

Засновники і видавники:

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

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

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

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

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

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

Тел./факс: (044) 468-36-11

E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел./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

Підписано до друку 01/06/2015 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 2397.

Розлади психіки та поведінки, психосоматика

Венгер О.П. Особливості клінічної симптоматики депресивних
розладів у емігрантів та реемігрантів 3

Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психогенного
походження 9

Дзержинская Н.А. О предикторах эмоциональных расстройств 19

Федак Б. С., Сарвир И. Н. Структура нарушений психической сферы
у больных острыми соматическими заболеваниями. 24

Психофармакотерапія

Аймедов К.В., Михайлова К.Л. Визначення ефективності лікування
інсомнії 29

Кутько И. И., Терёшина И. Ф. Влияние иммуномодулирующей
терапии на продукцию интерферонов больных рекуррентным
депрессивным расстройством. 35

Дитяча та підліткова психіатрія

Уралова Л.Т., Гончар О.А., Гончар Т.О. Порухення імунотенезу у дітей
і підлітків з девіантною поведінкою внаслідок перинатальних
мозковосудинних уражень 40

Мешков В.М. Деякі психогігієнічні та методологічні аспекти психічного
здоров'я підростаючого покоління на регіональному рівні 43

Гальчин К.С. Раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму
у дітей 51

Етичні та правові аспекти психічного здоров'я

Козерацька О.А. Дослідження та аналіз наукових підходів до
вирішення проблеми профілактики скоєння правопорушень
на сексуальному підґрунті 57

Первомайский В.Б. Перспективы совершенствования применения
принудительных мер медицинского характера 61

Організація і управління психіатричною допомогою

Возний Д. В. Модель оптимізації системи медико-психолого-соціальної
допомоги хворим на алкогольну залежність на базі існуючої мережі
установ державної та недержавної форм власності 70

Барановський К.Л., Неміш М.І. Стандартизація медичної інформації
як фактор підвищення якості стаціонарної психіатричної допомоги . . 74

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

Петрюк П.Т., Кузнецов В.Н., Петрюк А.П., Іваничук О.П. Известный
психиатр Микаэл Балинт, его жизнь и научное наследие. 79

К 80-летию со дня рождения Людмилы Эдуардовны Музычук
(1935-2015) 87

До уваги авторів (вимоги до написання статей) 88

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
К. Л. Барановський (Україна)
Л. О. Булахова (Україна)
В. С. Бітенський (Україна)
В. В. Вандиш-Бубко (Росія)
Ю. М. Завалко (Україна)
І. С. Зозуля (Україна)
Ю. П. Закаль (Україна)
М. О. Качасва (Росія)
В. Г. Коротоножкін (Україна)
В. М. Краснов (Росія)
Р. Т. Крутікова (Україна)
Х. Лопез-Ібор (Іспанія)
М. О. Мазуренко (Україна)
О. М. Морозов (Україна)
Г. Нанейшвілі (Грузія)
Р. І. Никифоров (Україна)
А. В. Олійник (Україна)
П. Т. Петрюк (Україна)
І. Я. Пінчук (Україна)
В. С. Подкоритов (Україна)
Л. В. Ромасенко (Росія)
В. Рутц (Швеція)
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

The opening word of editor-in-chief

Mental and behavioral disorders, psychosomatic

Venger O.P. Features clinical symptoms of depressive disorders in immigrants and returnees. 3

Mykhaylov B. V. The psychic and behavior disturbances external-psychogenic origin 9

Dzeryuzhinskaya N.A. About predictors of emotional disorders. 19

Fedak B.S., Sarvir I.N. Structure of violations mental health problems in patients with acute somatic diseases. 24

Pharmacotherapy of mental disorders

Aymedov K. V. Mykhaylov K.L. Determination of the effectiveness of treatment of insomnia 29

Kutko I.I., Teryshina I.F. Influence of immunomodulatory therapy on production of interferons in patients with recurrent depressive disorders 35

Children's psychiatry

Uralova L.T., Gonchar O.A. Gonchar T.O. Immunodeficiency in children and adolescents with deviant behavior as a result of perinatal cerebrovascular damages 40

Meshkov V.M. Some psychohygienic and methodological aspects of the mental health of the younger generation at regional level. 43

Galchyn E.S. Identification the early signs of childhood autism 51

Ethical and legal aspects of mental health

Kozerackaya E.A. Research and analysis of scientific approaches to the problem of prevention of sexual offenses motivated 57

Pervomayskiy V.B. Prospects for improving the application of compulsory measures of medical character 61

Organization and management in mental health care

Vozny D. V. Model of medical, psychological and social care system optimization for patients with alcoholic dependence on the basis of the existing network of public and non-governmental institutions 70

Baranovskyi K.L., Nemish M.I. Standardization of medical information as a factor in improving the quality of psychiatric hospital care. 74

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

Petryuk P.T., Kusnetsov V.M., Petryuk A.P., Ivanychuk O.P. Famous psychiatrist Michael Balint, his life and scientific heritage 79

By the 80th anniversary of the birth Muzychuk L.E. (1935-2015) 87

The notice for our authors (equipments to the articles) 88

УДК: 616.89-008.454-036-054.72

Особливості клінічної симптоматики депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів

Венгер О. П.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме. При обследовании 198 эмигрантов и 196 реэмигрантов в сравнении с 191 не эмигрантами обнаружено влияние фактора эмиграции (реэмиграции) на клиническое течение депрессивных расстройств различного генеза.**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, эмигранты, реэмигранты.

Features clinical symptoms of depressive disorders in immigrants and returnees

Venger O. P.

Features clinical symptoms of depressive disorders in immigrants and returnees. Ternopil State Medical University

Resume. In a study of 198 emigrants and re-emigrants 196 compared with 191 emigrants found no influence of the factor of emigration (re-emigration) on the clinical course of depressive disorders of various origins.**Keywords:** depressive disorders, immigrants, returnees.

Вступ

Проблема еміграції та рееміграції в Україні входить до числа найбільш актуальних державних та суспільних проблем. Кількість українських емігрантів оцінюється у 6,5–7 млн. осіб (близько 15% постійного населення) з тенденцією до постійного збільшення [1, 2].

З сучасних наукових позицій міграція розглядається як один з факторів, що впливає на стан психічного здоров'я населення. Накопичення психологічних та соціальних проблем провокують трансформацію особистісного реагування та дезадаптацію особистості [3, 4, 5].

Незважаючи на окремі дослідження, якими було виявлено глибокі психоемоційні зміни у емігрантів, зокрема, прояви психічної дезадаптації, неврастенічні розлади, пролонговані депресивні реакції та депресивні епізоди [6, 7, 8], наукові дані щодо структури і поширеності психічних розладів серед емігрантів є недостатніми і вкрай суперечливими. Практично не вивчено клінічні особливості депресивних розладів ендogenous та органічного ґенезу у емігрантів, відсутня порівняльна характеристика психоемоційних змін при різних формах депресивних розладів у емігрантів та не емігрантів. В Україні, незважаючи на виняткову актуальність проблеми еміграції, взагалі відсутні комплексні наукові дослідження, що спрямовані на вивчення депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів.

Рееміграція являє собою самостійну соціальну, медико-психологічну та психіатричну проблему. Суспільна та клінічна актуальність рееміграції визначається значним обсягом

зворотного руху емігрантів (добровільного чи примусового), що, з урахуванням величезної кількості українських емігрантів, переважно нелегальних, становить серйозну соціальну проблему. За результатами проекту дослідження української трудової міграції Інституту народознавства Національної академії наук України, близько 80% українських емігрантів декларують бажання повернутися на батьківщину [9]. Очевидно, що у середовищі реемігрантів, крім психічних розладів, асоційованих з еміграцією, набувають поширеності психологічні та психіатричні проблеми, пов'язані з поверненням в Україну, з необхідністю реадаптації та пристосування до умов життя у суспільстві, яке етнокультурально та за рівнем життя відрізняється від суспільства країни-реципієнта, і яке зазнало певних змін за час відсутності емігранта. При цьому особливості психічних розладів взагалі, і депресивних розладів зокрема, у реемігрантів, на відміну від емігрантів, практично не досліджені. В Україні проблемі психічного здоров'я реемігрантів взагалі не приділялося уваги. Водночас, вирішення проблеми адекватної психологічної адаптації реемігрантів та профілактики у них депресивних розладів неможливе без ґрунтовного дослідження закономірностей виникнення цих розладів, їх клінічних особливостей, встановлення чинників ризику та антиризиків, розробки дієвих заходів з їх лікування та профілактики, в тому числі первинної.

Завданнями дослідження було вивчення клінічних особливостей депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів.

Відповідно до поставлених завдань було досліджено 585 хворих на різні форми депресивних розладів, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2010 — 2014 років. Критерієм включення до дослідження було встановлення остаточного клінічного діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 [10]. Для встановлення закономірностей впливу фактору еміграції (реєміграції) на клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів нами було сформовано наступні клінічні групи: осіб, які постійно (щонайменше протягом останнього року) проживали за межами України, на момент обстеження тимчасово прибули в Україну і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти) — загальною чисельністю 198 чол.; осіб, які не менше року проживали за межами України і протягом останнього року повернулися для постійного проживання в Україні (реємігранти) — загальною чисельністю 196 чол.; осіб, які постійно проживають в Україні, і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (не емігранти) — загальною чисельністю 191 чол. Розподіл хворих за нозологічними формами наведено у табл. 1.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою непараметричних методів (точний критерій Фішера, критерій χ^2 Пірсона).

Одержані результати

Узагальнені дані аналізу клінічної симптоматики у хворих на психогенні депресивні розлади з урахуванням фактору еміграції (реєміграції) наведено на рис. 1.

