, що не обумовлена і не підтверджена зовнішніми стимулами, найбільш вираженими у пацієнтів основної групи на відміну від досліджуваних порівняльної групи виявилися: маячення (середній бал  $5,26 \pm 0,18$  бала проти  $2,92 \pm 0,15$  балів,  $p < 0,05$ ), галюцинації ( $4,03 \pm 0,22$  бала проти  $2,68 \pm 0,27$  балів,  $p < 0,05$ ), підозрілість ( $4,35 \pm 0,19$  бала проти  $2,55 \pm 0,16$  балів,  $p < 0,05$ ).

Серед негативних симптомів, які характеризують поведінкові розлади і виражають відношення до інших людей — від емоційної чутливості до вербально-комунікативних процесів, у пацієнтів обох досліджуваних груп визначено соціальне відсторонення (середній бал складав



для пацієнтів основної групи  $4,49 \pm 0,16$  і відповідно для порівняльної групи —  $3,75 \pm 0,14$ ,  $p < 0,05$ ), емоційне відсторонення ( $3,53 \pm 0,18$  бала проти  $2,40 \pm 0,11$  балів,  $p < 0,05$ ), труднощі у спілкуванні ( $4,11 \pm 0,14$  бала проти  $2,59 \pm 0,08$  балів,  $p < 0,05$ ), порушення спонтанної мови ( $4,60 \pm 0,12$  бала проти  $3,88 \pm 0,10$  балів,  $p < 0,05$ ).

Серед загальних психопатологічних симптомів, що обумовили порушення поведінки у досліджуваних обох груп найбільш виражений характер мали наступні: агресивність (середній бал основної групи  $5,03 \pm 0,11$  проти  $2,60 \pm 0,07$  у групі порівняння,  $p < 0,05$ ), незвичний вміст думок ( $5,2 \pm 0,14$  бала проти  $3,04 \pm 0,03$  балів,  $p < 0,05$ ).

Встановлено, що механізми формування розладів поведінки у 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%. В переважній більшості випадків (82,5%) вербальна агресія поєднувалась з фізичною; і лише в 17,5% випадків агресія була вербальною.

За даними шкали соціального функціонування WHODAS 2.0 у пацієнтів основної групи спостерігалась явна тенденція до самоізоляції. Протягом останніх місяців, що передували госпіталізації, вони підтримували обмежений діапазон соціальних контактів, активно уникали присутності інших людей, були недоступними для спілкування, зачинялися у своїй кімнаті чи йшли з дому (середній бал досліджуваних основної групи дорівнював  $4,50 \pm 0,12$ ,  $p < 0,05$ ). У пацієнтів групи порівняння теж мали місце деяке соціальне відсторонення та відокремленість ( $2,69 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ), але значної тенденції до самоізоляції не спостерігалось.

Догляд за собою у досліджуваних основної групи здійснювався в значній мірі недостатньо: пацієнти були неохайними, виглядали як волоцюги або зовсім не звертали уваги на особисту гігієну, були брудними, вдягнутими у лахміття, виснаженими (середній бал становив  $3,74 \pm 0,08$ ,  $p < 0,05$ ). Порівняно з пацієнтами основної групи, хворі з групи порівняння тільки до певної міри втратили інтерес до свого зовнішнього вигляду, що знайшло своє відображення в неохайності одягу, в браку чепурності, але очевидної занедбаності не було ( $2,96 \pm 0,04$  балів,  $p < 0,05$ ).

Діяльність, пов'язана з домом для пацієнтів основної групи зводилася або до виконання рішень, які приймали інші члени сім'ї,

відстороненості від хатніх справ, або до повного виключення себе з спільного ведення домашнього господарства ( $4,49 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ), тоді як група порівняння характеризується меншою, ніж очікувалось участю у домашньому господарстві, зниженням інтересу до ведення хазяйства, звуженням кордонів виконання функцій у цій сфері та певна неспроможність ( $3,91 \pm 0,05$  балів,  $p < 0,05$ ).

При вивченні сексуальної ролі встановлено, що у відносинах з іншими людьми пацієнти основної групи не демонструють ні до кого сексуальної зацікавленості, проявляючи повну байдужість до сексуальних стимулів та ворожисть до протилежної статі, або мають місце невпорядковані сексуальні відношення ( $4,29 \pm 0,11$  балів,  $p < 0,05$ ). У групі порівняння пацієнти демонструють сексуальний інтерес або мають контакти, але без встановлення стосунків, навіть всупереч тому, що для цього є можливості. Наявним було очевидне зниження сексуального інтересу, або, навіть якщо такий інтерес і був присутній, не було спроб наблизитися до іншої людини ( $3,21 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ). Ускладнення у міжособистісних контактах в досліджуваних основної групи проявлялися у підозрілості, ворожості.

Досліджено, що працевлаштовані пацієнти основної групи були відсутніми на роботі більшу частину часу протягом місяця, якість виконаної роботи помітно знизилась, мали місце адміністративні санкції ( $4,45 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ). У досліджуваних з групи порівняння професійна роль зводилася до скарг на те, що робота тяжка, частково знизилась якість виконання та продуктивність ( $3,52 \pm 0,07$  балів,  $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що в основній групі хворі працездатного віку, які не працювали та не навчалися, проявляли повну байдужість та надавали опір можливості отримати роботу або продовжити навчання ( $4,54 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ). Для групи порівняння характерними є зниження інтересу до отримання роботи та продовження навчання, відсутність ініціативи та пасивне підкорення ( $2,21 \pm 0,07$  балів,  $p < 0,05$ ). Повна відсутність цікавості до місцевих та світових подій властива основній групі, тоді як у групі порівняння досліджувані демонструють менший інтерес до світових подій, не прикладають зусиль, щоб отримати інформацію з засобів масової інформації (відповідно  $4,59 \pm 0,06$  бала проти  $2,49 \pm 0,06$  балів,  $p < 0,05$ ). Наведені дані демонструють значне зниження рівня соціального функціонування у хворих на шизофренію, які знаходяться на примусовому лікуванні.

Таким чином, аналізуючи та узагальнюючи дані результатів проведеного дослідження, можна стверджувати, що в основній групі

поєднана дія психопатологічних проявів (маячні ідеї переслідування та впливу, вербальні псевдогалюцинації з імперативним змістом, поведінкові розлади) та явних порушень у когнітивній сфері (від активаційно-енергетичних

до операційно-регуляторних) обумовлює порушення полягання мети, програмування і контроль психічної діяльності, а отже різке зниження соціальної адаптації і є синдромоутворюючим фактором примусового лікування.

### Література

1. Юрьева Л.Н. Критерии оценки психического состояния больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. — М. — 1990. — С.129-135.
2. Насинник О.А. Формирование критериев принудительного удержания лиц с психическими расстройствами. // «Психічне здоров'я». — 2009. — №3-4(24-25). — С.63-72.
3. Гончар Т.О. Проблема примусової госпіталізації та медико-соціальної реабілітації осіб, що страждають на тяжкі психічні розлади. // «Психічне здоров'я». — 2009. — №1(22) — С.55-58.
4. Де Тюрк Б., Ван ден Берг А. В защиту принудительного амбулаторного лечения // Вісник АПУ. — 2000. — №1. — С.45-67.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

УДК 159. 942.5: 37.01

## Синдром емоційного вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу



Аймедов К. В.

Аймедов К. В.

Одеський національний медичний університет, Україна

**Резюме.** В статье приведены основные компоненты синдрома психического выгорания у врачей-хирургов с разным стажем профессиональной деятельности. В основе исследования лежит предположение, что риск развития реактивных образований и девиаций будет расти по мере увеличения продолжительности работы в стрессогенных условиях профессиональной деятельности. Приведены результаты исследования, проведен анализ зависимости между степенью выраженности отдельных признаков синдрома эмоционального выгорания у врачей и продолжительности их больницы практики.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, врачи-хирурги, профессиональный стаж, эмоциональное истощение.

### Burnout syndrome have a surgeon according to professional experience

Aymedov K. V.

Odessa National Medical University, Ukraine

**Resume.** The article gives the main components of emotional burnout syndrome of surgeons with different experience of professional activity. The researching is based on the assumption that the risk of reactive formations and deviations will increase with increasing duration of work in stressful conditions of professional activity. The results of the studying were received and written in the article, and there was analysed the relationship between the severity of individual symptoms of burnout among physicians and the duration of their hospital practice.

**Keywords:** burn-out syndrome, surgeons, professional experience, emotional exhaustion.

Науковий і практичний інтерес до синдрому вигорання обумовлений тим, що цей синдром — безпосередній прояв всезростаючих проблем, пов'язаних із самопочуттям працівників, ефективністю їх праці та стабільністю їхнього життя. В даний час особлива увага психологів привертає проблема впливу професійної діяльності на психоемоційний стан тих фахівців, чия робота пов'язана з інтенсивною і напруженою взаємодією з людьми. У цих фахівців спостерігаються певні психічні та фізіологічні реакції, які розглядаються як прояв професійного стресу [1].

Синдром «психічного вигорання» професіонала формується поступово, має певну динаміку і проявляється на всіх рівнях організації особистості — в когнітивній, афективній, мотиваційно-поведінковій, а також у духовній і фізичній сферах [2]. Логічно припустити, що ризик розвитку реактивних (психогенних) утворень і девіацій буде зростати в міру збільшення тривалості роботи фахівця в стресогенних умовах професійної діяльності.

Це і визначило **мету даного дослідження:** виявлення основних компонентів синдрому «психічного вигорання» у лікарів-хірургів з різним стажем професійної діяльності.

### Матеріали та методи дослідження

У дослідженні прийняло участь 89 практикуючих лікарів-хірургів, серед яких було 68 чоловіків та 21 жінка. Усі досліджені були розділені на дві групи в залежності від стажу професійної діяльності в області хірургії. Першу групу склали 41 лікарів, які мали стаж менше 10 років (Г1), другу — 48 хірурга зі стажем більшим 10 років. Дослідження проводилось на базах Одеської обласної клінічної лікарні та Міської клінічної лікарні № 9 м. Одеси.

Для виявлення основних компонентів синдрому емоційного вигорання нами були використані наступні методики: опитувальник К. Маслача «Психічне вигорання» (MBI) в адаптації Н.Є. Водоп'янової та методика діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко.

### Результати дослідження та обговорення

Інтерес до дослідження синдрому вигорання виріс після того, як американські вчені Маслач і Джексон систематизували описові характеристики даного синдрому і розробили опитувальник для його кількісної оцінки [3]. Згідно авторам опитувальника, синдром вигорання проявляється в трьох групах переживань: емоційному виснаженні — переживання спустошеності і безсилля; деперсоналізації — дегуманізації

відносин з іншими людьми (прояв черствості, безсердечності, цинізму чи грубості); редукції особистих досягнень — заниження власних досягнень, втрата сенсу і бажання вкладати особисті зусилля на робочому місці.

Опитувальник дозволяє виявити ступінь вираженості переживань, які є складовими емоційного вигорання (табл. 1).

Аналіз даних, наведених у таблиці 1, дозволяє нам зробити наступні висновки. Для хірургів з обох груп ступінь емоційного виснаження відповідає показникам низького рівня, але середній бал у Г2 наближується до рівня, граничного з середнім рівнем виснаження. Отримані результати за даною шкалою свідчать про відсутності у психічному стані лікарів ознак зниження фону настрою, збільшеної психічної виснаженості та емоційної лабільності.

Наступною шкалою, за якою проводився аналіз даних, була «деперсоналізація». Середні показники для хірургів з першої групи відповідають високому рівню деперсоналізації, а лікарів з Г2 — середньому рівню ( $p < 0,05$ ). Високий та середній рівні деперсоналізації свідчать про емоційне відсторонення і байдужість, формальне виконання професійних обов'язків без особистісної включеності і співпереживання, а в окремих випадках — у цинічному ставленні до пацієнтів.

Показник «редукція особистих досягнень» відповідає високому рівню у першій групі та середньому рівню у другій. Підвищення цього показника відбиває тенденцію до негативної оцінки своєї компетентності і продуктивності і, як наслідок, — зниження професійної мотивації, наростання негативізму стосовно службових обов'язків, тенденцію до зняття з себе відповідальності, до ізоляції від оточуючих, відстороненості і неучасті, уникнення роботи спочатку психологічно, а потім фізично.

Наступна методика, за якою тестували лікарів-хірургів, була методика діагностики емоційного вигорання В.В. Бойко [4]. В.В. Бойко дає наступне визначення емоційного вигорання. Емоційне вигорання — це механізм психологічного захисту, вироблений особистістю, який має форму повного чи часткового виключення емоцій у відповідь на окремі психотравмуючі впливи. Емоційне вигорання є надбаним стереотипом емоційної, частіше професійної поведінки. Вигорання є частково функціональним стереотипом, оскільки дає змогу людині дозувати та економно витрачати енергетичні ресурси. Водночас можуть виникнути його дисфункційні наслідки, коли вигорання спричиняє негативний вплив на професійну діяльність та стосунки з партнерами. Бойко розглядає емоційне вигорання як

професійну деформацію особистості, яка виникає під впливом низки чинників — зовнішніх та внутрішніх.

Запропонована методика дає докладну картину синдрому емоційного вигорання як динамічного процесу, що виникає поетапно у повній відповідності до механізму розвитку стресу, коли присутні три його фази. Рівень емоційного вигорання оцінюється за 12 шкалами, які відповідають трьом фазам:

- фаза «Тривожна напруга»: передвісник і «пусковий механізм» у формуванні емоційного вигорання. Напруга має динамічний характер, що зумовлено вимотуючою постійністю або посиленням дії психотравмуючих чинників;
- фаза «Резистенція»: опір наростаючому стресу;
- фаза «Виснаження»: характеризується більш або менш вираженим падінням енергетичного тону і ослабленням нервової системи (табл. 2).

Відповідно до ключа визначається сума балів окремо для кожної з фаз вигорання.

**Таблиця 1**

*Виразеність складових синдрому вигорання у лікарів-хірургів в залежності від професійного стажу (середні бали)*

Шкали опитувальника	Г1 (n=41)	Г2 (n=48)
Емоційне виснаження	14,02	15,62
Деперсоналізація	13,05*	9,79
Редукція особистих досягнень	30,26	34,52
Редукція особистих досягнень	30,26	34,52

Примітка: \* — різниця є достовірною,  $p < 0,05$ .

**Таблиця 2**

*Фази стресу та симптоми вигорання за В.В. Бойко*

Фаза	Симптом
Тривожна напруга	Переживання психотравмуючих обставин. Незадоволеність собою. Відчуття «Загнаності в клітку». Тривога і депресія.
Резистенція	Неадекватне (виборче) емоційне реагування. Емоційно-етична дезорієнтація. Економія емоцій. Редукція професійних обов'язків.
Виснаження	Емоційний дефіцит. Емоційна відчуженість. Деперсоналізація. Психосоматичні і психофізіологічні порушення.



Таблиця 3

Результати за методикою В.В. Бойко (середні бали)

Показник	Г1 (n=41)	Г2 (n=48)
Переживання психотравмуючих обставин	11,4	15,6*
Незадоволеність собою	7,9	8,1
Відчуття «Загнаності в клітку»	9,4	8,3
Тривога і депресія	15,3*	11,5
Сума балів	44	43,5
Неадекватне (виборче) емоційне реагування	8,7	10,6
Емоційно-етична дезорієнтація	8,6	12,7
Економія емоцій	7,9	12,9
Редукція професійних обов'язків	11,8	8,3
Сума балів	37	44,5*
Емоційний дефіцит	9,6	10,4
Емоційна відчуженість	7,8	9,1
Деперсоналізація	10,9	10,1
Психосоматичні і психофізіологічні порушення	10,2	11,1
Сума балів	38,5	40,7

Примітка: \* — різниця є достовірною,  $p < 0,05$ .

Результати, отримані в процесі проведення методики наведені в табл. 3.

Дані табл. 3 дозволяють зробити висновок, що всі три фази емоційного вигорання, а саме — «тривожна напруга», «резистенція» та «виснаження» у лікарів обох груп знаходяться у стадії формування. Середні бали у Г1 та Г2 за шкалою «тривожна напруга» — 44 та 43,5 відповідно, свідчать про усвідомлення посилення психотравмуючих чинників професійної діяльності, відчуття незадоволеності собою, обраною професією, відчуття безвихідності, росту напруги під час професійної діяльності. У Г2 отримані достовірно вищі показники за шкалою «резистенція» ( $p < 0,05$ ). Це говорить про те, що у лікарів з більшим професійним стажем роботи формується захисна реакція у вигляді обмеження емоційної віддачі, що може спостерігатися не тільки на роботі, а і вдома. Також сума балів у Г2 за шкалою «виснаження» більше, ніж

у Г1. Характеризується більш або менш вираженим падінням загального тону і ослабленням нервової системи. Емоційний захист стає невід'ємним атрибутом особи.

### Висновки

Таким чином, проведене дослідження виявило ознаки «психічного вигорання» лікарів-хірургів та показало схожу структуру цього феномена в групах лікарів з меншим і більшим стажем професійної діяльності. У кожній з груп лікарів в структурі синдрому «психічного вигорання» в мінімальному ступені представлені ознаки «емоційного виснаження», а в середнього і високого ступеня — ознаки «деперсоналізації» і «редукції особистих досягнень». Також можна зробити висновок, що всі три фази емоційного вигорання, а саме — «тривожна напруга», «резистенція» та «виснаження» у лікарів обох груп знаходяться у стадії формування.

### Література.

1. Сидоров П. Синдром емоціонального вигорання / П. Сидоров // Новости медицины и фармации. — 2005. — №13 (173). — С. 17-21.
2. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психол. журнал. — 2001. — Т. 22, № 1. — С. 90–101.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. — СПб. [и др.] : Питер, 2005. — 336 с.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: [учебн. пособие]. — Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2000 — 627 с.

УДК 616.89:616.61-008.6

## **Синдромологические варианты спутанности сознания при органических психических расстройствах, особенности патогенеза и терапии**



Кутько И. И.



Панченко О. А.



Рачкаускас Г. С.

**Кутько И.И., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Линеv А.Н.**

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

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Харьковская областная психиатрическая больница №1 (Стрелечье)

**Резюме.** Аналізується проблема синдромів сплутаності свідомості в межах гострого органічного церебрального синдрому. Запитання операціональної діагностики в системах DSM-IVR та ICD-10, синдромологічної діагностики в концептуальній психіатрії, порушень нейродинаміки та патогенетичної терапії.

**Ключові слова:** гострий органічний церебральний синдром, сплутаність свідомості, операціональна та синдромологічна діагностика, патогенетична терапія.

## **Syndromological variants of confusion for organic mental disorder, particularity of pathogenesis and treatment**

**Kutko I. I., Panchenko O. A., Rachkauskas G.S., Linev A.N.**

SI «Scientific-practical medetsinsky of rehabilitation-diagnostics center MH of Ukraine»

Luhansk Regional Clinical Psychoneurological Hospital

Kharkov region psychiatry clinic №1

**Resume.** Analyses the problems of syndromes of confusion for acute organic cerebral syndrome. The questions of operational diagnostic in system of DSM-IV R and ICD-10, syndromological diagnostic in conceptual psychiatry, dystebences of neurodynamic and pathogenetical therapy.

**Keywords:** acute organic cerebral syndrome, confusion, operational and syndromological diagnostic, pathogenetical therapy.

**Актуальность проблемы** связана с тем, что современная операциональная диагностика спутанности сознания при органических и симптоматических психических расстройствах ограничивается констатацией обобщенной рубрики **делирия** как острого **органического синдрома**, а действующие стандарты и протоколы лечения предполагают назначение стандартного набора нейрометаболических препаратов и атипичных антипсихотиков [3,4,7,8,9,10,11,14,18].

В то же время спутанности сознания при органических психических расстройствах являются тяжелой патологией, требующей неотложной, интенсивной, патогенетически

ориентированной и дифференцированной терапии. Её назначение возможно только на основе уточнения общего диагноза спутанности сознания указанием её синдромологического варианта [2,5,6,13,15].

**Целью статьи** является анализ особенностей клинической картины, патогенетических механизмов и терапевтической тактики различных синдромологических вариантов спутанности сознания при органических психических расстройствах.

**Определение понятий.** Концептуальная синдромология опирается на определение

**сознания** в философии, как свойства мозга целостно и объективно отражать окружающий мир [2,5,6,13,15,17].

Эта концепция тесно связана с понятием **познания**, как моделирования окружающего с формированием целостного образа [2,6,15,17].

Структура сознания включает понятие **самосознания**, как отражения взаимодействия Я и объективного мира с наличием границ отделяющих анкетные и автобиографические данные, телесное Я, продукцию воображения, психопатологические переживания и внешний мир, при наличии гравитационного и временного позиционирования Я (в пространстве и во времени) [2,6,13,15,17].

В психопатологии известны **формальные критерии ясности сознания**, включающие четыре компонента [2,5,13,15,17].

1. Целостное и последовательное **восприятие окружающего**.
2. Сохранность **ориентировки** в обстановке, времени, собственной личности.
3. Формальную сохранность **мышления** со способностью последовательно оценивать окружающее и осмысливать его с установлением внутренних и внешних связей между явлениями.
4. Сохранность **памяти** со способностью запоминать, удерживать и воспроизводить как реальные события так и внутренние переживания.

Таким образом, имеет место **целостность и взаимосвязанность** восприятия, осмысления и сохранения в памяти окружающих событий и собственных переживаний [6,15,17].

Существенным понятием концептуальной психопатологии является **апперцепция**, как функция целостного восприятия, осмысления и запоминания реальных событий и внутренних переживаний [2,5,6,13,15].

Оправданным является выделение двух качественно различных типов **нарушения сознания** [2,5,13,15,17].

В случаях **общего помрачения сознания** имеет место снижение активности всех функций познавательной деятельности, составляющей содержание сознания.

При широком круге симптомокомплексов **спутанности сознания** отмечается нарушение ясности сознания как правило в сочетании с иными психопатологическими синдромами.

**Нейродинамические механизмы**, обеспечивающие ясность сознания включают взаимодействие четырех нейроморфологических образований [1,13,16].

**Лимбико-ретикулярные структуры** обеспечивают общую активацию коры, уровень бодрствования, общую активность.

Тесно связанные с ними **левополушарные образования** обеспечивают переработку информации по дискретному типу, ответственны за абстрактно-логические операции, прогнозирование и оценку будущего, тревожный компонент эмоциональных проявлений, стеничность, агрессивность.

**Диенцефальные образования** обеспечивают разграничение телесного Я, автобиографических данных, субъективных переживаний (включая деятельность воображения) и реальных окружающих событий. Эти структуры ответственны за гравитационно-пространственную и временную оценку ситуации.

Более жестко связанные с диенцефальными центрами **правополушарные структуры** обеспечивают переработку информации по голографическому принципу, ответственны за целостно-образную оценку окружающего мира в виде образов прошлого и настоящего, приносят в гамму эмоциональных переживаний компоненты печали или благодушия, психической и мышечной релаксации.

В целом сохранность сознания обеспечивается динамическим взаимодействием в вертикальном (корково-подкорковом) и горизонтально-латеральном контурах регулирования. Имеет место функциональное (комплементарное и реципрокное) взаимодействие двух систем: левополушарно-лимбико-ретикулярной и правополушарно-диенцефальной.

**Операциональная диагностика спутанности сознания** при органических психических расстройствах в Международных статистических классификациях и Диагностических руководствах осуществляется с помощью обобщенной **рубрики делирия или острого органического синдрома**. Это состояние предполагает сочетанное расстройство сознания, внимания, восприятия, мышления и памяти, психомоторного поведения и схемы сон-бодрствование [4,8,10,18].

При этом имеет место **снижение ясности сознания** с нарушением осознания окружающей действительности, нарушением способности сосредотачивать поддерживать и переключать внимание.

Отмечаются **расстройства когнитивного функционирования**, включающие два компонента:

- нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события, при относительной сохранности памяти на отдаленные события;
- дезориентировка во времени, месте или собственной личности.

**Патогенез спутанности сознания** предполагает развитие явлений интрацеллюлярного

отека и набухания головного мозга, обусловленных характерным комплексом причин, включающим гипоксию, ацидоз, нарушение энергетических процессов. Эти нарушения всегда сочетаются с нарушениями микроциркуляции [5,6,12,13,15].

Соответственно **патогенетическая терапия спутанности сознания** помимо средств, указанных в протоколах оказания специализированной медицинской помощи, должна включать коррекцию ацидоза, назначение антигипоксантов и антиоксидантов, нейрометаболическую терапию с использованием высоких доз ноотропов и вазоактивных препаратов. Важнейшим направлением патогенетической терапии является мягкая дегидратационная терапия. В первую очередь следует упомянуть расборы микромолярных и среднемолярных декстранов, оказывающие дезинтоксикационное, мягкое осмотическое дегидратационное действие и улучшающие микроциркуляцию [13].

Обобщенная рубрика делирия как острого органического синдрома объединяет обширный ряд **синдромов спутанности сознания** в концептуальной психиатрии, включающий: острую аменцию, делирий, онейроид, онирические состояния, сумеречные расстройства сознания [2,5,6,13,15].

Осевым проявлением **острой аменции** являются **нарушения апперцепции**. Привлечение внимания невозможно. В мышлении и речи имеет место **инкогеренция** с отсутствием как логическим, так и грамматическим связей между словами. Доминирует аффект **недоосмысления**. Двигательное возбуждение сводится к некордированным движениям в пределах постели (так называемое **хореатическое возбуждение**) [2,5,6].

Развитие аменции связано с наличием тяжелого заболевания органов и систем, с явлениями эндогенной интоксикации. Чаще всего эти явления имеют место при сепсисе (ожоговом, хирургическом, гинекологическом).

Патогенетическая терапия предполагает лечение основного заболевания в специализированной клинике (в частности использование антибиотиков широкого спектра действия).

Собственно **делирий** в концептуальной психиатрии определяется как синдром имеющих характерные признаки. Патогномичным симптомокомплексом делирия является **острый корсаковский синдром**, включающий фиксационную, антероградную и ретроградную амнезии. дезориентировка при делирии носит амнестический характер. Следующим характерным признаком делирия являются истинные зрительные галлюцинации с динамичными образами и галлюцинаторным поведением [2,5,6,12,13,15].

**Патогенез делирия** включает наличие интоксикации (эндогенной или экзогенной) с нарушением деятельности диэнцефальных отделов, соответственно **патогенетическое лечение** должно включать дезинтоксикационную терапию [12,13].

**Онейроидная спутанность сознания** феноменологически определяется как глубокое расстройство в первую очередь самосознания, включающее характерные компоненты [2,5,6,13,15].

- Следует упомянуть **иллюзорно-фантастическую дереализацию** с восприятием окружающего как ожившей сказки.
- Имеет место усиленная деятельность воображения с визуализацией фантастических грез.
- Характерна **иллюзорно-фантастическая деперсонализация** с восприятием собственной личности в плане фантастических переживаний.
- Имеет место нарушение целостной структуры Я со стиранием границ разделяющих телесное Я, автобиографические и анкетные характеристики, реальный мир, продукцию воображения и психопатологическую симптоматику.
- Нарушена оценка пространства (гравитационная ось) и времени (временная ось), пространственно-временные характеристики приобретают фантастическое содержание.
- Сознание больного заполняется образами фантастического восприятия окружающего, которые сливаются с фантастическими грезами, формируя **своеобразный мир** фантастических, драматических, изменчивых переживаний, чаще космического или сказочно-магического содержания, в котором растворяется Я пациента.

**Патогенез онейроидного синдрома** связан с патологической активацией правополушарных и диэнцефальных структур. Патогенетическое лечение включает антиконвульсанты (клоназепам) и атипичные антипсихотики (оланзапин), проявляющие тропность к этим образованиям [1,5,12,13].

Промежуточное положение между делириозным и онейроидным синдромом занимает **онирический симптомокомплекс** для которого характерны заполняющие сознания сновидные переживания по типу **сновидений с открытыми глазами**, как бытового так и фантастического содержания, без выраженного галлюцинаторного поведения [2,5,6,13].

Патогенез этих феноменов связан с интоксикацией и патологической активацией правополушарных структур. Патогенетическое



лечение предполагает назначение дезинтоксикационной терапии.

Понятие **сумеречного расстройства сознания** трактуется неоправданно широко. Следует признать оправданным определение этого состояния как достаточно определенного психопатологического феномена, имеющего жесткие диагностические критерии, включающие [2,5,6,13,15]:

- острое начало и внезапное завершение,
- аффекты ярости или ужаса,
- резкое психомоторное возбуждение с жестокими агрессивными и разрушительными действиями,
- полную загруженность болезненными переживаниями, затрудняющую возможности вербального контакта с больным,
- полную амнезию всего периода спутанности сознания, включая как психопатологические переживания, так и реальные события.

Соответственно оправдано выделение **галлюцинаторного варианта** этого состояния со зрительными и слуховыми галлюцинациями, определяющими поведение больного.

При **бредовом варианте** поведение определяется бредовыми идеями персекуторного содержания с достаточно последовательными действиями и отдельными высказываниями.

**Дисфорический вариант** возникает на высоте дисфорического аффекта, характерны злобность и агрессия. Дифференциально диагностическое значение имеет феномен **ретардированной амнезии**, когда в течение некоторого времени (до нескольких часов) сохраняются воспоминания об эпизоде спутанности сознания, которые затем одномоментно исчезают.

**Патогенез сумеречного расстройства сознания** связан с патологической активацией левой височной области, чаще пароксизмального характера. Патогенетическое лечение включает назначение антиконвульсантов, действие которых проявляет тропизм к структурам левой височной доли (карбамазепин) [5,12,13].

Вероятно, не следует признавать оправданным отнесение к сумеречным расстройствам **эпизодов спутанного сознания с совершением автоматизированных действий**. Выделяют **амбулаторные автоматизмы** (до нескольких часов, совершение бытовых действий), состояния **транса** (сутки и более, длительные путешествия), **сомнамбулизм** (хождение по ночам в пределах небольшого пространства, до получаса) [2,5,6,13].

**Патогенез** этих эпизодов включает патологическую активность (чаще пароксизмальную) правополушарных структур. **Патогенетическое лечение** предполагает назначение

антиконвульсантов, влияющих на правополушарные образования (клоназепам).

**Диссоциативные эпизоды** спутанности сознания (не совсем справедливо определялись как истерические сумеречные расстройства сознания) описаны в Международных статистических классификациях и диагностических руководствах в разделе F4 (как невротические и конверсионные расстройства), однако они часто отмечаются и носят выраженный, синдромологически очерченный характер при **органических диссоциативных расстройствах** (F06.5) [3,4,7,8,9,10,18].

Эти симптомокомплексы предполагают наличие двух сфер сознания: отражающей психопатологические переживания (здесь пациент функционирует как иная личность) и сопряженную с реальными жизнью и личностью больного [2,5,6,8,12].

Следует упомянуть диссоциативные фуги — длительные путешествия, где пациент проявляет не свойственные ему личностно-характерологические и поведенческие особенности с последующей **диссоциативной амнезией** [8,10].

При состояниях **диссоциативного транса и одержимости** во время спутанности сознания пациент утрачивает личностную идентичность, проявляет ограниченный набор поз и движений, ощущает, что в него вселилась одухотворенная магическая сущность [4,8,10].

Эпизоды спутанности сознания с **характерными феноменами приблизительных ответов и ответов мимо с детским поведением и подчеркнутой бытовой несостоятельностью** описание которых в Международных систематиках дается в рубрике синдром Ганзера. Эти расстройства включают широкий круг переходных состояний от транзиторных (до двух недель, собственно синдром Ганзера) до длительных (многомесечных и многолетних) синдромов **псевдодеменции и пуэрилизма**. Эти симптомокомплексы часто встречаются у больных с органическими периодическими и шизоформными психозами [3,4,7,8,10,18].

**Синдром множественной личности** представляет собой спутанность сознания с функционированием новой личности с **характером дополняющим личность пациента по типу второго Я**. Наиболее яркие проявления этого синдрома мы видели у больных эпилепсией с правополушарной локализацией эпилептического фокуса [4,8,10,12,18].

Часто упоминаемый в средствах массовой информации **синдром автобиографической амнезии** предполагает наличие психотического эпизода (который полностью амнезируется) с последующими жалобами на полную

амнезию своего прошлого, что сопровождается нарочитым поведением в ключе этих жалоб. Возвращенные в привычную обстановку пациенты сразу восстанавливают свое социальное поведение, но утверждают, что они узнали своих близких и научились выполнять семейную и производственную работу впервые. Эти симптомокомплексы чаще всего отмечаются у больных перенесших органические психотические эпизоды с шизоформной симптоматикой.

**Патогенез органических диссоциативных нарушений сознания** связан с патологической активностью правополушарных (преимущественно височных) структур. **Патогенетическая терапия** включает назначение, влияющих на эти образования антиконвульсантов (клоназепам, ламотриджин) и малых нейролептиков (тиоридазин, сульпирид, неулептил) [1,5,9,12].

Отдельно следует выделить **сосудистые эпизоды спутанности сознания** феноменологически характеризующиеся наличием полиморфной и изменчивой симптоматики, включающей синдромологически незавершенные компоненты онирического, делириозного и сумеречного расстройств сознания с нарушениями памяти по типу острого корсаковского синдрома [5,13,15].

Их **патогенез** включает нарушения микроциркуляции с явлениями ишемии, а **патогенетическое лечение** предполагает назначение назначения вазоактивных нейрометаболических препаратов и средств, улучшающих микроциркуляцию [5,6,9,13].

От этих расстройств следует дифференцировать возникающие при развитии сенильной деменции альцгеймеровского типа (рубрика болезнь Альцгеймера с поздним началом) **эпизоды спутанности сознания пресбиофренного типа** [2,5,6,12,13,15].

В клинической картине доминируют явления прогрессирующей амнезии со **сдвигом ситуации в прошлое**, феноменом, так называемой **конфабуляторной спутанности**, когда окружающее воспринимается, как события далекого прошлого. Имеют место явления, определяемые как **старческий делирий**, со своеобразными ложными узнаваниями реальных лиц, как давно умерших родственников. Отмечается суетливость, с характерным поведением — **сборы в дорогу**: больной торопится на работу или ему надо куда-то ехать [2,5,6,12,13,15].

**Патогенез** пресбиофренных состояний включает характерные для болезни Альцгеймера нейромедиаторные нарушения, а **патогенетическое лечение** предполагает назначение препаратов холинергического действия и ингибиторов эксайт-токсикоза [12,13].

Таким образом, выше изложенное позволяет сделать следующие **выводы**.

Синдромы спутанности сознания при органических психических расстройствах представлены обширной группой состояний, несколько более широкой, чем определяемое в Международных статистических классификациях и диагностических руководствах обобщенное понятие делирия, как острого органического синдрома.

Целесообразно дополнить операциональную диагностику этих феноменов клинко-психопатологическим анализом с определением синдромологического варианта спутанности сознания.

Это позволит дополнить протокольную терапию острого органического мозгового синдрома дифференцированным, патогенетически ориентированным лечением.

## Литература

- Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. — М. Медицина, 1988 — 240 с.
- Бухановский А.О. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак; 4-е изд. перераб. и доп. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998 — С. 141-263
- Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2-х т./ М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — Пер. с англ. — К.: Сфера, 1997 — Т.1. — 297 с., Т.2. — 433 с.
- Діагностичні критерії з DSM — III — R. — Переклад з англ. — К.: Абрис, 1994. — 272 с.
- Жмуров В.А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. — М.: МЕД пресс-информ, 2008. — 1016 с.
- Жмуров В.А. Психопатология / В.А. Жмуров — М.: Медицинская книга, 2002 — 668 с.
- Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии. В 2-х томах/ Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок / Перев.с англ. В.Б. Стрелец. — М.: Медицина, 1994. — Т.1. — 672 с., Т.2. — 524 с.
- 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 — 414 с.
- Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.]: під ред. П.В. Волошина. — Х.: Арсіс, 2001. — 303 с.

10. 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.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 59 від 2007. м. Київ. — К., 2007 — 36 с.
12. 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.
13. Руководство по психиатрии в 2 томах / [Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.] / Под ред. А.С. Тиганова — М.: Медицина, 1999. — Т.1 — 712 с., Т.2 — 745 с.
14. Сарторіус Н. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: Кишеньковий довідник / Норман Сарторіус / Переклад з англійської С.І. Михняка, І.Й. Влох. — Львів: Фенікс, 1999. — 96 с.
15. Снежневский А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский — М.: Медпресс-информ, 2001 — 208 с.
16. Чуприков А.П. Латеральная терапия: Руководство для врачей / А.П. Чуприков, А.Н. Линев, И.А. Марценковский. — К.: Здоров'я, 1994. — 176 с.
17. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс, пер. с нем. Л.О. Акопяна. — М.: Практика, 1997 — 1053 с.
18. 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 — 943 p.

## Диагностика и лечение «климактерических масок» аффективных расстройств у женщин пожилого возраста



Дзеружинская Н. А.

Дзеружинская Н. А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

**Резюме.** Проведено дослідження жінок похилого віку з «клімактеричними» скаргами. При психопатологічному обстеженні пацієнток виявлено депресивні, тривожно-депресивні та тривожно-фобічні розлади, які розцінено як «клімактеричні маски» афективних розладів. Розглянуто питання терапії цих станів.

**Ключові слова:** жінки, похилий вік, «клімактеричні» скарги, афективні порушення.

### Diagnostic and treatment of climacteric masks of affective disorders in older women

Dzeruzhinskaya N.A.

Bogomolets National medical university

**Resume.** Investigation of older women with climacteric complaints was carried out. As a result of psychopathological examination depressive, anxiety-depressive and anxiety-phobic disorders were detected. They were evaluated as climacteric masks of affective disorders. Therapy problems of these states were regarded.

**Keywords:** women, old age, climacteric complaints, affective disorders.

В настоящее время не ослабевает интерес к изучению менопаузы у женщин. Появляется большое количество статей и монографий, посвященных различным аспектам этой проблемы. Бурное развитие фармакологии в области заместительных гормональных препаратов привело к неоправданно широкому их использованию в медицинской практике.

Переходный период в жизни женщины является естественным этапом сомато-эндокринно-психической перестройки организма, связанным с угасанием репродуктивной функции, и проявляется симптоматикой различной степени выраженности, и обозначается как перименопауза или климакс. Возраст перименопаузы колеблется между 45-55 годами [1]. По мнению проф. Н.В. Свечниковой с соавт., климакс не имеет знака беспредельности [2], этот период, по данным разных авторов, длится от 1-2 до 10-12 лет [3]. У большинства женщин климакс имеет физиологическое течение и не вызывает патологических расстройств, у 40-70% женщин патологическое течение климакса приводит к развитию климактерического синдрома [4]. Клиническая картина этого состояния складывается из трех групп симптомов:

- 1) вегетативно-сосудистые проявления (приливы жара, потливость, колебания артериального давления, сердцебиения, ощущения нехватки воздуха, ознобы, и пр.);
- 2) эндокринно-обменные (дисгормональная гиперплазия молочных желез, изменение

функции щитовидной железы, ожирение, атрофия половых органов и др.);

- 3) психические расстройства (нарушение сна, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, плаксивость, субъективное ощущение снижения памяти и др.).

Часто к врачам разных специальностей с аналогичными жалобами обращаются женщины более старшего возраста, климактерический период у которых можно считать завершенным. Пожилой возраст с соответствующими ему изменениями в физиологической сфере, структурах головного мозга и личности способствует более легкому возникновению психических нарушений. Снижение общей реактивности человека, потеря эмоциональной гибкости, повышенная чувствительность и ранимость, снижение приспособительных возможностей на фоне даже незначительной психогении могут привести к развитию депрессивного состояния [5]. Депрессивные расстройства у женщин развиваются в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. Свою лепту в развитие аффективной патологии у пациенток пожилого возраста вносит и соматическая отягощенность. Церебральная сосудистая патология в виде гипертонической болезни или атеросклероза может стать причиной развития сосудистой депрессии. Из-за коморбидности депрессии с соматическими заболеваниями аффективные расстройства остаются нераспознанными. Такие пациенты часто подвергаются длительному безуспешному



лечению у интернистов. Депрессивные состояния позднего возраста имеют тенденцию к затяжному течению. Осложнением депрессии являются суициды, причиной которых может стать утрата эмоционального контакта с близким окружением.

Все вышеизложенное обуславливает актуальность данного исследования. Целью работы является изучение клинических особенностей и структуры аффективных расстройств у данной категории женщин пожилого возраста.

### Материал и методы обследования

Обследовано 94 женщины в возрасте 56-70 лет (средний возраст  $64,3 \pm 5,6$  года). Все пациентки обратились по поводу жалоб «климактерического характера» к врачам разных специальностей (терапевтам, невропатологам, гинекологам, эндокринологам), затем в связи с малой успешностью терапевтических усилий они были направлены к психиатру. Всем женщинам было проведено клиническое обследование (соматический, гинекологический, неврологический статус), исследование уровня гормонов (щитовидной железы, надпочечников, женских половых гормонов), клинико-психопатологическое обследование с применением клинических опросников. Использовались следующие методики:

1. Шкала депрессии Бека (уровень депрессии выше 19 баллов расценивался как клиническое расстройство),
2. Шкала самооценки тревоги Шихана (уровень тревоги выше 30 баллов оценивался как клиническое расстройство).

Из общего количества пациенток отобрано 67 человек, не наблюдавшихся ранее у психиатра, соответствующих следующим критериям:

1. наличие жалоб «климактерического характера»;
2. длительность постменопаузы более 10 лет;
3. отсутствие тяжелой соматической патологии, способной обуславливать подобные жалобы;
4. отсутствие выраженной эндокринной патологии (заболеваний щитовидной железы, надпочечников, гипопаратиреоза).

### Результаты исследования и обсуждение

Все пациентки обратились за помощью в связи с возобновлением «климактерических» проявлений. Они активно предъявляли жалобы на приливы жара, сопровождающиеся потливостью, ознобом, ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, слабостью, дурнотой, онемением кончиков пальцев кистей и стоп, на головные боли, головокружения, длительный субфебрилитет, шум в ушах, повышенную

раздражительность, плаксивость, бессонницу. Менопауза у этих женщин наступала в возрасте 42-56 лет и проявлялась вышеописанной симптоматикой. По анамнестическим данным у 14 пациенток (20,9%) протекание менопаузы оценивалось как физиологический климакс, у 53 (79,1%) — как патологический. У 12 женщин (17,9%) из последней группы менопауза была обусловлена хирургическим вмешательством. У 57 (85%) обследованных женщин в анамнезе отмечался предменструальный синдром. 53 (79,1%) пациентки отмечали наличие в постменопаузальном периоде таких симптомов психических расстройств, как нарушения сна (в виде частых ночных пробуждений, трудностей засыпания либо ранних пробуждений), повышенная психическая утомляемость либо постоянное чувство усталости с раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, плаксивостью, чувство внутреннего напряжения, тревога, страх смерти, потери контроля, неопределенная подавленность, сниженное настроение, тоска, обида и др. Эти женщины отмечали снижение жизненного тонуса, отсутствие радости жизни, внутренний дискомфорт, повышенную ранимость, обидчивость, снижение качества жизни. Почти половина из этих женщин (32 чел.) обращалась за медицинской помощью и получала лечение: седативными, сосудистыми препаратами — 27 чел., гормональными препаратами — 11 чел.

На момент обращения за консультацией к психиатру все пациентки констатировали наличие «светлого промежутка» — периода отсутствия прежних жалоб. Длительность этого периода была различной и составляла от 1 года до 8 лет. Причиной возобновления описанных жалоб служили чаще всего эмоционально-стрессовые факторы (смерть супруга или близких людей, конфликты в семье либо на работе и др.) — 70%, перенесенные острые респираторные заболевания — 10,4%, сердечно-сосудистые нарушения (гипертонический криз, приступ стенокардии, нарушения ритма сердечной деятельности) — 14,9%, в 4,7% случаев видимой причины установить не удалось. Состояние гормонального фона соответствовало возрасту женщин.

**Таблица 1**

*Структура аффективных расстройств у женщин пожилого возраста*

Синдром	Количество женщин	
	Абс.	отн. (%)
Депрессивный	7	17,9
Тревожно-депрессивный	49	65,7
Тревожно-фобический	11	16,4
Всего	67	100

После клинического психопатологического обследования женщин были диагностированы следующие симптомокомплексы: 1 — депрессивное расстройство — 7 чел.(17,9%), 2 — тревожно-депрессивное расстройство — 49 чел.(65,7%), 3 — тревожно-фобическое расстройство — 11 чел.(16,4%).

В двух первых подгруппах стержневой являлась депрессивная симптоматика. Пациентки отмечали пониженное настроение, нарушения сна и аппетита, колебания веса, чаще в сторону его снижения, запоры, обилие соматических жалоб, иногда с явной фиксацией на них, вялость, повышенную утомляемость, недовольство собой и окружающими, недовольство, ворчливость, чувство незаслуженных обид, ранимость, слезливость. Если в первой подгруппе преобладали некоторая заторможенность пациенток, замедленность движений и речи, то во второй — тревожные проявления различной степени выраженности: тревожная окраска сниженного настроения, наличие внутреннего беспокойства, суетливость, ажитация, тревожные опасения ипохондрического содержания. Нарушения сна носили самый разнообразный характер, касались как длительности, так и глубины ночного сна, ранние пробуждения встречались лишь у четверти пациенток. Трудности засыпания и частые ночные пробуждения сопровождались ощущением поверхностности либо полного отсутствия сна. У многих женщин отмечалась дневная сонливость, которая иногда сочеталась с тревожным ожиданием ночи. Суточные колебания депрессивной симптоматики отмечались редко.

Следует отметить некоторое своеобразие депрессивной симптоматики, наблюдаемой у этих женщин. Характерная для депрессий сниженная самооценка и идеи виновности встречались редко, заменяясь на депрессивные идеи отношений и даже параноидности, с преобладанием опасений за состояние своего здоровья и страхом материального неблагополучия. Клиническая симптоматика носила характер стертости, незавершенности.

Уровни депрессии по шкале Бека варьировали от 15 до 23 баллов, средний балл составил  $19,2 \pm 3,72$ . Клинически значимой депрессия (уровень выше 19 баллов) была у 42 (62,7%) пациенток. Уровень выявленной тревоги составлял от 23 до 41 балла. Средний уровень тревоги составил  $32,6 \pm 6,2$  балла. Клинически значимый уровень тревоги отмечался у 58 (86,5%) больных.

Практически все пациентки предъявляли жалобы на снижение памяти различной степени выраженности. После проведения исследования по MMSE (Mini-Mental State

Exsamination) у 6 женщин были выявлены когнитивные расстройства соответствующие преддементным когнитивным нарушениям (24-27 бал.), которые впоследствии нивелировались под влиянием проведенного курса лечения антидепрессантами.

У обследованных женщин третьей подгруппы ведущей симптоматикой были различной выраженности тревожные проявления. Особенно яркими и многообразными были вегетативные расстройства, носящие пароксизмальный характер. Вегетативные кризы сопровождалась тревогой, выраженность которой колебалась от ощущения дискомфорта до паники, страха сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок, иногда с явлениями дереализации и деперсонализации. У 7 женщин было выявлено избегающее поведение (агорафобия). В клинической симптоматике отмечалось наличие навязчивых мыслей и тревожных опасений ипохондрического характера, обилие соматических жалоб, преувеличение тяжести своего состояния, стремление к получению медицинской помощи.

Своевременная диагностика аффективного расстройства позволяет осуществить адекватный подбор патогенетической терапии. Лечение аффективных нарушений у женщин пожилого возраста преследует следующие цели:

- 1) улучшить качество жизни пациентки и ее семьи;
- 2) уменьшить риск негативных последствий для здоровья;
- 3) минимизировать потерю трудоспособности;
- 4) сократить свои расходы на медицинское обслуживание [6].

Все пациентки после проведения клинического обследования получали лекарственную терапию в соответствии с выявленной симптоматикой. Первая группа больных получала лечение флуоксетином в суточной дозе 20-40 мг. Пациентки второй группы принимали мirtазапин в суточной дозе 15-30 мг с, в отдельных случаях к терапии добавлялся соннапакс в суточной дозе 25-50 мг. Женщины третьей группы получали лечение ципрамилом в суточной дозе 20-40 мг. Курс лечения пациенток составлял от 3 до 6 месяцев в зависимости от степени тяжести клинической картины. В результате проведенной терапии у 47% пациенток наблюдалась стойкая ремиссия, у 44% — ремиссия с резидуальными проявлениями (усиление органической симптоматики, астенические явления), у 9% пациенток наблюдался переход в хроническое течение с ипохондризацией. Катамнестическое наблюдение после завершения лечения — от 6 месяцев до 2-х лет.

**Выводы**

Обилие полиморфных сомато-вегетативных проявлений с ретушированием собственно аффективных расстройств ведет к гиподиагностике депрессивных состояний у женщин пожилого возраста.

Выявленные в ходе исследования аффективные расстройства неоднородны по своей структуре. Чаще всего наблюдались тревожно-депрессивные, реже собственно депрессивные и тревожно-фобические расстройства. Депрессия была клинически значимой у 62,7% женщин. Клинически значимый уровень тревоги выявлялся у 86,5% пациенток. Аффективные расстройства сопровождались снижением когнитивного функционирования,

которое нивелировалось после проведенной терапии антидепрессантами.

Возникновение климаксоподобной симптоматики у женщин пожилого возраста требует тщательной дифференциальной диагностики и адекватного лечения. В случае безуспешной терапии сомато-вегетативных нарушений у таких пациенток следует заподозрить наличие психических расстройств. При создании терапевтической стратегии необходимо учитывать функциональные способности пациенток и наличие коморбидной патологии. Патогенетическая терапия с учетом ведущей психопатологической симптоматики позволит избавить женщин от тягостного состояния и улучшить качество их жизни.

**Литература:**

1. Хархарова М.А. Комплексная терапия депрессивных расстройств непроцессуального генеза у больных с климактерическим синдромом: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01. — Москва, 2007. — 140 с.
2. Свечникова Н.В., Макаrenchенко А.Ф., Саенко-Любарская В.Ф., Динабург А.Д. Физиология и патология переходного периода женщины. — Киев, «Наукова думка», 1967. — 368 с.
3. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (клиника, диагностика, терапия). — Казань, 1996. — 337 с.
4. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии [Текст]: монография / Т.Н. Колгушкина. — Минск: Выш. шк., 2000. — 332 с.
5. Критерии диагностики депрессивных состояний, впервые возникших в позднем возрасте: Метод. рекомендации / Сост. А.Д. Доильникова. — С.-Пб., 1996. — 12 с.
6. Reynolds C.F.III, Kupfer D.J.: Depression and aging: a look to the future//Psychiatr.Serv. —1999. — Vol.50. — P. 1167-1172.

УДК: 616-006:616.89

## Особливості нециркулярних депресій у онкологічних хворих



Отрощенко Н. П.



Отрощенко І. П.



Отрощенко П.А.

**Отрощенко Н. П., Отрощенко І. П., Отрощенко П. А.**

Кафедра психіатрії та наркології НМУ імені О.О. Богомольця

Національний інститут раку

ТМО «Психіатрія» в місті Києві

**Резюме.** В статтю представлено аналіз особливостей клінічних форм, течення, діагностики і лікування нециркулярних депресій у онкологічних хворих і напрямлення удосконалення медичної допомоги вказаним хворим.

**Ключеві слова:** нециркулярні депресії у онкологічних хворих, клінічні особливості, течення, діагностика, терапія.

## Specification of non circular depression patients with cancer

**Otroshchenko N. P., Otroshchenko I. P., Otroshchenko P. A.**

**Resume.** In the below literature review represents analyze the features of clinical forms, course, diagnosis and treatment of non circular depressive disorders patients with cancer and improvement of health care in current patients.

**Keywords:** non circular depression patients with cancer, clinical features, course, diagnosis, treatment.

Останнім часом зростає актуальність залучення психіатрів до проблеми ранньої діагностики та лікування депресивних розладів у онкологічних хворих. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно у світі на клінічно діагностовану депресію хворіють 200 млн. людей, а до 2030 року депресії за розповсюдженістю випередять патологію серцево-судинної системи і вийдуть на перше місце серед захворювань, що спричиняють втрату працездатності. Депресивні хворі страждають від цілого ряду функціональних обмежень та схильності до значного порушення виконання повсякденних функцій, набагато гірше встановлюють близькі стосунки з людьми, менш адекватні в соціальній взаємодії, знаходять для себе складним справлятися з сімейними та професійними проблемами [1, 2, 3].

Не зважаючи на стрімкий розвиток знань в галузі психіатрії, проблема діагностики, лікування та реабілітації депресивних розладів, які знаходяться в причинно-наслідкових зв'язках

з іншими психічними та соматичними розладами, не втрачає своєї актуальності для клінічної практики і теоретичної психіатрії [4, 5, 6].

Поширеність депресій серед онкологічних хворих значно вища, ніж у загальній популяції, і за даними спеціалістів становить від 33 до 42 %. Симптоми депресії діагностуються у кожного четвертого онкологічного хворого, яка найчастіше зустрічається на пізніх етапах перебігу онкологічного захворювання. У термінальній стадії раку депресія виявляється у третини, а за іншими даними — у 75% пацієнтів. Депресивні стани обтяжують перебіг вказаних захворювань, відхиляють їх перебіг від типових варіантів, чим утруднюють діагностику, знижують ефективність лікування, профілактики та реабілітації, виснажують особистісні ресурси та негативно впливають на адаптаційні можливості хворих, знижують якість їх життя, підвищують відсоток інвалідності [6, 7].

Однак, на сьогодні, друкованих праць, присвячених особливостям клініки, діагностики та



перебігу нециркулярних депресій при онкологічних захворюваннях, недостатня [8, 9].

Реагуючи на звістку про виявлення онкологічного захворювання, кожен пацієнт проходить через кризу з зазначеними нижче етапами: заперечення, гнів, торги, депресія, примирення. Такі стадії є нормальною психологічною реакцією пацієнта на психогенний вплив і не відносяться до психічних розладів. Стадії кризи визначають психокорекційну роботу, спрямовану на оптимізацію лікувального процесу та підвищення якості життя хворого.

Для диференційної діагностики природної реакції хворого на звістку про важкий діагноз (засмученість) від власне депресії, яка потребує втручання, необхідно враховувати такий важливий критерій, як тривалість вищезазначених симптомів. Коли тривалість зниження соціальних функцій онкологічного хворого перевищує 2–4 тижні, необхідно вирішити питання призначення антидепресивної терапії [10, 11, 12].

Розвиток депресій притаманний більшості хворих на онкологічні захворювання. Найбільш високі показники поширеності депресій діагностуються при пухлинах головного мозку (41–93%), голови та шиї (42%), підшлункової залози — до 50%, молочних залоз — 10–25%, легень — 15–44%, гінекологічної сфери — 23%, рак товстого кишечника — 13%, лімфомі — 8%. Факторами ризику виникнення депресій у онкологічних хворих вважають важкість соматичного стану, інвалідність, наявність больового синдрому, функціональні обмеження, молодий вік, побічні ефекти променевої та хіміотерапії, лікування медикаментами, провокуючими депресивні розлади. До факторів ризику належить також наявність депресії в анамнезі хворого. Суттєвий внесок у формування афективних розладів у хворих на злоякісні новоутворення складає конституційний фактор. Афективні нозогенні реакції виникають у осіб з преморбідними характерологічними аномаліями, які відносяться до тривожного (17,7%) та афективного (1,6% — гіпертимний, 8,9- циклоїдний типи) розладів особистості [13, 14, 15, 16, 17].

З депресією пов'язане пізнє звернення за онкологічною допомогою та, відповідно, менший об'єм спеціалізованої медичної допомоги (хірургічної, хіміо-, радіотерапевтичної) [18, 19].

В клінічній картині депресії гіпотимія співіснує з тривогою, почуттям наближення смерті. Найчастіше афективні розлади клінічно проявляються у вигляді легкої антено-апатичної депресії зі скаргами на плаксивість, в'ялість, зниження активності, втратою інтересу та потягу до діяльності. В більш важких випадках афективні розлади набувають форми соматизованої

депресії. Гіпотимія в таких випадках проявляється подразненням товстого кишечника, інсомнією, анорексією, астеничними розладами, вираженим больовим синдромом [20, 21, 22].

При онкологічних хворобах депресія на початкових етапах набуває антено-депресивних, депресивно-іпохондричних, тривожно-депресивних станів. В більшості випадків депресія маніфестує на етапі діагностики злоякісного новоутворення, тобто в безпосередньому зв'язку з діагностуванням онкологічного захворювання. Розвиток депресії відбувається за механізмом гострої, тривалістю від 7 до 10 днів до 2 тижнів, тривожно-депресивною реакцією на стрес (безпосередньо вітальна загроза існуванню). В клінічній картині переважають тривога, ажитація, плаксивість, пригніченість, відчуття безвиході та безпомічності. Подібні прояви, свідчить про важкість афективних розладів та небезпеку суїциду. Афективні розлади чітко супроводжуються ознаками соматизації з формуванням спільних з провідною патологією симптомів за типом ампліфікації клінічних проявів онкологічного захворювання, наслідків хірургічного втручання, побічних ефектів хіміо- та променевої терапії. Клінічна структура тривожно-депресивної реакції доповнюється інсомнічними розладами (труднощі засинання з явищами тривожного ментизму, напливи побоювань, пов'язаних з онкопатологією, часті нічні пробудження, тривожні та загрозливі сновидіння), які з'являються у двох третин зазначених хворих [23, 24, 25].

У змісті депресії домінують похмурі уявлення неблагоприємного фіналу хвороби, смерті, песимістична оцінка перспектив лікування та прогнозу захворювання, думки про фатальність руйнування внутрішніх органів, пов'язаних з прогресуванням пухлини. Переконаючі в неминучості скорої смерті відповідає поведінка при депресії (укладання заповіту, розпорядження по влаштуванню дітей та ін.). Афективні симптоми виступають в рамках тривожних депресій, найчастіше перекриваються з дисоціативними розладами (розгубленість, відстороненість, відчуття нереальності ситуації). В наступному реакції з зазначеними симптомами набувають альтернуючого перебігу. В умовах відносно компенсованого соматичного стану та позитивних ефектів хіміо- та променевої терапії розлади самосвідомості досягають максимальної вираженості, визначаючи клінічну картину. Депресія та тривожні побоювання виступають в цей період в рамках реакцій фону, що виявляються лише при докладному психопатологічному аналізі стану. Загострення проявів злоякісного новоутворення супроводжується зміною клінічної картини: при мінімізації

депресивної дисоціативної симптоматики переважають тривожно-депресивні розлади з фіксацією на тих чи інших функціональних розладах, побоюваннях несвоєчасного, пізнього виявлення проявів злоякісного новоутворення, та, відповідно, катастрофічно стрімкого поширення пухлини (метастазування, розвиток ускладнень) та неминучого фіналу. Клінічні прояви афективної реакції можуть набувати характеру дисфоричної депресії (найчастіше в осіб з преморбідним складом збудливого кола — дисоціальний, межовий, істеричний розлад особистості), спричиненої необхідністю додаткових обстежень, повторних курсів хіміо- та променевої терапії. В клінічній картині переважає тужливо-зловбий афект, похмура невдоволеність, роздратованість. Можливі спалахи гніву, які супроводжуються актами агресії відносно родичів або медичного персоналу, або закінчуються сльозливістю та соматичними скаргами [26, 27].

Розвиток раннього больового синдрому з іррадіацією в спину, пов'язане з характером росту раку підшлункової залози, не дозволяє своєчасно встановити вірний діагноз. Мінімальні зміни в підшлунковій залозі, які не виявляються сучасними методами обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія) спричиняють виражений больовий синдром. При відсутності зв'язку з циркадними механізмами, депресія набуває ритму соматичної хвороби [28].

Тривожно-депресивні реакції (45,1%), які переважають у жінок, хворих на рак молочної залози, формуються частіше при радикальній резекції молочної залози, ніж після мастектомії. Відчуття, пов'язані з формуванням післякастраційного синдрому (поліморфні вегето-судинні пароксизми — «припливи» жару до голови, грудей, дермографізм, парестезії, відчуття оніміння, повзання мурашок по тілу) перекриваються фантомними болями в проекції видаленої молочної залози (синдром фантомної молочної залози) та змінами форм тіла. Пов'язані з перенесеною операцією рубці, зміни фігури, зовнішності, та відповідно, менша жіночність та привабливість, а також сексуальні дисфункції, можуть виступати в якості основних проявів змісту депресії [29, 30, 31].

Своєчасне виявлення депресій у хворих на онкологічні захворювання набуває важливості в роботі онколога. Наслідком депресії є зменшення соціальних зв'язків, а своєчасна діагностика депресивних розладів лікарем соматичного профілю ускладнюється небажанням або нездатністю хворого висказати скарги на порушення психічного здоров'я. Сполучення онкологічної патології та депресії є вкрай

несприятливим чинником, який впливає на клінічні прояви та перебіг захворювання, створює небезпеку виникнення суїцидальної поведінки [32, 33, 34, 35].

Спеціалізована допомога хворим на депресії в онкологічних стаціонарах надається під час консультацій психіатра, і передбачає застосування психотерапевтичних методик, когнітивно-поведінкової терапії, раціональної психотерапії, соціальну підтримку [23, 28].

Значне фармакотерапевтичне навантаження в процесі лікування основного захворювання та небезпека побічних ефектів променевої та хіміотерапії вимагає поміркованого підходу при призначенні психофармакотерапії. Клінічні дослідження свідчать про ефективність застосування трициклічних антидепресантів, селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (CLO3), інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну (IO3CIN) (венлафаксин, милнаципран, мirtазапин). Враховуючи наявність хронічного больового синдрому при онкологічних захворюваннях, важливе значення має властивість впливати на біль, знижуючи поріг больової чутливості [23, 32].

Таким чином, вирішення проблеми активного виявлення та усунення депресивної симптоматики у онкологічних хворих, підвищить ефективність лікування основного захворювання, попередить виникнення соціальної дезадаптації та суїцидальної поведінки [22, 26, 28, 36].

## Висновки

1. Онкологічні захворювання спричиняють депресивні розлади, розповсюдженість яких в популяції онкологічних пацієнтів на сучасному етапі характеризується невпинним зростанням та клінічним поліморфізмом.
2. Сполучення онкологічної патології та депресії у хворих обтяжує клінічні прояви та перебіг основного захворювання, утруднює діагностику, знижує ефективність лікування та реабілітації, збільшує тривалість перебування в стаціонарі, проявляється зменшенням соціальних зв'язків, виснаженням особистісних ресурсів, негативно впливає на адаптаційні можливості хворих, знижує якість їх життя, підвищує відсоток інвалідності.
3. Нециркулярні депресії у хворих на рак найчастіше діагностуються при невротичних, пов'язаних зі стресом, соматоформних розладах, дисоціативних (конверсійних) розладах, розладах особистості.
4. Основні синдромологічні варіації та перебіг депресивного розладу залежать від

особливостей онкологічного захворювання, особливостей особистості, етапу лікування.

- 4.1. Найбільш високі показники поширеності вказаних депресій діагностуються при пухлинах головного мозку (41–93% хворих).
- 4.2. Нециркулярні депресії маніфестують на етапі діагностики злоякісного новоутворення, і формуються за механізмом гострої тривожно-депресивної реакції на стрес.
- 4.3. У термінальній стадії раку депресія виявляється у третини і досягає 75% хворих.
5. Провідними клініко-психопатологічними ознаками таких депресій на етапі спеціального лікування (хірургічного, хіміотерапевтичного, променевого) є переважання тривожно-депресивної та субдепресивної симптоматики при розладах адаптації та реакціях на важкий стрес, що визначає особливості клінічної картини і ускладнює терапію.
6. Нециркулярні депресії на етапі паліативного лікування набувають депресивно-іпохондричних, тривожно-депресивних, астено-депресивних, дисфоричних та апатичних рис при розладах адаптації та психічних

розладах в наслідок ушкодження, дисфункції головного мозку та фізичної хвороби.

7. Особливості суїцидальної поведінки вказаних хворих на депресію зумовлені особливостями онкологічного захворювання, психопатологічними закономірностями формування депресивних розладів, їх тяжкістю, перебігом, провідною симптоматикою, особливостями особистості, рівнем мікро- та макросоціальної адаптації.
8. При зниженні соціальних функцій у хворих на зазначені депресії більше 4 тижнів найбільш ефективним є помірковане застосування антидепресантів: трициклічних, селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну, інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну.
9. Для підвищення якості та ефективності медичної допомоги хворим на нециркулярні депресії при онкологічних захворюваннях необхідно залучити до їх лікування психіатрів, психотерапевтів та включити в програми підготовки лікарів онкологів сучасні та доступні до застосування на практиці психофармакотерапевтичні та психотерапевтичні підходи.

## Література

1. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ / Всемирная организация здравоохранения. — Женева: ВОЗ, 2001. — 342.
2. Гайдаєв Ю.О. Державна політика в галузі охорони здоров'я // Український медичний часопис. — 2007. — №4/60 (VII-VIII). — С. 4-8.
3. Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології — 2010. — Т.18, вип. 3 (64). — С. 10-14.
4. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН Украины. — 2010. — т.16 №1С. — 168 —176.
5. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Психіатрія та психофармакотерапія // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — № 1, 2002. — С. 7 — 12.
6. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В.Д. Мішиєв — Л.: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
7. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. — № 1 (5). С. 5–6.
8. Маркова М.В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології/ М.В. Маркова, О.В. Піонтовська, І.Р. Кужель//Український вісник психоневрології. —2012. —Т.20, Вип.4(73) . — С.86-91.
9. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространённым раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2005. 44 с.
10. Гнездилов А.В. Психогенные реакции на неблагоприятный диагноз и проблемы инкурабельных больных // Вестник психотерапии. 2003. — № 9 (14). — С. 29–44.
11. Ткаченко Г. А. Психологическая коррекция психоэмоциональных нарушений у онкологических больных // Академический журнал Западной Сибири. — 2013. — Т. 9, № 1. — С. 43.
12. Ciaramella A., Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // Psycho-Oncology. 2001. Vol. 10. P. 156–165.
13. Barry M.J. Beckley S. et. al.: Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH, In : Proceeding of the international Consultation of BPH, WHO, 1997, p.25.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.:МИА, 2007. — 425с.
15. Качество жизни онкологических больных / под ред. Е. Л. Чойнзонова, Л. Н. Балацкой. — Томск, 2012. — 152 с.
16. Марута Н.А. Современное состояние исследований проблемы психических расстройств при опухолях головного мозга: [монография] / Н. А. Марута, В. В. Огоренко. — Харьков; Днепрпетровск: НМетАУ: Системные технологии, 2014. — 119 с.

17. Patrick D. L., Ferketich S. L. et al. National Institutes of Health State-of-the — Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, // J. Natl. Cancer Inst. Monogr. — 2004. — Vol. 32. — P. 9–16.
18. Vehling S., Lehmann C., Oechsle K. et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients // Psycho-Oncology J. — 2012. — Vol. 21 (1). — P. 54–63.
19. Ashbury F. D., Findlay H., Reynolds B., McKerracher K. A. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? // J. Pain and Symptom Manage. 1998. Vol. 16(5). P. 298–306.
20. Прогнозирование психических расстройств у онкологических больных. / Ш.Х. Ганцев, В.Л. Юлдашев, А.Г. Рахматуллин, И.Р. Рахматуллина. // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2001. — №2–3. — 56с.
21. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей.—Харьков: Торнадо, 2003.—352с.
22. Кузнецов В.Н., Мазуренко М.А., Маляров С.А., Насинник О.А. Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи. — Видрождения, 2004.—160с.
23. Costa G., Salamerò M., Gil F. Validacion del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cancer (Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients) // Medicina Clinica. — 2007. — Vol. 128 (18). — P. 687—691.
24. Jadoon N. A., Munir W., Shahzad M. A. et al. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study // BMC Cancer. — 2010. — Vol. 10. — P. 594.
25. Simard S., Savard S., Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts // J. Cancer Surviv. — 2010. — Vol. 4. — P. 361–371.
26. Johnson F., Glare P. Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // Psychooncol. — 2000. — Vol. 9, № 5. — P. 30.
27. Нервно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) Е.П. Комкова, Ю.А. Магарилл, Н.П. Кокорина, А.С. Сергеев //Сибирский онкологический журнал. — 2009. — №2 (32) . — С 40-43.
28. Хронический болевой синдром в онкологии и психотерапия. / И.Л. Киселёв, В.А. Сергеев, М.Д. Сычёв, С.В. Бутов. // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2000. — №2.—320с.
29. Агаркова Л. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н., Коломиец Л. А., Дикке Г. Б., Семке В. А., Марков А. А., Несмелова В. А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал. — 2004. — № 1. — С. 18—20.
30. Бехер О. А., Слонимская Е. М., Куприянова И. Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы // Сибирский онкологический журнал. — 2008. — № 2. — С. 26–27.
31. Брюзгин В. В. Современные аспекты лечения хронической боли у онкологических больных // Тюменский медицинский журнал. — 2009. — № 3—4. — С. 90—93.
32. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // J. Psychosoc. Oncol. — 2006. — Vol. 24, № 1. — P. — 43–50.
33. Кудрявцев И. А., Декало Е. Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. — 2012. — № 2. — С. 3–11.
34. Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al. Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978-1994 // Jap. J. Cancer Res. — 1999. — Vol. 90, № 8. — P. 812–817.
35. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Киев, 2004. — 32 с.
36. Семке В. Я., Чойнзонов Е. Ц., Якимова М. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. От этиопатогенеза к терапии и психологической реабилитации онкобольных // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2003. — № 2. — С. 119–121.



УДК: 159.923:616.89-008.48-02:616.3]-052-07

## Клинико-психофеноменологическая характеристика патоперсонологической трансформации контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы



Заседа Ю. И.

Заседа Ю. И.

Харьковская академия последипломного образования

**Резюме.** 3 метою ідентифікації ступеня та характеру варіабельності уніфікованого психофеноменологічного профілю в континуумі патоперсонологічної трансформації в контингенті пацієнтів, що страждають на соматоформну дисфункцію травної системи (СДТС), було проведено обстеження 60 пацієнтів, що страждають на СДТС (основна група), а також 100 умовно здорових осіб (група порівняння) за допомогою клініко-психофеноменологічного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного і статистичного методів, а також методів аналізу і синтезу. При цьому виявлені неперіоритетні, прийнятні та пріоритетні у відношенні ефекту психотерапії феномени.

**Ключові слова:** Клініко-психофеноменологічний метод, психо-феноменологічний профіль, соматоформні розлади, соматоформна дисфункція травної системи.

## Clinically-psychophenomenological characteristic of pathopersonological transformation in cohort of patients suffering from somatoform dysfunction of bigestive system

Zaseda Yu. I.

Kharkiv academy of postgraduate education

**Resume.** To identify the extent and nature of the variability of the unified psychophenomenological profile in pathopersonological transformation continuum in the cohort of patients suffering from somatoform dysfunction of the digestive system (SDDS), a study was conducted of 60 patients with SDDS, which amounted to a basic group, and 100 apparently healthy individuals (control group) using clinic-psychophenomenological, psychodiagnostic, clinic-psycho pathological and statistical methods as well as methods of analysis and synthesis. Non-priority, acceptable and priority phenomena in relation to the effect of psychotherapy were revealed.