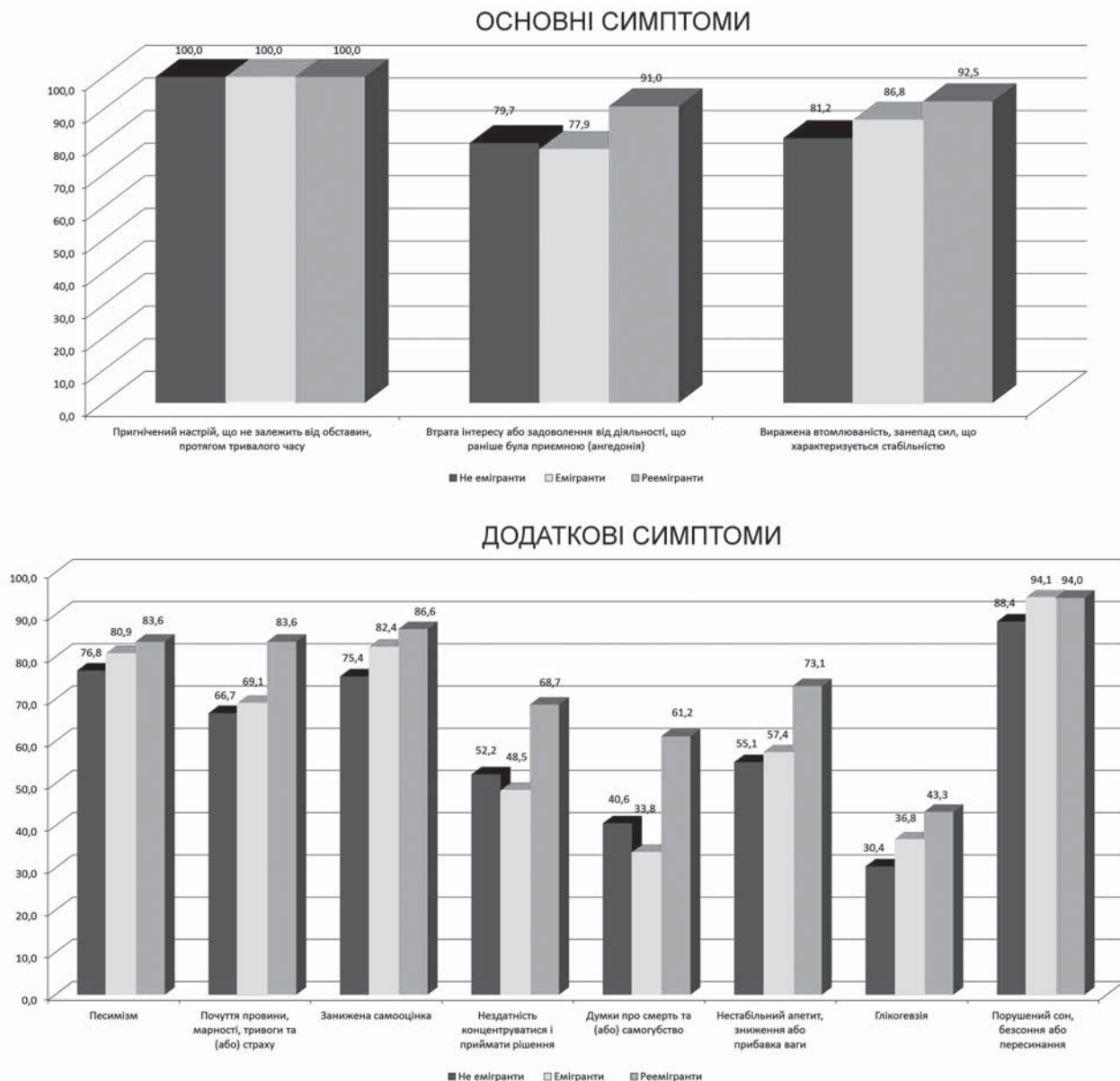
В структурі основної симптоматики (відповідно до МКХ-10 — це три симптоми першого рівня, наявність двох з яких необхідна

для встановлення діагнозу депресії) у хворих на депресивні розлади психогенного характеру домінує пригнічений настрій — він виявлений у всіх обстежених. Втрата інтересу або задоволення від діяльності, що раніше була приємною (ангедонія) частіше виявляється у реємігрантів (91,0%), а найрідше — у емігрантів (77,9%); у осіб групи порівняння (не емігрантів) ангедонія зустрічається у 79,7% випадків. Розбіжності у виразності цього симптому є статистично значущими (при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів — $p < 0,1$, емігрантів та реємігрантів — $p < 0,05$). Виражена втомлюваність, занепад сил також більш поширений серед реємігрантів — 92,5%, однак, у емігрантів цей симптом також є доволі поширеним (86,8%), а найменше він виражений у не емігрантів — 81,2%. Розбіжності є значущими при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів ($p < 0,05$). У структурі додаткової симптоматики (відповідно до МКХ-10 це три з восьми симптомів, що необхідні для встановлення діагнозу депресії) провідне місце належить порушенням сну: різні види інсомній виявляються у 94,1% емігрантів, у 94,0% реємігрантів та у 88,4% не емігрантів; розбіжності незначущі. Поширеними є занижена самооцінка (86,6% реємігрантів, 82,4% емігрантів та 75,4% не емігрантів, значущі ($p < 0,1$) розбіжності виявлені для груп не емігрантів та реємігрантів), почуття провини, марності, тривоги та (або) страху — 83,6% реємігрантів, 80,9% емігрантів та 76,8% не емігрантів (при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів $p < 0,05$, емігрантів та реємігрантів $p < 0,05$), а також песимізм (у 83,6% реємігрантів, 80,9% емігрантів та 76,8% не емігрантів, розбіжності не значущі). Менш поширеними є нестабільний апетит, зниження або прибавка ваги — 73,1%

Таблиця 1

Нозологічна структура депресивних розладів у емігрантів та реємігрантів у порівнянні з не емігрантами

Нозологія	Не емігранти	Емігранти	Реємігранти
<i>Психогенні депресивні розлади</i>			
Пролонгована депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (F43.21)	38	33	29
Змішана тривожна та депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (F43.22)	31	35	38
Всього	69	68	67
<i>Ендогенні депресивні розлади</i>			
Біполярний розлад, поточний епізод депресії (F31.3, F31.4)	15	18	19
Депресивний епізод (F32.1, F32.2)	17	12	11
Рекурентний депресивний розлад (F33.1, F33.2)	33	36	33
Всього	65	66	63
<i>Депресивні розлади органічного ґенезу</i>			
Органічні афективні розлади (F06.3)	64	62	61

**Рис. 1**

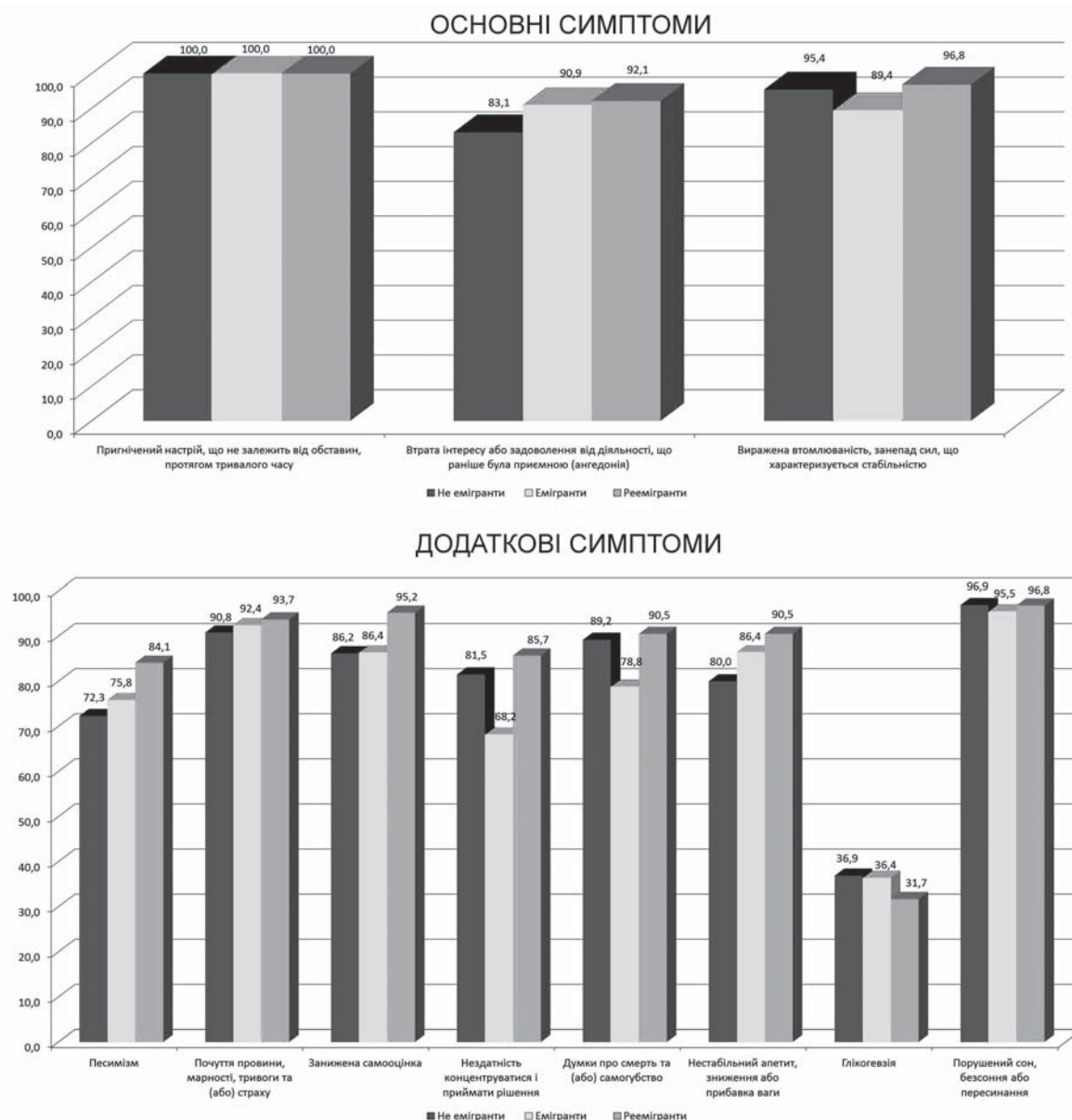
Структура клінічної симптоматики психогенних депресивних розладів у емігрантів та реємігрантів відповідно до критеріїв МКХ-10

реємігрантів, 57,4% емігрантів та 55,1% не емігрантів, значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів ($p < 0,05$) і емігрантів та реємігрантів ($p < 0,05$); нездатність концентруватися і приймати рішення — у 68,7% реємігрантів, у 48,5% емігрантів та у 52,2 не емігрантів, значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів ($p < 0,05$) і груп емігрантів та реємігрантів ($p < 0,05$), а також наявність думок про смерть та (або) самогубство — вони виявлені у 61,2% реємігрантів, у 33,8% емігрантів та у 40,6% не емігрантів, значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів ($p < 0,05$) і груп емігрантів та реємігрантів ($p < 0,01$). Найменш поширеним з

другорядних симптомів депресії є глікогевзія: вона виявлена у 43,3% реємігрантів, у 36,8% емігрантів та у 30,4% не емігрантів (розбіжності значущі ($p < 0,1$) при порівнянні не емігрантів та реємігрантів).