**Keywords:** Clinically-psychophenomenological method, psychophenomenological profile, somatoform disorders, somatoform dysfunction of digestive system.

Соматоформная дисфункция пищеварительной системы (СДПС) представляет собой вариант клинического течения вегетативной дисфункции, в клинической структуре которого доминируют диспепсические явления. Универсальный характер нарушения моторных актов в процессе пищеварения детерминирует стереотипность клинических проявлений при фактически любом характере поражения, что определяет наличие затруднений в дифференциальной диагностике указанного расстройства с обширным кластером воспалительных, инфекционных и метаболических расстройств [1, 3, 4–6, 8, 10].

Диагностическая компетенция параклинических методов в сфере гастроэнтерологии с одной стороны в значительной мере решает проблему диагностики большинства нозологических форм, с другой же формирует классификационную демаркацию между морфологическими и функциональными расстройствами,

что в конечном итоге приводит к тому, что соматоформная дисфункция пищеварительной системы, являясь функциональным соматоформным расстройством, идентифицируется как «синдром раздраженного кишечника» (по высокой степени полиморфизма клинических проявлений, а часто даже как диагноз исключения), «дисбактериоз» (ссылаясь на результаты лабораторных исследований при отсутствии нормативных популяционных данных), синдромы мальабсорбции и мальдигестии (практически во всех случаях без лабораторного подтверждения в силу чрезвычайно низкой распространенности соответствующих диагностических процедур, за исключением, пожалуй, лактазной недостаточности) [7, 9].

Указанный диссонанс процесса нозологической идентификации определяет существование актуального комплекса проблематики в сфере компетенции гастроэнтерологии, формируя

общие для функциональных расстройств пищеварения терапевтические затруднения. Рассмотрение же указанной нозологической формы в ракурсе представлений о соматоформных расстройствах позволяет объяснить многие этиопатогенетические механизмы формирования СДПС в рамках концепции вегетативной дестабилизации как нарушения универсальных адаптивных реакций на стрессорное воздействие. В результате пребывания индивида в условиях длительной экспозиции психоиндуктивных стрессорных факторов подпороговой интенсивности (не вызывающих острых реактивных расстройств) нормальный модус адаптивных реакций в результате истощения регуляторных механизмов приобретает патологический характер вегетативной дисфункции, определяющей наличие клинических проявлений расстройств пищеварения [3, 5, 8–10].

Данная концепция подтверждается опытом психотерапевтической коррекции расстройств моторики ЖКТ, который, неся фактически эмпирический характер, показывает клиническую эффективность даже при отсутствии эффективного алгоритма выбора индивидуально-конгруэнтных методов психотерапевтической коррекции в совокупности с фактическим игнорированием нозоспецифической патоперсоналогической трансформации в ходе заболевания.

В совершенствовании методологии психотерапии СДПС перспективным является использование концепции психофеноменологического профиля, имеющего методоспецифическую дескриптивную компетентность как в отношении нозоспецифической патоперсоналогической трансформации, так и в отношении унифицированного определения индивидуальной конгруэнтности тех или иных методов психотерапевтической коррекции и профилактики.

**Цель данной работы** состоит в идентификации степени и характера вариабельности унифицированного психофеноменологического профиля в континууме патоперсоналогической трансформации у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы (СДПС).

#### Контингенты и методы исследования

Исследование проводилось на протяжении 2009 — 2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

В исследование были включены 60 пациентов, страдающих СДПС, которые составили основную группу, средний возраст в которой составил  $31 \pm 0,6$  лет; а также 100 условно здоровых людей (группа сравнения), средний возраст

в группе —  $29 \pm 0,4$  года. Контингент был однородным по ряду таких социально-бытовых показателей, как социальный статус, семейное и материальное положение, образование с целью устранения погрешности в типах отреагирования пациентов на психотерапевтические вмешательства вследствие этих факторов.

**Методы исследования:** основным методом исследования являлся клиничко-психофеноменологический; его дополняли психодиагностический (методика диагностики темперамента Я. Стреляу в адаптации Н.Н. Даниловой, А.Г. Шмелева, теппинг-тест) и клиничко-психопатологический методы. Также использовались статистический метод, методы анализа и синтеза.

Использование инструментария включающего психофизиологические методы исследования производилось с целью формирования конгруэнтной группы сравнения, максимально приближенной по психофизиологическим характеристикам основному контингенту исследования.

#### Результаты исследования

В рамках исследования контингента пациентов была произведена оценка средней групповой эффективности психотерапии в отношении основных механизмов сентенционно-семантической интервенции, в группах пациентов, страдающих СДПС и группой здоровых добровольцев.

Квантификация характеристик отдельных феноменов проводилась в рамках оценки динамики активности интрапсихических механизмов соответствующих выделенным феноменам в препсихотерапевтическом и постпсихотерапевтическом периодах с использованием инструментария экспериментального патопсихологического исследования, методоспецифических проб, психодиагностического интервью включающего аутодиагностические методики.

При анализе результатов комплексного исследования феномену присваивалась динамическая характеристика, трансформированная в числовое значение от 0 до 3:

- 3 балла соответствовали «выраженному повышению активности» интропсихического механизма соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде;
- 2 балла соответствовало «умеренному повышению активности» интропсихического механизма соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде;
- 1 балл соответствовал «незначительному повышению активности» интропсихического механизма соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде;

- 0 баллов соответствовали «интактности» интропсихического механизма соответствующего феномену в постпсихотерапевтическом периоде.

В материалах исследования произведён расчет среднего группового показателя интрапсихической активности феноменов, формирующих «линейки». Среднее групповое значение  $< 1$  соответствует низкой эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен;  $1-2$  соответствует приемлемой эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен;  $> 2$  соответствует высокой (приоритетной) эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен.

Анализируя групповую констелляцию механизмов, имеющих приемлемую и высокую подверженность психотерапевтическому эффекту, представляется возможной методическая селекция наиболее конгруэнтной комбинации психотерапевтических методик по признаку их апеллирования к тем или иным феноменам сентенционно-семантической интервенции.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в ассоциативно-идеаторную линейку в группах пациентов, страдающих СДПС и здоровых добровольцев представлен в табл. 1, на рис. 1.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в ассоциативно-идеаторную линейку в группах пациентов, страдающих СДПС и здоровых добровольцев представлен в табл. 2, на рис. 2.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в дефензивную линейку, производился по критерию возможности их нивелирования, преодоления в ходе психотерапии. Данные по дефензивной шкале приведены в табл. 3, на рис. 3.

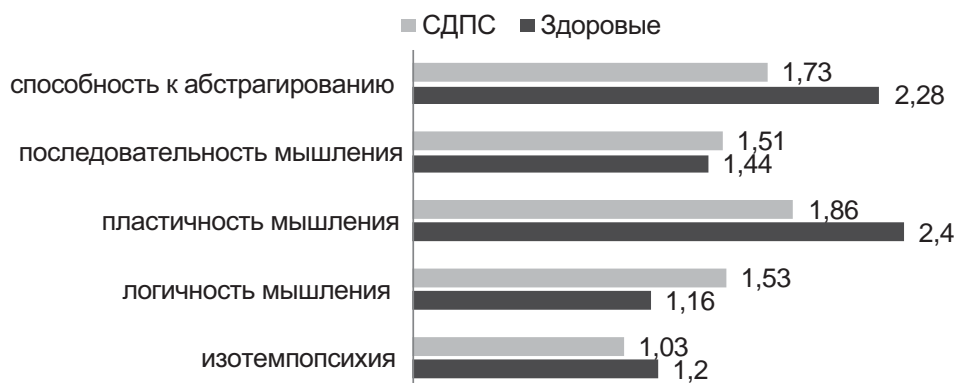
Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в индуктивную линейку, производился по степени выраженности феноменов в процессе индукции. Данные по индуктивной шкале приведены в табл. 4, на рис. 4.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в катартическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по катартической шкале приведены в табл. 5, на рис. 5.

**Таблица 1**

*Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов ассоциативно-идеаторной линейки в группе СДПС и группе здоровых добровольцев*

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
изотемпопсихия		$1,20 \pm 0,89$	$1,03 \pm 0,58$
логичность мышления		$1,16 \pm 0,54$	$1,53 \pm 0,74$
пластичность мышления		$2,40 \pm 0,48$	$1,86 \pm 0,99$
последовательность мышления		$1,44 \pm 0,75$	$1,51 \pm 0,86$
способность к абстрагированию		$2,28 \pm 1,05$	$1,73 \pm 0,81$



**Рис. 1.**

*Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов ассоциативно-идеаторной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев*

Таблиця 2

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов аффективной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
адекватность аффекта		1,78 ± 1,12	1,36 ± 0,76
аффективная модификация ассоциаций		1,95 ± 0,97	1,93 ± 1,12
аффектогенная модификация памяти		1,56 ± 1,16	2,06 ± 1,03
аффектогенная селекция рецепции		0,56 ± 0,99	1,86 ± 0,99
изопластичность аффекта		1,43 ± 0,58	1,26 ± 0,71
изотимия		1,60 ± 0,89	1,73 ± 0,94
интроспективное восприятие аффекта		1,82 ± 0,83	1,13 ± 0,77

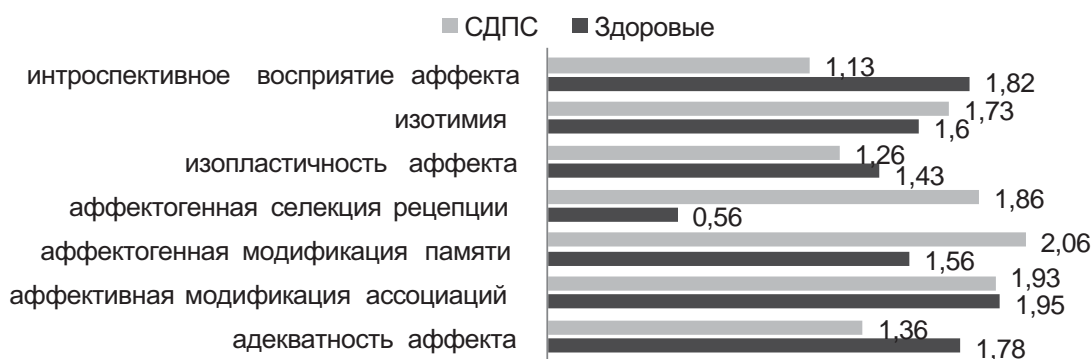


Рис. 2

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов аффективной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 3

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов дефензивной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
игнорирование		1,78 ± 0,96	1,61 ± 0,86
интуитивно-аффективный барьер		1,37 ± 1,19	1,43 ± 0,99
критическое мышление		1,76 ± 0,92	1,73 ± 0,71
рассредоточение фокуса внимания		1,49 ± 1,02	1,03 ± 0,91
семантическая подмена		1,05 ± 0,78	1,63 ± 0,80
скептический настрой		1,84 ± 1,08	1,35 ± 0,79
смещение фокуса внимания		1,72 ± 0,91	1,23 ± 0,74
этический барьер		0,70 ± 0,78	1,56 ± 1,03

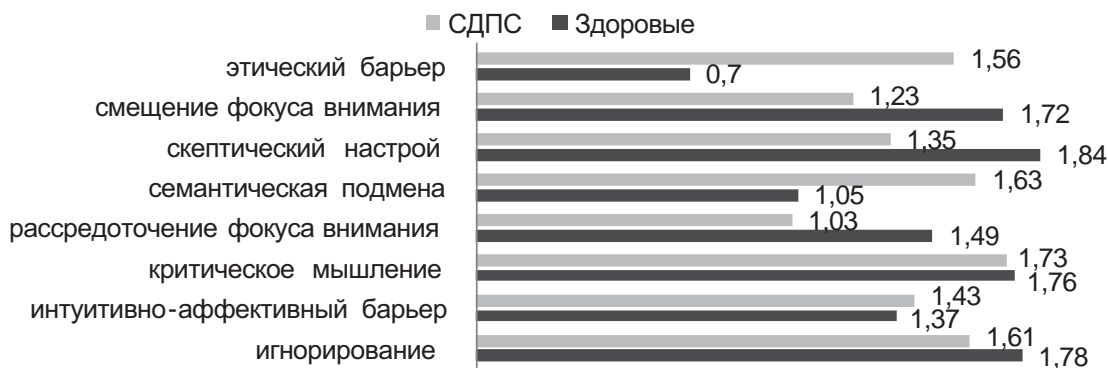


Рис. 3

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов дефензивной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев



Таблиця 4

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов индуктивной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
аутогенная амплификация		0,45 ± 0,80	1,33 ± 0,74
аффективная контаминация		2,33 ± 0,90	1,93 ± 0,99
индивидуализация контекста		0,98 ± 0,61	1,46 ± 0,81
индуктивная обсессивность		0,62 ± 0,87	1,03 ± 0,94
обратная индуктивность		1,05 ± 0,73	1,46 ± 0,76
авторизация сентенций		0,62 ± 0,66	1,13 ± 0,89
прямая индуктивность		0,70 ± 0,50	1,56 ± 0,91
сверхсистематизация		1,19 ± 0,74	1,93 ± 1,05
сенсорная индуктивность		1,05 ± 0,78	1,86 ± 1,03

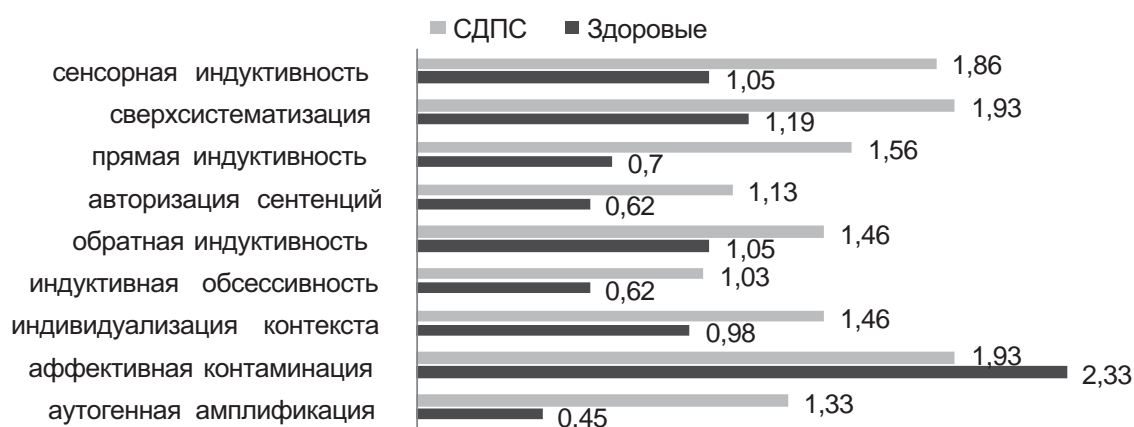


Рис. 4

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов индуктивной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 5

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов катартической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
абреакция		1,27 ± 0,96	1,63 ± 0,63
инсайт		1,23 ± 0,90	1,96 ± 1,02
катарсис (ассоциативный)		1,05 ± 0,64	1,84 ± 1,12

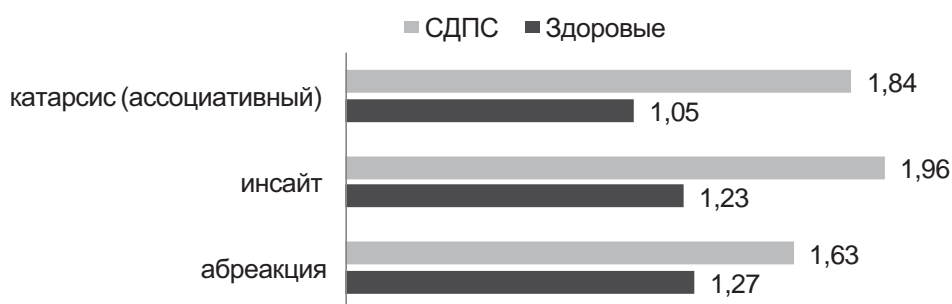


Рис. 5

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов катартической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 6

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов когнитивно-гностической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
когнитивная селективность рецепции		1,15 ± 1,18	1,66 ± 0,81
когнитивная состоятельность		2,09 ± 0,80	1,46 ± 0,91
обучаемость		1,23 ± 0,81	1,88 ± 1,06
осознание		1,37 ± 1,05	1,91 ± 1,12
самообучаемость		1,45 ± 0,94	1,83 ± 0,99
убеждаемость		1,72 ± 1,07	1,22 ± 0,81

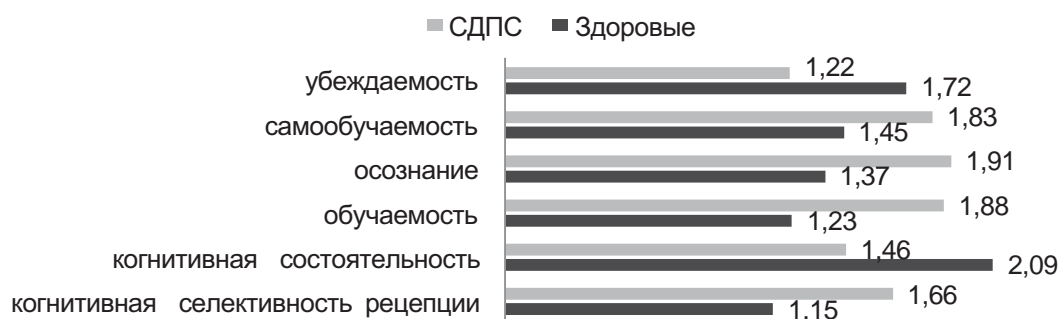


Рис. 6

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов когнитивно-гностической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 7

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов конативной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
изовалентность		1,72 ± 0,66	0,94 ± 0,91
изоверсия		0,60 ± 0,85	1,63 ± 0,99
изомотивационность		2,35 ± 0,89	2,03 ± 1,02
изоспонтанность		2,11 ± 1,05	1,73 ± 1,12
морально-этический барьер		1,78 ± 0,67	2,08 ± 0,99
мотивационная трансформация мышления		1,70 ± 0,96	1,96 ± 1,03
терапевтический альянс		2,07 ± 0,82	1,95 ± 0,94

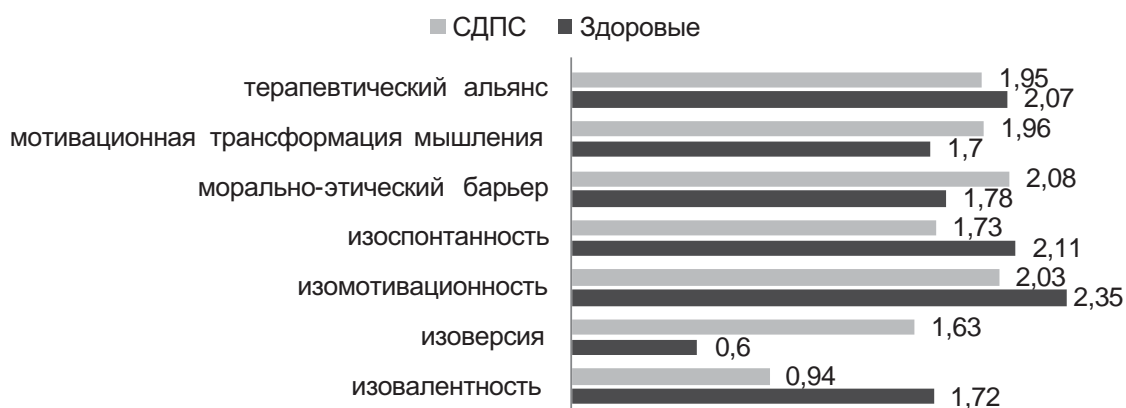


Рис. 7

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов конативной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в когнитивно-гностическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по когнитивно-гностической шкале приведены в табл. 6, на рис. 6.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в конативную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по конативной шкале приведены в табл. 7, на рис. 7.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в мнестическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по мнестической шкале приведены в табл. 8, на рис. 8.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в перцептивно-прозективную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по перцептивно-прозективной шкале приведены в табл. 9, на рис. 9.

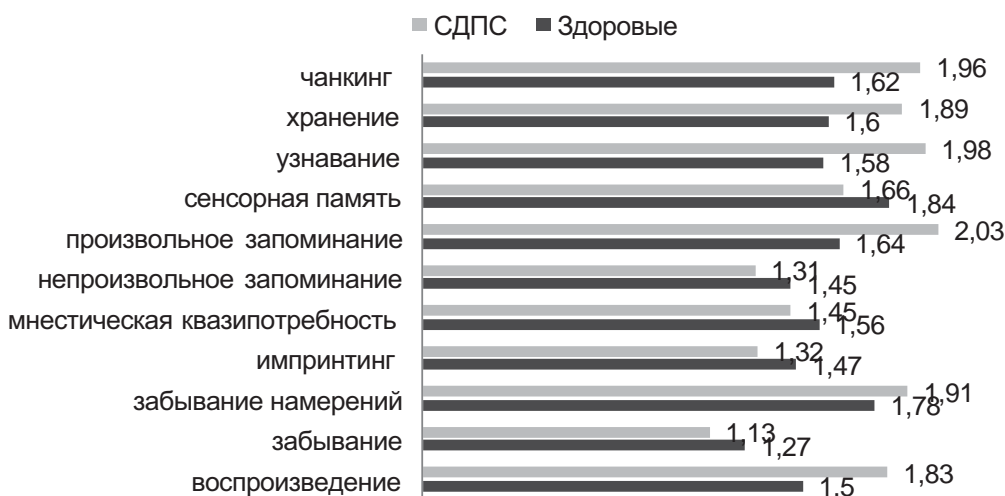
Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в психодинамическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по психодинамической шкале приведены в табл. 10, на рис. 10.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в суггестивную линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по суггестивной шкале приведены в табл. 11, на рис. 11.

**Таблица 8**

*Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов мнестической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев*

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
воспроизведение		1,50 ± 0,72	1,83 ± 0,91
забывание		1,27 ± 1,00	1,13 ± 0,78
забывание намерений		1,78 ± 0,70	1,91 ± 1,02
импринтинг		1,47 ± 0,90	1,32 ± 0,83
мнестическая квазипотребность		1,56 ± 0,70	1,45 ± 0,74
непроизвольное запоминание		1,45 ± 0,80	1,31 ± 0,99
произвольное запоминание		1,64 ± 0,59	2,03 ± 0,93
сенсорная память		1,84 ± 0,80	1,66 ± 0,91
узнавание		1,58 ± 0,98	1,98 ± 0,99
хранение		1,60 ± 0,66	1,89 ± 1,03
чанкинг		1,62 ± 0,77	1,96 ± 0,96



**Рис. 8**

*Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов мнестической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев*

Таблиця 9

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов перцептивно-прозектической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
восприимчивость		1,78 ± 0,94	1,76 ± 1,03
избирательность восприятия		1,84 ± 0,92	1,53 ± 0,99
константность восприятия		1,47 ± 0,96	1,48 ± 0,91
образность восприятия		1,66 ± 1,05	1,56 ± 0,96
переключаемость		1,78 ± 0,96	1,53 ± 0,83
плюральность фокуса восприятия		1,68 ± 0,83	1,13 ± 0,91
фиксация внимания		1,35 ± 1,03	1,88 ± 0,74

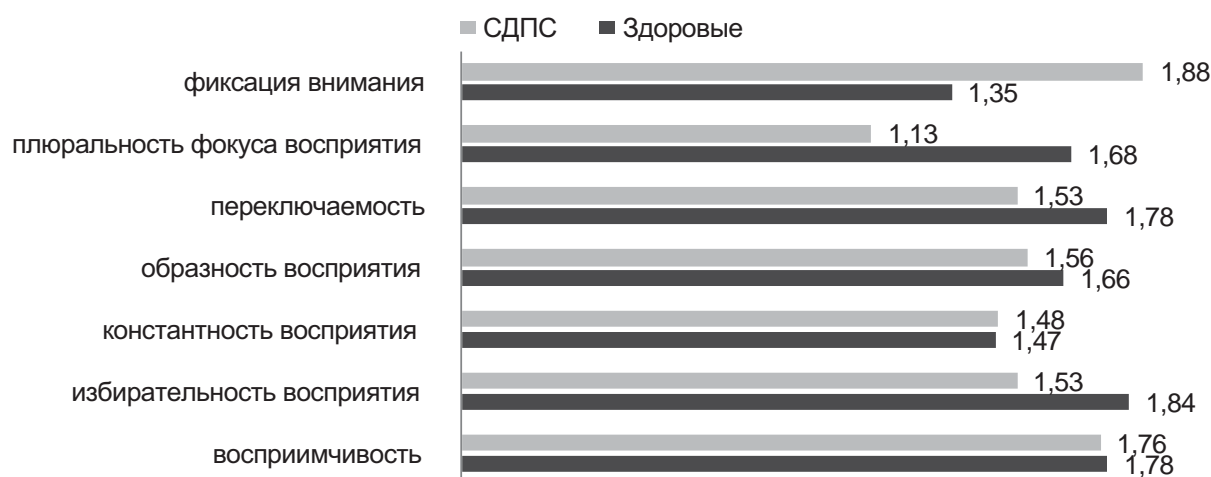


Рис. 9

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов перцептивно-прозектической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 10

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов психодинамической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
перенос (трансфер)		1,25 ± 0,82	1,13 ± 0,89
свободные ассоциации		1,47 ± 0,80	1,36 ± 0,99
символические проявления		1,58 ± 0,80	1,63 ± 1,05

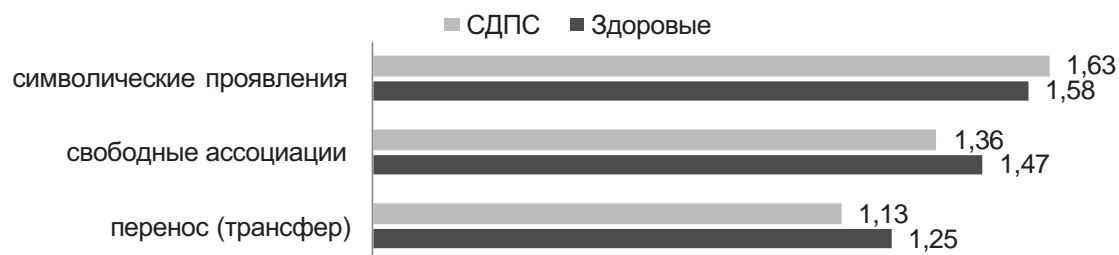


Рис. 10

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов психодинамической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев



Таблиця 11

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов суггестивной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
внушаемость в состоянии бодрствования		1,46 ± 0,73	1,36 ± 1,02
обратная (парадоксальная) суггестивность		1,02 ± 0,71	1,73 ± 0,94
прямая суггестивность		1,38 ± 0,66	1,43 ± 1,02

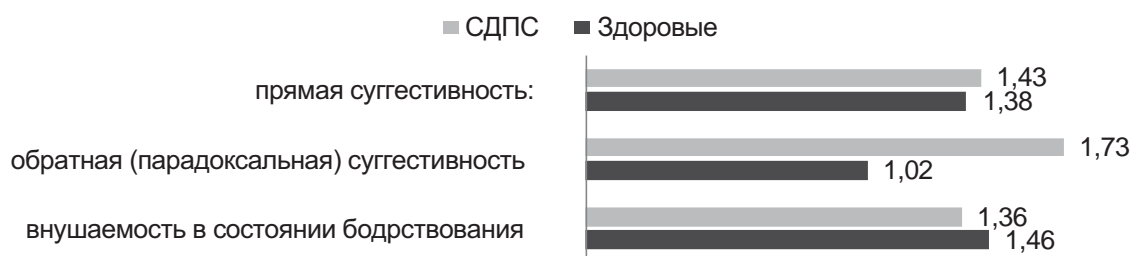


Рис. 11

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов суггестивной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 12

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов трансовой линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
внушаемость в состоянии гипноза		1,50 ± 0,70	1,89 ± 0,81
гипнабельность		1,46 ± 0,81	1,24 ± 1,02
гипнокатарсис		1,56 ± 0,81	0,83 ± 0,81
прегипнотический «магический» настрой		1,74 ± 0,77	0,92 ± 0,95
эбриетативность		—	—

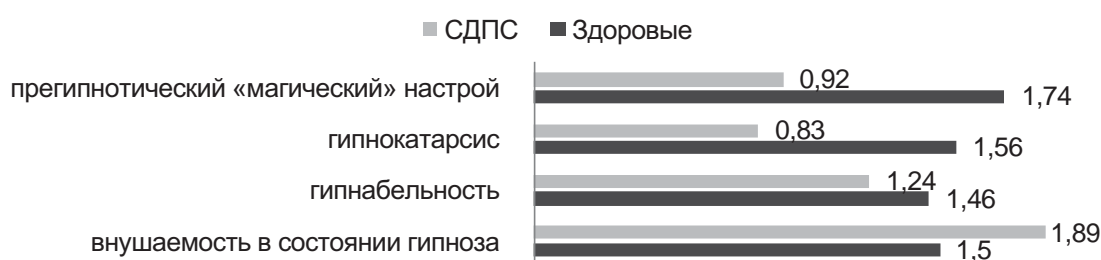


Рис. 12

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов трансовой линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в трансовую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по трансовой шкале приведены в табл. 12, на рис. 12.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в эндовербальную линейку, производился по способности

саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по эндовербальной шкале приведены в табл. 13, на рис. 13.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в этологическую линейку, производился по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапии. Данные по этологической шкале приведены в табл. 14, на рис. 14.

Таблиця 13

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов эндовербальной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
рецепция антиаддитивных семантических формул		1,23 ± 0,81	1,91 ± 1,03
рецепция аффирмаций		1,25 ± 0,82	1,55 ± 0,99
рецепция вербального рефрейминга		1,47 ± 0,80	1,26 ± 0,83
рецепция десенсибилизирующих семантических формул		1,46 ± 0,81	1,46 ± 0,91
рецепция парадоксальных семантических формул		1,15 ± 1,18	1,94 ± 1,03
рецепция поддерживающих семантических формул		1,78 ± 0,94	1,31 ± 0,81
рецепция усиливающих семантических формул		2,09 ± 0,80	1,03 ± 0,99

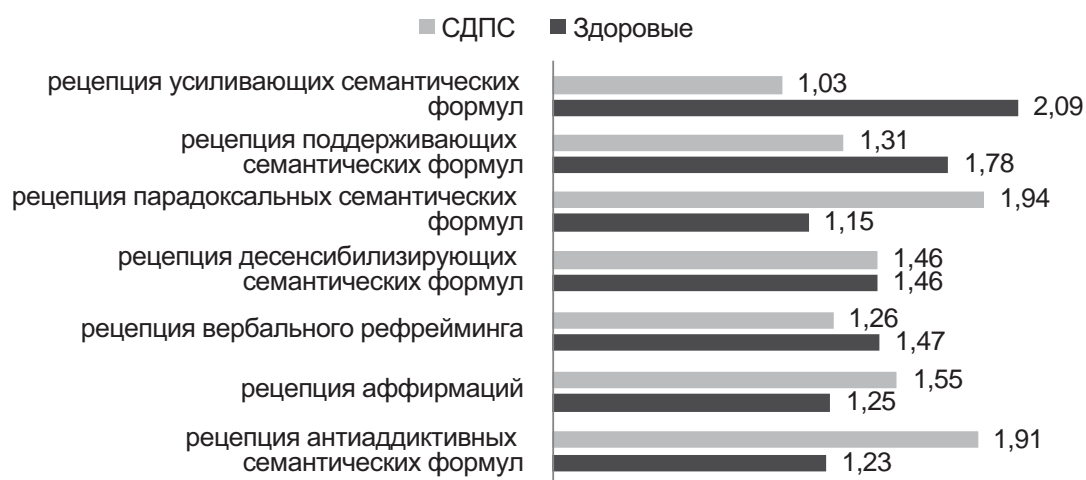


Рис. 13

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов эндовербальной линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Таблиця 14

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов этологической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Феномены	Средняя оценка в группах	Здоровые N = 100	СДПС N = 60
агрессивное поведение		1,78 ± 0,94	1,73 ± 0,99
комфортное поведение		1,84 ± 0,92	1,03 ± 0,91
оборонительное поведение		1,20 ± 0,89	2,06 ± 1,03
пищевое поведение		1,38 ± 0,66	2,03 ± 1,12
репродуктивное поведение		1,16 ± 0,54	1,63 ± 0,89

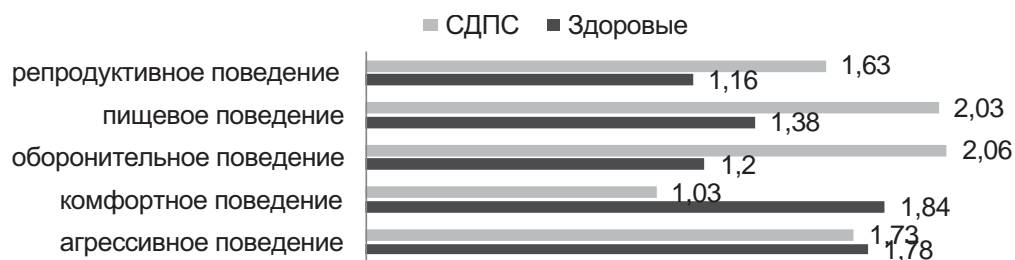


Рис. 14

Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов этологической линейки в группе больных СДПС и группе здоровых добровольцев

Исходя из полученных в ходе исследования данных, возможно идентифицировать наиболее приоритетные пути опосредования психотерапевтического эффекта в ходе сентенционно-семантической интервенции у контингента пациентов, страдающих СДПС, формируя систему методов психотерапии в соответствии с их компетенцией в отношении приоритетных и приемлемых феноменов в качестве точек опосредования и избегая при этом воздействия на феномены, имеющие низкий психотерапевтический ответ.

**Выводы:** в ходе исследования произведен сравнительный анализ групповой

вариабельности феноменной части психофеноменологического профиля у контингента пациентов, страдающих соматоформной дисфункцией пищеварительной системы в сравнении с группой здоровых добровольцев, в частности следующих феноменных «линеек»: ассоциативно-идеаторная, аффективная, дефензивная, индуктивная, катартическая, когнитивно-гностическая, конативная, мнестическая, перцептивно-прозектическая, психодинамическая, суггестивная, трансовая, эндовербальная, этологическая.

Выявлены неприоритетные, приемлемые и приоритетные в отношении эффекта психотерапии феномены.

### Литература

1. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. — Х. : Наука, 2010 — 304 с.
2. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — 2-е изд. стереотипн. — К. : Здоров'я ; Х. : Око — Наука, 2008. — 768 с.
3. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Медична психологія. — 2010. — № 2 — с. 3–15.
4. Чугунов В. В. Общая семиология и клиническая семиотика психотерапии и психофеноменологический профиль / В. В. Чугунов, В. А. Курило, Ю. И. Заседа // Здоровье мужчины. — 2011. — № 2. — С. 73–78.
5. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Архив психиатрии. — Киев, 2002. — № 4 (31). — С. 202–206.
6. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування, й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Харків: Харківська медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.
7. Kaplan M. J. A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders / M. J. Kaplan // Psychodynamic Psychiatry. — 2014. — № 42 (4). — P. 593–615.
8. Lind A. B. Searching for existential security: A prospective qualitative study on the influence of mindfulness therapy on experienced stress and coping strategies among patients with somatoform disorders / A. B. Lind, C. Delmar, K. Nielsen // Journal of Psychosomatic Research. — 2014. — № 77 (6). — P. 516–521.
9. Oyama O. Somatoform Disorders / O. Oyama // American Family Physician. — 2007. — Nov 1. — P. 76–85.
10. Van Dessel N. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults / N. van Dessel, M. den Boeft, J. C. van der Wouden, M. Kleinstäuber et al. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2014. — Nov. 1.