У структурі основної симптоматики ендегенної депресії, як і психогенної, домінує пригнічений настрій — цей симптом виявлено у всіх обстежених (рис. 2).

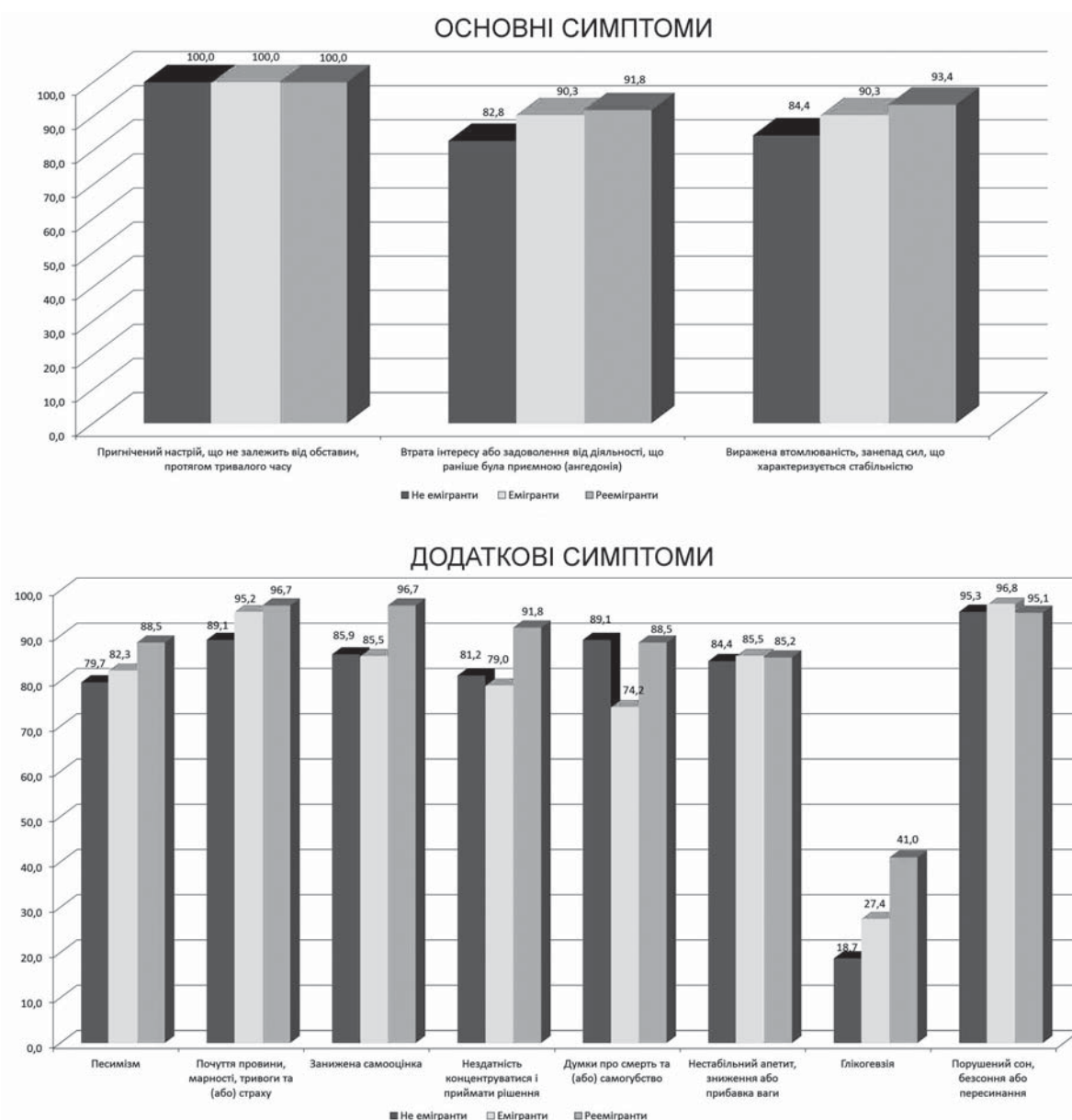
Ангедонія дещо частіше виявлялася у реємігрантів (92,1%) та емігрантів (90,9%), ніж у не емігрантів (83,1%), хоча розбіжності є статистично не значущими. Виражена втомлюваність, занепад сил дещо менше були виражені у емігрантів (89,4%) у порівнянні з не емігрантами (95,4%, $p > 0,05$) та реємігрантами (96,8%,

**Рис. 2**

Структура клінічної симптоматики ендогенних депресивних розладів у емігрантів та реємігрантів відповідно до критеріїв МКХ-10

$p < 0,1$). Закономірності, виявлені у структурі додаткової симптоматики у хворих на ендогенну депресію, в цілому співпадають з виявленими для психогенних депресивних розладів, хоча й мають певні відмінності. Так, найбільшою є ураженість хворих різними формами інсомній, причому у не емігрантів та реємігрантів вона була однаковою (96,9% і 96,8% відповідно), а у емігрантів — незначно меншою (95,5%). Розбіжності між групами є статистично не значущими. Надзвичайно поширеним у хворих на ендогенні депресивні розлади є почуття провини, марності, тривоги та (або) страху: 93,7% у реємігрантів, 92,4% у емігрантів, 90,8% у не емігрантів, розбіжності статистично не значущі. У реємігрантів частіше виявлялася

занижена самооцінка (95,2%) у порівнянні з емігрантами (86,4%, $p < 0,1$) та не емігрантами (86,2%, $p < 0,1$). Аналогічні закономірності виявлені для песимізму (у реємігрантів — 84,1%, у емігрантів — 75,8%, у не емігрантів — 72,3%) та нестабільного апетиту, зниження або прибавки ваги (у реємігрантів — 90,5%, у емігрантів — 86,4%, у не емігрантів — 80,0%), хоча розбіжності тут є значущими лише при порівнянні не емігрантів та реємігрантів ($p < 0,1$). Інші закономірності виявлені для таких симптомів, як думки про смерть та (або) самогубство і нездатність концентруватися і приймати рішення. Найбільшою виразністю цих симптомів є у реємігрантів (90,5% та 85,7% відповідно), а найменшою — у емігрантів (78,8% та 68,2%

**Рис. 3**

Структура клінічної симптоматики органічних депресивних розладів у емігрантів та реємігрантів відповідно до критеріїв МКХ-10

відповідно); щодо не емігрантів, то питома вага осіб з цими симптомами є ближчою до притаманної реємігрантам (89,2% та 81,5% відповідно). Значущі розбіжності виявлені між групами не емігрантів та емігрантів ($p < 0,1$), а також емігрантів та реємігрантів (для думок про смерть $p < 0,1$, для нездатності концентруватися $p < 0,05$). Цікаві особливості виявлені для глікозевії: серед не емігрантів вона виявляється дещо частіше (36,9%), ніж серед емігрантів (36,4%) та реємігрантів (31,7%), однак, ці розбіжності статистично незначущі.

При аналізі структури основної симптоматики у хворих на депресію органічного ґенезу було виявлено, що ознаки пригніченого настрою присутні у всіх обстежених (рис. 3).

Ознаки ангедонії частіше виявлялися у реємігрантів (91,8%) та емігрантів (90,3%), ніж у осіб, не пов'язаних з еміграцією (82,8%), однак, ці розбіжності не є значущими. Астенічні прояви також частіше виявляються у реємігрантів (93,4%) та емігрантів (90,3%), розбіжності є статистично значущими при порівнянні груп не емігрантів та реємігрантів ($p < 0,1$). При аналізі додаткової симптоматики депресії у хворих на органічні депресивні розлади також були виявлені певні особливості. Найбільш частими симптомами у досліджених хворих виявилися інсомнія (частіше у емігрантів — 96,8%, дещо рідше — у реємігрантів — 95,1% і у не емігрантів — 95,3%, розбіжності не значущі), почуття провини, марності, тривоги та (або)

страху (частіше — у реемігрантів (96,7%) та емігрантів (95,2%), ніж у не емігрантів (89,1%), розбіжності статистично значущі при порівнянні груп не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$)), занижена самооцінка (значуще частіше ($p < 0,05$) у реемігрантів (96,7%), ніж у емігрантів (85,5%) та не емігрантів (85,9%)), песимізм (88,5% у реемігрантів, 82,3% у емігрантів, 79,7% у не емігрантів, розбіжності не значущі), а також нестабільний апетит, зниження або прибавка ваги (85,2% у реемігрантів, 85,5% у емігрантів, 84,4% у не емігрантів, розбіжності не значущі) та нездатності концентруватися і приймати рішення (91,8% у реемігрантів, 79,0% у емігрантів, 81,2% у не емігрантів, розбіжності значущі при порівнянні груп не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$) і емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$)). Щодо такого симптому, як думки про смерть та (або) самогубство, то він значуще рідше виявлявся у емігрантів (74,2%), ніж у реемігрантів (88,5%, $p < 0,05$) і у не емігрантів (89,1%, $p < 0,05$). Глікогевзія частіше виявлялася у реемігрантів (41,0%), ніж у емігрантів (27,4%, $p < 0,1$) та не емігрантів (18,7%, $p < 0,01$).

Висновки

Виявлені закономірності свідчать, що важкість депресивної симптоматики відповідно до критеріїв МКХ-10 як за основною, так і за додатковою симптоматикою, є найбільшою у реемігрантів. На наш погляд, це пов'язано із усвідомленням об'єктивної ситуації з необхідністю адаптуватися в умовах гіршої соціально-політичної обстановки, менших перспектив для отримання доходу, загальної фрустрації. Натомість у емігрантів усвідомлення необхідності активної діяльності, роботи, збереження можливості виїзду за кордон, відповідальності перед рідними справляє мобілізуючий вплив і певною мірою трансформує клінічну картину депресій, зокрема, щодо ангедоністичних проявів, суїцидальних тенденцій та когнітивних порушень. При ендогенних та органічних депресіях вплив фактору еміграції є меншим, хоча вплив екзогенних психосоціальних факторів, у тому числі й фактору еміграції, на перебіг захворювання також виявляється, і повинен враховуватися при плануванні лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

Література

1. Міграція в Україні: факти і цифри / Міжнародна організація з Міграції. — Київ: Представництво МОМ в Україні. — 2011. — 7 с.
2. Щорічна Доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Постанова Верховної Ради України від 05.04.2011 року № 3194-VI // Голос України. — 2011. — № 35. — с. 23-29.
3. Selten, J.P. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands / J.P. Selten, N. Veen, W. Feller et al. // British Journal of Psychiatry. — 2001. — № 178. — P. 367–372.
4. Gavin, B.E. The mental health of migrants / B.E. Gavin, B.D. Kelly, A. Lane et al. // Irish Medical Journal. — 2001. — Vol. 94. — P. 229–230.
5. Lauber C. Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // Swiss Medical Weekly. — 2006. — № 135. — P. 50 — 56.
6. Иванова М.В. Психическое здоровье мигрантов (клинический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): дис... канд. мед. наук: 14.01.18 / Марина Владимировна Иванова; Государственное учреждение Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской Академии Медицинских наук. — Томск, 2007. — 205 с.
7. Колянов В.Б. Некоторые особенности психологической адаптации мигрантов [Електронний ресурс] / В.Б. Колянов, В.П. Боряк, Н.В. Барнаш, Л.В. Михайленко // Режим доступу: http://migrocenter.ru/publ/konfer/kavkaz/m_kavkaz030.php
8. Кириленко Я. Интердисциплинарные аспекты миграции [Електронний ресурс] / Я. Кириленко, Е. Чуманская // Архив Национальной библиотеки ім. В. Вернадського. — 2011. — т. 15, № 2 (55), с. 52–53. Режим доступу: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Tzhp/2011_2/pdf/52-53.pdf
9. Малиновська О.А. Трудова міграція: соціальні наслідки та шляхи реагування (аналітична доповідь) / О.А. Малиновська / К.: Національний інститут стратегічних досліджень. — 2011. — 40 с.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр). — Женева: Всемирная организация здравоохранения. — 1995. — С. 313–393.

УДК 612.821+616.89

Розлади психіки і поведінки екстремально-психогенного походження



Михайлов Б. В.

Михайлов Б. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, заведующий кафедры психотерапии

Резюме. В работе представлены современные данные о психогенных расстройствах, которые наблюдаются во время и непосредственно после чрезвычайных ситуаций, которые можно объединить в 4 группы непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психотические состояния. В отдаленном периоде у потерпевших вследствие чрезвычайных ситуаций развиваются расстройства психики в виде посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) – F 43.1 или хронических изменений личности вследствие перенесенной катастрофы (F 62.0).

Ключевые слова: экстренная медико-психологическая помощь, реакция на стресс, невротические состояния, психотические состояния.

The psychic and behavior disturbances external-psychogenic origin.

Mykhaylov B.

Resume. The contemporary data about psychogenic mental disorders that performed in process and after outstanding situations was observed. There consist 4 groups — non-pathological (physiological) reactions, pathological reactions, neurotic disturbances, psychotic disturbances. On the latest period on the victims of outstanding situations the posttraumatic stress disorders (PTSR) — F 43.1, or chronic personality disorders after catastrophic events (F 62.0) were performed.

Keywords: urgent medical-psychological care, stress disorder, neurotic disturbances, psychotic disturbances.

Останнім часом в Україні зростає кількість осіб, які потребують екстреної медико-психологічної допомоги. Це пов'язано з наявністю значних контингентів безпосередніх учасників воєнних дій в зоні АТО, свідків цих подій і постраждалих серед мирного населення, тимчасово переміщених осіб.

Психогенні розлади при соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах займають особливе місце в зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (в конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

Характеристика надзвичайних ситуацій

Надзвичайна ситуація (НС) — обстановка на певній території (акваторії, об'єкті), що склалася в результаті певних подій (соціального заворушення, в т.ч. воєнних дій, природної або техногенної катастрофи, іншого лиха), які можуть спричинити або спричинили людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому природному середовищу, значні матеріальні збитки та порушення умов життєдіяльності людей.

НС соціального характеру: війни; військові зіткнення, економічні кризи, терористичні

(диверсійні) акти, локальні і регіональні конфлікти, масові заворушення, та ін.

НС техногенного характеру — ситуації, які виникають в результаті аварій і катастроф на виробничих об'єктах, транспортних магістралях енергетичних систем і продуктопроводах; комунікаційних системах життєзабезпечення тощо.

НС природного характеру: гідрометеорологічні, гідрогеоморфологічні та інші явища.

Однією з головних небезпек при будь-якій НС є формування натовпу. Його ознаками є: залученість великої кількості людей, одночасність, ірраціональність (ослаблення свідомого контролю), а також слабка структурованість, тобто розмитість позиційно-рольової структури, характерної для нормативних форм групової поведінки. Одним з підвидів діючого натовпу є панічний натовп.

Паніка — тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що породжує некеровану, нерегульовану поведінку людей (втрата критики і контролю), іноді з повною втратою самоконтролю, нездатністю реагувати на заклики, з втратою почуття обов'язку і честі. В основі паніки полягає страх — предметна тривога, що виникає як результат переживання безпорадності перед реальною чи уявною небезпекою, прагнення будь-яким шляхом піти від неї замість того, щоб боротися з нею.

Психопатологічні розлади в надзвичайних ситуаціях

Психопатологічні розлади в НС мають багато спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються в звичайних умовах. Однак є і суттєві відмінності. По-перше, внаслідок чисельності раптово діючих психотравмуючих чинників в НС психічні розлади одночасно виникають у великої кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не носить строго індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до невеликого числа досить типових проявів.

В умовах НС проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Їхня тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, але й опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції при різних екстремальних ситуаціях не носять якогось специфічного характеру, притаманного лише конкретній екстремальній ситуації. Це скоріше універсальні реакції на небезпеку, а їх частота і глибина визначаються раптовістю і інтенсивністю екстремальної ситуації.

Визначальне значення для виникнення розладів психіки і поведінки мають характер і сила психічної травми, з одного боку, і конституціональні особливості та преморбідний стан осіб — з іншого.

При цьому розлади психіки і поведінки характеризуються досить типовими проявами.

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після НС, об'єднують в 4 групи — непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози. У віддаленому періоді у постраждалих внаслідок НС розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) — F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F 62.0). [1,2,5]

1. Непатологічні (фізіологічні) реакції.

Характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних, гіпотимічних проявів. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи. Зазвичай зберігаються працездатність (хоча

вона і знижена), можливість спілкування з оточуючими і критичний аналіз своєї поведінки, здатність до цілеспрямованої діяльності. Такі реакції також позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції і т.д.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) такі реакції рубрифікуються за діагностичною рубрикою Z 65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин).

2. Психогенні патологічні реакції характеризуються невротичним рівнем розладів — у вигляді астеничного, депресивного синдромів з дисоціативно-конверсійними та іншими включеннями. Загальною характеристикою є гостре виникнення, зниження критичної оцінки того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинаннями, голос стає неадекватно гучним. Відзначається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами того, що відбувається навколо, проте в повному обсязі запам'ятовуються власні дії і переживання. Характерним є зміна відчуття часу, течія якого сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється збільшеною в кілька разів. При складних реакціях страху, в першу чергу, відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих в цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти — нудота, запаморочення, прискорене сечовипускання, ознобоподібний тремор, непритомність. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстані між предметами, їх розмірами і формами. Часом навколишнє представляється «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінетичні ілюзії.

При простій та складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів,

вибірковість поведінки та можливість самотійно знаходити вихід зі скрутного стану.

Найбільш характерними є три феномени:

- 1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли всі сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;
- 2) уявлення про відсутність ресурсів для виходу з ситуації;
- 3) переживання загрози на рівні змістів цінностей.

При пом'якшенні або зникненні стресової ситуації симптоми слабшають протягом 8 годин, а при збереженні стресу — протягом 48–72 годин. В МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F 43.0 (гостра реакція на стрес).

3. Психогенні невротичні стани. Невротичні розлади, які характеризуються ускладненням, в ряді випадків — втратою критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю невротичних розладів є збереження інтелекту і найважливіших психологічних характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина формується поступово, має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне відношення до навколишнього і свого захворювання. За МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластеру F 4 — невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади.

Дисоціативний (конверсійний) розлад (F 44) найчастіший розлад в наслідок гострої психогенії. У клінічній картині виділяють три головні симптомокомплекси: рухові, сенсорні та вегетативні порушення. Рухові розлади представлені гіперкінезією. Гіперкінези досить різноманітні: грубий ритмічний тремор голови та кінцівок, тики, хореєформні посіпування, блефароспазм, глосолалічний спазм та ін. Гіперкінези корелюються з емоційним станом хворих, поєднуються з іншими істероїдними симптомами. Акінезії спостерігаються у вигляді істеричного парезу та паралічу. Їхній перебіг відбувається за типом моно-, пара-, рідко — геміпарезу та плегії. Вони можуть імітувати центральні спастичні та периферичні в'ялі паралічі. Класичними є порушення ходи — абазія або неможливість стояти — астазія. При цьому тонус м'язів, сила та об'єм рухів у кінцівках зберігаються в положенні лежачи. Відносно рідко спостерігаються втрата голосу — афонія, параліч язика, м'язів шиї, кінцівок, істеричні контрактури. Локалізація істеричних паралічів не збігається з топографією нервів; не буває патологічних рефлексів. Одним із характерних істеричних проявів є напади.