УДК 616. 89: 355

# Особенности лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих с психическими расстройствами в ходе проведения антитеррористической операции



Иванов Д. А.

**Иванов Д. А.**

НИИ проблем военной медицины Украинской военно-медицинской академии

**Резюме.** Стаття має проблемний характер і охоплює деякі окремі питання військової психіатрії, і за думкою автора, лише закликає до дискусії. Окреслені особливості організації військово-психіатричної служби на всіх рівнях медичної допомоги. Показані можливі недоліки на етапі сортування і, як наслідок – діагностична та облікова плутанина по відношенню до деяких категорій психічно хворих, запропоновані шляхи їх усунення. Здійснена спроба щодо систематизації вільного трактування ряду понять, застарілої і сучасної термінології психічних розладів в умовах збройного конфлікту.

**Ключові слова:** військова психіатрія, військовослужбовці, бойові умови, психічні розлади, реактивні стани, гостра реакція на стрес, розлади адаптації, ПТСР, медична рота, госпітальна ланка, рівні медичної допомоги, психіатрична допомога.

## Peculiarities of curative-evacuation support of servicemen with mental disorders in antiterrorist operation

**Ivanov D.A.**

Ukraine Military Medical Academy, Research institute of military medicine

**Resume.** The article is devoted to discussable problems of modern military psychiatry. Peculiarities of organization of military psychiatric service across medical support system have been pointed out. Existing triage shortcomings and ways to improve triage on forward level of medical care have been presented. Attempt to systematize free use of some definitions, outdated and modern psychiatric terminology has been made.

**Keywords:** military psychiatry, servicemen, battle environment, mental disorders, reactive states, acute stress response, adaptation disorders, post traumatic stress disorders, medical company, inpatient care, level of medical care, psychiatric care.

### Вступление

Как известно, не может быть конфликтных ситуаций самых различных масштабов вне реагирования психической деятельности (осознанного или неосознанного). Образно говоря, психика человека, порождая противостояние (войну), сама становится одной из ее мишеней для враждующих сторон [9].

В постсоветское время в Украине развитие военной психиатрии несколько замедлилось, накопив много вопросов, требующих безотлагательного урегулирования. Опыт проведения войсковых операций на востоке страны наглядно подчеркивает важность более пристального внимания к совершенствованию военно-психиатрической службы и организации ее работы.

**Объект исследования:** организация оказания психиатрической помощи военнослужащим в военное время.

**Предмет исследования:** санитарные потери психиатрического профиля, психиатрическая помощь на этапах медицинской эвакуации.

**Методы исследования:** системный анализ, статистический, исторический.

### Результаты исследований и их обсуждение

Среди психических расстройств военного времени ведущими являются реактивные состояния (или психогенные расстройства). По причине существования множества классификаций этих состояний (классификация ВОЗ, классификации гражданских и военных специалистов, классификации с использованием устаревшей и современной терминологии и т.д.) и во избежание путаницы приведем систематизированную нами классификацию психогенных (реактивных) расстройств, которые могут возникать в боевых условиях (табл. 1). Это поможет уточнить место боевых стрессовых расстройств на стыке Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) и фундаментальных основ отечественной военной психиатрии. При этом, целесообразно использовать весь спектр



**Таблиця 1**  
Класифікація психогенних (реактивних) расстройств

Психогенные расстройства	Форма	Вариант	Продолжительность	МКБ-10
НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	Истерический невроз (диссоциативное, конверсионное расстройство)			F 44
	Неврастения			F 48.0
	Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство)		до 2-3 месяцев и более	F 42
	Расстройства адаптации (депрессивный эпизод)			F 43.2 (F 32.0, F 32.1, F 32.2)
НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ	Расстройства адаптации с преобладанием нарушения эмоций (невротические реакции) [3]		до 2-х недель	
	Другие невротические реакции		от 10 минут до 10 дней	
	Острая реакция на стресс, острое кризисное состояние, психический шок (аффективно-шоковая реакция [15])	Фугиформная реакция или гиперкинетическая форма [5] (реакция бегства)	от 15 до 25 минут (но астенія может затягиваться на 2-3 недели и более)	F 43.0 (близко к диссоциативной фуге – F 44.1 [5])
		Аффектогенный ступор или гипокINETическая форма [5] (диссоциативный ступор)	от нескольких часов до 2-3, а иногда до 15-20 дней	F 44.2
	Затяжные реактивные психозы [2]	Реактивная депрессия (депрессивный эпизод тяжелой степени с психотической симптоматикой)	от 20-30 суток до 2-3 месяцев и более (глубокая реактивная депрессия)	F 32.3
			10-20 дней (умеренная реактивная депрессия)	
ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство, «военный невроз», «острое горе»)	Истерические психозы (диссоциативные расстройства)	Истерическое сумеречное помрачение сознания	от нескольких часов до 5-6 дней, иногда до нескольких недель	F 44.8
		Псевдодеменция (пуэрилизм)		
		Синдром Ганзера	от 10-15 до 30-40 дней	
	Реактивный (психогенный) параноид (другие острые преимущественно бредовые расстройства)		от 10-15 дней до 1-2 месяцев и более	F 23.3

психогенных (реактивных) расстройств, а не сводить их до минимума: острые реакции на стресс, расстройства адаптации и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) (табл. 2) [12].

В табл. 2 в качестве самостоятельной выделена графа «Психотические расстройства». Но «Психотические расстройства» — понятие широкое и, например, «Острые реакции на стресс» также являются расстройствами, которые подразумевают психотический уровень [3, 5]. Поэтому желательно конкретизировать «Психотические состояния», не смешивая «Эндогенные психозы», «Интоксикационные психозы», «Реактивные психозы» и т.д. (табл. 3).

Такая дифференция расстройств могла бы оказаться весьма полезной не только для учета и анализа реального положения дел, но и для лечения и реабилитации военнослужащих.

В связи с неоднозначностью понимания того, что входит в боевую психическую травму, можно предложить следующую упрощенную классификацию наиболее часто встречающихся реакций и состояний:

#### Боевая психическая травма

1. Психологическая стрессовая реакция (психологический уровень, крайний вариант физиологической нормы).
2. Невротические реакции и расстройства адаптации (пограничный, невротический уровень) — F 43.2.
3. Острая реакция на стресс (психотический уровень) — F 43.0, F 44.2.
4. Истерические (диссоциативные расстройства) и другие затяжные реактивные психозы (психотический уровень) — F 44.8, F 32.3, F 23.3.

5. ПТСР (отсроченное следствие острой реакции на стресс) — F 43.1.

Принято считать, что потери психиатрического профиля в первый день (согласно «правилу трех пятерок») могут составлять (% от всех военнослужащих, непосредственно участвующих в боевых действиях [3]):

- расстройства «психологического» уровня: психическая дизадаптация, психологические стрессовые реакции — 20%;
- расстройства невротического (пограничного) уровня — 4%;
- расстройства психотического уровня: реактивные психозы — 0,8%.

По советским представлениям среднесуточные санитарные потери за счет острых реактивных психозов могут составить 0,15% от общей численности войск. При этом, следует отметить, что проблема прогнозирования санитарных потерь за счет острых реактивных психозов является наиболее сложной в силу специфики их учета [1].

Структуру санитарных потерь психиатрического профиля принято считать следующей [3]:

- психологический уровень — 80%;
- пограничный уровень — 15%;
- психотический уровень — 5%.

В соответствии со статистическими данными можно констатировать, что за период с апреля 2014 г. по апрель 2015 г. в психиатрических стационарах страны на обследовании и лечении пребывало 5440 военнослужащих — участников АТО (и это без учета сопутствующих психических расстройств среди раненных). Из них — 3224 военнослужащих с острой реакцией на стресс (острым реактивным психозом) [6], что составило 59,2% от всех пролечившихся

**Таблица 2**

*Используемая форма учета количества военнослужащих, поступивших на лечение после возвращения из зоны боевых действий*

Лечебное учреждение	Психотические расстройства	Острая реакция на стресс	ПТСР	Расстройства адаптации	Органические психические расстройства	Всего
1	2	3	4	5	6	7

**Таблица 3**

*Вариант предлагаемой формы учета количества военнослужащих, поступивших на лечение после возвращения из зоны боевых действий*

Лечебное учреждение	Эндогенные психозы	Реактивные психозы (острая реакция на стресс и др.)	ПТСР	Расстройства адаптации	Расстройства личности и поведения (психопатии)	Алкоголизм, наркомания, токсикомания	Органические психические расстройства	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9

военнослужащих с боевой психической травмой (при общепринятом для таких расстройств диапазоне — до 5% [3]).

По данным Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ» видно, что в структуре поступивших на лечение со всеми видами поражения в ходе проведения АТО количество лиц с острой реакцией на стресс (острым реактивным психозом) составило около 30% [12].

Структура и тяжесть психогенных расстройств зависят от многих обстоятельств: недостаточная психологическая подготовка военнослужащих до их попадания в условия вооруженного конфликта, преморбид военнослужащего, соматическая ослабленность до боя и т.д. Но эти факторы не могут кардинально изменить статистику.

За счет чего такой высокий процент «Острых реакций на стресс» (превышающий ожидаемый результат, согласно всем нормам, более чем в 10 раз)?

Возникает вопрос, прежде всего, у врачей непсихиатрического профиля: что такое «Острая реакция на стресс»? Какого уровня это расстройство (психотического или непсихотического)? Может быть, это не психотическое расстройство, а естественный физиологический страх? Нет, это кратковременное (преходящее) психогенное расстройство, именно психотического уровня [3, 5, 14, 15, 21]. В условиях военного времени на легкой степени этой реакции (как на психопатологическом процессе) внимание врачей не заостряется.

По МКБ-10 — «это транзиторное психическое расстройство значительной степени тяжести, которое развивается у лиц, исходно не имевших видимых признаков психических нарушений (т.е. у людей без выраженного преморбиды) в ответ на исключительный физический и психологический стресс. Симптомы включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью... [14]».

Согласно DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th Edition* — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, 4-е издание) — это расстройство «должно иметь, как минимум три признака из следующей группы диссоциативных симптомов:

1. Субъективное чувство оцепененности, отчуждения и отсутствия эмоциональности.
2. Сужение степени осознания окружающего, дереализация, деперсонализация.

3. Диссоциативная (психогенная) амнезия... с возможностью как самостоятельного проявления этих реакций, так и их перехода в ПТСР [3]».

«В клинике острой реакции на стресс доминирует аффективное сужение сознания с явлениями легкой оглушенности. В эмоциональной сфере преобладают страх, ужас, беспомощность. Грубо нарушена концентрация внимания с невозможностью целостного и последовательного восприятия. Осознание окружающей ситуации невозможно. Утрачена способность к волевому контролю поведения. Тяжесть состояния достигает психотического уровня с отсутствием критической оценки своего состояния. Возможны два варианта этого расстройства: гиперкинетическая форма аффективно-шоковой реакции и гипокINETическая форма аффективно-шоковой реакции [5]».

«Острая реакция на стресс включает следующие основные признаки:

1. Спутанность сознания с неполным, фрагментарным восприятием ситуации...
2. Недостаточный контакт с пациентами, плохое понимание ими вопросов, просьб, указаний.
3. Психомоторная и речевая заторможенность, достигающая у части пациентов степени диссоциативного (психогенного) ступора с застыванием в одной позе или беспорядочное и интенсивное двигательное возбуждение, обычно в виде панического бегства и импульсивных действий...

(Синонимы: Кризисное состояние, Острая кризисная реакция, Боевая усталость, Психический шок, Острый реактивный психоз») [21]. По устаревшей терминологии — аффективно-шоковая реакция [15], либо в виде аффекта (возбуждения), либо в виде шока (ступора).

Как указывают О.Г. Сыропятов и др. [17] в случаях, когда стрессовая реакция, переходит из психологического уровня в психопатологический уровень, требуя психиатрического вмешательства (а пребывание военнослужащих в психиатрических стационарах обусловлено необходимостью в такой помощи), клиническая картина острой реакции на стресс описывается классической психиатрией как «реактивный психоз».

Таким образом, острая реакция на стресс — есть острый реактивный психоз.

Тогда в чем причина такого завышенного количества военнослужащих с «Острой реакцией на стресс» (острым реактивным психозом) в

условиях вооруженного конфликта на востоке страны? Боевые поражающие факторы фактически те же, что и полстолетия назад, люди такие же.

Возможным такое становится в случаях, когда в понятие «Острая реакция на стресс» (острый реактивный психоз) включают следующие состояния:

1. Психологическая дизадаптация или психологическая (доклиническая) стрессовая реакция, что является крайним вариантом в пределах физиологической нормы и не рубрифицируется, как болезнь.
2. Острая невротическая реакция.

Это первое.

Второй причиной (учитывая, что «Острые реакции на стресс» — это не что иное, как истерические реакции) может являться «психическое заражение» — **одна из основных проблем военного времени.**

И еще одно: пациентов с «Острой реакцией на стресс» в таком количестве в стационарах тыла страны быть не должно.

Недоосмысленность в условиях войны этих тенденций, образно выражаясь, может привести к «потере армии».

Присутствие в медицинской службе бригад, военных мобильных госпиталей врачей-психиатров, штатных или приданных, возможно, позволило бы избежать ошибок в диагностике и сортировке военнослужащих с психическими расстройствами в зоне проведения АТО, которые допускаются, по-видимому, из-за неосведомленности в данных вопросах врачей непсихиатрического профиля.

При правильной организации психиатрической службы, наличии необходимого количества военных психиатров и грамотной сортировке, лиц с острыми реакциями на стресс (с их продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток) на долю военно-медицинских клинических центров и гражданских стационаров в тылу страны должно приходиться на много меньше (во всяком случае, не превышать усредненные нормы более, чем в 10 раз).

Здесь уместно вспомнить высказывание крупного военного психиатра А.А. Портнова: «Со времен Второй мировой войны ни Главное военно-санитарное управление, ни Генеральный штаб не предусматривали такого «пустяка», как психические заболевания на театре военных действий. Оказалось почти «бредовое» отношение к психическим расстройствам, как к чему-то позорящему социалистический строй. И как следствие этого сформировалось негативное отношение к психиатрии. Однако вскоре армейская

жизнь показала сколь необходима в условиях армейского района психиатрическая служба» [16].

Актуальность приближения психиатрической службы к театру военных действий подтверждается и сегодня.

Что же делать в сложившейся ситуации? Необходимо отчетливо понимать, что:

1. Острые реактивные психозы — это, прежде всего, **кратковременные истерические реакции** [3].

2. Истерические реакции в условиях боевых действий могут стремительно распространяться и приводить к «**психической чуме**»!

Восстановление военнослужащих с психологической стрессовой реакцией и острой невротической реакцией должно осуществляться не в тылу, а, например, на уровне медицинской роты бригады (военного мобильного госпиталя), а лиц с острой реакцией на стресс — в стационарах районных и городских больниц или госпиталей вблизи зоны проведения боевых действий.

Другое дело, когда в стационарах военно-медицинских клинических центров (ВМКЦ), далеко за пределами зоны боевых действий оказываются лица:

- 1) с реактивными депрессиями (с продолжительностью течения — от 10-30 суток до 2-3 месяцев).
- 2) с ПТСР (с продолжительностью течения — до 3-6 месяцев и более).

Вот ПТСР среди комбатантов, действительно насчитывается относительно немало, по данным разных авторов — от 20% до 30% [4, 8].

Очень важно научиться дифференцировать лиц с острыми невротическими реакциями и лиц с истерическими реакциями (острой реакцией на стресс). Для чего?

Для лиц с невротическими реакциями, лучшим лекарством может оказаться адекватный отдых, сон, горячий обед, смена одежды, возможность помыться в бане, легкая психотерапия, ласковое слово.

А для лиц с истерическими реакциями (острыми реакциями на стресс) после изоляции и купирования психотической симптоматики необходим властный императив, твердый, жесткий тон и т.д.: «А ну встаньте!!! Прекратите сейчас же...!»

Важно помнить, что повышенное внимание, обхаживание для лиц с истерическими реакциями губительно! Потому что если начать бегать вокруг истерика, успокаивать, ублажать его, то он как боец будет потерян; и просто уйдет в затяжную форму болезни.

Разумеется, что истерические реакции преимущественно возникают при наличии у



военнослужащего соответствующего преморбида. Поэтому в свое время в военной психиатрии лицам, склонным к истерическим проявлениям (прежде всего, с истерическими психопатиями) с успехом назначался такой препарат, как «Сульфозин» (1%-ная взвесь возгоночной серы в персиковом, оливковом, прованском и др. масле, предложенная К. Шредером в 1924 г.). У сульфозина помимо лечебного, есть и сопутствующие действия: подъем температуры (пирогенная реакция), ломка в суставах и прочее. Поэтому сульфозин, в том числе и за счет этих сопутствующих действий усиливал то, что «лечит» истерика: твердый, жесткий приказной тон, крик и т.д. Один известный психиатр, обучая свой медперсонал, образно говорил так: «Увидели в окно, что к вам везут истерика, зрейте сульфозин».

Впоследствии это лечение было запрещено (ограничено), как негуманное (но это отдельная тема). Возможно, на время войны необходимо вернуть этот препарат (или его аналог) в лечебную практику.

Истерия имеет тенденцию к «цепной реакции». **Один истерик может вывести из строя целое подразделение!**

Нужно объяснять командованию, что такое истерия, и почему именно так необходимо поступать с такими лицами.

Также весьма важным на этапе сортировки является умение идентифицировать симулянтов. Это задача не из простых! Но и пропустить реальных больных, которые считают, что они симулируют также недопустимо. Нередко симулянт — не является до конца здоровым: «Мы симулируем то, что нам присуще» (Э.Ш. Ласег).

Как отличить симулянта от истерика? Образно говоря, симулянт хочет **казаться** больным, а истерик хочет **быть** больным (подсознательно), и неосознано становится, так сказать, виртуальным больным, при этом больным не являясь! Это сложнейшая тема даже для психиатров.

Истерия — хитрая штука! Например, в судебно-психиатрической практике не считаются редкими случаи, когда у подсудимых в крайне невыгодных для них ситуациях, прямо в зале суда, возникают приступы истерической глухоты, немоты, слепоты и даже «полусмерти» (констатируются: нитевидный пульс, «остановка» сердца, дыхания и т.д.).

Это происходит по воле подсудимых? Нет. Это — симуляция? Нет. Это делается сознательно? Нет. Это — подсознательное самопроизвольное защитное истерическое реагирование (без волевых усилий подсудимого). Аналогично происходит и на войне.

*Но когда нормализуется относительно благоприятная обстановка, истерические проявления у таких лиц исчезают также внезапно, как и появились. Восстанавливаются слух, зрение, «возвращается жизнь».*

Истерик — это псевдосимулянт.

Такие лица подлежат изоляции как можно скорее. Изымаются оружие и острые предметы, устанавливается строгий надзор, устраняется действие психотравмирующего фактора. Несмотря на остроту и психотический уровень расстройств такие больные большей частью полностью выходят из болезненного состояния. Эвакуация в тыловые районы их, как правило, нецелесообразна [20].

При подострых или затяжных состояниях (истерические психозы, реактивный параноид и т.д.) делается все возможное, чтобы вывести больного из психотического состояния и только после этого принимается решение об эвакуации. Выделяются два сопровождающих, осуществляющих в пути следования строгий надзор.

Кем должна осуществляться сортировка психически больных? Опытными специалистами-психиатрами. Но в зоне постоянной дислокации — в медицинской службе бригады (например, механизированной) врачей-психиатров нет. Также там отсутствуют и специалисты, которые имеют хоть какое-то представление об основах военной психиатрии. И даже в штате военных мобильных госпиталей (которые относительно — от 50 до 80 км — удалены от линии соприкосновения) военных психиатров нет. А где взять опытных психиатров, если их в последние годы, в своем большинстве сократили? Мир «сходил с ума», а военную психиатрию сокращали.

На уровне сортировки, в условиях наших реалий, врачебный состав военных мобильных госпиталей по причине некомпетентности с одной стороны — боится военнослужащих с психическими расстройствами, а с другой стороны — опасается принимать решение о возвращении лиц с острыми психогенными реакциями в строй. Почему?

1. «А вдруг они там, что-нибудь натворят».
2. «Это негуманно».
3. Просто не знают, как следует с ними поступать и, возможно, направляют большинство военнослужащих с такими расстройствами «под одну гребенку» в госпитальное звено.

Таким образом, на этапе сортировки, врач (в том числе непсихиатр) должен уметь дифференцировать, как минимум следующие психические состояния и расстройства (табл. 4).

Таблиця 4

Некоторые психические состояния и расстройства, нуждающиеся в дифференциации между собой

№ п/п	Психическое состояние или расстройство, которое необходимо дифференцировать	Психическое состояние или расстройство, с которым необходима дифференциация
1	Острая реакция на стресс	Острая невротическая реакция
2	Острая невротическая реакция	Психологическая (доклиническая) стрессовая реакция
3	Симулятивное поведение у здорового человека	Симуляция у психически нездорового человека (когда симулятивная симптоматика не совпадает с болезненной симптоматикой)
		Аггравация (когда больной усиливает имеющуюся у него симптоматику)
		Истерическое поведение
6	Истерический припадок	Эпилептический припадок
7	Истерические психозы (истерическое сумеречное помрачение сознания и т.д.)	Истерический невроз
8	Интоксикационные психозы	Психозы эндогенного происхождения, которые развились (обострились) в условиях боевых действий и т.д.

К чему приводит отсутствие фильтра военнослужащих с психическими расстройствами?

1. К перегрузке лечебных психиатрических стационаров, в том числе за счет лиц, которых можно было бы спустя несколько часов (суток) вернуть в строй, и у которых в тылу наступает хроническое течение болезненного процесса и они становятся потерянными для войск.
2. К возможному возникновению «эпидемии» истерических реакций (что вновь незаслуженно увеличит санитарные потери психиатрического профиля).
3. К предпосылкам для симуляций.
4. К опосредованному подрыву боевого духа военнослужащих.

**Во время сортировки учитывают: клиническое состояние пациента, неотложность предоставления медицинской помощи, возможность дальнейшей эвакуации (способ и средства транспортировки, эвакуационное назначение), необходимость специальной обработки или изоляции.**

При грубой сортировке, для первоначального разделения пораженных психиатрического профиля от других категорий пораженных и раненных можно оперировать понятием «Боевая психическая травма», которое объединяет (группирует) все расстройства, как психологического, так и психиатрического уровня (с причинной привязкой к боевым условиям).

Следует отметить, что согласно нашим исследованиям [10], пребывание военнослужащего в экстремальных (боевых) условиях

более 6 месяцев может приводить к формированию тех или иных психических расстройств.

В перспективе в Вооруженных Силах Украины должна быть принята система лечебно-эвакуационных мероприятий, адаптированная к международным стандартам (согласно требованиям ООН, НАТО), и иметь уровневый характер оказания медицинской помощи [19].

**Базовый** уровень предусматривает первую медицинскую помощь, которая предоставляется на поле боя санитаром (санитарным инструктором) с базовыми навыками психиатрической помощи (обрыв истерических приступов и т.д.).

**Первый** уровень — это доврачебная медицинская помощь с элементами первой врачебной помощи, оказываемая фельдшером (или врачом) с опытом в области военной психиатрии (кратковременная изоляция, купирование психомоторного возбуждения, предупреждение суицидальных действий и т.д.).

**Второй** уровень охватывает первую врачебную с элементами квалифицированной медицинской помощи в медицинской роте бригады (изоляция лиц с психотическим состоянием, купирование психомоторного возбуждения, предупреждение суицидальных действий, сортировка, отдых и лечение лиц, перспективных к возвращению в строй в течение 10 дней с момента поступления).

**Третий** уровень предусматривает предоставление квалифицированной медицинской помощи в полевых или стационарных госпиталях (психофармакотерапия невыраженных реактивных состояний и других психических

расстройств с недлительными сроками лечения для возвращения в строй).

*Четвертый* уровень составляет специализированная медицинская помощь в профильных отделениях госпиталей, военно-медицинских клинических центрах (полный спектр психиатрической помощи тяжелым больным психиатрического профиля).

*Реабилитация* — составная часть комплекса медицинской помощи на этапе лечения и выздоровления.

Нами предложена следующая категоризация пострадавших психоневрологического профиля, которая базируется на тяжести состояния и срочности предоставления медицинской помощи, адаптированная к требованиям ООН, НАТО [10]:

*Приоритет 1* (Красный: Неотложно). Сюда относятся пациенты с выраженными расстройствами психиатрического профиля, которые сопровождаются двигательным возбуждением и агрессивным поведением (буйство на почве психических расстройств) или реактивными депрессиями с суицидальными попытками, жизненно небезопасными последствиями черепно-мозговой травмы с психическими отклонениями (это ЧМТ в бессознательном состоянии: сопор, кома с рвотой, судорожными припадками, признаками нарастающего сдавления головного мозга), а также выраженными интоксикационными (в том числе алкогольными) психозами с признаками отека мозга, острым галлюцинозом и т.д. Пациенты данной категории, из-за отсутствия адекватной своевременной помощи, могут умереть или внезапно нанести повреждения себе и окружающим.

*Приоритет 2* (Желтый: Срочно). Пациенты, отнесенные к данной категории, требуют раннего (не позже 45-60 минут после поступления) лечения острых психотических расстройств (психогенные, интоксикационные, инфекционные и т.д.), судорожных припадков или психических расстройств при заражении радиоактивными (выше допустимого уровня) и отравляющими веществами, выраженных депрессивных и ступорозных состояний, оглушения, сурдомутизма, псевдодеменции. Таким пострадавшим медицинская помощь может быть предоставлена во вторую очередь после оказания помощи неотложным больным.

*Приоритет 3* (Зеленый: Отсрочено). К этой категории принадлежат пациенты с невыраженными невротическими и невротоподобными расстройствами, непсихотическими формами реактивных состояний, последствиями травм и нейроинфекций, которые не составляют угрозы для больных и окружающих. Эвакуация этих лиц может быть отложена на

несколько часов без риска развития осложнений. Больные с легкой степенью психических расстройств после краткосрочного отдыха и сна в медицинском пункте могут быть возвращены в подразделения.

*Приоритет 4* (Черный: Агонирующие).

**Концепция оказания медицинской помощи** лицам психиатрического профиля предусматривает взвешенные сортировочные решения в каждом конкретном случае:

Лицам с эндогенными психотическими расстройствами, крайне выраженными невротическими состояниями, реактивной депрессией и тяжелыми травмами мозга с психическими отклонениями стабилизируют состояние и эвакуируют в тыл в первую очередь, т.е. тяжелобольных, незамедлительно отправляют в лечебные стационары за пределами фронтовой зоны.

Лиц с психомоторным возбуждением (с истерическими и интоксикационными психозами) изолируют, направляют в психоизолятор и устанавливают за ними надзор из числа медперсонала и выздоравливающих больных, которые должны не допустить бегство или другие социально опасные действия со стороны пострадавших. Предусматривают способы фиксации таких военнослужащих. При этом, оказываемая помощь нацелена на максимальное клинически обоснованное возвращение в строй военнослужащих с передовых этапов медицинской эвакуации.

Помещение **психоизолятора** устанавливается на уровне бригады (в медицинской роте), в военном мобильном госпитале. Психоизолятор должен быть оборудован дверьми с железными каркасом, засовами и прикрученными к полу койками; обеспечен необходимыми психотропными и другими медицинскими средствами, в том числе для купирования возбуждения и сейфом (для хранения лекарственных препаратов), исключая свободный доступ к нему.

**Медицинская помощь по неотложным показаниям** должна оказываться по возможности на более ранних уровнях [20].

При наличии *психомоторного возбуждения, тревоги* целесообразно физическое ограничение, введение литической смеси: 2-3 мл 2,5% раствора аминазина, 2-3 мл 1% раствора димедрола, 7-10 мл 25% раствора сернокислой магнезии в одном шприце внутримышечно 3 раза в день (под контролем АД).

*Реактивный параноид* купируется аминазином (50-75 мг внутримышечно) и трифтазином (15-30 мг внутримышечно). При *псевдодеменции, пугливости и других психотических состояниях* показано применение нейролептиков: аминазин в драже и в инъекциях в дозе

75-100 мг в сутки (под контролем АД), галоперидол до 10 мг в сутки в сочетании с циклодомом (для предупреждения экстрапирамидных расстройств, вызываемых нейролептиками): 0,002 г до 4-6 таблеток в сутки.

Что же необходимо делать в настоящих условиях и на перспективу?

1. Внести изменения в организационно-штатную структуру медицинской службы бригад, военных мобильных госпиталей и определить в ней задачи военных психиатров (оказание психиатрической помощи, сортировка, фармакологическая коррекция психических состояний, психотерапевтическая поддержка и т.д.).
2. Восстановить институт военных фельдшеров (неукомплектованность подразделений средним медицинским персоналом, фельдшерами составляет 40-60%) с подготовкой по разным профилям: военная

психиатрия, травматология, санитарная гигиена и т.д. Это можно осуществить на уровне факультета, например, при Украинской военно-медицинской академии (УВМА) или других медицинских учебных заведениях.

Следует отметить, что тот средний медицинский персонал, который призван из гражданской медицины, — как правило, медицинские сестры (с опытом выполнения врачебных указаний в условиях больницы). А военный фельдшер — это медицинский работник, который в большинстве случаев должен принимать самостоятельные решения, нередко врачебные.

Подчеркнем, что **не следует отождествлять, обобщать, путать военную и гражданскую медицину**, в целом, и военную и гражданскую психиатрию, в частности. Кроме того, на период военного времени гражданские

**Таблица 5**

*Психические расстройства, ожидаемые в поствоенное время*

№ п/п	Психические расстройства		Пояснения
	Основное понятие	Тождественное понятие (синоним)	
1	Затяжное течение ПТСР (более 6 мес., 1 года)	Хроническая (затяжная) форма ПТСР «Вторичное ПТСР» [17] «Синдром военнослужащего АТО» «Восточный (донбасский) синдром»	К этим расстройствам относятся и возможные атрибуты этих состояний — алкоголизация, наркоманизация, токсикоманизация, агрессивное поведение, высокий суицидальный риск и т.д.
2	Стойкое изменение личности после переживания катастрофы [3, 5]	«Комбатантная акцентуация» [7] «Комбатантная психопатизация» [3] «Краевая» (нажитая) форма психопатии [13] Психогенное (посттравматическое) патологическое развитие личности [13]	
3	Пролонгированная депрессия (более 2-х лет)		Затяжное последствие расстройства адаптации
4	Психосоматические расстройства у участников боевых действий		Эти расстройства могут фиксироваться на жалобах, связанных с состоянием сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта или других органов и систем [17]
5	Отдаленные психические последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ)		Последствия ЧМТ могут развиваться по психопатическому, астеническому, органическому типам
6	Эндогенные психические расстройства (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и т.д.)		Эти заболевания, пребывая в готовности к развитию или обострению, в латентной фазе, «тлея» внутри организма, могут оказаться «сдетонированными» боевыми условиями. Обычно их не так много, увеличение их количества не происходит, эта величина относительно постоянная



психиатры должны выполнять методические указания главного психиатра Министерства обороны по вопросам призыва военнослужащих, оказания психиатрической помощи военнослужащим и т.д.

Что же нас ждет **в поствоенное время**? Какие ожидаются психические расстройства у участников боевых действий, комбатантов, ветеранов войны?

Прежде всего, представляется возможным к ним отнести:

- затяжное посттравматическое стрессовое расстройство;
- «комбатантную психопатизацию» [13].
- психосоматические расстройства у участников боевых действий и т.д.

Относительно полный спектр ожидаемых психических расстройств в поствоенное время представлен в *табл. 5*.

При этом, лица с затяжным ПТСР, комбатантным патохарактерологическим развитием личности и т.д. должны курироваться психиатрами военных комиссариатов, чтобы уменьшить риск криминализации комбатантов. Введение в штат военкоматов «участковых психиатров» (но не психологов!) вскоре может стать насущной проблемой.

Восстановление психиатрических отделений в военных госпиталях: во Львове (ВМКЦ Западного региона), Днепрпетровске (385 ВГ), Старокопстантинове (1445 ВГ) следует считать недостаточным. Для полноценного и объемного психического оздоровления армии, в т.ч. в поствоенное время желательно предусмотреть открытие психиатрических отделений в винницком (ВМКЦ Центрального региона), ирпенском (ВМКЦ профессиональной патологии личного состава), хмельницком (10 ВГ) военных госпиталях.

**Таблица 6**

*Психолого-психиатрическая служба в Вооруженных Силах США на театре военных действий*

№ п/п	Медицинское подразделение психиатрического профиля			Медицинский состав
1	Отделение психического здоровья дивизии (division mental health section)			Дивизионный психиатр, социальный работник (офицер), клинический психолог, 6 или 7 специалистов по поведенческим наукам
2	Отделение психического здоровья (медицинской роты бригады)			3 специалиста по поведенческим наукам
3	Медицинская рота борьбы со стрессом (medical company, combat stress control)	Отделение по вопросам предупреждения боевых стрессовых состояний	В отделении — 6 специализированных бригад (combat stress control preventive teams).	В каждой бригаде — 4 человека (психиатры, социальные сотрудники)
		Лечебное отделение	В отделении — 4 специализированные бригады (combat stress control restoration teams)	В каждой бригаде — по 11 человек (психиатрический младший медперсонал, клинические психологи, специалисты в области профессиональной терапии)
4	Медицинский отряд передового обеспечения (medical detachment, combat stress control)	Отделение по вопросам предупреждения боевых стрессовых состояний	В отряде — 3 специализированные бригады	
		Лечебное отделение (обеспечивающее помощь 50 лицам с боевым утомлением на дивизионном уровне)		
5	Отделение психического здоровья (mental health section, area support medical battalion) медицинского батальона зонального обеспечения (уровень корпуса, армии) аналогичное дивизионному подразделению			
6	Профильное 20-коечное отделение — в структуре всех типов полевых госпиталей			
7	Центр восстановления боеспособности — в госпиталях боевого обеспечения (3-й уровень)			Они комплектуются за счет специалистов из состава специализированных подразделений борьбы со стрессом

Следует отметить, что реформирование Вооруженных Сил Украины осуществляется для повышения ее качества. Однако без усиления военно-психиатрической службы эта цель не может быть достигнута в полной мере.

Для сравнения, в Вооруженных Силах США в мирных и боевых условиях психолого-психиатрической службе придается большое значение (табл. 6) [10, 19].

Как видим, в Вооруженных Силах США значительное внимание уделяется оказанию психиатрической помощи, при этом предусмотрен полный спектр профильных учреждений на всех командных уровнях [11, 18].

Становится очевидным, что в наших условиях в определенных медицинских подразделениях (учреждениях) войскового звена также весьма целесообразно присутствие военного психиатра (с опытом работы в стационаре), хорошо разбирающегося в реактивных состояниях, которые занимают ведущее место в боевых условиях.

Сегодня возникла потребность безотлагательно расширять военную психиатрию. Экстренно обучать большое количество слушателей УВМА основам военной психиатрии! При этом, важно избежать увеличение количества номинальных, но не профессиональных «психиатров». А для этого целесообразно создать кафедру военной психиатрии в УВМА.

### Выводы и рекомендации

1. Рассмотреть возможность создания в составе Украинской военно-медицинской академии:
  - а) Кафедры военной психиатрии;
  - б) Факультета подготовки военных фельдшеров по разным профилям: военной

психиатрии, травматологии, санитарной гигиены, медицинской статистике и т.д.

2. Целесообразно ввести в штат медицинской службы некоторых бригад и военных мобильных госпиталей военных врачей-психиатров.
3. Необходимо обеспечить медицинскую службу бригады современными психофармакологическими препаратами для оказания неотложной медикаментозной помощи.
4. Продумать алгоритм просвещения командного состава подразделений и врачей — не психиатров основам военной психиатрии для своевременного распознавания факторов риска суицидальных действий, агрессивного поведения, намерений убийства сослуживцев и других чрезвычайных происшествий военнослужащими.
5. Ограничить срок (до 6 месяцев), отведенный на выполнение боевых задач (своевременно проводить ротацию военнослужащих).
6. Безотлагательно осуществлять по показаниям амбулаторные или стационарные (в зависимости от состояния здоровья) реабилитационные мероприятия в условиях специализированных отделений гражданских и военных санаториев.
7. Ввести в штат военных комиссариатов врача-психиатра («участкового» психиатра), силами которого осуществлять медицинский контроль состояния здоровья, деятельности в профессиональной и бытовой сферах, восстановление прежних социально-бытовых связей комбатантов.

### Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. — 495 с.
2. Военная психиатрия / Под ред. проф. Ф.И. Иванова. — Л.: ВМедА, 1974. — 424 с.
3. Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. — СПб.: ВМедА, ЭЛБИ — СПб, 2001. — 236 с.
4. Давидюк Л.К., Давидюк Н.П. Медичне забезпечення Збройних Сил США при підготовці та у ході війни у зоні Перської затоки // Сучасні аспекти військової медицини: Зб. наук. праць. — 2003. — Вип.8. — С.29-35.
5. Дистресс вооруженного конфликта: психопатология и лечение / И.И. Кутько, О.А. Панченко, Г.С. Рачкаускас, А.Н. Линев // Новости медицины и фармации в Украине. — 2014. — № 16 (510). — С. 16-20.
6. Друзь О.В. Стан психіатричної допомоги в Збройних Силах України. Бойова психічна травма. Шляхи подальшого розвитку психіатричної допомоги у ЗС України / Доповідь Головного психіатра МО України на Зборах керівного складу медичної служби Збройних Сил України (24 квітня 2015). — 2015.
7. Зелянина А.Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы // Психологические исследования. — 2012. — №1 (21).
8. Зубова Е.А. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. — 1998. — №1. — С. 54-60.
9. Иванов Д.А. Особливості психолого-психіатричного супроводу військовослужбовців миротворчих підрозділів // Афективні та граничні психічні розлади у військовослужбовців, військових пенсіонерів, комбатантів війн та локальних воєних конфліктів, лікування, експертиза та соціальна реабілітація: матеріали IV-ї науково-практичної конференції психіатрів Збройних Сил України. — Харків, 2011. — С. 70-80.

10. Іванов Д.А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. — Чернівці, 2007. — 424с.
11. Іванов Д.А., Іванцова Г.В., Ричка О.В. Організація надання медико-психологічної допомоги у Збройних Силах США на театрі воєнних дій // Психічне здоров'я. — 2005. — №2. — С. 72-76.
12. Казмірчук А.П. Роль і місце Головного Військово-медичного клінічного центру «ГВМКЦ» у наданні медичної допомоги, лікуванні поранених та хворих військовослужбовців Збройних сил України / Доповідь начальника ГВМКЦ на міжвідомчій науково-практичній конференції щодо вивчення, аналізу та узагальнення досвіду організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході проведення антитерористичної операції (18 грудня 2014). — 2014.
13. Кербиков, О.В., Коркина, М.В., Наджаров, Р.А., Снежневский, А.В. Психиатрия. — М., 1968. — Глава 19. — Психопатии и патохарактерологические развития. — С.370-392.
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — К.: Факт, 1999. — 272 с.
15. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: ТОО «Техлит»; «Медицина», 1997. — 496 с.
16. Опыт оказания психиатрической помощи в войсках и вооруженных конфликтах XX столетия / В.К. Шамрей, С.Н. Русанов, А.А. Марченко, А.Г. Чудиновских // ВМЖ. — 2008. — №12. — С. 28-33.
17. Рум'янцев Ю.В., Сироп'ятов О.Г., Іванцова Г.В., Осьодло Г.В., Друзь О.В. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник / 2-е вид., перероб. і доп. — К.: «МП Леся», 2015. — 228 с.
18. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. — Изд. центр АГМА, 1999. — 384 с.
19. Сохін О.О., Ричка О.В., Булах О.Ю. Організація медичного забезпечення Збройних Сил країн НАТО. — К., 2006. — 367 с.
20. Указание по военной неврологии и психиатрии: под. ред. генерал-майора м/с Г.А. Акимова и полковника м/с В.К. Смирнова— М.: Военное дело, 1992.
21. <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/ostraja-reakcija-na-stres>.

УДК: 616.89-008.454:615.015.46]- 008.15.085.214.32.001.36

## **Ефективність когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями**

**Рахман Л. В., Плевачук О. Ю.**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра психіатрії, психології та сексології

**Резюме.** В статье приведен опыт применения когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении пациентов с терапевтически резистентными депрессиями (ТРД). В ходе исследования установлено, что явления нейрокогнитивных дефицита при ТРД находят свою репрезентацию в симптомах нарушения памяти и внимания, замедлении процессов мышления, что в повседневной жизни приводит к невозможности эффективно воспринимать, анализировать и воспроизводить информацию, а также планировать деятельность и принимать решения и в дальнейшем отражается на уровне социальной адаптации. Этапность проведения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) позволила пациентам идентифицировать симптомы (психоэдукационный этап), тестировать и модифицировать негативные автоматические мысли и использовать полученные знания в дальнейшем в процессе терапии. Применение метода КПТ в лечении пациентов с ТРД способствует редукции симптомов нейрокогнитивного дефицита, что является важным фактором для профилактики рецидивов и улучшает социально-трудовую адаптацию пациента в будущем.

**Ключевые слова:** терапевтически резистентные депрессии, нейрокогнитивный дефицит, когнитивно-поведенческая терапия.

## **Effectiveness of cognitive behavioral therapy in complex treatment of patients with treatment resistant depression**

**Rakhman L. V., Plevachuk O. Y.**

**Resume.** In the article the experience of cognitive behavioral therapy (CBT) in the treatment of patients with treatment resistance depressions (TRD) was showed. The study found that the phenomenon of neurocognitive deficit in TRD represented in symptoms of impaired memory and attention, slowing of thought processes that in everyday life leads to inability to deal effectively, to analyze and reproduce the information, to plan activities and make decisions and it's subsequently displayed at social adaptation. Phasing of CBT allows patients to identify symptoms (psychoeducational stage), to test and modify negative automatic thoughts and to use their knowledge to further in the process of therapy. Application of CBT in the treatment of patients with TRD promotes reduction of symptoms of neurocognitive deficit, which is an important factor for the prevention of recurrence and improves the social and working adaptation of the patient in the future.

**Keywords:** treatment resistant depression, neurocognitive deficit, cognitive-behavioral therapy.

З кожним роком захворюваність на депресивні розлади у світі зростає. Згідно останніх прогнозів ВООЗ депресія посяде перше місце серед причин втрати працездатності дорослого населення у 2030 році [1]. Занепокоєння клініцистів викликає той факт, що у 50-60% пацієнтів, які отримують сучасну фармакотерапію не вдається досягнути бажаної ефективності. За даними багатьох наукових джерел, терапевтично резистентною депресією (ТРД) страждає 30-40% усіх пацієнтів з депресивними розладами [2-6]. Відомо, що ризик рецидиву у пацієнта після кожного наступного перенесеного депресивного епізоду становить в середньому 16% [7]. При наявності у пацієнта резидуальних симптомів депресії після лікування цей ризик суттєво зростає [8,9].

Фармакологічна резистентність до нових антидепресантів спонукає до більш глибокого вивчення проблеми ТРД. Результати останніх досліджень у цій сфері надають велике клінічне

значення симптомам нейрокогнітивного дефіциту, клінічні ознаки якого спостерігаються у 94% пацієнтів з ТРД та підтверджуються змінами нейрональної активності у субкортикальних та лімбічних ділянках мозку [10-13]. Явища нейрокогнітивного дефіциту знаходять свою репрезентацію у симптомах порушення пам'яті та уваги, сповільненні процесів мислення, що у повсякденному житті призводить до неможливості ефективно сприймати, аналізувати і відтворювати інформацію, а також планувати діяльність та приймати рішення [9,13]. Доведено, що покращення нейрокогнітивного функціонування пацієнта з депресією у повсякденному житті веде до зменшення вираженості афективної симптоматики та сприяє швидшому одужанню пацієнта [14].

Широкий спектр дії сучасних антидепресантів, зокрема СИЗЗС, передбачає вплив на когнітивну сферу пацієнта, однак він є більш опосередкованим, ніж вплив на афективну сферу.



Натомість, саме зміна структури мислення пацієнта та модифікація змісту депресивних переживань спонукає пацієнта зрозуміти особливості свого захворювання, прийняти їх, усвідомити їхню тимчасовість, а також активно долати труднощі, пов'язані з ними. Упродовж останніх десятиріч з'являється все більше досліджень щодо ефективності використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) в структурі комплексного лікування ТРД [14-18]. Основною метою КПТ є виявлення, тестування та зміна пацієнтом негативних автоматичних думок, які підтримують концепцію «когнітивної тріади» А.Бека, що передбачає негативне сприйняття пацієнтом себе, негативну інтерпретацію свого попереднього досвіду, а також песимістичне бачення свого майбутнього [19]. Також у процесі проходження КПТ вдається покращити когнітивні можливості пацієнта за допомогою спеціальних технік, зокрема таких, як ефективний зворотній зв'язок, психоедукаційний метод, когнітивне повторення, метод структурування, а також ідентифікація та тестування негативних думок, проведення поведінкового експерименту [20,21].

Метою нашого дослідження була оцінка динаміки нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів із ТРД на фоні застосування комплексної терапії з використанням фармакологічних препаратів та застосування КПТ у порівнянні з пацієнтами, що отримували лише фармакотерапію.

У дослідженні на основі інформованої усвідомленої згоди взяло участь 58 пацієнтів: 16 чоловіків та 42 жінки, віком 23- 40 років, з верифікацією діагнозу згідно критеріїв МКХ-10: депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу різного ступеня важкості (F31.3–F31.5), депресивний епізод (F32), рекурентний депресивний розлад (F33), дистимія (F34.1), з ознаками резистентності. Пацієнт включався до дослідження, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3-4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50%). Всі пацієнти на момент початку дослідження перебували на лікуванні в Комунальному закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», в подальшому здійснювався амбулаторний моніторинг. Після скринінгового та відмивочного періоду (6-14 днів) всі пацієнти були поділені на дві групи, співставимі за соціо-демографічними та клініко-психопатологічними характеристиками. В першу групу увійшло 32 пацієнти, які отримували лише фармакотерапію, а саме: антидепресант з групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну пароксетин в середній добовій дозі 40 мг або циталопрам в

середній добовій дозі 60 мг та з метою потенціювання схеми терапії кветіапін в середній добовій дозі 300 мг. В другій групі (26 хворих) запропоновано аналогічну схему фармакотерапії, а також проведення когнітивно-поведінкової терапії.

Методика когнітивно-поведінкової терапії включала проведення 24-х сесій, 2-4 з яких були діагностичними, інші — терапевтичними. Упродовж перших двох сесій проводилося обстеження та визначалося загальне формулювання проблеми та цілі терапії. На терапевтичних сесіях когнітивна терапія складалася з кількох основних етапів. Робота на першому етапі (4-5 терапевтичних сесій) були спрямовані на нормалізацію стану пацієнта та психоедукацію, впродовж яких терапевт з пацієнтом концентрувалися на основних симптомах депресії, зокрема, симптомах нейрокогнітивного дефіциту, з подальшим поясненням з боку терапевта, як кожен з симптомів може впливати на життєву функцію пацієнта. Терапевт також наголошував на тимчасовості даної симптоматики. Паралельно пацієнт вчився ідентифікувати симптоми нейрокогнітивного дефіциту та описувати їх.

На наступних трьох-чотирьох терапевтичних сесіях застосовувалася техніка ідентифікації негативних автоматичних думок та відволікання від них, що згодом дозволило застосувати техніку когнітивного повторення інформації. Підсумком даного етапу було усвідомлення пацієнта, що постійно персеверуючі негативні автоматичні думки здатні блокувати когнітивні можливості пацієнта щодо освоєння та відтворення нової інформації, яка надходить ззовні. Впродовж наступних сесій пацієнти навчалися тестувати та модифікувати негативні автоматичні думки, а також проведення поведінкових експериментів. Робота передбачала навчальні вправи когнітивного характеру для пацієнта: копінг-карти, інструкції, покрокові плани вирішення проблем, плани щоденної активності, які пацієнт міг застосовувати самостійно для покращення свого стану.

Клініко-психопатологічний метод, застосований в ході проведеного дослідження, ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. Психічний стан пацієнтів оцінювався шляхом аналізу скарг пацієнтів, їх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічну інтерпретацію та співвідношення з класифікаційними характеристиками МКХ-10. З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували опитувальник депресії Бека у його модифікації BDI — II (APA, 1996). Пацієнтові було

запропоновано 21 запитання для оцінки вираженості кожного з депресивних проявів (від 0 до 21 балів). Показник 0-13 балів розцінювався як незначні (мінімальні) прояви депресії, 14-19 балів – депресія легкого ступеня, 20-28 — середнього ступеня важкості, 29-63 — важка депресія.

В якості інструменту для дослідження об'єктивних показників когнітивних функцій використовувався Тест на зорово-моторну координацію (Trail making test, TMT) (Reitan R. M., Wolfson D., 1993). Частина «А» оцінює моторну координацію, частина «В» — увагу, робочу пам'ять і виконавчу функцію. Результат визначається часом, витраченим на виконання завдань обох частин («А» і «В»), але не більше 4 хвилин. За допомогою тесту швидкості мовних відповідей (Verbal fluency test, VFT) (Lezak M. D., 1995) вивчали вербальну асоціативну продуктивність (літерна частина) та лексичні системи (категоріальна частина), запас семантичної пам'яті, виконавчі функції. Для оцінки інтенсивності та вибіркості уваги і дослідження виконавчих функцій використовувався тест Струпа (Stroop color word interference test) (Stroop J. R., 1935).

Статистичний аналіз виконано за допомогою стандартного пакету Excel для Microsoft.

За результатами проведеного дослідження було виявлено, що тривалість епізоду ТРД в обстежених пацієнтів складала в середньому  $8,2 \pm 1,3$  місяці, кількість перенесених епізодів депресії до розвитку резистентності становила  $3,4 \pm 0,4$ . У переважній більшості пацієнтів (79,4%) відмічалася депресивна симптоматика важкого ступеню (більше 39 балів за шкалою Бека), за нозологічними характеристиками це, в основному, хворі із біполярним афективним розладом, депресивним епізодом (26,4%) та рекурентним депресивним розладом (32,2%). В ході клініко-психопатологічного дослідження в структурі депресивного синдрому комплексу виділено симптоми, які найбільш характерні для пацієнтів із ТРД та проаналізовано їх динаміку в процесі лікування в обох досліджуваних групах на 12 та 24 тижні терапії. Дані наведено в табл. 1.

У групі пацієнтів, які отримували психотерапевтичну допомогу, було виявлено, що усі пацієнти демонстрували «класичну когнітивну триаду» Бека. У процесі побудови формулювання ідентифіковано найбільш типові підтримуючі цикли для пацієнтів. Найбільш розповсюдженим був цикл «румінації», у якому депресивний настрій пацієнта породжував депресивні думки, які, в свою чергу поглиблювали депресивний настрій, у більшості пацієнтів також спостерігався цикл «депресія від депресії», у якому пацієнти вважали свої когнітивні розлади при депресії (а саме, проблеми із концентрацією та стійкістю уваги, зниження запам'ятовування, а також сповільнення процесів в усіх психічних сферах) незворотними, що поглиблювало їхню впевненість у «невиліковності» та хронічності захворювання. Третім за частотою був «цикл зниження активності», а саме, уникання активностей, які могли б приносити пацієнтові задоволення. Більшість з них були пов'язані у стаціонарі із комунікативною активністю пацієнтів, а також комплексом реабілітаційних заходів, який включав, насамперед, арт-терапевтичні заняття, прогулянки та заняття спортом. Також у деяких пацієнтів зустрічалися такі підтримуючі цикли, як: цикл сканування та надмірного зосередження уваги на симптомах захворювання, що породжувало постійну тривогу через можливість поглиблення симптоматики та додатковий «пошук» пацієнтом симптомів.

Найбільш ефективними стратегіями для покращення стану пацієнтів на перших етапах виявилися ранні когнітивні стратегії, зокрема, техніка відволікання, в той час, як на пізніших етапах терапії найефективнішою стала техніка роботи з негативними автоматичними думками та проведення поведінкових експериментів. Вираженість депресивної симптоматики у групі пацієнтів, які проходили психотерапевтичну корекцію помітно зменшилася вже до 8-го тижня і суттєво до 12-го тижня терапевтичних сесій (табл. 2).

Через 24 тижні після початку лікування показники вираженості депресивних проявів утримувалися в межах референтних значень

**Таблиця 1**

*Динаміка депресивної симптоматики в залежності від схеми терапії у пацієнтів із ТРД*

Депресивні симптоми	До лікування (n=58)	В процесі лікування			
		I група (n=32)		II група (n=26)	
		12 тижнів (n=29)	24 тижні (n=27)	12 тижнів (n=25)	24 тижні (n=24)
Туга	48 (82,8%)	11 (34,4%)	9 (28,1%)	15 (57,7%)	4 (15,4%)
Песимізм	37 (63,8%)	14 (43,8%)	8 (25,0%)	10 (38,5%)	6 (23,1%)

Закінчення таблиці 1

Депресивні симптоми	До лікування (n=58)	В процесі лікування			
		I група (n=32)		II група (n=26)	
		12 тижнів (n=29)	24 тижні (n=27)	12 тижнів (n=25)	24 тижні (n=24)
Відчуття невдачі	18 (31,0%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	6 (23,1%)	2 (7,7%)
Незадоволеність собою	33 (56,9%)	6 (18,8%)	3 (9,4%)	8 (30,8%)	2 (7,7%)
Почуття провини	26 (44,8%)	10 (31,3%)	6 (18,8%)	9 (34,6%)	3 (11,5%)
Відчуття покарання	12 (20,7%)	4 (12,5%)	1 (3,1%)	2 (7,7%)	-
Самозаперечення	16 (27,6%)	3 (9,4%)	1 (3,1%)	3 (11,5%)	-
Самозвинувачення	21 (36,2%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	4 (15,4%)	1 (3,8%)
Суїцидальні думки	18 (31,0%)	8 (25,0%)	2 (6,3%)	6 (23,1%)	1 (3,8%)
Плаксивість	37 (63,8%)	11 (34,4%)	6 (18,8%)	10 (38,7%)	4 (15,4%)
Дратівливість	13 (22,4%)	6 (18,8%)	1 (3,1%)	4 (15,4%)	-
Відчуття відчуженості	17 (29,3%)	5 (15,6%)	1 (3,1%)	2 (7,7%)	-
Нерішучість	32 (55,2%)	9 (28,1%)	3 (9,4%)	6 (23,1%)	2 (7,7%)
Дисморфофобія	12 (20,7%)	3 (9,4%)	-	-	-
Труднощі в роботі	42 (72,4%)	12 (37,5%)	7 (21,9%)	9 (34,6%)	4 (15,4%)
Безсоння	46 (79,3%)	11 (34,4%)	4 (12,5%)	11 (42,3%)	2 (7,7%)
Втомлюваність	39 (67,2%)	17 (53,1%)	11 (18,9%)	18 (69,2%)	7 (26,9%)
Втрата апетиту	48 (82,8%)	8 (25,0%)	3 (9,4%)	5 (19,2%)	3 (11,5%)
Втрата ваги	35 (60,3%)	4 (12,5%)	-	3 ()	-
Занепокоєння станом здоров'я	31 (53,4%)	12 (37,5%)	4 (12,5%)	9 (34,6%)	2 (7,7%)
Втрата сексуального потягу	47 (81,0%)	15 (46,9%)	12 (37,5%)	11 (42,3%)	7 (26,9%)

Таблиця 2

Динаміка вираженості депресивної симптоматики на етапах КПТ у хворих із ТРД

Група пацієнтів за ступенем вираженості депресивної симптоматики (n=26)	Терміни проведення КПТ	Показники за шкалою Бека (M ± m)
Депресія легкого ступеня (n= 4)	До лікування	16.75 ± 0.62
	8-ма сесія	14.50 ± 1.55
	12-та сесія	11.75 ± 0.85
Депресія середнього ступеня (n=10)	До лікування	25.3 ± 0.68
	8-ма сесія	21.4 ± 1.37
	12-та сесія	15.8 ± 1.42
Депресія важкого ступеня (n=12)	До лікування	49.5 ± 2.45
	8-ма сесія	36.1 ± 1.76
	12-та сесія	28.2 ± 2.77

діапазону, який визначався після 12-тижневого курсу проходження когнітивно-поведінкової терапії. Це свідчило про активне самостійне використання пацієнтами методів когнітивно-поведінкової терапії впродовж всього періоду лікування (табл. 3).

Оцінюючи динаміку симптомів нейрокогнітивного дефіциту, слід зазначити, що у другій групі покращення когнітивних функцій відбувалося у коротші терміни та було більш ефективним у порівнянні з першою групою (табл. 4, 5).

Результати дослідження засвідчили достовірно вищу ефективність лікування ТРД внаслідок використання комплексного підходу, який включав дію фармакологічних препаратів та психотерапевтичну корекцію. Застосування методу КПТ у лікуванні пацієнтів із ТРД сприяє редукції симптомів нейрокогнітивного дефіциту, що є важливим чинником для превенції рецидивів та покращує соціально-трудову адаптацію пацієнта у майбутньому.

Таблиця 3

*Показники вираженості депресивної симптоматики на 24 тижні проводимого лікування*

Група пацієнтів за ступенем вираженості депресивної симптоматики (n=24)	Показники за шкалою Бека (M ± m)
Депресія легкого ступеня (n=4)	12.25 ± 1.75
Депресія середнього ступеня (n=9)	13.51 ± 1.5
Депресія важкого ступеня (n=11)	26.91±0.93

Таблиця 4

*Динаміка нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів першої групи*

Методика нейропсихологічного дослідження	Показники		
	До лікування	Після лікування	
		12 тиждень	24 тиждень
MMSE	25,6±2,1	27,3±1,1	27,6±1,3
MoCA-тест	22,3±1,7	26,6±1,7	27,2±1,1
TMT частина «А»	44,1± 2,2	32,5±2,5	32,2±2,1
TMT частина «В»	96,4± 9,1	81,4±3,2	82,7±1,4
VFT, літерна частина	11,7± 1,3	13,6±1,4	13,9±1,1
VFT, категоріальна частина	13,5±2,6	14,7±1,5	15,2±0,6
Тест Струпа, частина 1	69,4±9,5	46,2±3,6	41,4±2,7
Тест Струпа, частина 2	148,1±11,7	97,2±6,6	90,7±4,1

Таблиця 5

*Динаміка нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів другої групи*

Методика нейропсихологічного дослідження	Показники		
	До лікування	Після лікування	
		12 тиждень	24 тиждень
MMSE	26,2±1,9	27,7±1,3	29,3±2,4
MoCA-тест	21,7±3,6	26,4±0,6	27,8±1,3
TMT частина «А»	43,7± 1,4	32,4±1,8	28,9±1,5
TMT частина «В»	94,8± 9,7	81,7±3,4	79,1±2,2
VFT, літерна частина	12,1± 2,1	14,7±1,1	15,7±1,4
VFT, категоріальна частина	13,9±2,8	14,6±1,6	15,5±1,7
Тест Струпа, частина 1	70,7±8,5	36,9±4,5	21,3±3,3
Тест Струпа, частина 2	146,2±12,6	87,8±6,2	76,8±5,1

### Література

1. WHO: World health statistics 2012// [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1&ua=1)
2. Stimpson N. Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression: systematic review/ N. Stimpson, N. Agrawal, G. Lewis [et al.] // Br J Psychiatry — 2002. — V.181. — P. 284–294.
3. Olchanski N. The economic burden of treatment-resistant depression /N.Olchanski, M.McInnis Myers, M. Halseth [et al.] // Clin Ther. — 2013. — V.35. — P.512–522.
4. Bschor T. Therapy-resistant depression /T. Bschor // Expert Rev Neurother. — 2010. — V.10. — P. 77-86.



5. Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions /KS. Al-Harbi // Patient Prefer Adherence — 2012. — V. 6. — P. 369-388.
6. Lui S. Resting-State Functional Connectivity in Treatment-Resistant Depression/ S. Lui, Wu Q., L.Qiu [et al.] // Am J Psychiatry — 2011. — V. 168. — I.6. — P.642-648.
7. Solomon DA. Multiple recurrences of major depressive disorder/ D.A. Solomon, M.B. Keller, A.C. Leon [et al.] // Am J Psychiatry — 2000. — V.157. — P.229-233.
8. Pintor L. Relapse of major depression after complete and partial remission during a 2-year follow-up /L. Pintor., C. Gastó, V.Navarro [et al.] // J Affect Disord. — 2003. — V. 73. — P. 237–244.
9. Kennedy N. Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. / N. Kennedy, A.S. Paykel // J Affect Disord. — 2004. — V.80. — P.135–144.
10. Clark L. Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment / L. Clark, S. R. Chamberlain, B. J. Sahakian // Ann. Rev. Neurosci. — 2009. — Vol. 32. — P. 57–74.
11. Marvel C. L. Cognitive and neurological impairment in mood disorders / C. L. Marvel, S. Paradiso // Psychiatr. Clin. North Am. — 2004. — Vol. 27. — № 1. — P. 19–23.
12. Підкоритов В. С. Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18. — вип. 2(63). — С. 55–57.
13. Evans V.C. The Relationship Between Neurocognitive and Psychosocial Functioning in Major Depressive Disorder: A Systematic Review /V.C. Evans, G. L. Iverson, L.N. Yatham// J Clin Psychiatry. — 2014. — V. 75. — P104-112.
14. Kenny MA. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy/ MA Kenny, JM Williams // Behav Res Ther. —2007. —V.45(3) . —P.617–625.
15. Anderson I.M. Efficacy, safety and tolerability of quetiapine augmentation in treatment resistant depression: an open-label, pilot study/ I.M.Anderson, A.Sarsfield, P.M.Haddad // J. Affect. Disord. — 2009. — Vol. 117. — P. 116–119.
16. Dimidjian S. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression / S. Dimidjian, S.D. Hollon, K.S.Dobson [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2006. — V.74. — P. 658–670.
17. Eisendrath S.J. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol / S. J. Eisendrath, E. P. Gillung, K. L. Delucchi[et al.] // BMC Complement Altern Med. -2014. — V.14 (1). — P.95-99.
18. Wiles N. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial // N. Wiles, L. Thomas, A. Abel [et al.] // The Lancet. — 2013. — P. 375 — 384.
19. Beck A.T. Cognitive therapy of depression / A. T. Beck [et al.]. —N-Y.: Guilfort, 1979. — 425p.
20. Moore R. Cognitive therapy for chronic and persistent depression. — Chichester: Wiley. — 2003 — 407p.
21. Westbrook D. An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications / D. Westbrook [et al.]. — 2nd ed. — London.: Sage, 2011. — 448p.

УДК 616.08-039

# Принципи побудови системи психотерапії у хворих на соматичні захворювання з непсихотичними порушеннями психічної сфери



Федак Б. С.

**Федак Б. С.**

КПОЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (г. Харьков)

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

**Резюме.** В статті висвітлено результати вивчення індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів з нападами стенокардії при ішемічній хворобі серця (ІХС), інфарктом міокарда (ІМ), гіпертонічними кризами у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), мозковими інсультами (МІ) і транзиторними ішемічними атаками (ТІА).

Викладено фактори, що формують патопсихологічні механізми формування некомплаєнтності, визначено структуру проявів та загальні закономірності формування непсихотичних порушень психічної сфери у хворих на гострі соматичні стани. Висвітлена психокорекційна програма, яка визначає формування відповідального ставлення до власного здоров'я, підвищення рівня соціального функціонування та якості життя.

**Ключові слова:** психосоматика, патопсихологічні механізми, комплаєнс, психосоціальна реабілітація.

## The fundation of psychotherapy system of somatic patient with non-psychotic psychic disturbances

**Fedak B. S.**

Regional Clinical Hospital — Emergency Medical Care and Accidents Medicine Center

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**Resume.** The resultates of individual-psychologicistic peculiaritis of sthenocardial ishemic heart disease (IHD), myocardial infarction (MI), hyperthonic crises on artherial hyperthension patients (AH), brain strokes (BS), transitor ishemic attack (TIA) were investigated.

The performing factors of the pathopsychologic mechanisms creation of noncompliance were dedicated, certain as the structure of phenomena and common obligation of the non-psychotic psychic disturbances of on the acute somatic disease patients. The psychocorrectional programme, based on the health self-responsibility, increasing of social functioning level and quality of life were established.

**Keywords:** psychosomatic, pathopsychological mechanisms, comopliance, psychosocial rehabilitation.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играет психогенный фактор и которые в следствие этого можно отнести к разряду психосоматических. Наряду с общим снижением уровня социального функционирования и качества жизни больных, в их структуре наблюдаются и состояния, представляющие витальную угрозу, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией (АГ), мозговые инсульты (МИ) и транзиторные ишемические атаки (ТИА).

В тоже время, многочисленные авторы указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы. [1,2,3,4,5].

Вышеизложенное обуславливает необходимость проведения научных исследований в этой области. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях медицинской помощи населению Украины с учётом реформирования отрасли. Одним из наиболее приоритетных направлений является разработка новых программ медико-психологического сопровождения больных сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на разных этапах их лечения и реабилитации [6,7,8,9]. Это касается и других острых состояний терапевтического профиля различной системно-органный принадлежности.

Неразрешенными являются также вопросы психосоциальной реабилитации этих больных с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. При этом необходимо учитывать, что острые состояния

являются внезапными, возникающими в структуре хронических, нередко бессимптомно протекающих заболеваний, поэтому проблема формирования комплаенса при построении системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий является весьма существенной [10,11,12].

Это обусловлено тем, что низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций. [1,13,14].

Анализ данных литературы показал, что изменения стереотипа социального функционирования, неполная информация о собственном заболевании приводят к формированию неадекватной внутренней картины болезни. При этом страх за свое будущее способствует формированию неадекватных защитных психологических реакций, которые являются неблагоприятными для общего течения заболевания и снижают уровень качества жизни. Таким образом, все выше перечисленное свидетельствует о необходимости применения методов психотерапии и психокоррекции для больных соматическими заболеваниями.

Эффективность современных лечебно-профилактических мероприятий в большинстве случаев зависит как от адекватности терапевтических методов, так и от многочисленных психологических причин [9,11,13]. К фундаментальным причинам психологического характера, которые опосредуют разнообразие лечебно-реабилитационных мероприятий относится система мотиваций пациента и межличностные взаимоотношения больного и медицинского персонала. Мотивация лечения, активное участие пациента в лечебно-реабилитационном процессе с учетом особенностей личности больного и характера его реакции на свое заболевание являются основой для современного лечебно-реабилитационного процесса [9]. В связи с этим возрастает необходимость более глубокого изучения медико-психологических аспектов современной лечебной практики, особенно терапевтического альянса, который формируется между врачом и пациентом, а также комплаенса больных.

Известные методы повышения комплаенса основаны на обучении пациента, улучшении схем медикаментозной терапии, а также на совокупности организационных мероприятий. Разработанные системы психокоррекции направлены на коррекцию неблагоприятных типов комплаенса, дезадаптивных психологических реакций на свое заболевание, формирование терапевтического альянса, а также

потенцирование терапевтических мероприятий путем психотерапевтического воздействия на больного. [1,3,9,14].

Исследование комплаенса, выявление причин, которые его определяют, разработка и применение психокоррекционных программ для пациентов, разработка и применение психокоррекционных программ для пациентов, изменение отношения пациента к состоянию своего здоровья является одним из основных способов для улучшения отношения к терапии, и как следствие, повышение эффективности лечения соматических заболеваний и улучшение прогноза их течения.

Все выше перечисленное является обоснованием нашего исследования, целью которого было выявление индивидуально-психологических особенностей больных соматическими заболеваниями для разработки психокоррекционной программы, с учетом повышения комплаентности.

Всего было обследовано 306 больных. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные распределялись следующим образом: 106 больных с ишемической болезнью сердца и приступами стенокардии, 37 больных с инфарктом миокарда, 61 больной с транзиторными ишемическими атаками, 102 больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Из них 198 мужчин и 108 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Исследование проводилось в КПОЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова и КЗОЗ Харьковской Городской клинической больницы скорой и неотложной помощи им. проф. А.И. Мещанинова.

Исследование включало клинико-психопатологический метод. Всем больным проводилось структурированное диагностическое интервью. Возрастное и гендерное распределение больных в обеих группах было сопоставимо. Полученные результаты клинико-психологического исследования позволили определить структуру проявлений и основные закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

В ходе исследования применялись следующие методы: клинико-психопатологический, с применением структурированного диагностического интервью, с психодиагностическим анкетированием (использовалась анкета для диагностики стиля взаимодействия между пациентом и врачом (Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова, 2011)) и статистический.

Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у больных острыми соматическими состояниями. 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 на соматическое заболевание (446 человек);
- 2) соматогенный астенический синдром (САС), который формировался в результате воздействия самого соматического заболевания (146 человек);
- 3) реакции психической дезадаптации (РПД), которые возникли у соматических больных в результате личностной реакции на соматическое заболевание (123 человека).
- 4) острые реакции на стресс (ОРС), которые возникли у больных с выраженным болевым синдромом (85 человек).

Вместе с тем, нам удалось обнаружить у них и определенные различия, т.е. каждая нозологическая группа имела свои определенные количественные и качественные особенности клинической структуры психопатологических феноменов.

Данные изучения частоты диагностирования у больных соматическими заболеваниями различных форм непсихотических нарушений психической сферы по нозологическим группам представлены в табл. 1.

У всех больных, вне нозологической принадлежности наиболее распространенной формой непсихотических нарушений психики оказались нозогенные реакции психической дезадаптации (от 48,1 ± 3,6% у больных ИБС до 37,8 ± 3,4% у больных ИМ).

Дальнейшее исследование показало, что у этих больных существенное влияние на формирование комплаенса оказывают социальные факторы: уровень образования, семейное положение, профориентация и клинические факторы: стадия и длительность АГ, частота приступов стенокардии при ИБС, частота обострений ЯБЖ и ДК, побочные эффекты терапии, коморбидные состояния: сахарный диабет, ожирение, вредные привычки: курение, употребление алкоголя.

Вышеуказанное характерно в частности, для лиц не состоящих в браке, со средним и средним специальным образованием, не работающих, продолжительностью заболевания 16-25 лет, с сопутствующей ИБС, с наличием побочных эффектов от медикаментозной терапии, с индексом массы тела > 30, с частым употреблением алкоголя. Психодиагностические исследования дали возможность определить наиболее существенные личностно-психологические параметры, обуславливающие формирование низкого уровня комплаентности.