Сенсорні порушення найчастіше спостерігаються у вигляді розладів чутливості та больового синдрому: гіпер-, гіпоанестезії, алгії. Як і при рухливих порушеннях, не буває анатомо-топографічної відповідності.

Фобічний розлад (F 40.1 — 40.2) формується рідше і дещо пізніше. Характеризується розвитком відчуття страху із чіткою фабулою за наявності достатньої критики. На тлі гострих нападів страху критичне начало може втрачатися, і хворі вважають небезпеку реальною. Фобічний невроз у «чистому» вигляді, без обсесивного компоненту, вирізняється пасивним характером реагування.

Обсесивно-компульсивний розлад (F 42) формується менш часто і є дещо відставленим у часі. Характеризується явищами нав'язливості, нав'язливими ідеями, страхами (фобіями), нав'язливим рахунком, нав'язливим мудруванням («розумовою жуйкою»), нав'язливим спогадом забутих імен, термінів, дат, формулювань і т.д. Нав'язливі думки, потяги, сумніви, спогади, страхи та подання іноді переходять в нав'язливі дії, тобто такі, що здійснюються проти бажання або при повному усвідомленні їх безглуздості, незважаючи на всі прикладені зусилля, щоб утриматися від них.

Розлади адаптації (F 43.2) формуються, коли психогенний чинник носить підгострий але пролонгований характер. У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астеничному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуаційно залежний. Туга неглибока, не буває брадікінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна порівняно з ендogenous депресією (стан погіршується у вечірні години). Характерні дифузні іпохондричні та астеничні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. В ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

4. Реактивні психози.

Серед реактивних психозів в ситуації масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шоківі реакції, депресивні реакції і дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня.

Афективно-шоківі реакції виникають при раптовому потрясінні із загрозою для життя, вони завжди нетривалі — від 15-20 хвилин до декількох годин або діб. Клінічно ці реакції проявляються у двох формах: гіперкінетичній і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне, психогенне збудження): дисоціативна fuga (F 44.1) — раптове хаотичне, безглузде рухове

занепокоєння. Хворий кидається, кричить, благає про допомогу, іноді намагається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки. Це поведінка виникає на тлі психогенного сутінкового розладу свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому і подальшою амнезією.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор): дисоціативний ступор (F 44.2) — раптова знерухомість. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від декількох хвилин до декількох годин. У важких випадках цей стан затягується. Настає виражена атонія або напруженість м'язів. Хворі лежать в ембріональній позі або витягнувшись на спині, не приймають їжу. Очі широко розкриті, міміка відображає або переляк, або безвихідний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворі бліднуть або червоніють, покриваються потом, відзначається прискорене серцебиття (вегетативні симптоми реактивного ступору). Затьмарення свідомості при реактивному ступорі обумовлює подальшу амнезію.

Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. У цих випадках хворі доступні контакту, хоча відповідають коротко, із затримкою, розтягуючи слова. Моторика скута, рухи уповільнені. Свідомість звужена або хворий приголомшений. Іноді картина гострого психогенного ступору визначається вираженням страхом: міміка, жестикуляція висловлюють жах, відчай, страх, розгубленість.

У рідкісних випадках у відповідь на раптові і сильні психотравмуючі дії настає так званий емоційний параліч: тривала апатія з байдужим ставленням до загрозливої ситуації і індіферентна реєстрація того, що відбувається навколо.

Депресивні психогенні реакції (реактивна депресія). У цьому стані хворі пригнічені, сумні, сльозливі, ходять згорбившись, сидять в згорбленій позі з опущеною на груди головою або лежать, підібгавши ноги. Ідеї самозвинувачення бувають не завжди, але зазвичай переживання концентруються навколо обставин, пов'язаних з психічною травмою. Думки про неприємний випадок невідступні, деталізуються, часто стають надцінними, іноді досягають ступеня марення. Психомоторна загальмованість іноді досягає депресивного ступору; хворі весь час лежать або сидять згорбившись, обличчя застигле, з виразом глибокої туги або безвихідного розпачу, вони безініціативні, не можуть обслужити себе, навколишнє не привертає їх уваги, складні питання не осмислюються.

Реактивна депресія іноді поєднується з окремими істеричними розладами, а також явищами дереалізації, деперсоналізації,

сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Іноді стан приймає вид депресивного раптусу.

Від ендогенних реактивної депресії відрізняються тим, що їх виникнення збігається з психічною травмою; психотравмуючі переживання позначаються в клінічній картині депресії, після вирішення психотравмуючої ситуації або після закінчення деякого часу реактивна депресія зникає.

У випадку, коли депресія має відчутну позитивну динаміку, ці стани слід визначати за МКХ-10 як F 43.2 (розлади адаптації), якщо ж динаміка має прогресуючий характер, вона набуває ознаки т.з. ендореактивної депресії за О.Б. Смулевичем і має рубрикуватися як F 33 (рекурентний депресивний розлад).

Дисоціативно-конверсійні реакції психотичного рівня характеризуються наявністю виразної симптоматики і проявляються певною кількістю клінічних картин, які можуть переходити одна в іншу. Вони можуть спостерігатися у формі істеричних порушень свідомості, які описані під назвою синдрому Ганзера і близького до нього стану — псевдодеменції, а також пуерилізму і реактивного ступору.

Ганзеровський синдром (F 44.90) характеризується істеричним присмерковим розладом свідомості, під час якого хворі дають безглузді відповіді на найпростіші запитання, виявляють нездатність виконувати найпростіші дії, не розуміють призначення повсякденних предметів. Звертає на себе увагу та обставина, що безглузді відповіді хворих зазвичай знаходяться в площині поставленого питання. Хворі безцільно топчуться, здійснюють неправильні вчинки. Стан протікає гостро і закінчується протягом декількох днів.

Псевдодеменція (F 44.9) відрізняється від ганзеровського синдрому меншою виразністю порушень свідомості. Хворі також дають неправильні відповіді на прості запитання. Роблячи помилки при простих діях, хворі несподівано можуть впоратися зі складним завданням. Вираз обличчя дурнуватий, хворі витріщають очі, іноді сміються, проте афект частіше депресивний. Іноді бувають стани тривоги. Псевдодеменція може протікати гостро і закінчуватися в кілька днів, але іноді триває місяцями.

Пуерилізм (F 44.9). Клінічна картина його характеризується вираженими рисами дитячості в поведінці, міміці й мові, характері суджень і емоційних реакцій. Хворі починають грати в іграшки, роблять кораблики, вередують, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні елементарних завдань роблять такі ж помилки, як і хворі з псевдодеменцією. У порівнянні з псевдодеменцією пуерилізм має тенденцію до більш тривалого перебігу.

Психогенний ступор — дисоціативний ступор (F 44.2), якому може передувати один з описаних вище реактивних станів, виражається в повній знерухомленості хворих і мутизмі. На обличчі хворих зазвичай вираз страху, вони відмовляються від їжі, бувають неохайні. Спостерігаються тахікардія, підвищена пітливість. Ця форма реактивного стану розвивається поступово, має тенденцію до затяжного перебігу.

Особливістю всіх дисоціативно-конверсійних реакцій є їх здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку [4].

Відставлені у часі розлади психіки і поведінки невротично-особистісного регістру

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки і поведінки можуть проявлятися хронічним змінням особистості, яке виникає внаслідок стресу катастрофи, і спостерігається протягом 2 років і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптуючих ознак, які призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: вороже або недовірливе ставлення до світу; соціальна відгородженість; відчуття спустошеності й безнадійності; хронічне почуття хвилювання, як б постійної загрози, існування «на межі»; відчуженість.

У деяких постраждалих можуть формуватися **посттравматичні стресові розлади** (F 43.1) — відкладені і затяжні реакції на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, після латентного періоду від кількох тижнів до кількох місяців. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» і емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишнє, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму. [4]

Загальні положення надання медико-психологічної допомоги постраждалим внаслідок НС

При всіх розладах психіки і поведінки насамперед за можливістю слід усунути контакт особи з причиною захворювання — психотравмуючою ситуацією. Афективно-шокові реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж хворий потрапляє до лікаря. При реактивних розладах психотичного рівня — депресіях, параноїдах, галюцинозах, дисоціативно-конверсійних розладах психотичного рівня

необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психозів проводиться із застосуванням нейролептиків в поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами. При ажитації, тривозі в структурі депресії рекомендується комбінована терапія антидепресантами (призначають в першій половині дня) і нейролептиками (призначають в другій половині дня). Якщо реактивні депресії неглибокі, то можливо амбулаторне лікування.

При розладах адаптації та багатьох невротичних розладах метою медико-психологічних втручань є профілактика (вторинна і третинна) психічної дезадаптації, психічних і психосоматичних захворювань. У цих випадках поряд з усуненням додаткових травмуючих впливів мають використовуватися психокорекція, когнітивно-поведінкова і інші види психотерапії. За спеціальними показаннями призначаються препарати групи адаптогенів і ноотропів, які надають патогенетичну лікувально-профілактичну дію, а також транквілізатори і психостимулятори. Для того щоб людина вийшла з пасивної ролі жертви, необхідно відновити у неї почуття власної активності, контролю над ситуацією. Завданням психотерапевтичної допомоги є підтримка, опрацювання травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, зміна світосприйняття, підвищення самооцінки, вироблення реалістичної перспективи та активної життєвої позиції. Важливо повернути постраждалому почуття компетентності за рахунок спогадів про подолання важких ситуацій і проектування майбутнього, в якому можна використовувати вдалий минулий досвід. При цьому фахівцю потрібно відстежувати можливі суїцидальні тенденції і афективні реакції, розряджати агресію, переводячи її на себе.