Идентифицированы индивидуально-психологические факторы формирования низкой приверженности к антигипертензивной терапии, к которым относятся определенные личностные особенности пациентов с ИБС, АГ, ИМ, ТИА, ЯБЖ и ДК. К ним относятся: тип отношения к болезни, субъективного контроля, «невротический» профиль, низкий порог

**Таблица 1**

*Розподілення непсихотических порушень психіки у больних соматическими захворюваннями*

№ п/п	Непсихотические нарушения психики	Показатели	Нозологические группы				
			ЯБЖ и ДК (n=102)	ИБС (n=106)	ИМ (n = 37)	ТИА (n=61)	Всего (n=306)
1.	НРПД	абс	49	51	14	25	139
		%	48,0±3,5	48,1±3,6	37,8±3,4	41,1±3,5	45,2±1,8
2.	САС	абс	21	10	6	19	56
		%	20,6±2,9	9,4±2,1	16,2±2,2	31,0±2,9	18,4±1,4
3.	РПД	абс	5	22	4	5	36
		%	4,9±1,7	20,8±3,0	10,8±3,2	8,2±1,6	11,9±1,1
4.	ОРС	абс	27	23	13	12	75
		%	26,5±3,5	21,7±2,8	35,2±1,6	19,7±2,4	24,5±1,3
5.	Всего	абс	102	106	37	61	306
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



стрессоусойчивости личности, лабильность эмоций и низкий уровень самооценки, импульсивность, стремление к независимости, стойкость и стеничность установок, стремление к опоре только на собственный опыт, нонконформизм, повышенная конфликтность, низкая фрустрационная толерантность, эгоцентризм, интроверсия, повышенный уровень притязаний.

На этом фоне у 20,0% всех пациентов определялся высокий уровень комплаенса больных, у 60,0% — средний, у 20,0% — низкий.

С помощью корреляционного анализа была установлена степень взаимосвязи между уровнем комплаенса больных, типом их терапевтического альянса (ТА) и степенью доверия к врачу. Уровень комплаенса положительно коррелирует с партнерским типом ТА ( $r_s = 0,39$ ,  $p \leq 0,05$ ), ответственным типом ТА ( $r_s = 0,38$ ,  $p \leq 0,05$ ), эмпатическим типом ТА ( $r_s = 0,41$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также с высокой степенью доверия к врачу ( $r_s = 0,37$ ,  $p \leq 0,05$ ).

У больных с АГ, ИБС, ИМ и ТИА наблюдалось преобладание низкого уровня комплаенса в процессе терапии (49,75% больных), что сопровождалось более тяжелым течением заболевания. Частота гипертензивных кризов средней степени тяжести и тяжелой была значительно выше (частые кризы в течение года наблюдались у 45,33% больных) у больных с высоким уровнем комплаенса гипертонические кризы наблюдались редко в 45,28% случаев или не возникал в течение года в 52,83% случаев. У 52,25% пациентов с ЯБЖ и ДК наблюдалось преобладание среднего уровня комплаенса. Средняя и низкая приверженность к терапии определялась теми же факторами, что и у больных АГ и ИБС, ИМ, ТИА.

В результате комплексного анализа полученных данных выделены факторы, формирующие патопсихологические механизмы формирования нонкомплаентности. К ним относятся: низкий уровень интенсивности отношения к здоровью, инфернальный тип субъективного контроля, «невротический» профиль по данным MMPI, механизм психической защиты типа «бегства в болезнь», наличие эмоционального напряжения, подавленности, низкой выносливости при стрессе, неустойчивость эмоций и самооценки, истощение защитных механизмов, импульсивность, некомформизм, стремление к независимости, стойкость и стеничность установок, трудности переключения, стремление к опоре только на собственный опыт, склонность к противодействию внешнему воздействию, конфликтность, жесткость, эгоцентризм, пассивная личностная позиция, интроверсия, потребность в актуализации собственной индивидуальности.

Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий. Программа начиналась на стационарном этапе с последующим продолжением на амбулаторном этапе. Применялся интегративный подход с включением элементов когнитивно-поведенческой психотерапии, рациональной психотерапии, АТ, индивидуальной и групповой личностно-ориентированной психотерапии, семейной психотерапии.

Проводилась оценка эффективности разработанной программы. В качестве критериев оценивались уровень комплаенса, уровень интенсивности отношения к здоровью, частота гипертензивных кризов и уровень систолического и диастолического АД, частота приступов стенокардии при ИБС, частота обострений ЯБЖ и ДК.

По результатам оценки установлено, что после проведенной программы количество больных с высоким уровнем комплаенса достигло 61%, средним 31%, у 8% остался низкий уровень комплаенса. У пациентов контрольной группы соответствующие показатели составили: у 46% — высокий уровень, у 28% — средний уровень, 26% — низкий уровень комплаенса.

Предложенный в работе комплекс психокоррекционных мероприятий продемонстрировал высокую эффективность для повышения комплаенса, уровня ответственности отношения к своему здоровью, что привело к улучшению течения основного заболевания, повышению уровня социального функционирования и качества жизни больных.

### Выводы

Поскольку эффективность лечения АГ, ИБС, ИМ, ТИА и ЯБЖ и ДК во многом определяется комплаенсом, целесообразно определять его уровень в процессе терапии, поскольку комплаенс может изменяться в процессе проведения терапии, необходимо осуществлять мониторинг на всех этапах терапевтического процесса, включая амбулаторный.

Ведущими факторами при формировании являются личностно-психологические характеристики больных: особенности личности, локус контроля, уровень тревожности и уровень ответственности отношения к здоровью.

Психокоррекционная программа обязательна для больных с низким субъективным уровнем вовлечения в терапевтический процесс. Психокоррекционная программа направлена на трансформацию образа жизни пациентов и формирование ответственного отношения к собственному здоровью, повышению уровня социального функционирования и качества жизни.

**Література**

1. Смулевич А.Б. Психокардиология /А.Б. Смулевич, А.Л.Сыркин. — М.: МИА, 2005. — 778с.
2. 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.
3. Дроздова И.В. Артериальная гипертензия в фокусе психокардиологии. // И.В. Дроздова, Л.Г. Степанова, Н.А. Яковенко, М.Н. Емец. // Медична психологія. 2014. — т. 9 №1 (33). — С.41—48.
4. Органов Р.Г. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. / Органов Р.Г. Погосова Г.В., Шальнова С.А. [и др.] // Кардиология — 2005 — № 8 — С. 38—44.
5. Напреєнко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). / О.К. Напреєнко // Укр. вісник психоневрології — 2014. — Том 22 — випуск 1— № (78)2 — С. 18—22.
6. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // НейроNews. Психоневрологія і нейропсихіатрія. — 2010. — №5 (24). — С.83—90.
7. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник. — К.: «Здоровье» — 1997. — 104 с.
8. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б.В.Михайлов, А.И.Сердюк, В.А. Федосеева. — Харьков: Прапор, 2002. — 108 с.
9. Амосова К.М. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К.М.Амосова, Л.Є.Трачук, Н.В.Бережа, Ю.В.Руденко // Серце і судини. — 2012. — №1(37). — С.85-92.
10. Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М.Н. Долженко // Практична ангіологія. — 2006. — Т.2, №1. — С.17-23.
11. Морозов П.В. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве. /Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лимакин О.В. [и др.] // Укр. вісник психоневрології — Том 22 — випуск 1 (78) — 2014. — С. 11—17.
12. Н.-Р.Karpfhammer. Concept of somatoform disorder. // 2011 Journal of The Europe Psych.Ass.Vol.26.Suppl.1.P.63.
13. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади. // Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А., Бородавко О.О. // Медицинская психология. — т. 8. №4 (32). — С.3-7.
14. 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.

УДК 616.89-008.441.44

## Поддерживающее лечение: клинико-социальные характеристики пациентов



Насинник О.А.

**Насинник О. А.**

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

**Резюме.** Изучено 499 пациентов, госпитализированных в неотложном (принудительном) порядке. Обобщены клинико-социальные характеристики подгрупп пациентов и предложена типология пациентов по их отношению к поддерживающему лечению. Предложенная нами типология способствует проведению лечения с учетом характеристик пациента и участия близких лиц.

**Ключевые слова:** неотложная госпитализация, принудительная госпитализация, несоблюдение лечения, клинико-социальные характеристики, типология.

### Maintenance treatment: clinical and social characteristics of patients

**Nasinnik O.A.**

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

**Resume.** Was studied 499 patients which were hospitalized urgently (compulsory) at psychiatric hospital. Were generalized the clinical and social characteristics of subgroups of patients and proposed a typology of patients according to their relation to the maintenance treatment. Our proposed typology promotes treatment, taking into account the characteristics of the patient and the participation of close persons.

**Keywords:** emergency hospitalization of persons with psychiatric disorders, involuntary hospitalization, noncompliance to treatment, typologies.

### Введение

Перемещение акцента оказания психиатрической помощи со стационара на внебольничную помощь происходит преимущественно «сверху» — с внедрения законодательства, направленного на защиту прав пациентов. Прежде всего, требуется осознанное согласие пациента на амбулаторную помощь или на госпитализацию. Отсутствие согласия служит основанием для стационарного лечения в принудительном порядке при наличии непосредственной опасности для себя или для окружающих или беспомощном состоянии вследствие тяжелого психического расстройства (ТПР). Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке оказывается при выявлении ТПР, вследствие которого будет причинен значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае не оказания психиатрической помощи. Такие ситуации зачастую наблюдаются при обострениях, рецидивах психического расстройства. Несмотря на все имеющиеся недостатки психотропной терапии, она на сегодня при психических расстройствах является в большинстве случаев единственным средством (включающем психотерапию и реабилитационные программы) предотвращения, как рецидива, так и углубления дефекта, сохраняющей приемлемое для пациента качество жизни. Однако подход «снизу», а именно работа с пациентами по предотвращению их

госпитализации, хотя бы для начала, путем достижения оптимального уровня соблюдения терапевтических рекомендаций наблюдается в меньшей доле. Но без этого идея «лечения в наименее ограничительных условиях» останется только в проекте. Еще больше, чем обучение пациента, усилий следует приложить для развития навыков самопомощи у пациента в соответствии с развивающейся за рубежом в последние годы моделью «Помощи при хронических заболеваниях, в том числе психиатрических». Большинство лиц нуждается в помощи и поощрении для активного участия в самопомощи и успешного осуществления разных задач. Так называемая «поддержка самопомощи» заключается в систематическом осуществлении медицинским персоналом поддерживающих вмешательств и обучении (образования) пациента с целью повышения его навыков и уверенности в регулировании состояния здоровья, в том числе проведении регулярной оценки прогресса и проблем, постановка целей и проблемноразрешающей поддержки» [1]. В то же время, формирование навыков самопомощи у пациентов и терапевтические стратегии в отношении них должны учитывать клинические и социальные особенности пациентов и, прежде всего, мотивацию к продолжению лечения в амбулаторных условиях. В предыдущей работе нами предложена типология пациентов по их отношению к поддерживающему лечению [2].

**Целью работы** являлось изучение клинико-социальных особенностей подгрупп пациентов с тяжелым психическим расстройством по фактору отношения их к поддерживающему лечению и разработке соответствующих рекомендаций по улучшению соблюдения лечения.

### Материал и методы исследования

Материалом исследования являлись сплошные выборки пациентов, госпитализированных в неотложном (недобровольном) порядке в Киевскую городскую клиническую психоневрологическую больницу № 1 (КГКПНБ № 1) и Житомирскую областную психиатрическую больницу № 1 (ЖОПБ № 1) — всего 499 лиц. 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, клинико-анамнестический, социально-демографический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Для верификации клинических данных нами использовались исследовательские шкалы BPRS и PSAS, CGI-S и CGI-I, GAF и PSP, а также OAS.

### Результаты и обсуждение

Нами в предыдущей работе были изложены теоретические и клинические предпосылки формирования типологии пациентов в отношении соблюдения рекомендаций врача, прежде всего лечебных. Было предложено четыре подгруппы пациентов:

- 1) Соконтролируемые (4,4%) — контроль лечения совместный с кем-то, чаще всего с близким человеком, с врачом.
- 2) Субконтролируемые, подконтрольные (13,8%) — состоящие под чьим-либо контролем, чаще всего контроль осуществляет член семьи. Это пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные подчиняться и способные подчиняться требованиям близких родственников или лечащего врача.
- 3) Неконтролируемые (43,3%) — лица, утратившие контроль преимущественно в результате заболевания, в том числе при его обострениях, рецидивах.
- 4) Бесконтрольные (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.

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.

Рассмотрим клинико-социальные особенности подгрупп пациентов по фактору отношения их к поддерживающему лечению и разработке соответствующих рекомендаций по улучшению соблюдения лечения.

**Соконтролируемые** — контроль лечения совместный с кем-то, чаще всего с близким человеком, с врачом), 22 чел. (4,4%). Это лица, способные контролировать свое лечение. У них отмечается осознание болезни, частичная или полная критика ко времени последней госпитализации. Эти пациенты принимают лечение аккуратно, соответственно рекомендациям. Они не склонны к аутоагрессивному поведению, а также к злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ). Они в ряде случаев просят увеличить дозу препарата, готовы принимать несколько препаратов, сами интересуются лечением, подбирают себе новые препараты, просят, советуются, но быстро и отказываются от лечения, заметив несоответствие препарата своим ожиданиям. Соконтролируемые из-за внутренней неуверенности, сомнений, отсутствия готовности к приему, например, незнакомого им препарата, требуют коррекции отношения к лечению, подробных разъяснений. Они исполнительные, согласны выполнять рекомендации, но до того времени, пока есть поддержка со стороны, требуют постоянного мотивирования, стимулирования. Отказы от приема препарата звучат преимущественно от их «попечителя». При этом близкий человек обнаруживает хорошее знание переживаний пациента, его самочувствия и высказывает необходимость достижения прежнего или более лучшего уровня здоровья. В ряде случаев усматривается, что пациент принимает лечение как бы в виде одолжения, или из-за уважения к близкому человеку. При утрате критики, например, при нарастании бредовых идей отношения, отравления в сторону «попечителя», пациенты постепенно обнаруживают недоверие, они переходят к негативным формам реагирования, уклонению от приема, и наконец, сопротивляются лечению. У них сравнительно с неконтролируемой и бесконтрольной подгруппами более высокий уровень образования ( $p < 0,049$ ), и реже отмечаются отказы от лечения ( $p < 0,042$ ).



Сравнения по имеющимся подгруппам ряда характеристик (возраста пациентов, длительности лечения, числа предыдущих госпитализаций, нозологической принадлежности) достоверных различий не обнаруживает. Данная подгруппа отличается от неконтролируемой меньшей длительностью заболевания ( $Z = -2,649$ ,  $p < 0,008$ ) и степенью дефекта ( $Z = -2,125$ ,  $p < 0,034$ ). Также меньшая длительность заболевания ( $5,00 \pm 1,73$ ), как и длительность обострения ( $3,20 \pm 1,70$ ) до последней госпитализации выявляются при сравнении с подгруппой неконтролируемых пациентов, соответственно  $4,54 \pm 1,54$  ( $Z = -2,370$ ,  $p < 0,018$ ) и  $4,15 \pm 1,66$  ( $Z = -2,325$ ,  $p < 0,020$ ). Пациенты соконтролируемой подгруппы имеют меньшие проявления по степени дефекта, в сравнение с подгруппой неконтролируемых ( $Z = -2,604$ ,  $p < 0,009$ ). Данная подгруппа отличается лучшими показателями, как от пациентов подгруппы субконтролируемых, по разделам шкалы PSP: социальная деятельность ( $p < 0,002$ ), отношения с близкими ( $p < 0,012$ ) и самообслуживание ( $p < 0,027$ ), так и от пациентов подгруппы неконтролируемых по этим же разделам (соответственно  $p < 0,004$ ,  $p < 0,001$  и  $p < 0,012$ ). Категории опасности по подгруппам различий не имеют, за исключением сравнения подгруппы соконтролируемых с бесконтрольными, с превалярованием в последней признаков непосредственной опасности для близких ( $p < 0,047$ ) и недифференцированной опасности ( $p < 0,012$ ).

**Субконтролируемые** (подконтрольные) — состоящие под чьим-либо контролем (69 чел., 13,8%). Пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные подчиняться и способные подчиняться требованиям близких родственников или лечащего врача принимать лечение. Их относительно более высокий уровень образования отличается только от образования в подгруппе бесконтрольных ( $p < 0,046$ ). Пациенты из данной подгруппы доставлялись в больницу в состоянии психомоторного возбуждения, фиксированными (11 чел., 44,0%). Частота физического удерживания пациентов данной подгруппы больше, чем в подгруппе соконтролируемых ( $p < 0,004$ ) и неконтролируемых ( $p < 0,009$ ). В зависимости от сложившихся взаимоотношений склонны к обману, утаиванию препаратов, заявляя, что они их принимают, или же могут, отвергая препарат, ссылаться на неблагоприятные, побочные эффекты лечения. Достаточно утратить внешний контроль, как нарастает отказ от лечения, они прекращают прием или указывают, что забыли принять препарат. При невозможности установить постоянный контроль во внебольничных условиях при лечении пациентов

из этой подгруппы желательно переходить на препараты пролонгированного действия.

**Неконтролируемые** — лица, утратившие контроль преимущественно в результате заболевания — 216 чел. (43,3%). В эту подгруппу входит большинство пациентов, страдающих шизофренией (83 чел., 85,6%) с апатико-диссоциативным дефектом (59 чел., 60,8%) в выраженной степени (46 чел., 47,4%). Это лица с выраженным снижением критики, уходящие из-под контроля или отвергающие заботу как близких, так и медработников, лекарства сами не принимают, подчиняются лишь настойчивым требованиям близких или в неотложных ситуациях, преимущественно в условиях стационара. В ряде случаев необходимо применении мер физического удерживания или изоляции, что обнаруживает различия с субконтролируемой группой ( $p < 0,004$ ). Нарастание психотических расстройств сопровождается грубым нарушениям критики. Исследователи отмечают, что 78% лиц с агрессивным поведением и несоблюдением лечения обнаруживали такие разновидности поведения вне больницы, а утрата критики играет второстепенную роль в несоблюдении лечения [3]. Рецидивы у данной подгруппы пациентов частые в связи с несоблюдением режима лечения (более половины пациентов — 56 чел., 52,8%) поступали многократно в больницу). Длительность обострения при последнем рецидиве больше среди пациентов данной подгруппы в сравнение с подгруппой соконтролируемых ( $p < 0,019$ ). По уровню образования некоторое превалярование обнаруживается только при сравнении с группой бесконтрольных ( $p < 0,036$ ). У ряда пациентов еще до начала заболевания проявлялись ассоциальные тенденции. Им свойственно саморазрушающее поведение в виде злоупотребления любыми психоактивными веществами, в анамнезе повторные суицидальные намерения и нелетальные суицидальные попытки. Сравнение с подгруппой субконтролируемых выявляет преобладание ведущих причин обострения заболевания в виде отказа от приема поддерживающего лечения и злоупотребления ПАВ ( $Z = -3,705$ ,  $p < 0,001$ ), а также склонности к злоупотреблению алкоголем и наркотиками ( $Z = -3,316$ ,  $p < 0,001$ ). Следует отметить, что исследователи находят большую частоту несоблюдения лечения у лиц с коморбидной патологией [4], в особенности злоупотребления алкоголем или наркотиками [5]. Также отмечается относительно большая длительность заболевания. Все пациенты отказывались от приема поддерживающего лечения, игнорировали рекомендации участковых врачей-психиатров. Двое пациентов, принадлежащих к этой

подгруппе, находились на специальном учете (СУ), всего же среди изученных 499 лиц было 3 три человека со СУ. В приемном отделении они высказывали несогласие с госпитализацией и лечением, продолжали отказываться от лечения и в отделении, в связи с чем составляли около половины (29 чел., 42,6%) из числа принудительно госпитализированных лиц данной подгруппы. В амбулаторных условиях периоды несоблюдения лечения у них больше, чем регулярного приема, но врачу они никогда не сообщают о своем несогласии с лечением, открыто не отказываются от лечения, готовы менять препараты, просят выписать что-то из новых средств. 14 пациентам (43,8%) этой группы перед выпиской обоснованно рекомендовалась амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке (АПППП). Эти пациенты нуждаются в применении во внебольничных условиях, прежде всего в условиях АПППП, пролонгированных препаратов, как рекомендуется большинством авторов в случаях уклонения пациента от лечения [6-8].

**Бесконтрольные** — 45 чел. (9,0%). В эту подгруппу входят лица с выраженными дефектными и дементными состояниями, формально утратившие компетентность, не ориентирующиеся в ситуации и в своем состоянии и, основное, лишенные ухода и надзора. Такие пациенты госпитализируются в среднем реже ( $1,30 \pm 0,40$ ), чем пациенты из других подгрупп. Сравнение со средней частотой госпитализаций, например, в группе бесконтрольных ( $3,38 \pm 1,06$ ), выявляет значимые различия ( $Z = -3,160$ ,  $p < 0,002$ ). Стационарирование обычно связано с беспомощным состоянием пациента. Показатель общего функционирования у них до последней госпитализации и при поступлении очень низкий ( $30,30 \pm 1,95$ ), значительно отличается от этого показателя в других подгруппах пациентов ( $p < 0,001$ ). В процессе лечения общее функционирование значительно улучшилось в данной подгруппе, в среднем на  $27,6 \pm 13,62$  баллов, и достигнутый уровень функционирования не отличается от других подгрупп пациентов. В приемном отделении большинство из изученных пациентов отказывались от стационарного лечения, однако без статистически значимых различий с другими подгруппами пациентов, и в последующем подписали согласие на дальнейшее стационарное лечение. Отсутствие решений комиссии врачей-психиатров о принудительной госпитализации связано с отсутствием признаков опасности, низкими проявлениями агрессии, в частности, агрессии к окружающим —  $1,50 \pm 1,5$ , в сравнение с неконтролируемой группой —  $10,13 \pm 2,22$  ( $Z = -2,393$ ,  $p < 0,017$ ); общей оценке агрессии по шкале

OAS, соответственно  $7,50 \pm 2,49$  и  $17,50 \pm 2,76$  ( $Z = -2,138$ ,  $p < 0,033$ ); беспокойному и агрессивному поведению по шкале PSP, соответственно  $3,30 \pm 0,95$  и  $4,560 \pm 0,93$ ,  $Z = -2,301$ ,  $p < 0,021$ . Однако в решении о принудительной госпитализации следует учитывать отсутствие у этих пациентов способности к принятию решения о лечении в силу беспомощного состояния. Оказание психиатрической помощи пациентам данной подгруппы должно учитывать необходимость постоянного надзора, оформления в установленном порядке опекунов и тщательное инструктирование по уходу и лечению лиц, участвующих в помощи.

### Выводы

Таким образом, среди пациентов распространены несоблюдение лечения, стигматизация и боязнь психиатрической службы, что проявляется в частоте повторных госпитализаций, затягивании нелеченных обострений и несвоевременной обращаемостью за помощью, которая тогда уже часто становится принудительной. Нами предложена типология пациентов по их отношению к лечению. За основу типологии взята способность пациента к контролю своего психического состояния с учетом роли близких или значимых для пациента лиц. Определены такие подгруппы пациентов:

- 1) **соконтролируемые** — придерживаются рекомендаций врача-психиатра, однако нуждаются в поддержке и дополнительном мотивировании со стороны близкого лица относительно приема препаратов;
- 2) **субконтролируемые** — пациенты со сниженной критикой, сопротивлением лечению, но вынужденные и способные подчиняться требованиям близких родственников принимать рекомендуемые врачом-психиатром препараты;
- 3) **неконтролируемые** — пациенты, которые не считают себя нуждающимися в лечении, пренебрегают поддерживающей терапией, чаще вообще прекращают лечение в амбулаторных условиях;
- 4) **бесконтрольные** — лица с беспомощным состоянием, формально утратившие компетентность, не ориентируются в окружающей ситуации и, основное, лишенные постоянного ухода и надзора.

Данная типология, в зависимости от клинико-социальных характеристик пациента, позволяет выбрать способы сотрудничества с пациентом (его родственниками) и улучшить соблюдение поддерживающего лечения.

Работа по улучшению соблюдения лечения должна быть целенаправленной и сфокусированной на конкретных задачах в зависимости

от принадлежности пациента к той или иной группе. В группе соконтролируемых необходимо разделенное (совместное) согласие на прием препарата с детальными разъяснениями сущности страдания и действия психотропного препарата. Такие же подробные разъяснения потребуются для значимых лиц пациентов из группы субконтролируемых. Конечно, все пациенты будут нуждаться в их осознанном согласии на лечение, детальном разъяснении о сущности их страдания и необходимости поддерживающего лечения, но объемы предоставляемой информации будут связаны с их способностями по ее пониманию и усвоению.

Пациенты из неконтролируемой группы требуют особого внимания лечащих врачей, разработки стратегий преодоления негативного отношения к службе, наращивания критических способностей, модификации способов

введения препарата с предпочтением пролонгированных препаратов, а также целенаправленных разъяснительной и обучающей методик. Особый риск будут составлять пациенты из бесконтрольной группы, лишенные социальной поддержки, что в ряде случаев потребует организации опекунства и обучения опекунов навыкам работы с пациентами, в том числе по соблюдению ими лечения.

Предложенная нами типология способствует проведению лечения с учетом характеристик пациента и содействия близких лиц, а также улучшению работы лечащего врача в виде налаживания терапевтического контакта и предъявления адекватных разъяснений пациенту и его близким. Кроме того типология значима для адекватных рекомендаций стационара относительно оформления амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке.

### Литература

1. Patient Self-Management Support Programs: An Evaluation. Final Contract Report. AHRQ Publication No. 08-0011, November 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville // <http://www.ahrq.gov/qual/ptmgmt>.
2. Насинник О. А. Несоблюдение поддерживающего лечения / О. А. Насинник // Психічне здоров'я. — 2014. — № 4 (45). — С.32–38.
3. Alia-Klein N. Insight Into Illness and Adherence to Psychotropic Medications are Separately Associated With Violence Severity in a Forensic Sample / N. Alia-Klein, Th. M. O'Rourke, R. Z. Goldstein [et al.] // Aggressive Behavior. — 2007. — Vol. 33, № 1. — P. 86–96.
4. Mahmood K. T. Adherence to Drug Therapy In Psychiatric Patients / K.T. Mahmood, N. Khalid, Z. Makhdom // Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. — 2010. — Vol. 2, № 11. — P. 700–703.
5. Hill M. Nonadherence to Medication Four Years After a First Episode of Psychosis and Associated Risk Factors / M. Hill, N. Crumlish, P. Whitty [et al.] // Psychiatric Services. — 2010. — Vol. 61, № 2. — P.189–192.
6. Taylor D. Psychopharmacology and adverse effects of antipsychotic long-acting injections: a review / D. Taylor // British Journal of Psychiatry. — 2009. — Vol. 195, № 52. — P.13–19.
7. Kane J. M. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections / J. M. Kane, C. Garcia-Ribera // British Journal of Psychiatry. — 2009. — Vol. 195, № 52. — P. 63–67.
8. Patel M. X. Increased use of antipsychotic long-acting injections with community treatment orders / M. X. Patel, J. Matonhodze, M. K. Baig [et al.] // Therapeutic Advances in Psychopharmacology. — 2011. — Vol. 1, № 2. — P. 37–45.

УДК 616-056.83:613.816

## **Аналіз існуючої системи організація наркологічної допомоги в Україні на національному і регіональному рівнях, локально-клінічному і позаклінічному етапах**



Возний Д. В.

**Возний Д. В.**

Одеський національний медичний університет, Україна

**Резюме.** В данной публикации автор анализирует существующую систему организации наркологической помощи в Украине на национальном и региональном уровнях, локально-клиническом и внеклиническом этапах. В статье описано учреждения оказания стационарной, амбулаторной и реабилитационной помощи больным алкогольной зависимостью мужчинам. Даны рекомендации по реформированию и возобновлению предоставления помощи алкогользависимым лицам в Украине (эффективное использование существующих ресурсов, обновления стандартов и протоколов оказания комплексной помощи, мультидисциплинарное оценивания биологических, психологических и социальных рисков формирования алкогольной зависимости и т.д.).

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, наркологическая помощь, территориальный принцип деятельности.

### **Analysis of the existing organization system of substance abuse treatment in Ukraine on national and regional levels, inpatient and outpatient stages**

**Vozny D. V.**

Odessa National Medical University, Ukraine

**Resume.** In this publication, the author analyzes the existing systems of narcological treatment in Ukraine at national and regional levels, local and clinical outpatient stages. The article describes the institution providing inpatient, outpatient and rehabilitative care to patients alcohol-dependent men. The recommendations for the reform and renewal of aid alcohol-dependent persons in Ukraine (the effective use of existing resources, updating of standards and protocols for integrated care, multidisciplinary assessment of biological, psychological and social risks of alcohol dependence formation).

**Keywords:** alcohol addiction, narcological treatment, the principle of territorial activities.

#### **Вступ**

За даними ВООЗ, щорічно від хвороб і травм, пов'язаних з пияцтвом, вмирає близько 2,5 мільйона чоловік, у тому число 320 тисяч молодих людей у віці 15-29 років; кожен рік зловживання алкоголем провокує 3,8% всіх випадків смерті в світі і 4,5% хронічних хвороб [3]. Зловживання алкоголем має серйозні наслідки для здоров'я населення і є однією з основних причин передчасної смертності та інвалідності [1]. Алкоголь підвищує ризик виникнення психоневрологічних та інших неінфекційних хвороб, таких як цироз печінки і різні види раку, а також тягне за собою каліцтва і травматизм, в тому числі в ДТП, йдеться в документі [1]. Нарешті, пияцтво руйнує сімейне життя і сіє цілий ряд інших соціальних проблем.

Схема організації наркологічної допомоги в Україні забезпечує доступність амбулаторного і стаціонарного лікування для хворих, які страждають на алкогольну залежність, включаючи соціальну і правову допомогу, спрямовану на відновлення соціальних та трудових відносин (ре соціалізація, реабілітація), а також заходи

захисту суспільства від соціально небезпечних дій залежних осіб.

Важливим аспектом наркологічної допомоги є профілактична робота з населенням і, особливо, серед соціальних груп ризику, яка поряд із державними установами, проводиться недержавними організаціями (НДО).

#### **Викладення основного матеріалу**

Робота наркологічної служби проводиться на єдиній методичній основі, що полягає у профілактичній спрямованості, ранньому виявленні, взятті на диспансерний облік та оптимальній реабілітації хворих [5].

Основними структурними одиницями наркологічної допомоги населенню в Україні є наркологічний диспансер, наркологічні стаціонари та районні наркологічні кабінети. Але за останні роки незалежності України швидко розвинувся позадержавний сектор медико-психологічної допомоги хворим на алкогольну та наркотичну залежність (приватні клініки). Головною організаційно-методичною установою, яка об'єднує всі структурні підрозділи наркологічної служби,



є наркологічний диспансер. Основний принцип діяльності диспансеру — територіальний. Структурою наркологічного диспансеру передбачене розміщення наркологічних кабінетів згідно адміністративного розподілу області на райони.

1. Установи надання амбулаторної наркологічної допомоги:
  - Наркологічні диспансери;
  - Наркологічні кабінети;
  - Приватні наркологічні послуги на дому у хворого.
2. Установи надання стаціонарної наркологічної допомоги:
  - Наркологічні відділення при диспансерах;
  - Наркологічні відділення при психіатричних лікарнях;
  - Приватні наркологічні клініки.
3. Сектор реабілітаційної допомоги:
  - Приватні реабілітаційні центри;
  - Релігійні організації;
  - НДО та інші співтовариства.

Не дивлячись на досить розгалужену мережу установ, які надають послуги у сфері наркологічної допомоги, існує ряд проблем та недоліків, що знижують ефективність та якість лікувальних та реабілітаційних програм для залежних осіб. В Україні питання допомоги хворим на алкогольну залежність вирішуються, в переважній більшості, установами, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я. При цьому, навіть у межах одного міністерства, існують проблеми взаємодії, координації та спадкоємності між різними установами та департаментами.

Централізація, зосередження механізмів регулювання надання допомоги знаходиться виключно під юрисдикцією держави, що породжує ригідність системи, нездатність гнучко реагувати на специфічні, різноманітні потреби осіб з алкогольною залежністю, які потребують поряд з медичним лікуванням, соціальних та психокорекційних програм [4]. Незважаючи на великі кошти, які витрачаються в усьому світі на боротьбу з алкоголізмом і наркоманією, успіхи наркологів досить незначні. За даними соціологічних досліджень, більшість наркозалежних, що зіткнулися з реаліями наркологічної служби, схильні надалі ухилятися від звернення до державних наркологічних установ. Жорстка централізованість і бюрократизованість системи, низька зарплата та формалізм вимог до якості послуг, сприяють зниженню рівня мотивованості та компетентності спеціалістів, а також не можуть забезпечити достатній приплив висококваліфікованих кадрів. Відсутність конструктивної критики, альтернативних програм допомоги свідомо прирікають державну політику в сфері надання послуг алкоголь залежним особам на неефективність.

Узагальнюючи досвід багатьох країн світу, можна сказати, що у будь-якій країні Європи та Америки поряд з державною допомогою присутні також приватний сектор, світська і церковна благодійність, недержавні громадські організації та об'єднання. В умовах демократичного суспільства вони перебувають у стані взаємного співробітництва та здорового суперництва, при цьому державна система, як правило, є в першу чергу об'єктом критики з боку інших суспільних систем, що служить чинником її постійного вдосконалення, не дає їй бюрократизуватися і деградувати.

У дослідженнях, побудованих на принципах доказової медицини, доведено, що в наш час ефективнішими є методи комплексної терапії, яка включає медичне лікування у поєднанні з психотерапією (переважно когнітивно-поведінкової спрямованості) [2]. Вітчизняна наркологія включає низку методик, що не відповідають вимогам науковості, ефективності та безпеки.

Таким чином, система надання допомоги алкогользалежним особам в Україні потребує реформування та поновлення.

Необхідним є:

- ефективне використання існуючих ресурсів (державних та недержавних) та організація на їх базі комплексної етапної мультидисциплінарної програми допомоги алкогользалежним особам;
- розробка та своєчасне поновлення стандартів та протоколів надання комплексної допомоги особам, що страждають на алкогольну залежність та їх родинам, на клінічному та позаклінічному етапах з урахуванням медичної, психологічної та соціальної складової допомоги;
- участь первинного рівня охорони здоров'я, на якому здійснюється виявлення залежних осіб і перенаправлення їх до служб психічного здоров'я та лікувальних установ;
- мультидисциплінарне оцінювання біологічних, психологічних та соціальних ризиків формування алкогольної залежності та створення дієвих програм первинної профілактики;
- проведення моніторингу якості послуг, що надаються пацієнтам з алкогольною залежністю та їх родинам;
- створення прозорих механізмів спадкоємності та координації між установами та службами в сфері надання послуг алкогользалежним особам та їх родинам;
- створення єдиної електронної бази даних пацієнтів з алкогольною залежністю з системою охорони особистої інформації;
- залучення до процесу лікування родини та соціального оточення особи, залежної від алкоголю.

### Висновки

1. Основними структурними одиницями наркологічної допомоги населенню в Україні є наркологічний диспансер, наркологічні стаціонари та районні наркологічні кабінети.
2. В наш час ефективнішими є методи комплексної терапії, яка включає медичне лікування у поєднанні з психотерапією (переважно когнітивно-поведінкової спрямованості).
3. Система надання допомоги алкогользалежним особам в Україні потребує реформування та поновлення (ефективне використання існуючих ресурсів, поновлення стандартів та протоколів надання комплексної допомоги, мультидисциплінарне оцінювання біологічних, психологічних та соціальних ризиків формування алкогольної залежності тощо).

### Література

1. Дудко Т.Н. Алкогольная зависимость / Дудко Т.Н. // Наркология — М.: Гр. «ГЭОТАР-Медиа», 2008. — С. 575-612.
2. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний / Е.А. Кошкина // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т.1. — С. 8-32.
3. Линник С. Реалізація в Україні глобальної стратегії ВООЗ «Скорочення шкідливого споживання алкоголю» / С. Линник // Демократичне врядування. — 2012. - № 10. — 8 с.
4. Лінський І.В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І.В. Лінський, О.І. Мінко, Е.Б. Первомайський // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. —2007. — № 2. —С. 44-58.
5. Наркология: национальное руководство / под. ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2008. — 720 с.

УДК 616-056.83:613.816

## **Еще раз об экспертных ошибках в судебно-психиатрической экспертизе**

**(по поводу статьи Шум С.С. «Экспертні помилки в діяльності судово-психіатричного експерта», Вестник Ассоциации психиатров Украины, №5, 2013, С. 26-28.)**

**Первомайский В. Б.**

Український науково-дослідницький інститут соціальної, судової психіатрії та наркології МЗ України

**Резюме.** В статті аналізується виконання автором публікації стандартних вимог до викладення у друці матеріалів наукового дослідження. Показано суттєві дефекти, які позбавляють дані доказовості, як то відсутність: повноцінного літературного пошуку, даних щодо репрезентативності вибірки, стандартизованої методики дослідження, статистичного опрацювання матеріалу, обґрунтування висновків та рекомендацій, наявність протиріч у викладенні.

**Ключові слова:** Наукове дослідження, літературний пошук, визначення поняття, статистичне опрацювання матеріалу.

## **Again on the expert errors in the forensic psychiatric examination**

**(regarding the article Shum S.S. «Expert errors in the Work of Forensic Psychiatrists», Bulletin of the Association of psychiatrists of Ukraine, No. 5, 2013, S. 26-28.)**

**Pervomaisky V. B.**

The Ukrainian research Institute of social, forensic psychiatry and narcology of the Ministry of health of Ukraine

**Resume.** The article analyzes the implementation by the author of the standard requirements for presentation in print materials research. Shown are significant deficiencies that deprive data of evidence, such as the lack of a full literature search, information regarding the representativeness of the sample, a standardized research methodology, statistical processing of the material, the study's conclusions and recommendations, the contradictions in the statement.

**Keywords:** scientific research, literature searches, definitions, concepts, statistical processing of the material.

Никогда не прочитал бы эту публикацию если бы не случай. Неожиданно позвонил главный врач одной из психиатрических больниц с весьма эмоциональной жалобой на институт, который не оказывая никакой научно-методической помощи в решении насущных проблем практической психиатрии, выступает в печати с проектами реформирования применения принудительных мер медицинского характера. Не будучи готовым адекватно отреагировать на эту просьбу о помощи (именно так звучало это обращение), я заинтересовался в Ассоциации психиатров Украины о публикациях на эту тему. На что С.Ф. Глузман любезно предоставил мне экземпляры «Вестника Ассоциации психиатров Украины», где обсуждаются судебно-психиатрические проблемы. Попутно отмечу, что внешний вид «Вестника» существенно изменился в лучшую сторону, за исключением изображения замочной скважины на титульной странице, которая вызывает неправильные ассоциации в отношении деятельности «Ассоциации» (извините за каламбур).

Как специалиста, проработавшего более 30 лет председателем СПЭК и 25 лет руководившего отделом судебно-психиатрической экспертизы в Украинском НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии (с момента его образования), меня не могла не заинтересовать заявка

некого Шума С.С. на научное (?) обсуждение проблемы экспертных ошибок в судебно-психиатрической экспертизе, сделанная в 5 номере журнала за 2013 год. В свое время эта проблема исследовалась в отделе судебно-психиатрической экспертизы, о чем есть ряд публикаций. К сожалению, как показывает рецензируемая работа, Шум С.С. не знаком с ними.

Возможно, эта публикация и не заслуживает внимания, поскольку просто не отвечает критериям научной статьи. Однако, учитывая, что этот журнал позиционирует себя как «научно-практический» и «включен в наукометрические базы данных *Science Index* и *Google Scholar*», стоит проанализировать эту работу хотя бы для того, чтобы журнал более ответственно относился к отбору материала для печати, даже если его раньше публикует другое издание, например «Вісник Вищої ради юстиції».

Известно, что стандартная схема научной публикации предполагает изложение результатов литературного поиска по заявленной теме, цели исследования, описание материала, примененных методов и методик, полученных данных, их анализ и, наконец, выводы. Общим требованием для экспериментальных работ является обеспечение возможности повторения исследования другими учеными. Это означает, что статья должна содержать исчерпывающее

описание процесса исследования, примененных методов и результатов статистической обработки материала. Тем самым обеспечивается возможность подтверждения (или опровержения) объективности полученных данных и нейтрализация влияния субъективного фактора, исходящего от самого исследователя.

Само собой разумеется, что автор статьи обязан соблюдать авторские права других авторов. То есть изложение должно быть таково, чтобы читатель мог сделать однозначный вывод, что высказанные в тексте мысли принадлежат именно автору статьи, либо они высказывались ранее другим автором, а последний автор лишь разделяет их или не согласен с ними. Теперь о публикации.

Во вводной части статьи, а это 2 абзаца до раздела «Мета статті», Шум С.С. излагает ряд оригинальных мыслей, которые видимо должны, по мнению Шума С.С., составить теоретический базис для правильного понимания основного текста публикации.

Мысль первая — *«Висновок судово-психіатричного експерта є особистим джерелом доказів, тобто інформація, яка в ньому викладається, відображає елементи подій минулого (майбутнього — в разі розгляду в суді справи про визнання особи недієздатною/ обмежено дієздатною) або її наслідки не безпосередньо, а проходячи через особистість експерта, який пояснює, інтерпретує й подає як нові дані про факти, що стають доказами у справі [1]»*. Ключевые понятия выделены мною полужирным шрифтом. Единичка в конце цитаты означает Гончаренко В.Г., автора, которому, наверное, принадлежит этот текст. Но поскольку Шум С.С. не представил его как цитату, можно предполагать, что он привнес в него свое понимание содержащихся в нем мыслей.

Поэтому не хочу проверять, кому принадлежит это фантастическое по своей глубине суждение — Шуму С.С. или Гончаренко В.Г. Вчитайтесь внимательно и не спеша. Что утверждает автор цитаты?

Первое — заключение судебно-психиатрического эксперта является **личным** источником доказательств. Не знаю, что имел в виду Шум С.С., но если учесть, что судебно-психиатрическая экспертиза проводится «экспертными тройками», то их заключение можно считать источником доказательств, как минимум, **«личным в кубе»**.

Второе — оказывается информация в заключении эксперта отображает элементы событий прошлого, будущего или их последствия. Остается только установить кто при проведении судебно-психиатрической экспертизы,

например, в уголовном процессе исследует и отображает в акте экспертизы события **настоящего**, т.е. психическое состояние подэкспертного на момент проведения экспертизы, что абсолютно необходимо хотя бы для решения вопроса о применении принудительных мер медицинского характера.

Не берусь угадать об отображении каких событий будущего или их последствиях идет речь, поскольку возможное число их вариантов неограничено, тем более, что они еще не наступили и могут вообще не произойти. Но Нострадамус, несомненно, позавидовал бы такому эксперту-экстрасенсу и заодно автору статьи Шуму С.С. появление которого в судебной психиатрии он вряд ли мог предсказать.

Третье — все это отображение происходит не непосредственно, а проходит через **личность** эксперта. На тему личности существует необозримое количество литературы психологической, психиатрической, философской. Какую именно теорию личности исповедует Шум С.С. неизвестно. Поэтому для иллюстрации обратимся хотя бы к К.Леонгарду, почему именно к нему — чуть ниже. Он выделяет в личности ряд сфер, которые обозначает как *сферу направленности интересов и склонностей, сферу чувств и воли, сферу ассоциативно-интеллектуальную [1]*. Поскольку основные общепризнанные сферы здесь отображены (эмоциональная, волевая и идеаторная), остается лишь вспомнить морально-этические качества личности, которые некоторые исследователи считают отдельной сферой.

Естественно возникает вопрос: через какие сферы проходит отображение событий прошлого и будущего, и как можно отобразить то, что еще не существует, если эксперт составляет заключение, а не пишет научно-фантастическое произведение? Как быть с доказательствами в том случае, если личность эксперта акцентирована (по К.Леонгарду) или еще хуже — патологична, что, к сожалению, встречается как в общей психиатрии, так и судебно-психиатрической экспертизе. Практика института показывает, что бы ни пропускала через себя такая личность, на выходе получается либо шизофрения, либо органическое поражение центральной нервной системы. Наверное, при наличии в институте финансирования Шум С.С. исследует эти вопросы. Стоит посоветовать исследовать также, почему законодатель в вопросах судебной экспертизы обращается не к личности эксперта, которая ему не интересна как источник доказательств, а к его специальным знаниям. Можно предположить, что личность эксперта во всей совокупности ее составных элементов в профессиональной сфере должна интересоваться



дирекцию учреждения, во избежание совершения кадровых ошибок, которые легко превращаются в ошибку судебную.

Четвертое — эксперт, **пропуская факты через себя**, их объясняет, интерпретирует и **подаёт как новые данные про факты**, которые становятся доказательствами в деле. В отношении «пропускания фактов через себя» изложено выше. А что же такое факт? В учебниках для юристов *«Фактами или фактически данными называют единичные события или явления, для которых характерны определенное время, место и конкретные условия их существования»* [2]. Причем в структуре доказательства утверждением о фактах отводится роль аргументов, кроме которых существует еще тезис и демонстрация. Кроме фактов в качестве аргументов в доказательстве используются также *«законы науки, эмпирические обобщения, аксиомы, определения понятий, общие правовые положения, нормы права и другие оценочные стандарты»* [2,3]. Из этого следует, что от факта до доказательства достаточно длинный путь, а утверждение что факт или какие либо новые данные о нем сами по себе становятся доказательствами в деле — это непозволительное для экспертизы упрощение, если не сказать примитивизация процесса доказательства.

Таким образом, становится очевидным, что в представлениях Шум С.С. главным в судебно-психиатрической экспертизе является личность эксперта и именно она, эта личность, является источником доказательств. Эта точка зрения не есть нечто новое в теории доказательства. В действительности она направлена на легитимизацию некой разновидности одного *«из самых употребительных видов произвольного довода»* каким *«являются неправильные ссылки на авторитеты»* [4, с.122]. Опасность такой позиции состоит в том, что главным авторитетом эксперт объявляет самого себя. На практике это проявляется в ситуациях, когда вместо доказательных доводов в пользу экспертного решения эксперты выдвигают тезис: *«Экспертная комиссия так решила»* или *«эксперт — доктор медицинских наук с многолетним стажем работы»* и поэтому они как бы не могут ошибаться и поэтому вызывают безграничное доверие и т.д. и т.п. При этом эксперт не подозревает, что согласно канонам логики считается, что *«сама по себе ссылка на авторитет в огромном большинстве случаев является лишь более или менее вероятным (а не достоверным) доводом... Злоупотребление ссылками на авторитеты свойственно нередко увлекающейся молодежи и тем людям, которые не привыкли, не любят и не умеют*

*самостоятельно мыслить»* [4, с.123]. Отсюда прямой путь от экспертной ошибки к ошибке судебной. Похоже, что именно по этому пути движется Шум С.С.. Об этом свидетельствует вторая часть цитированного выше первого абзаца рецензируемой публикации.

Мысль вторая: *«Особливість висновку судово-психіатричного експерта полягає в тому, що орган, який призначив експертизу, не володіє спеціальними знаннями в галузі психіатрії, тому, оцінюючи повноту дослідження та обґрунтованість висновку, покладається на професійні якості експерта»*. Из цитаты неясно, из какого исследования Шум С.С. почерпнул такой вывод и как он относится к этому утверждению: осуждает или поддерживает (из дальнейшего текста следует, что скорее второе).

Поскольку орган назначивший экспертизу не владеет никакими специальными знаниями кроме юридических, то это утверждение Шума С.С. можно распространить на все виды экспертиз без исключения. Но дело в том, что юридические знания предполагают знание логики, а, следовательно, и теории доказательства (и опровержения). Именно это обстоятельство вводит в заблуждение некоторых юристов, которые считают, что понятия «доказательство» и «доказывание» чисто юридические. Однако это не так. Логика, формирующая алгоритм правильного, непротиворечивого мышления, является общенаучной категорией, обеспечивающей взаимопонимание всех, кто использует научные знания. Ни в одной науке, как и в юриспруденции, вывод, соответствующий объективной реальности, невозможен без доказательства. Поэтому именно с этих позиций суд и должен оценивать заключение судебно-психиатрической экспертизы, **не просто доверяя** экспертам (потому, что доверие это не научная категория), **а проверяя** их компетентность и выполняя еще 5 позиций, которые Пленум Верховного Суда считает необходимым разрешить при оценке Акта судебной экспертизы судом [5]. Другое дело, что суд не всегда это делает по разным причинам, хотя законодатель даже предоставил ему право воспользоваться специальными знаниями специалиста.

Продолжая линию исключительного права эксперта на истину, Шум С.С. пишет: *«Судово-психіатричний експерт, надаючи висновок на підставі сучасних наукових даних в результаті проведеного дослідження, повинен мати безапеляційну впевненість в тому, що він прийняв єдине вірне рішення, адже саме судово-психіатричний експерт має спеціальні знання, яких позбавлені не тільки інші учасники процесу, а й звичайні лікарі-психіатри, яких*

можуть залучати як **спеціалістів**... У той же час судово-психіатричний експерт не застрахований від прийняття **помилкового висновку**, що є об'єктивною реальністю будь-якої галузі діяльності». Что ни цитата, то просто прорыв научной мысли. Выделим три ключевых понятия.

Начну со «специалиста». Заглянем в ГПК Украины, ст. 54 «Специалист», ч.1: «*Специалистом может быть лицо, которое владеет специальным знаниями... и может давать консультации во время совершения процессуальных действий по вопросам, требующим соответствующих специальных знаний и навыков*». А по Шуму С.С. врачей-психиатров могут привлекать в качестве специалистов, хотя они лишены специальных знаний. Любопытно много ли таких специалистов видел Шум С.С. А теперь остальные выделенные понятия.

Словарь украинского языка определяет: «**безапелляційний** — який не допускає заперечення, сумнівів; незаперечний, категоричний» [6]. Отсюда вопрос: как можно одновременно быть абсолютно уверенным в единственно правильном принятом решении и не быть застрахованным от принятия ошибочного вывода? Автор этой словесной конструкции явно не в ладах с логикой, которая в данном случае достаточно проста. Либо эксперт безапелляционно уверен и в этом страховка от ошибки, либо он допускает возможность ошибки и тогда не может быть безапелляционно уверенным. Однако Шум С.С. предлагает свой вариант разрешения противоречия.

Во втором абзаце он вдруг без всякой видимой связи с абзацем первым ссылается на приказ МЗ Украины, который возлагает на институт функции «*головної установи з питань судово-психіатричної експертизи та проведення повторних СПЕ*». Как бы выполняя этот приказ, институт нередко проводит экспертизы по делам, где уже были проведены две экспертизы, выводы которых противоречат друг другу. А это обстоятельство свидетельствует о том, что выводы как минимум одной из них ошибочны, пишет Шум С.С.. Разрешить обозначенное выше противоречие можно только одним способом — разделить экспертов. Считать, что только эксперт института может иметь «безапелляционную уверенность в принятии единственно верного решения» (ведь это же головное учреждение), а любой другой эксперт, не работающий в головном учреждении, не может быть застрахован от принятия ошибочного решения. Отсюда, и именно с этой позиции, как бы возникает право Шума С.С. «*здійснити аналіз практики проведення судово-психіатричних експертиз із метою*

*виявлення експертних помилок та мінімізації умов їх виникнення*».

После такого, на мой взгляд, не совсем удачного экскурса в теорию экспертизы, Шум С.С. мимоходом в 2-х коротких абзацах излагает то, что должно называться результатом литературного поиска по заявленной теме.

В первом абзаце он перечисляет фамилии 13 авторов (не известных судебной психиатрии), разрабатывавших вопросы экспертных ошибок и делает вывод: «*проте тема експертних помилок при проведенні судово-психіатричної експертизи залишається актуальною і недостатньо дослідженою*». Такой вывод был бы уместным, если бы Шум С.С. проявил элементарную научную добросовестность, провел полноценный литературный поиск и проанализировал работы судебных психиатров на эту тему. Хотя бы из уважения к институту, в котором работает, прочитал работы его сотрудников. Но Шум С.С. вероятно считает, что научные исследования по проблеме в Украине не проводились до его появления в институте. Поэтому он и приходит к выводу, что тема экспертных ошибок в судебно-психиатрической экспертизе «остаётся недостаточно исследована» теми 13 авторами, которых Шум С.С. перечислил. А исследовалась ли она ими вообще установить сложно, поскольку Шум С.С. не считает необходимым указать источник его информированности (библиографические данные источника). Остается либо верить ему на слово, либо считать, что он назвал фамилии произвольно, из тех которые вспомнил.

Во втором абзаце Шум С.С. приводит единственный результат его литературного поиска — определение экспертной ошибки. Приведу цитату полностью. «*Визначення, запропоновані В.М.Абрамовою та Г.О.Аубакіровою, дозволяють визначити експертну помилку як ненавмисне неправильне судження, дії чи бездіяльність судового експерта при встановленні фактичних даних в процесі дослідження об'єктів, оцінки результатів і аналізу отриманої інформації та порушення процесуального законодавства, що здатні привести до прийняття невірного рішення, що не забезпечує повноту, об'єктивність і законність дослідження, що реалізується у вигляді висновку експерта*». Теперь попробуй-те определить кому из авторов: В.М. Абрамовой, А.А. Аубакировой или С.С. Шуму принадлежит это определение? Это к вопросу о соблюдении требований к научной публикации.

В судебной психиатрии существует иное свое определение экспертной ошибки. Оно же изложено и в Юридической энциклопедии. «В судебно-психиатрической экспертизе

*экспертная ошибка — это не соответствующая действительности оценка психического состояния подэкспертного и иных объектов экспертизы, которая объективно выявляется вследствие существенного расхождения между экспертными выводами двух и более экспертов. Причем это расхождение не есть результат естественных изменений в объекте исследования при идентичности всех остальных условий» [7, 8].*

Не буду вдаваться за недостатком места в подробности научных способов формирования определения понятий и их классификации. Это отдельная большая тема. Обращу внимание читателя лишь на одно принципиальное обстоятельство, различающее цитированные выше определения.

В первом определении нет ни одного критерия экспертной ошибки. Если его сложную, многословную конструкцию упростить, то получится следующее. Экспертная ошибка это неумышленное:

- неправильное суждение..., способное привести к неправильному решению;
- действия или бездействие судебного эксперта... и нарушение процессуального законодательства, способные привести к неправильному решению;
- все это не обеспечивает полноту, объективность и законность исследования и реализуется в виде вывода эксперта.

А если еще короче, то экспертная ошибка это способность привести к неправильному решению, даже если эксперт ничего не будет делать, как считают авторы первого определения. Очевидно, что при таком определении критерием экспертной ошибки является тот, кто ее определяет, т.е. по Шуму С.С. эксперт, который имеет безапелляционную уверенность, что именно он принял единственно верное решение. Таким образом, через это определение закрепляется монопольное право института решать, имеет ли место экспертная ошибка или нет.

В отличие от первого определение судебно-психиатрической ошибки содержит такие критерии как **объективность выявления**, т.е. независимость от безапелляционной уверенности эксперта, и **несоответствие действительности**. Таким образом, второе определение уходит от тавтологии и субъективизма того, кто оценивает заключение.

Последующий текст публикации делится на две части: изложение исследования и изложение рекомендаций по предупреждению экспертных ошибок. Нарушения методики подобных исследований очевидны. Автор пишет, что им проанализировано 130 случаев

посмертной судебно-психиатрической экспертизы из разных регионов Украины. Якобы материал отбирался по признакам частоты посмертной экспертизы в гражданском процессе, важности и сложности этого вида экспертизы. Хотя, скорее всего потому, что в институте другого материала практически нет. Выборка не описана. Репрезентативность ее неизвестна. Как проводился анализ обоснованности экспертных выводов — неизвестно. Стандартизированной методики исследования у автора, судя по тексту, не было. Перечисленные им 6 параметров, которые учитывались при анализе, носят описательный характер. Без четкой формализации их исследование лишено научного смысла. Это видно из цифр приведенных автором:

- 39,5% выводов полностью обоснованы;
- 37,2% выводов верные, но недостаточно обоснованы из-за недостаточности материалов дела, неполноты и/или противоречивости сведений о психическом состоянии подэкспертного, субъективности в оценке данных;
- 23,3% выводов необоснованы.

Очевидно, что эти цифры либо нужно принимать на веру, либо отвергать, потому что, исходя из публикации, проверить их нельзя. В таком случае они полностью субъективны. Вторая группа, составляющая 37,2%, это ярко подтверждает. Оказывается, что верные выводы можно сделать и при недостаточности материалов, неполноте и противоречивости сведений, субъективной оценке данных. Более того. При всех этих дефектах оказывается можно такой вывод проверить и подтвердить. И все это, очевидно, с безапелляционной уверенностью в своей правоте.

Как видно из текста, в рецензируемой публикации речь идет об установлении причинно-следственных отношений. В исследованиях подобного рода обычно различают факториальный и результативный признаки, состоящие из компонентов (первый) и факторов (второй), используется соответствующая классификация признаков и адекватные методы статистической обработки [9, 10]. Ничего этого в работе нет. Поэтому и выводы носят описательный, умозрительный характер, не имея ничего общего с доказательством. При перечислении 6 причин вынесения необоснованных экспертных решений их частотная характеристика либо вообще не указывается, либо используются такие характеристики как, *«більшість, поширена помилка, досить поширене порушення, декілька випадків, нерідко»*, которые, понятно, весьма далеки от понятийного аппарата статистики. Для того чтобы назвать эти причины с такими



характеристиками не нужно было изучать 130 случаев.

Местами возникает ощущение, что автор плохо понимает то, о чем пишет. Для наглядности приведу цитату: **«Вказані недоліки нерідко призводять до помилок, причинами яких є: порушення вимог процесуального законодавства, недотримання науково-обґрунтованих методик експертного дослідження, недостатність медичної документації, велике навантаження на експерта, особистісні якості експерта, також не виключається можливість впливу думок інших експертів, що мали більший досвід...»**. То есть автор однозначно считает, что влияние мыслей экспертов с большим опытом является одной из причин экспертных ошибок.

Такая же бездоказательность и умозрительность характерна для мероприятий, которые, по мнению Шума С.С., нужно применить

для предупреждения экспертных ошибок. Хотя бы потому, что влияние перечисленных им факторов в данном исследовании не изучалось.

Если вспомнить, что рецензируемая публикация принадлежит кандидату медицинских наук, заведующему научным отделом, то возникает подозрение, что в институте существует серьезная проблема подготовки научных сотрудников в разделе планирования, проведения литературного поиска, выполнения научных исследований, обработки их результатов и грамотного изложения их в печати.

Я уже не помню, кому принадлежит высказывание о том, что из необозримого количества публикаций, претендующих на наименование «научный», лишь незначительное меньшинство относится к науке, а остальная масса составляет **«научный шум»**. И только от автора зависит, в какой части пропорции он с его трудами окажется.

### Литература

1. Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с нем. — К.: Вища школа, 1981, 392 с. (С.13-14).
2. Кириллов В.И., Старченко А.А. Логика: Учебник. — М.: Высшая школа, 1982. — С.216-220.
3. Жеребкін В.Є. Логіка: (Підруч. Для юрид. вузів і фак.). — Х.:Основа. К.:Знання, 1998. — С.207-212.
4. Поварнин С.И. Спор. О теории и практике спора//Вопросы философии. — 1990. — №3. — С.60-133.
5. Постанова Пленуму Верховного Суду України від 30 травня 1997 р. №8 «Про судову експертизу в кримінальних і цивільних справах»
6. Словник української мови: в 11 т. /АН УРСР і інститут мовознавства; за ред. І.К.Білодіда. — К.: Наукова думка, 1970 — 1980. — Т.1. — С.119.
7. Первомайський В.Б. Експертна помилка / Юридична енциклопедія: В 6 т. /Редкол.: Ю.С.Шемшученко та ін. — К.: «Укр. Енцикл.», 1998, Т.2.:Д — Й. — 1999, с.346.
8. Первомайский В.Б. Субъект судебно-психиатрической экспертизы и проблема расхождения экспертных выводов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — №4 (14). — 2004. — С.35-42.
9. Сепетлиев Д.А. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. — М.: Медицина, 1968. — 420 с.
10. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. — М.: Медицина, 1986. — 208 с.



УДК: 616.89-082:658.14

## Економічний фактор в оптимізації мережі психіатричних закладів



Барановська Л. М.



Риженко О. О.

**Барановська Л. М., Риженко О. О.**

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві

**Резюме.** В статті показано состояние, проблемы организации амбулаторной психиатрической помощи и направления ее улучшения. Представлены предложения экономически рационального реформирования психиатрической помощи для обеспечения более высокого уровня её качества.

**Ключевые слова:** Экономическая рациональность, реформирование, качество психиатрической помощи.

## The economic factor in the optimization of mental health facilities

**Baranovska L. M., Ryzhenko O. O.**

ТМО «PSYCHIATRY» in Kiev

**Resume.** Presented offers economically rational reform of mental health care to provide a higher level of its quality.

**Keywords:** Economic rationality, reform, the quality of mental health care.

Закони України «Про внесення змін в Основи законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [1] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [2] обумовили старт медичній реформі в Україні.

Реформування має відбуватися за трьома основними напрямками: ідеологія, методологія та кадрове забезпечення (Марута Н.А. [3]).

Ідеологічні заходи повинні спрямовуватись на дестигматизацію і інтеграцію психіатричної служби в первинну медико-санітарну ланку.

Методологія передбачає використання комплексної біопсихосоціальної моделі лікування з активізацією психосоціальної терапії і реабілітації.

Кадрове забезпечення передбачає підготовку поліпрофесійних бригад для роботи з пацієнтами.

Загальна мета цих реформаторських ідей — створення умов для підтримки звичайного життя,

його якості та максимальна інтеграція в суспільство осіб з розладами психіки та поведінки.

Чи маємо ми можливості для досягнення цієї мети та які шляхи виконання поставлених завдань?

Скоріше за все, вважає Закаль Ю.П. [4], це потребує переходу від існуючої традиційної моделі психіатричної допомоги (де центральне місце належить госпіталізації в психіатричну лікарню) до моделі середовищної психіатричної допомоги, в якій госпіталізація обмежена до необхідного мінімуму, та більше уваги приділяється профілактиці соціальної дисфункції та ізоляції на ранніх етапах захворювання. Осипов М.А. [5] називає лише дві причини, за якими може відбуватися госпіталізація. Це: постійна загроза життю, коли є можливість її запобігання, та необхідність маніпуляції, яку можливо виконати лише в умовах стаціонару. Тому зосереджується увага на лікуванні в звичайному життєвому середовищі, виявленні та задоволенні основних потреб пацієнта, забезпеченні участі родини в

терапевтичних заходах, забезпеченні підтримки та дружніх соціальних відношень, які протидіють соціальній ізоляції пацієнта. Все це можливо здійснити, але шляхи мають бути реальними.

Соціально-економічні умови сьогодення України примушують переглянути економічні пріоритети звичайних для охорони здоров'я цінностей.

Жоден керівник будь якого рівня управління в охороні здоров'я не залишається безучасним в ситуації, яка обумовлює необхідність реформування будь якої її галузі. Про те, цільовий перерозподіл бюджетних ресурсів, пов'язаний з військовими діями на території України, зменшує і без того недостатнє фінансування охорони здоров'я, змушує вирішувати проблеми реформування переважно шляхом більш ретельного, економного управління фінансами, зокрема, дбайливого переглядання всіх етапів безперервного комплексного лікування хворих на психічні розлади.

Ідеологія дестигматизації і інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико — санітарну ланку визначає посилення ролі амбулаторної психіатричної допомоги в системі психіатричної служби звичайного міського рівня.

На прикладі міста Києва, який включено Верховною Радою України в програму реформування, і де створено об'єднання амбулаторних та стаціонарних психіатричних ЛПЗ, що дає більш легку можливість перерозподілу штатних посад та функцій, є можливість представити, як це має відбуватися.

**1.** Шляхом підготовки (навчання) лікарів первинної медичної допомоги ( в сімейних амбулаторіях) по програмах первинної діагностики та лікування хворих на психічні та поведінкові розлади сімейні лікарі можуть включатися в процес надання амбулаторної психіатричної допомоги пацієнтам. Реально це може бути організовано так: після попереднього огляду пацієнта, який звернувся в сімейну амбулаторію чи до будь якого лікаря районної поліклініки з приводу можливого психічного розладу, він направляє до психіатра ПНД ( або диспансерного відділення) по місту проживання та після консультації психіатра, який (згідно Закону України Про психіатричну допомогу) поставить пацієнту діагноз, за бажанням, повертається до сімейного лікаря на лікування, або лікується в ПНД, або ( при необхідності) в психіатричному стаціонарі [6]. Можливість вибору амбулаторного лікування, безумовно, є привабливим фактором, він дозволяє пацієнту уникнути стигматизації та своєчасно пройти лікування, залишившись на попередньому обліку в звичайному середовищі до певних подальших подій, обумовлених станом здоров'я пацієнта.

**2.** З метою подальшого обережного залучення пацієнта до амбулаторного лікування в ПНД чи диспансерному відділенні, при необхідності підтримуючого, профілактичного, активного лікування, можливі певні перетворення існуючих психоневрологічних диспансерів в більш сучасні заклади, які б не фіксували уваги пацієнтів на слові «диспансер» ( що припускає небажаний диспансерний облік пацієнта), а надавали б більше діагностичних (лабораторних, інструментальних та апаратних) досліджень з метою виявлення та лікування психосоматичних розладів, та своєю назвою гарантували б неформальне ставлення до психічного та фізичного здоров'я особи. Досвід Польщі свідчить про можливість перетворення психоневрологічних диспансерів на структурні підрозділи таких закладів, які б поєднували їх з можливостями соматичного амбулаторного обстеження та лікування, а також психічної реабілітації з їх спільною назвою «консультативні центри психічного здоров'я». У нашому прикладі таким центром може стати об'єднання диспансерів, як диспансерних відділень, з консультативно-діагностичною поліклінікою ТМО «Психіатрія»

Основними завданнями центру мають бути:

- Надання постійної амбулаторної психіатричної допомоги
- Опіка хворого поліпрофесійною командою на дому
- Надання соматичної амбулаторної допомоги силами спеціалістів консультативного центру чи організації лікування в інших соматичних амбулаторних та стаціонарних закладах
- Організація профілактичної роботи спеціалістів (психологів, психотерапевтів) з групами пацієнтів та трудовими закладами з метою активізації професійної діяльності пацієнтів.

**3.** Шляхом скорочення стаціонарної психіатричної допомоги до необхідного мінімуму госпіталізацій.

Згідно з положенням про психоневрологічну лікарню, в лікарні мають бути обов'язкові відділення:

- приймально-діагностичне відділення (іноді з кризовим стаціонаром);
- лікувальні відділення, які можуть бути диференційовані за віковими чи клініко-нозологічними ознаками;
- допоміжні діагностичні та лікувальні відділення чи кабінети.

В останнє десятиріччя намагання психіатрів покращити стан перебування і лікування хворих в стаціонарах, при відсутності будь яких науково

обґрунтованих рекомендацій вчених, призвели до створення різних експериментальних відділень, ефективність яких залишилась невивченою, а організація — необґрунтованою, адже вони залишились існуючими по принципу, що не заважають роботі стаціонару. Чи відповідають вони сучасній методології біопсихосоціальної моделі з акцентом на психосоціальну терапію і реабілітацію? Чи відповідає сьогодні склад стаціонарних хворих принципу необхідної госпіталізації, який допоможе уникнути стигматизації пацієнтів, і якого потрібно прагнути? Скоріше за все — однозначно не відповісти, адже відповідь буде вірнішою, якщо провести зріз складу стаціонарних хворих, прийнявши за головне чіткі затверджені головним спеціалістом показання до госпіталізації хворих по принципу необхідного мінімуму в разі проведення цього дослідження спеціалістом, визначеним не за «високою» посадою, а досвідченого, обізнаного фахівця-психіатра, який знає цю методику дослідження і, головне, — не несе відповідальності за склад стаціонарних хворих, чим може досягнути об'єктивних достовірних результатів.

4. Кадрове забезпечення також не може залишатися без змін.

*По-перше:* кожному лікарю, хто посідає управлінську посаду будь якого рівня, необхідно визначитися: бути лікарем - практиком чи управлінцем тому, що сьогодні має бути якісна медична допомога, відповідно до протоколів та стандартів, яка може відповідати умовам страхової медицини, і забезпечити яку може лише тандем фахівця і менеджера. Отже завідувач відділенням має бути кваліфікованим менеджером з реалізації знань і умінь кожного спеціаліста відділення в інтересах державних програм і завдань. Але для цього потрібна спеціальна, далеко неформальна підготовка з управління системами. Якщо залишити на управлінських посадах «фахівців», які не вважають за необхідне зробити аналіз своєї роботи, чи бояться обговорити результати роботи відділення, чи знищують розпорядження та інші управлінські рішення головного керівника, вони будуть не лише заважати дійсним спеціалістам, а й зводити на нуль всю управлінську діяльність керівника закладу (нажаль, ми маємо ці приклади). Отже, має бути обов'язкове ретельне вивчення спеціальності управляти об'єктом.

*По-друге:* виконуючи завдання посилення амбулаторної допомоги, необхідно резерв штатних посад персоналу після скорочення стаціонарних ліжок задіяти в денних стаціонарах та лікарських дільницях диспансерних відділень центру психічного здоров'я з акцентом на психологічні, психотерапевтичні посади та посади соціальних

працівників, які б забезпечували надання допомоги в домашніх умовах хворого, а також інтегрувати посади психологів та психотерапевтів в заклади первинної медичної допомоги.

Адже всі ці пропозиції, за досвідом їх використання, будуть ефективними лише при умові — не робити жодної з них під певну особу (як би пристроїть певну людину на хорошу посаду або як би не защемити інтереси людини); потрібно (як вимагає наука управління системами):

1. Визначити цілі та завдання їх реалізації;
2. Наповнити систему необхідними для цього компонентами, зокрема штатними посадами, необхідними для рішення поставлених завдань;
3. Розподілити функції;
4. Вирішити питання підпорядкування структур;
5. Відпрацювати комунікаційні зв'язки;
6. Визначити інтеграційні можливості покращення роботи та
7. Спланувати подальший розвиток системи.

Лише після цього стає можливим брати на посади професійно підготовлених працівників під певну ціль та завдання.

В результаті вище наведених реформаційних змін та перерозподілу функцій, в апараті управління об'єднання, на прикладі якого ми розглядаємо можливості покращення якості надання психіатричної допомоги, визначається роль економічного фактора:

- керівна посада особи з управління амбулаторною допомогою втрачає значення, так як функції фактично переходять до завідувача центру психічного здоров'я, який поєднує управління всіма амбулаторними підрозділами об'єднання;
- звільняється посада особи з управління стаціонарною допомогою, так як після скорочення стаціонарних ліжок значно скорочуються функції заступника з медичної частини (відходить амбулаторна медична частина та значно зменшується стаціонарна частина), тобто, заступник з медичної частини цілком виконує функції управління стаціонарною допомогою;
- реальне скорочення мережі «самостійних» ЛПЗ означає лише перехід їх у структурні форми функціонування, що при значно скорочених витратах на утримання адміністративно-господарчих посад не скорочує лікувально-діагностичних та реабілітаційних функцій, поширює їх можливості в наданні комплексних психіатричних та соматичних послуг населенню і буде сприяти підвищенню якості медико-соціальної допомоги, збереженню психічного здоров'я населення та зменшенню соціально-економічного навантаження суспільства;

- скорочення чисельності юридичних осіб — керівників ЛПЗ в мережі психіатричного об'єднання зменшує об'єм організаційно-методичної роботи, яку виконує міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги, що дозволить зосередити більшу увагу на інформаційному супроводженні процесів управління в об'єднанні, що також остаточно доводить недоцільність існування посади заступника керівника об'єднання з організаційно-методичної роботи.