При невротичних станах основною метою лікування є купірування тривожної напруги й страху, пристосування людини до життя і діяльності в умовах психогенії, що продовжується. Для цього використовують транквілізатори, антидепресанти з універсальною заспокійливою дією і психотерапію. Найбільш ефективним психотерапевтичним методом в цих випадках є когнітивна психотерапія. [6,7]

Екстрена медико-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях

Насамперед, при можливості, слід усунути причину захворювання — психотравмуючу ситуацію. Афективно-шокові реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж хворий потрапляє до лікаря. При реактивних депресіях, параноїдах, галюцинозах, істеричних психозах необхідна госпіталізація.

Головними принципами надання допомоги постраждалим, які перенесли психологічну травму в результаті впливу НС, є:

- невідкладність;
- наближеність до місця подій;
- очікування, що нормальний стан відновиться;
- єдність і простота психологічного впливу.

Невідкладність означає, що допомога постраждалому повинна бути надана якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення більш глибоких і пролонгованих розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Наближеність полягає в наданні допомоги у звичній обстановці і соціальному оточенні, а також в мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Очікування, що нормальний стан відновиться: з особою, що перенесла стресову ситуацію, слід поводитись не як з пацієнтом, а як із здоровою людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність медико-психологічного впливу означає, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікованою.

Простота медико-психологічного впливу — необхідно відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим.

В цілому служба екстреної медико-психологічної допомоги виконує наступні базові функції:

- Практичну: безпосереднє надання швидкої медико-психологічної і (за необхідністю) першої медичної допомоги населенню;
- Координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими медико-психологічними і психіатричними службами.

Екстрена медико-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях проводиться на заходах кризового втручання.

Техніки кризового втручання

Кризове втручання визначається як екстрена та невідкладна медико-психологічна швидка допомога, спрямована на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативного впливу травматичної події. Основними принципами кризового втручання визнані невідкладність, близькість до місця події, установка на відновлення, фокус на вирішенні проблем, короткочасність і простота. Основними цілями позначені стабілізація стану (купування наростання дистресу), зняття або зменшення гострих

симптомів дистресу і відновлення адаптивного незалежного функціонування.

Основна мета кризової інтервенції в тому, щоб допомогти пацієнтові впоратися з травмою, пристосуватися до нової ситуації, повернути пацієнта до колишніх рівнів функціонування. Для досягнення цієї мети пацієнта заохочують говорити про свої переживання, виробити якийсь погляд на подію, розібратися в пов'язаних з нею почуттях, і вирішити питання про те, як поводитися зі своїми проблемами.

Завдання кризового втручання: 1) допомогти пацієнтові розповісти свою історію, 2) допомогти пацієнтові дещо дистанціюватися від події, щоб зрозуміти, що сталося, 3) наділити досвід в слова, 4) повернути пацієнта до його колишнього рівня функціонування. Розповідаючи історію травмуючого переживання, пацієнт може плакати, сміятися, кричати, шепотіти, замовкати на деякий час, згадувати про інші, не пов'язані з подією, втрати або турбуватися якийсь історією, яка здається незначною. Терапевту слід терпляче слухати і повертати пацієнта до його історії.

У процесі висловлення травмуючих переживань виявляються кілька феноменологічних різновидів.

- 1) Люди, які захоплені емоціями і насилу говорять.
- 2) Люди, які, розповідаючи про страхітливі події, не виражають ніяких емоцій взагалі.
- 3) Люди, які відчувають почуття провини за те, що вони пережили це лихо, тоді як інші загинули або постраждали.
- 4) Люди, які відчувають, що вони якимось чином стали причиною катастрофи, або що їм слід було зробити щось інакше, щоб когось врятувати.

1. Коли людину переповнюють емоції, консультант повинен допомогти їй заспокоїтися, відвівши її в тихе місце, запропонувавши склянку води, дозволивши їй «попереживати» деякий час, і потім постаратися допомогти їй говорити про те, що вона переживає. Посидіти з пацієнтом у тиші або дозволити йому поплакати деякий час дуже корисно, але в кінцевому підсумку важливо буде допомогти йому спробувати висловитися.

2. Пацієнтам, які знаходяться в стані емоційного заціпеніння, консультант може вказати на звичайні почуття, які більшість людей могли б відчувати в подібних обставинах, і подумати разом з пацієнтом, які почуття можуть бути приховані від погляду. Але також важливо пам'ятати, що емоційне заціпеніння служить відведенню непереборного афекту. Важливо, щоб консультант поважав захист пацієнта і давав йому час, щоб пацієнт міг дозволити почуттям, пов'язаним

з пережитим, піднятися на поверхню. Деякі жертви травми можуть здаватися благополучними в перші дні після кризи, а потім, будучи вже в безпеці, декомпенсуватися.

3. Дуже часто зустрічаються люди, які відчують почуття провини за те, що вони вижили в трагедії, в якій інші не вижили. Кризовому консультанту потрібно стежити за суїцидальністю у цих пацієнтів і допомагати їм оплакувати їх втрати, заохочуючи їх говорити про людей і речі, які вони втратили. Іноді буває корисно запитати людину, хотіли б його загиблі улюблені, щоб він страждав або щоб він був щасливий протягом подальшого життя. Це звичайно зміщує фокус з вини того, хто вижив, на скорботу, яка міститься під нею.

4. Тим, хто відчуває, що вони могли якимось чином стати причиною катастрофи або могли щось зробити, щоб врятувати когось, важливо допомогти усвідомити, наскільки потужним був противник, з яким їм довелося зіткнутися, усвідомити страх і замішання того моменту, і знову-таки, допомогти їм оплакати свої втрати. Після того як людина розповість свою історію, для неї часто буває корисно розповідати її знову і знову, знову і знову. Немає потреби говорити про це пацієнтам, але потрібно давати їм відчуття, що вони можуть вільно розповідати свою історію заново, не відчуваючи при цьому почуття, що вони докучають людям одним і тим же оповіданням. Консультант може очікувати, що з кожним викладом розповідь буде обростати новими подробицями і стримуваний афект буде далі вивільнятися.

Деякі варіанти проведення кризового втручання

Екстремальні ситуації, пов'язані із загрозою для життя. За короткий час відбувається зіткнення з реальною загрозою смерті (у повсякденному житті психіка створює захист, дозволяючи сприймати смерть як щось далеке або навіть нереальне). Змінюється образ світу, дійсність представляється наповненою фатальними випадковостями. Людина починає ділити своє життя на дві частини — до події і після неї. Виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти його почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддалася фізичному насильству, вона все одно отримала колосальну психічну травму.

Допомога постраждалому:

1. Допоможіть постраждалому висловити почуття, пов'язані з пережитою подією.
2. Покажіть потерпілому, що навіть у зв'язку з найжахливішою подією можна зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим

досвідом, який вона придбала в ході життєвих випробувань).

3. Дайте постраждалому можливість спілкуватися з людьми, які з ним пережили трагічну ситуацію (обмін номерами телефонів учасників події, тощо).
4. Не дозволяйте потерпілому грати роль «жертви», тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди («Я не можу нічого робити, адже я пережив такі страшні хвилини»).

Марення і галюцинації.

1. Викличте бригаду швидкої психіатричної допомоги.
2. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Заберіть від нього предмети, що представляють потенційну небезпеку.
3. Ізолюйте потерпілого і не залишайте його одного.
4. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте, що в такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли близький загинув. У стані апатії людина може перебувати від кількох годин до декількох тижнів.

У даній ситуації:

1. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань: «Як тебе звуть?»; «Як ти себе відчуваєш?»; «Хочеш їсти?» і т.д.
2. Проводьте потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково зняти взуття).
3. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло.
4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.
5. Якщо немає можливості відпочити, то більше говоріть з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності (прогулятися, сходити випити чаю або кави, допомогти оточуючим, що потребують допомоги).

Ступор — одна з найсильніших захисних реакцій організму. Вона настає після найсильніших нервових потрясінь, коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт з навколишнім світом вже немає.

У даній ситуації:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.
2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між

лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підстройте своє дихання під ритм його дихання.
4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому говоріть їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Рухове збудження. Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де помічники, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати, рішення, стає схожою на тварину, яка кидається в клітці.

У даній ситуації:

1. Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе.
2. Ізолюйте постраждалого від оточуючих.
3. Масажуйте «позитивні» точки. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває. («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»).
4. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте питань, в розмові уникайте фраз з часткою «не», що відносяться до небажаних дій (наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»).
5. Пам'ятайте, що потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.
6. Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Агресія. Агресивна поведінка — один з мимовільних способів, яким організм людини «намагається» знизити високу внутрішню напругу.

У даній ситуації:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.
2. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися або «побити» подушку).
3. Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постраждалим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде направлена на вас. Не можна казати: «Що ж ти за людина!» Слід сказати: «Ти жакливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації».

5. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями.

6. Агресія може бути погашена страхом покарання: якщо немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки; якщо покарання суворе і ймовірність його здійснення велика.
7. Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може нанести каліцтва собі та іншим.

Страх. Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

У цій ситуації:

1. Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!».
2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.
3. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.
4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервово тремтіння.

1. Потрібно посилити тремтіння.
2. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.
3. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.
4. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано вкласти його спати.
5. Не можна: обіймати потерпілого або притискати його до себе; вкривати потерпілого чимось теплим; заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач.

1. Не залишайте постраждалого одного.
2. Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчути, що ви поруч.
3. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе): періодично вимовляєте «ага», «так», кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття; говорите про свої почуття і почуття потерпілого.
4. Не старайтесь заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і

виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образи.

- Не ставте питань, не давайте порад. Ваше завдання — вислухати.

Істерика.

- Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з потерпілим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.
- Несподівано зробите дію, яка може сильно здивувати (можна дати ляпас, облили водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).
- Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмийся»).
- Після істерики настає занепад сил. Покладіть постраждалого спати. До прибуття фахівця спостерігайте за його станом.
- Не потурайте бажанням потерпілого.

Психофармакотерапія розладів психіки і поведінки

Психофармакотерапія розладів невротичного рівня.

Фармакотерапія передбачає застосування широкого спектра психотропних засобів — анксиолітиків, антидепресантів, атипичних нейролептиків, антипароксизмальних та тимолептичних препаратів. При їх призначенні доцільно прагнути до монотерапії з застосуванням комфортних при вживанні для хворих лікарських препаратів.

Враховуючи можливість підвищеної чутливості, а також можливість побічних ефектів, психотропні засоби зазвичай призначаються у малих та середніх дозуваннях.

Фармакотерапія спрямована на основні групи симптомів-мішеней: афективних та сомато-вегетативних. Це обумовлює вибір відповідних фармакологічних груп.

Препаратами першого вибору для цієї категорії є антидепресанти.

Трициклічні антидепресанти (ТЦА): Амітриптилін — от 25 до 200 мг на добу (макс доза — 400 мг). Може застосовуватись як довгими, так і короткими курсами. Тіанептін — от 12,5 до 37,5 мг на добу (макс доза — 50 мг).

Антидепресанти селективної дії, а саме інгібітори зворотнього захвату серотоніну (ІЗЗС): Сертралін, Пароксетин, Флуоксетин, Флувоксамін, Циталопрам, S-Циталопрам. Недоліком препаратів цієї групи є відносно малий анксиолітичний компонент дії та, у силу цього, недостатня ефективність у відношенні порушень емоційної сфери з тривожним компонентом. Латентне вікно терапевтичної дії у продовж 10-14 днів у всіх препаратів цієї групи

примушує протягом цього часу застосовувати анксиолітики-транквілізатори бензодіазепінового ряду. Препарати цієї групи призначають тривалими курсами, до 4 місяців: Пароксетин — від 10 до 40 мг на добу (макс доза — 80 мг); Сертралін — від 50 до 100 мг на добу (макс доза — 200 мг); Флуоксетин — від 20 до 40 мг на добу (макс доза — 80 мг); Циталопрам — від 20 до 40 мг на добу (макс доза — 60 мг); Флувоксамін — від 50 мг до 100 мг на добу (макс доза — 300 мг).

Тетрациклічні антидепресанти: Міртазапін (пресинаптичний $\alpha 2$ -антагоніст, покращуючий норадренергічну та серотонінергічну передачу) — доза від 15 до 30 мг на добу (макс доза до 45 мг/на добу).

При виражених компонентах тривоги більш ефективним може бути застосування антидепресантів подвійної дії — інгібіторів зворотнього захвату серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСІН) (Венлафаксін — 75-225 мг/доб., Мілнаціпран (Іксел) — 25-200 мг/доз., Тразодон (Тритіко) — 50-600 мг/доб.).

Значний позитивний ефект, особливо при наявності у клінічній структурі інсомній, показав антидепресант нової групи мелатонінергічного ряду — Мелітор — від 25 до 50 мг на добу (макс доза — 50 мг).

При затяжному перебігу можливе застосування нормотиміків: Карбамазепін — від 200 до 400 мг на добу (макс доза — 1000 мг); Вальпроат натрію — від 300 до 600 мг на добу (макс доза — 1400 мг); Прегабалін (Лірика) — від 150 до 600 мг на добу (макс доза — 600 мг).

Транквілізатори бензодіазепінового ряду можуть застосовуватися одноразово чи короткими курсами 7-14 днів: Діазепам — від 5 до 40 мг на добу (макс доза — 60 мг); Клоназепін — від 2 до 8 мг на добу (макс доза — 16 мг); Гідазепам — від 10 до 40 мг на добу (макс доза — 60 мг); Оксазепам — від 10 до 60 мг на добу (макс доза — 90 мг); Феназепам — від 0,5 до 3,0 мг на добу (макс доза — 6,0 мг).

Препаратом вибору при пароксизмах з алгічним та вираженим тривожним компонентом є прегабалін (Лірика) — від 75 до 300 мг на добу.

При тривожно-фобічних розладах гарний ефект надає небензодіазепіновий анксиолітик — Афобазол від 10 до 30 мг на добу і бензодіазепіновий — Гідазепам від 50 до 500 мг.

Якщо ефект лікування транквілізаторами виявляється недостатнім, можливе їх сумісне застосування з коректорами поведінки: Тіорідазин — від 30 до 75 мг на добу (макс доза — 800 мг). При найбільш виражених сомато-вегетативних і сомато-сенсорних компонентах як пароксизмального, так, особливо, перманентного характеру показане застосування

атипових нейролептиків — Сульпірид — від 100 до 300 мг на добу (макс доза — 800 мг).

При астеничному синдромі поєднують середньотерапевтичні дози седативних та психостимулюючих засобів (сиднокарб, сиднофен — 10–20 мг на добу, кофеїн, кордіамін — до 10 мг на добу), рослинні адаптогени — біостимулятори, вітаміни, ноотропні препарати. Особливо ефективним є фенілпірацетам (Ентроп) в дозі 100 мг двічі на добу).

Для лікування соматовегетативних порушень додатково призначають також альфа- та бета-блокатори (піроксан — до 100 мг на добу, анаприлін — до 40 мг на добу та їхні аналоги), М-холінолітики (амізил — до 3 мг на добу), препарати нікотинової кислоти, гангліоблокатори (ганглерон — до 100 мг на добу).

Психофармакотерапія розладів психотичного рівня. Терапевтична тактика визначається гостротою або клінічною формою реактивного психозу. При гострих формах з переважанням порушення свідомості та психомоторного збудження потрібна невідкладна

допомога. Іноді проводять імобілізацію хворого. Парентерально вводять нейролептичні засоби хлорпромазин (до 500 мг на добу), галоперидол (до 40 мг на добу), тізерцин (до 400 мг на добу), клопиксол (до 400 мг на добу) з корекцією дії паркопаном, циклодолом та ін. Після купірування найгострішого періоду можливий перехід до транквілізаторів бензодіазепінового ряду (діазепам, хлордіазепоксид, до 40–60 мг на добу, транксен, по 50–100 мг) із подальшим пероральним введенням цих або інших (медазепам, по 20–30 мг, нітразепам, по 5–10 мг) транквілізаторів.

У лікуванні реактивних депресій головне місце належить тимолептикам, за потреби — в поєднанні із нейролептичними засобами та транквілізаторами. При мономорфних депресіях з переважанням моторної та ідеаторної загальмованості показані СІЗС та ТЦА. Поліморфні депресії, в клінічній картині яких є психопатоподібні розлади (найчастіше істероїдного кола), лікують антидепресантами широкого спектру дії з седативним компонентом ТЦА або ІЗСІН.

Література

1. Михайлов Б. В. Психодинамическая психотерапия : Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе / Под ред. проф. Б. В. Михайлов, проф. М. П. Боро. — Донецк : Каштан, 2009. — С. 395–422.
2. Психоневрологічні розлади у осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (Клінічний посібник) / Упорядники Михайлов Б. В., Міщенко Т. С., Волошина Н. П., Здесенко І. В. та ін. (російською мовою). — Х., 2006. — 40 с.
3. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників) (Методичні рекомендації). — Київ : МОЗ України, 2010. — 31 с.
4. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.] — Харків, 2014. — 16с.
5. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. / [Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є., та ін.] — Х. : ХМАПО, 2013. — 224 с.
6. Психотерапия : [Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации] / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов // — Харьков : Око, 2002. — 768 с.
7. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.] — Харків, 2014. — 28с.
8. Behavioral therapy versus addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders / [McGovern M. P., Lambert-Harris C., Alterman A. I., Xie H., et al.] // Journal of Dual Diagnosis. — 2011. — № 7. — P. 207–227.

О предикторах эмоциональных расстройств



Дзеружинская Н. А.

Дзеружинская Н. А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Резюме. У статті на основі енергетичної теорії емоцій обґрунтовується концепція предикторів емоційних розладів з використанням таких психологічних понять, як емпатія, алексітимія і емоційне вигорання. Показано динамічний характер цих психологічних характеристик з рекомендацією щодо розробки психопрофілактичних і лікувальних заходів на преморбідних та ініціальних етапах виникнення емоційних порушень.

Ключові слова: енергетична теорія емоцій, предиктори, емпатія, алексітімія, емоційне вигорання, психопрофілактика.

About predictors of emotional disorders

Dzeruzhinskaya N.A.

Bogomolets National medical university

Resume. In the article, on the basis of energy theory of emotions, the conception of predictors of emotional disorders is substantiated with the help of such psychological terms as empathy, alexithymia and emotional burnout. The dynamic nature of these psychological characteristics is shown with recommendation on development of prophylactic and remedial actions on premorbid and initial stages of nascency of emotional disorders.

Keywords: energy theory of emotions, predictors, empathy, alexithymia, emotional burnout, psychoprophylaxis.

Энергетическая теория эмоций, предложенная В.В. Бойко [1], позволяет по-новому рассматривать психопатологию эмоций. По мнению автора, эмоции исполняют роль промежуточного звена между материальным и духовным миром. Энергетика эмоций сопутствует разным проявлениям бытия людей: рождению и смерти, здоровью и болезни, влюбленности и конфликтам, профессиональной деятельности и досугу. Энергия эмоций, не нашедшая выхода вовне, становится причиной мышечных зажимов, психического и соматического нездоровья и даже деформации личности.

Энергия (в переводе с греческого означает деятельность) — *общая мера различных видов движения и взаимодействия*. Энергия есть побудительная сила абсолютно всех наблюдаемых и невидимых *перемен*, которые происходят с живыми и неживыми объектами, а так же при их взаимодействии. Жизнь основана на обмене энергий. Затрачивая и восстанавливая энергию, человек переживает реальность своего бытия.

Традиционно выделяют такие разновидности или формы энергии: механическую, тепловую, электромагнитную, химическую, гравитационную, ядерную. В текущем столетии наукой установлено, что все живые существа, и особенно достоверно человек, обладают специфической энергией — биопсихической. Биопсихическая энергия порождается жизнедеятельностью всего человеческого организма, и в ее образовании участвуют разные формы энергий и, в первую очередь, тепловая, электромагнитная, химическая. Наличие у человека

биополя — научно доказанный факт, как и существование ауры (так называется часть биополя, которая выходит за рамки физического тела). Аура измеряется физическими методами и имеет несколько параметров: электрические, магнитные, звуковые, оптические, световые.