Адже більша частина успішності функціонування ТМО залежить від якості управління і медичної допомоги. Відсутність чи недосконалість затверджених вимог до організації прийому хворих до стаціонару, стандартів терміну їх перебування в стаціонарі, збільшення хронічних психічно хворих з тяжкими соматичними розладами, обумовлюючими підвищення летальності від супутніх захворювань, приводить до перевантаження стаціонару непрофільними хворими, збільшенню терміну перебування їх в стаціонарі, що є предметом обговорення

нераціонального використання ліжок та інших факторів відсутності управлінських рішень та контролю діяльності медичної частини. Тому було б доцільно підійти до введення страхової медицини з кращою якістю психіатричної допомоги, задіявши для цього так необхідну сучасну посаду заступника директора об'єднання з якості медичної допомоги, яка б забезпечила більш переконливе управління медичною частиною з боку заступника з медчастини.

Отже, оптимізація мережі психіатричної служби потребує як ідеологічного, так і відповідного економічного супроводження, яке в реальності сьогоденної соціально-економічної ситуації стосується, насамперед, раціонального перерозподілу функцій, організації структур та відповідних комунікацій в системі, виходячи з поставлених перед нею цілей і завдань, що дозволяє раціонально скоротити апарат управління та покращити якість психіатричної допомоги за рахунок звільненого додаткового цільового персоналу, організації та управління всіма структурами системи психіатричної допомоги.

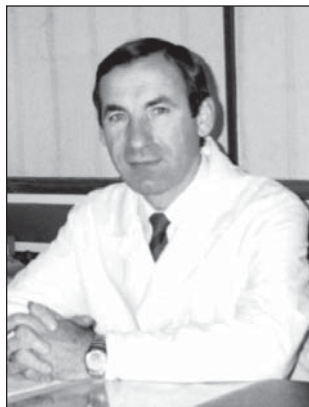
### Література

1. Закон України «Про внесення змін в Основи законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», 2011р.
2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», 2011 р.
3. <http://www.mif-ua.com/archive/article/35066>
4. <http://www.mif-ua.com/archive/article/35066>
5. <http://www.colta.ru/articles/specials/5682>
6. Барановський К.Л., Барановська Л.М. Проблеми амбулаторної психіатричної допомоги в місті Києві та шляхи її удосконалення//Психічне здоров'я . — 2014. — №3-4(44-45). — С.66-70.



УДК 616.89-008.48

## Художник Ричард Дадд: его душевное расстройство и творческое наследие



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, спогадів колег та лікуючого лікаря, проведеного патографічного аналізу наведені нові дані про психічний розлад, життєвий і творчий шлях Річарда Дадда — англійського живописця нелегкої долі, який майже 43 роки провів у психіатричних лікарнях через важку душевну недугу, де плідно працював як живописець.

**Ключові слова:** художник Р. Дадд, біографічні дані, психічний розлад, творча спадщина.

## Artist Richard Dadd: his mental disorder and artistic heritage

**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 literature sources, memories of colleagues and physician conducted pathographical analysis provides new data on mental illness, life and work of Richard Dadd — English painter hard fate, which is almost '43 held in psychiatric hospitals because of severe mental illness, where successfully worked as a painter.

**Keywords:** artist R. Dadd, biographical information, mental disorder, and artistic heritage.

Ричард Дадд (англ. *Richard Dadd*, 1817-1886) — известный английский живописец, основатель группы художников викторианских эпохи «Клика», проживший большую часть своей нелегкой жизни в психиатрических лечебницах,



Ричард Дадд

создавший свои наиболее впечатляющие работы — миниатюрные, с невероятной тщательностью и скрупулезностью выписанные, но галлюцинаторные по атмосфере и колориту фантастические полотна, что указывает на его высокий профессионализм и мужественный

жизненный путь человека, страдающего на протяжении многих десятилетий тяжелым психическим недугом [1-9].

В конце 1830-х годов Р. Дадд основал и возглавил группу викторианских художников «Клика» (*Clique*). Члены «Клики» считали себя последователями Уильяма Хогарта, писавшего серии картин на темы общественной и семейной морали, и Давида Уилки. Это был, так называемый, эскизный клуб. Члены группы встречались каждую неделю, чтобы писать картины на конкретную тему, как правило, на сюжеты из истории или литературных произведений, а затем критиковали работы друг друга и дискутировали. Деятельность группы была охарактеризована, как уход от академического высокого искусства в пользу жанровой живописи. К периоду активного участия в «Клике» относится известная работа раннего Дадда — «Спящая

Титания» (1841). Группа просуществовала несколько лет и распалась в 1843 году после трагедии, случившейся с Р. Даддом [9].

Отметим, что ещё Аристотель, ученик Платона, вторил учителю: «Не бывает великого ума без примеси безумства». Схожая мысль нашла отражение в древнейших языках мира, где существовали слова, означавшие одновременно и высокую степень мудрости, и пророчество, и безумие. В древнегреческом это была «мания», в древнееврейском — «нави», в санскрите — «ниграта».

Правомерность отмеченного симбиоза подтвердили своей судьбой множество гениальных людей, которые, не в силах вместить в себя свой исключительный дар, ушли в мир фантазий, галлюцинаций, наркотиков, алкоголя, душевных болезней, в том числе и с видением бога Осириса [8].

Один из лучших выпускников Королевской академии, после путешествия в Египет в возрасте 26 лет сошёл с ума, зарезал собственного отца и провёл остаток жизни (около 43 лет) в сумасшедшем доме, где и создал большую часть своего творческого наследия. Его работы находятся в крупнейших музеях мира, таких как Лувр, Тейт Гэллери, Британский музей и других.

Один из наблюдавших Р. Дадда людей писал, что «он ткал свои волшебные фантазии на холстах среди самых отвратительных разговоров и самого грубого поведения. Как это ему удавалось, до сих пор остается загадкой!». Есть такое понятие, как *horror vacui* — боязнь пустых пространств. В искусстве самые яркие примеры *horror vacui* можно видеть в работах художников, склонных к шизофрении, которые заполняют пустоту на своих полотнах огромным количеством деталей, выписанных настолько филигранно, что их можно рассматривать с лупой. Одним из таких художников был отцеубийца Р. Дадд, самая известная картина которого — «Мастерский удар эльфа-дровосека» (также переводится «Мастерский замах сказочного дровосека») [1-7].

Долгое время эта сфера искусства оставалась недоступной широкой публике, и только в XX веке при ведущих европейских психиатрических клиниках, наконец, открылись мастерские, в которых пациенты могли заняться живописью, графикой, лепкой и резьбой по дереву. В некоторых городах появились галереи, где выставляются такого рода работы, а в Англии, Франции и Германии созданы специальные музеи, которые пользуются всемирной известностью.

Здесь уместно отметить, что термин *art brut* («грубое, сырое, необработанное искусство») ввел в 1945 году французский художник Жан Дюбюффе для описания собранной им коллекции картин, рисунков и скульптуры, созданных

непрофессиональными мастерами, которые как с общественной, так и с психической точки зрения являются маргиналами (душевнобольные, инвалиды, заключенные, чудаки — одиночки, медиумы и т.п.). Авторы более чем половины из 15 тыс. предметов, которые приобрёл для своей коллекции этот художник-авангардист, провозгласивший безумие позитивной ценностью, страдали шизофренией. В качестве эквивалента в англоязычной литературе используется термин искусство аутсайдеров (англ. *outsider art*), предложенный критиком Роджером Кардиналом [10].

Ж. Дюбюффе не первый, кого заинтересовало искусство обитателей психиатрических лечебниц. В 1921 году швейцарский доктор Вальтер Моргенталер опубликовал своё исследование «Психически больной пациент как художник» о страдающем галлюцинациями педофиле Адольфе Вёльфли, позднее признанном одним из величайших мастеров арт брютта. В 1922 году вышла книга «Творчество душевнобольных» немецкого психиатра Ханса Принцхорна. Истоки арт брютта, впрочем, можно проследить до XIX столетия. Р. Дадд, считавший себя реинкарнацией египетского бога Осириса, убив собственного отца, в 1843 году был посажен под замок как невменяемый преступник; одна из его работ, написанных в больнице, теперь служит гвоздём программы в галерее Тейт [10].

Такие творцы не только исключены из социума, но также стоят вне художественного и коммерческого мейнстрима. Их навязчивое, пристрастное к подробностям, тревожное искусство никогда не пользовалось симпатией музейных кураторов и редко продаётся на аукционах. Профильные периодические издания представлены только ежеквартальным журналом «Raw Vision» на английском языке и «Out of Art», издаваемым раз в два года на голландском (с английским резюме) [10].

Так, постепенно, современный мир избавляется от предрассудков, осторожности и недоверия по отношению к такого рода работам. Конечно, немалую роль в этом сыграл, как ни странно, и просто коммерческий успех. Так, например, картины Р. Дадда, который провёл в клинике большую часть своей жизни, в 1985 году были проданы за баснословные деньги. Теперь многие коллекционеры мира мечтают заполучить его работы.

Бедлам! — часто восклицаем мы в сердцах, когда что-то не ладится у нас, валится из рук среди беспорядка и неустроенности.

Прославилось это слово в связи с вполне определенным лечебным заведением Лондона — Вифлеемским госпиталем для душевнобольных (англ. *Bethlehem hospital for*

insane) побудованим як раз навпроти Тауэра. Ще в XVIII столітті сюди свозили умалишених і блаженних, а в 1815 році на цьому місці побудували гігантський госпіталь, являючись по тем часам зразковим: тут душевнохворих не тримали в ґратах і не морили голодом.

Летом 1844 року в відділення умалишених кримінальних злочинців цього госпіталю був доставлений 27-річний Р. Дадд. Його арештували неподалік від Парижа в Фонтенбло, коли він набросився з ножом на пасажирів диляжанса, слідувавшого з Кале в столицю. На допиті в префектурі Р. Дадд заявив через перекладача, що їде в Вену, щоб вбити там австрійського імператора! [1, 3, 6].

Молодий чоловік в ході допиту признався також — без всякого тиснення з боку поліцейських, — що 28 серпня 1843 року убив в лісі свого батька, о чому в Парижі вже прийшло «повідомлення» від англійської поліції з проханням затримати вбивцю. Странные поведіння молодого чоловіка викликало у слідователів цілком законне підозріння стосовно стану його розумових здібностей, і його перевели в притулок для умалишених, а потім відправили в Англію.

Крім Р. Дадда в Бедламе зберігалося небагато стільки ж небезпечних для суспільства душевнохворих пацієнтів. Чому ж дана робота присвячена саме йому? Да тому, що доля цього чоловіка унікальна в своєму роді. Він ніби кидає виклик, здавалося б, неспірному твердженню про те, що «геній і злодійство — дві речі несумісні». Так чи це?

Річард Дадд народився 01 серпня 1817 року в графстві Кент, в невеличкому містечку Чатем, який славився найбільш великим доком королівських військово-морських сил. Його дід по батьку був відмінним плотником в доках, а батьки володіли аптекою на центральній Хай-стріт. Річард отримав непоганий освіту в місцевій школі. Коли йому виповнилося 20 років, батько його переїхав в Лондон, відкрив в столиці майстерню на фешенебельній Саффолк-стріт, в якій займався різьбою по дереву і золоченням різьбних орнаментів. Юноша успадкував художественні схильності батька, він відвідував заняття в майстерській королівської Художественної академії, яка і по сьогодні вважається вищою художественною школою Великої Британії.

Швидко про Р. Дадда заговорили як про видатного таланта, блиск якого підкріплювався наполегливістю і трудолюбивістю. Він був веселим, живим і компанейським молодим чоловіком. На різних виставках Академії він завоював три медалі і почав активно виставлятися в престижній галереї на Саффолк-стріт [1, 3, 6].

Йому виповнилося 25 років, коли сэр Томас Філіппс запросив молодого художника брати участь в експедиції на Близький Схід і Єгипет. Малюнки і зарисовки, зроблені Р. Даддом в час поїздки, вражали всіх. Але ця ж експедиція, ймовірно, і стала причиною трагедії. Подорож виявилася довгою і важкою. Молодий чоловік прийшов на берег Ніла повний живих вражень і в той же час емоційно виснаженим.

Він писав своєму другу-художнику У. Фріту: «Я часто лежу без сну серед ночі, при цьому моє уявлення переповнено такими дикими видіннями, що мені самому стає страшно за своє душевне здоров'я і благополуччя». Незгладиме враження на Річарда зробило відвідування «міста мертвих». Саме після цього йому стало здаватися, що влада над ним захопив могутній Осиріс, славившийся у давніх єгиптян повелителем підземного царства. Вони стали долати видіння дияволів і монстрів. Він навіть признався, що на зворотному шляху в Англію хотів, опинившись в Римі, вбити самого папу.

Странные поведіння Р. Дадда віднесли до дії жарких променів південного сонця, а жалоби на те, що їм опановують злі духи, прийняли за невдачу спроби пошутити. Але не менш, Р. Дадд раптово покинув групу і повернувся в Лондон. Лікарі поставили діагноз «сонячний удар».

Дома він вражає друзів і близьких незвичністю і відсутністю звичної для нього м'якості і доброти. Він став непередбачуваним в своїх діях; наприклад, він перестав носити рукавички з кіз'яної шкіри і чому-то тримав у собі в кімнаті цілий склад яєць — не менше 300 штук. Батько, впевнений в тому, що син страждає наслідками «сонячного удару», звернувся до Александра Сазерленду, тодішньому в тому часі психіатру. Доктор висловив тверде рішення: Річард не несе відповідальності за свої дії і вчинки. І порадив тримати його в ізоляції під наглядом. До жаль, батько не послухався поради лікаря.

В понеділок 28 серпня 1843 року батько і син приїхали в рідний Чатем і пішли спостерігати за маневрами місцевого полку, розквартированого неподалік від Кобем-Парка. Там і сталося невідворотне. Роздразнені музикою, рухом, гучними звуками, син напав на батька. Роберт Дадд відчайдушно спротивлявся, але Річард ударив його в груди матросським ножом, а потім перерізав горло. Тіло Роберта Дадда було знайдено рано вранці в вівторок 29 серпня 1843 року. Земля навколо була перекопана, і квітки трави вирвані з корінням [3, 6].



Сообщение о поимке молодого Дадда потрясло весь просвещенный и артистический Лондон. Как писалось в Журнале союза художников в том же 1843 году: «Несчастный Ричард Дадд. Увы! Мы должны навеки забыть имя молодого гения, который обещал оказать такую честь миру искусства, поскольку, несмотря на то, что могила не сомкнулась над ним, он, тем не менее, должен быть отнесен к классу мертвых». Эта часть пророчества, к счастью, не сбылась...

Р. Дадд провел в Бедламе и Бродмуре около 43 лет, он был изолирован от мира до конца жизни. Но вот что поразительно: его талант не померк, болезнь не затронула эту часть мозга. Р. Дадд продолжал творить и оставил после себя поразительные, необычные работы.

Отметим, что через сто лет интерес к картинам художника резко возрос. В 1984 году одна из его работ — «Спор: Оберон и Титания» — была продана за полмиллиона фунтов стерлингов. Через четыре года новая сенсация: акварель «Пребывание художника в пустыне», провалявшаяся все эти годы на чердаке, была куплена Британским музеем за сто тысяч фунтов! О популярности Р. Дадда сегодня достаточно сказать только то, что его работы хранятся в таких крупнейших собраниях, как музей Пола Гетти в северном лос-анджелесском пригороде Малибу, лондонской галерее Тэйта, Национальной галерее британской столицы и других.

В 1974 году в знаменитой лондонской галерее сэра Генри Тэйта (известного сахарозаводчика, построившего здание в 1897 году) была устроена выставка сохранившихся произведений Р. Дадда, на которой было собрано свыше 200 работ. Их было значительно больше, — многое, к сожалению, пропало. В госпитале его не посещал никто из родных, никому не пришло в голову позаботиться о сохранении его художественного наследия. Кое-что валялось на чердаках, да и в Бродмуре — другом госпитале, где он провел последние годы, сохранились и по сей день расписанные им декорации для театра. В том же Бродмуре он раскрасил несколько гравюр, на которых был изображен дом известнейшего английского поэта Александра Попа, автора поэмы «Утерянный рай» [3, 6].

Случайно сохранился карандашный набросок — автопортрет Р. Дадда, сделанный, когда ему было 24 года. В Бедламе в ящике одного из столов была найдена единственная фотография Р. Дадда, сидящего в кресле и занятого работой над овальной по форме картиной «Оберон и Титания». На фотографии мы видим человека старше сорока лет, глаза его горят неистовым огнем. Один из наблюдавших Р. Дадда людей, как нами уже отмечено, писал, что «он ткал свои волшебные фантазии на холстах

среди самых отвратительных разговоров и самого грубого поведения. Как это ему удавалось, до сих пор остается загадкой!».

Исследователей поражает то, что Р. Дадд мог плодотворно работать в таких весьма далеких от идеала условиях. Он попал в Бедлам, когда это было по тем меркам вполне «цивильное» лечебное заведение, старавшееся избавиться от шлейфа народной памяти, связанной с этим и подобными ему местами (например, парижской клиникой Шарантон, которую посещал Зигмунд Фрейд), но, тем не менее — по свидетельству очевидцев, — и в госпитале палаты для «невменяемых» преступников (или признанных таковыми) представляли собой скорее «клетки Зоологического сада для самых жестоких хищников, нежели нечто соответствующее содержанию больных человеческих существ».

Достаточно сказать, что до прихода в Бедлам сэра Чарлза Худа, ставшего старшим врачом в 1852 году, там не велась истории болезни! Именно Ч. Худ и рассказал нам о том, как жил Р. Дадд: «В течение нескольких лет после его поступления к нам, он считался одним из самых буйных и опасных больных. Время от времени безо всяких видимых к тому причин он вскакивал на ноги и начинал молотить воздух кулаками. Он объяснял, что какие-то духи все еще овладевают его волей и заставляют тело делать то, чего он не хотел бы. Когда он заговаривает о своем преступлении, он явно возбуждается, уходит в сторону от темы и речь его часто становится непонятной. Он очень эксцентричен и вовсе не обращает внимания ни на какие приличия — как в своих действиях, так и в словах. Он представляет собой самое, что ни на есть, животное существо, объедаясь до такой степени, что его начинает тошнить.

Несмотря на все эти отталкивающие черты, он может быть в то же время весьма тонко чувствующим и приятным собеседником, обнаруживая в разговоре наличие яркого и наблюдательного ума, весьма изощренного в тонкостях своей профессии, в которой он все еще сияет и, вне всякого сомнения, достиг бы больших высот, если бы не эти печальные обстоятельства».

Через шесть лет, 10 января 1860 года Ч. Худ записывает: «В симптомах заболевания этого человека не произошло никаких изменений... Он все еще развлекает себя с помощью своей кисти, но стал медленнее в работе. Он очень мало общается с другими пациентами, но обычно сдержан в отношениях с ними и ведет себя вполне прилично. Ум его полон «делузий» (то есть ложных верований, если не сказать галлюцинаций). Его лечащий доктор, Ч. Худ, поощрял занятия своего пациента живописью, снабжал его всем необходимым.



То же можно было сказать и о его брате Джордже, который попал в Бедлам через два дня после гибели отца. Джордж часто отказывался ложиться в свою постель, «охваченную, — как он считал, — пламенем». А однажды он каким-то чудом бежал из госпиталя и явился домой в голом виде. Таким образом, можно предположить, что оба брата страдали наследственным заболеванием, которое проявилось, как только для него возникла подходящая почва [1-7].

В 1857 году условия содержания Р. Дадда были улучшены в связи с тем, что он «в течение многих лет не проявлял буйности». Ч. Худ писал, что Ричарда было очень трудно заставить работать, но когда тот все же начинал что-то делать, то «работал как лошадь: лучше всего ему давалось таскание угля».

Иногда Ричард устраивал врачам и медперсоналу целые концерты самодеятельности. «Он знал наизусть множество пьес Шекспира. С ним всегда была книга «Лавка древностей». Ричард также играл на скрипке, вспоминая мелодии, разученные им еще в далеком детстве. И при этом его прозвали «тигром» за манеру буквально набрасываться на пищу».

А в 1864 году Р. Дадда переводят из Бедлама в Бродмур, что в Беркшире к западу от Лондона. Бродмур был госпиталем для душевнобольных, построенным в духе самых современных для того времени теоретических требований. В нем больным предоставлялась вся мыслимая для такого контингента людей свобода. Больницу построили на вершине холма, чтобы стены не закрывали от пациентов сельский пейзаж. Перевозили Р. Дадда в поезде с Паддингтонского вокзала. Впервые за двадцать лет он вновь увидел знакомые пейзажи, которые рисовал по памяти.

В Бродмуре он также регулярно играл на скрипке, разрисовывал стены и стеклянные панели, а также писал задники и декорации для театра, которые сохранились и по сей день. Он умер в 1886 году от туберкулеза, прожив почти семьдесят лет! Ему был поставлен модный в то время диагноз «деменция прекокс» (*dementia praecox*) — преждевременное слабоумие (которое отличали от слабоумия старческого — деменции сенильной — от латинского «*senex*», то есть старый).

В лечебницах Р. Дадд продолжал заниматься живописью, причём создал свои наиболее впечатляющие работы — миниатюрные, крайне тщательно и скрупулезно выписанные, но галлюцинаторные по атмосфере и колориту фантастические полотна, некоторые из которых писались очень долго (до 9 лет). Многие картины надо рассматривать очень внимательно, потому что тонкость деталей и исполнения у

картин невероятная. Среди наиболее известных работ следует назвать следующие: «Привал художника в пустыне», «Оберон и Титания», «Мастерский замах сказочного дровосека» (также переводится «Удар волшебного дровосека»), «Бегство из Египта», «Спящая Титания», «Вакхическая сцена», «Автопортрет», «Портрет неизвестного», «Придите в эти желтые пески», «Портрет сэра Томаса Филлипса в турецких одеждах», «Портрет сэра Томаса Филлипса в арабских одеждах», «Караван остановился у побережья», «Гробница калифов, Каир», «Портрет восточного вельможи», «Пак, дух-проказник», «Вид на остров Родос», «Сэр Александр Морисон, учёный», «Пейзажная композиция», «Иисус Христос спасает святого Петра из вод морских», «Портрет молодого человека», «Корабли», «Фантазия о египетском гареме», «Портрета Дж. Макдональда», «Отшельник», «Ясон и Медея», «Падший воин» и акварельные рисунки для аллегорической серии «Страсти», «Безумная Джейн», «Спасение Андромеды» и многие другие [1, 2, 4, 7].

Многие психологи-любители стремились увидеть в чрезвычайно детализированных полотнах Р. Дадда нечто такое, что бы определенно говорило о его душевном состоянии. В «Бегстве из Египта» они обращают внимание на множество не связанных друг с другом деталей, преобладание в центре композиции желтого и красного, контрастирующего с синим, и так далее. Нечто подобное говорится и о других картинах.

Здесь необходимо пояснить две вещи. Во-первых, многие свои картины Р. Дадд писал, сообразуясь с литературными источниками, а во-вторых, писал он их довольно долго. (Последняя картина, например, считающаяся одной из лучших, потребовала для своего завершения целых девять лет). Некоторые утверждают, что желтоватый фон его «Страстей» и фигуры с горящими глазами на картине являются несомненным свидетельством комплекса избегания некоторых цветов и мании преследования, характерных для шизофрении. Из подобного описания картины довольно трудно что-либо понять. За исключением того, что автор был явно далек от медицины и современной психиатрии, назвав заболевание Р. Дадда шизофренией.

Но это уже суждения «из будущего», когда хорошо известен результат развития событий прошлого. К тому же нельзя применять термин «шизофрения» — начала XX века — к определению душевного состояния человека середины позапрошлого, не имея точного описания истории болезни, о чем уже говорилось выше.

Современные врачи полагают, что сегодня Р. Дадду можно было бы помочь, скомпенсировать его душевное состояние и даже выпустить

в нормальную, ничем не ограниченную жизнь. Но сохранился ли бы в нетронutom — интактом — виде после курса современных препаратов его удивительный и яркий талант? На этот вопрос, к сожалению, пока еще медицина не может дать однозначного ответа.

К февралю 1869 года Р. Дадд почти полностью потерял рассудок, но по-прежнему продолжал рисовать — последние его акварели сделаны чуть ли не в 1883 году. Он резко состарился, волосы у него поседел. Сдал он и физически, хотя и продолжал много работать. В октябре 1886 года у него начался кашель с кровью, и 2 месяца спустя 07 января 1886 года Ричард Дадд умер в психиатрической лечебнице Бродмур — всеми забытый и покинутый.

В 1944 году известный психиатр Карл Юнг небезосновательно писал: «Я убежден, что исследование души — наука будущего». Сам К. Юнг является автором знаменитого метода «активного воображения». Автор его пытался «стимулировать способности души к формированию символов и созданию спонтанных творений, в которых бессознательное конкретизируется в виде слов, музыкальных звуков и рисунков, картин, танца или скульптуры, что ведет к разрешению психических конфликтов и расстройств».

В Италии в одном из психиатрических «институтах» испробовали на практике метод активного вовлечения больных в художественное творчество, и это дало поразительные результаты: люди успокаиваются быстрее и надежнее, чем под действием химических препаратов. К примеру, положительные результаты получают психиатры при использовании метода творческого самовыражения по М.Е. Бурно при лечении больных, страдающих шизофреническим спектром расстройств [11].

В состоянии раздражения и недовольства — лучшее средство успокоиться — сыграть на музыкальном инструменте, послушать

тихую спокойную мелодичную музыку, что поможет снять напряжение, подскажет выход из создавшегося положения.

Ничего этого во времена Р. Дадда еще не знали. Быть может, если бы уже тогда метод «активного воображения» был разработан, если бы лечение велось целенаправленно, он бы мог снова занять свое место в жизни. Его мощный творческий заряд, его «гений» победил бы «злодейство».

Следует подчеркнуть, что картины Р. Дадда были заново открыты в XX веке, вызвав большой интерес публики и критики. Р. Дадд стал по-своему знаменит: радиопьеса о нём «Приди в эти жёлтые пески» (1986, так озаглавлена одна из картин Р. Дадда) принадлежит Анджеле Картер, фантазия английского композитора Оливера Кнуссена «Расцветай фейерверком» (1988) написана по мотивам картины «Мастерский замах сказочного дровосека», к ней же обращается в романе «Крохотные свободные человечки» (2003) английский писатель Терри Пратчетт. Картина присутствует в романе «Чисвикские ведьмы» Роберта Ранкина, так названа одна из песен рок-группы Queen на альбоме Queen II [1, 2, 4, 7].

Таким образом, проведенный анализ проявлений душевного расстройства, биографических данных нелегкой судьбы и творческого наследия известного английского живописца Ричарда Дадда показывает, что не всегда такое тяжелое психическое заболевание как шизофрения, может разрушать способности художника к его творческой профессиональной деятельности, имеющие свои определенные характерные особенности, выраженность которых колеблется в зависимости от продолжительности болезни, её формы и типа течения. Бесспорно, проявления душевного расстройства у Р. Дадда и его творческое наследие нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

### Литература

1. Allderidge Patricia. Richard Dadd / Patricia Allderidge. — London: New York: Academy Editions, St. Martin's Press, 1974. — 109 p.
2. Allderidge Patricia. The late Richard Dadd (1817-1886) / Patricia Allderidge. — London: — Tate Gallery Publications, 1974. — 172 p.
3. Лалаянц И. Гений из Бедлама / И. Лалаянц // Наука и жизнь. — 1993. — № 2. — С. 82-86.
4. Wood Christopher. Fairies in Victorian art / Christopher Wood. — Suffolk, UK: Antique Collectors' Club, 2000. — 192 p.
5. Wood Christopher. Dictionary of Victorian Painters / Christopher Wood. — New York: Antique Collectors' Club, 1980. — 435 p.
6. Душевнобольной художник Ричард Дадд (Richard Daad, 1817-1886) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.liveinternet.ru/users/veilchen/post126695185/>.
7. Дадд, Ричард: Материал из Википедии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.
8. Давыдова И. Кисть безумного художника / Ирина Давыдова [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://chudesamag.ru/vernizazh/kist-bezumnogo-geniya.html>.
9. Ричард Дадд [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://bagerlock.livejournal.com/298201.html>.
10. Хьюитт С. Безумство мудрых / Саймон Хьюитт // Robb Report. — 2011. — № 4 (74) / [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://robb.report/article/?articleid=2332&rubricid=5>.
11. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно. — М.: Медицина, 1999. — 304 с.

## РЕЦЕНЗИЯ

**на книгу «Судебная психиатрия: клинические, юридические и этические вопросы / Под редакцией Джона Ганн и Памелы Дж. Тейлор. — 2-е изд. — Боуке Ретоун, ФЛ, США: CRC Press, 2014. — 1035 с.»**

### REVIEW

**Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues / Edited by John Gunn, Pamela J. Taylor. — Second Edition. — Boca Raton, FL, USA: CRC Press, 2014. — 1035 p.**

Рецензируемая монография подготовлена большим международным авторским коллективом специалистов из области судебной психиатрии, преимущественно из Великобритании, и издана на английском языке под редакцией John Gunn, члена комиссии по условно-досрочному освобождению Англии и Уэльса, почетного профессора судебной психиатрии Института психиатрии, Королевского колледжа в Лондоне (Великобритания) и Pamela J. Taylor, профессора судебной психиатрии медицинской школы Университета Кардиффа (Великобритания).

Монография всеобъемлющая по объему, включает 1035 страниц и состоит из следующих разделов: списка авторов, выражения признательности, предисловия, данных о законодательстве, списка сокращений, 28 глав, 4 приложений, списка ссылок и алфавитного индекса цитирования. Главы рецензируемой книги посвящены следующим вопросам: 1. Введение. 2. Уголовное и гражданское право для психиатра в Англии и Уэльсе. 3. Психическое здоровье и сильные законы, включающие управление органами. 4. Юридические аспекты в остальной части Британских островов. 5. Судебная психиатрия и ее интерфейсы за пределами Великобритании и Ирландии. 6. Психиатрические отчеты для законных целей в Англии и Уэльсе. 7. Психосоциальная среда преступника. 8. Генетические влияния на антисоциальное поведение, проблема употребления веществ и шизофрения: данные из количественных генетических и молекулярно-генетических исследований. 9. Насилие. 10. Неупорядоченное и оскорбительное сексуальное поведение. 11. Большинство преступлений: кража, автомобильное и преступное причинение ущерба (в том числе поджог). 12. Нарушения структуры и функции мозга, и преступность. 13. Правонарушители с ограниченными умственными возможностями. 14. Психоз, насилие и преступность. 15. Патология

страсти и связанное антисоциальное поведение. 16. Расстройства личности. 17. Обман, диссоциация и симуляция. 18. Наркомании и зависимости: их связь с правонарушениями. 19. Несовершеннолетние правонарушители и подростковая психиатрия. 20. Женщины как правонарушители. 21. Пожилые люди и система уголовного правосудия. 22. Опасность. 23. Принципы лечения для психически больного преступника. 24. Консультационные услуги по охране психического здоровья в Соединенном Королевстве и Ирландии. 25. Правонарушители и предполагаемые правонарушители с психическим расстройством в немедицинских учреждениях. 26. Этика в судебной психиатрии. 27. Девиантные и больные медицинские сотрудники. 28. Жертвы и пострадавшие.

Приложения монографии включают следующие материалы: 1. Европейская конвенция по правам человека. 2. Закон о психическом здоровье 1983 года, измененный в соответствии с Законом об охране психического здоровья 2007 года. 3. Протокол для обучения экспертов для дачи показаний в гражданских исках, из совета гражданского судопроизводства. 4. Этические кодексы.

Следует подчеркнуть, что за последние 20 лет после опубликования первого издания этой книги многое изменилось в области судебной психиатрии и криминологии. Контингент тюремных учреждений вырос более чем вдвое, количество безопасных мест в Великобритании выросло в три раза, судебно-психиатрическая практика стала более разнообразной и диагностики, к примеру, такие как опасного и тяжелого расстройства личности «приходят и уходят». Эта книга отличается от первого издания тем, что в ней представлены научные достижения многих известных экспертов; представлен тщательный обзор доказательной базы; обсуждается клиническая оценка, вопросы менеджмента, терапии правонарушителей с психическими

расстройствами, включая лечение в ряде больниц режимных объектов, в тюрьмах и в общинах; исследуются правовые и этические вопросы, написание отчета и дача показаний в суде; включает в себя новые главы по генетике антисоциального поведения, расстройствам мозговой структуры, правонарушителям с ограниченными умственными возможностями, пожилым людям и систему уголовного правосудия, и девиантным и больным медицинским сотрудникам; дополнительно напечатанный текст с VitalSource eBook со ссылкой на ключевые ссылки.

Рецензируемая монография представляет собой практическое руководство по психиатрии правонарушителей, жертв и пострадавших от преступлений. Это издание полностью обновлено, но сохраняет все особенности предыдущего, которые сделали первое издание с таким устоявшимся текстом. Она объединяет клинические, юридические и этические аспекты судебной психиатрии при участии международно-признанных экспертов из ряда клинических специальностей.

Второе издание имеет обновления всех текущих глав и нескольких новых глав, которые исследуют: генетику антисоциального поведения, нарушения структуры и функции мозга, которые связаны с преступностью, правонарушителей с ограниченными умственными возможностями, пожилых людей и систему уголовного правосудия, девиантных и больных медицинских сотрудников.

Следует отметить, что хотя книга посвящена юрисдикции в Великобритании, значительная сравнительная глава написана международной группой со всех пяти континентов, которая исследует различные философские, правовые принципы и стиль услуг в других местах. Хочется особо отметить, что главы руководства, подготовленные и написанные с наименьшим количеством авторов, читаются и

воспринимаются четче и лучше, чем главы, подготовленные большим количеством авторов.

Эта книга является важным ориентиром не только для специалистов и аспирантов, обучающихся судебной психиатрии, но и для общих психиатров, клинических и судебно-медицинских психологов. Она также является бесценным ресурсом для других судебных специалистов в области психического здоровья, включая медсестер, социальных работников, специалистов по трудотерапии, персонала службы пробации (вид наказания без лишения свободы), полиции, адвокатов, криминологов и социологов.

Вне сомнения, данная книга имеет, как уже отмечено, всеобъемлющий объем и тщательный специальный обзор всей сферы судебной психиатрии. Эта книга, несомненно, будет полезной каждому практикующему специалисту в области судебной психиатрии. Появление такого руководства — это реальное достижение специалистов по судебной психиатрии Великобритании.

В настоящее время нет другой книги, которая бы обеспечивала такой широкий доступ к всесторонней и справочной информации по вопросам судебной психиатрии для тех, кто работает в этой области в Великобритании. Бесспорно, эта книга будет иметь значительную ценность в течение многих лет, а может быть, и десятилетий, в будущем. А, возможно, через 20 лет мы увидим и третье, исправленное и дополненное издание данного руководства.

Хочется надеяться, что рецензируемая монография будет по достоинству оценена специалистами по судебной психиатрии в Украине и, может так стать, что будет осуществлен её перевод и издание на государственном языке.

*Доцент, кандидат медицинских наук,  
врач-психиатр П.Т. Петрюк, врач-психиатр  
А.П. Петрюк (Харьков)*

27.01.2015 года