Психическая энергия является частью биопсихической энергии, но она несводима к другим известным видам энергии и не является результатом их превращения. В то же время психическая энергия связана с прочими видами энергии и способна преобразовываться в иные ее разновидности, например, в механическую или тепловую. Источником психической энергии является головной мозг вместе с каналами восприятия информации разного вида (модальности) — анализаторами. Каждый анализатор приспособлен к отражению конкретной энергии: зрительный и слуховой — электромагнитной (в основе света и звука — электромагнитные колебания); обонятельный и вкусовой — химической; кожный и кинестетический, дающие сведения о температуре, внешнем и внутреннем давлении, о движениях собственного тела, — механической и тепловой; вестибулярный, отражающий наше положение в пространстве, — гравитационной. Восприняв воздействие энергии того или иного вида, мозг производит оценку поступившей информации: сопоставляет с «образцами», хранящимися в памяти, определяет степень полезности или опасности для жизни, выявляет степень привлекательности для личности своего хозяина и т. д. Живой мозг представляет собой аппарат,

с помощью которого происходит преобразование разных видов энергии, воздействующих на человека, в психическую энергию (энергию идеального) и наоборот — психической энергии (энергии идеального) в прочие виды энергии. Психическая энергия представляет собой деятельность нематериальных или идеальных явлений психики, обладающих информацией, которая сосредоточена на разных ее уровнях — сознания, предсознания и подсознания. Информационно-энергетическое поле является отображением невидимой и неслышимой, и тем не менее воспринимаемой, сущности личности. Эмоции исполняют роль посредника в преобразовании материальных внешних и внутренних воздействий в психическую энергию. Эмоции переадресуют свою энергию различным психическим реалиям и вбирают в себя энергетику множества источников. Психическая энергия характеризуется следующими свойствами:

- 1) является фоном внутренней и внешней деятельности человека;
- 2) психическая энергия управляет человеком;
- 3) психическая энергия выходит за пределы своего источника;
- 4) психическая энергия одного человека воздействует на состояние и поведение другого человека.

Выделяются следующие источники психической энергии:

- 1) потребности, предпочтения, желания;
- 2) задатки, способности, умения и навыки;
- 3) исследовательский рефлекс, любопытство и любознательность;
- 4) интеллект;
- 5) планы, цели, намерения;
- 6) привычки, привязанности, вкусы;
- 7) идеалы, ценности, убеждения;
- 8) интересы и мотивы;
- 9) подсознательно и бессознательно;
- 10) воля.

Таким образом, психическая энергия — реальное явление внутреннего мира человека и его взаимодействия с окружающими. Ее источники разнообразны и охватывают практически весь спектр психического. Психическая энергия, генерируемая различными источниками, непременно задевает область эмоций. Они как бы встроены в различные аспекты поведения и являются неотъемлемой частью энергетики человека.

Эмоции — это генетические программы поведения, обладающие энергетическими свойствами — способностью воспроизведения, трансформации, динамикой, интенсивностью, побуждающим влиянием.

Американский психолог К. Изард выделяет 10 фундаментальных эмоций: интерес, радость, удивление, горе (страдание), гнев, отвращение,

презрение, страх, стыд и вина (раскаяние) [2]. В жизни человек демонстрирует более обширный эмоциональный репертуар, что обусловлено чрезвычайным многообразием целей общения и не менее многообразными проявлениями личности. Каждая из фундаментальных эмоций энергетически насыщена. При этом не имеет значения тот факт, повышают они активность организма (стенические эмоции) или понижают (астенические эмоции), в любом случае действует энергия. Психофизиологическая функция эмоций состоит в том, что они обеспечивают наши реакции в ответ на значимые внешние и внутренние воздействия дополнительной энергией, которой обладают врожденные программы эмоционального поведения.

Единство эмоционального и интеллектуального отражения действительности — современная форма (парадигма) проявления психического, позволяющая человеку развиваться, реализовать себя и удовлетворять свои потребности адекватно достигнутым условиям цивилизации.

Стереотип эмоционального поведения — это совокупность устойчивых характеристик эмоций (реакций и состояний), которыми человек чаще всего отвечает на внешние и внутренние значимые для него воздействия в соответствии со своей природой, состоянием здоровья и воспитанием. Стереотип эмоционального поведения отражает специфику эмоций, свойственных данной личности. При церебральной патологии возникают специфические нарушения эмоций.

При нарушениях в *правом* полушарии возникают:

- неадекватное эмоциональное реагирование;
- эмоциональная слабость, легкая подвижность, изменчивость (лабильность) эмоциональных реакций, неспособность к эмоциональному контролю;
- эмоциональная монотонность речи, нарушения в восприятии эмоциональных оттенков речи окружающих и своей собственной;
- состояние эйфории (в клинике тяжелых соматических заболеваний и острых сосудистых поражений головного мозга эйфория относится к плохим прогностическим признакам, и наоборот, ее смена переживаниями депрессивного типа дает надежду на возможность выздоровления);
- эмоциональная тупость, апатия, безразличие к окружающему;
- многоречивость, болтливость;
- аффекты (лобные доли полушария);
- страх, печаль, гнев, ярость (преимущественно внешнего, экспрессивного плана);
- непонимание юмора.

При нарушениях в левом полушарии отмечаются:

- переживания страдальческого оттенка — приступы тревоги, беспокойства, тоски, страха, отчаяния;
- депрессивные реакции и состояния;
- волнение, чувство наслаждения, счастья (преимущественно внутреннего — импрессивного — плана);
- извращение эмоций (лобные доли).

Согласно теории китайской медицины, важную роль в управлении здоровьем играют эмоции. Эмоциональное состояние человека определённо зависит и от состояния внутренних органов, каждая из 12 систем организма является генератором определённых качеств и реакций [3]. Разумный контроль и свободное, но уместное проявление эмоций обеспечивают свободное движение энергии Ци в теле. Однако избыток эмоций нарушает равновесие и течение этой энергии и влияет на здоровье. Гнев вреден для печени, радость — для сердца.

Гнев вызывает прилив энергии, которая стремительно нарастает и внезапно выплёскивается. Если преобладает гнев, человек легко расстраивается от неудач и не способен сдерживать свои чувства. Его поведение неправильно и импульсивно. Он кидается из крайности в крайность, что создаёт общее состояние напряжения.

Радость рассеивает энергию, она распыляется и теряется. Когда в жизни человека главное — получение удовольствия, он не способен удерживать энергию, всегда ищет удовлетворения и всё более сильной стимуляции. Чтобы сохранить интерес и приятное волнение, ему нужны внешние стимулы и внимание других людей. В одиночестве он ощущает себя безжизненным, склонен к неконтролируемой тревоге, бессоннице и отчаянию.

Задумчивость тормозит энергию. Если человек излишне размышляет, он попадает во власть тревожных мыслей и идей. Его может мучить излишнее внимание к деталям, а мысли могут замыкаться в порочный круг, вырваться из которого он не в состоянии. Это отсекает его от свежих мыслей и переживаний. Жизнь становится скучной и однообразной. Такой человек склонен к апатии и скуке. В то же время он обязателен, заботлив и склонен к сочувствию. Если жизнь не требует от него усилий, он может стать ленивым и инертным, уйти в свои мысли. В таком состоянии его энергия застаивается, вызывая дурное пищеварение, тяжесть и вялость.

Печаль прекращает действие энергии. Это чувство имеет свойство сжимать и замедлять. Человек, ушедший в переживание печали, отрывается от мира, его чувства сохнут, а

мотивация вянет. Защищая себя от радостей, привязанности и боли потерь, он устраивает свою жизнь так, чтобы избежать риска и капризов страсти, становится недостижимым для подлинной близости. Он приятен, но холоден, легко начинает презирать людей, которые кажутся ему расхлябанными и недисциплинированными. Может склониться к стяжательству, собственничеству и властности, стремясь держать под контролем своё окружение. Ему неприятно, когда при нём проявляют эмоции, и сам не выдаёт своих чувств. На вид он собранный, организованный, но если утрачивает упорядоченность своей жизни, то становится уязвимым и ощущает себя в опасности. У таких людей бывает астма, запоры и фригидность.

Страх обнаруживает себя, когда выживание оказывается под вопросом. От страха энергия падает, человек каменеет и теряет контроль над собой. В жизни человека, объётого страхом, преобладает ожидание опасности, он становится хитрым и подозрительным, прячется от мира и предпочитает одиночество. Он критически настроен, циничен, уверен во враждебности мира. Изоляция может отрезать его от жизни, сделав холодным, твёрдым и бездуховным. В теле это проявляется артритом, глухотой и старческим слабоумием.

Энергетическая теория эмоций позволяет использовать холистический подход к ранней диагностике эмоциональных расстройств. В этом случае можно выделить психологические и клинические предикторы. Клинические предикторы подразделяются на психопатологические и (психо-) соматические. Инструментарием выделения эмоциональных предикторов могут служить психологические и клинические опросники и тесты.

Психологические предикторы имеют психологическое содержание и определяются психологическими понятиями. Психологические предикторы эмоциональных расстройств могут быть ранними признаками психических нарушений. Нами выделены следующие психологические предикторы:

- 1) эмпатия;
- 2) алекситимия;
- 3) эмоциональное выгорание.

Психопатологические предикторы традиционно включают все описанные в клинике нарушения эмоций. При выраженных нарушениях следует говорить уже не о предикторах, а о признаках и симптомах психических расстройств. Психосоматические (соматические) предикторы выявляются как «эмоционально окрашенные жалобы по поводу физического состояния» (Гиссенский опросник).

Эмпатия — осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого

человека, без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания [4]. Термин «эмпатия» впервые появился в английском словаре в 1912 г. и был близок понятию «симпатия». Возник он на основе немецкого слова *eingefühlung* (дословное значение — проникновение), примененного Липпсом (Lipps T.) в 1885 г. в связи с психологической теорией воздействия искусства. Одно из самых ранних определений эмпатии находим в работе З. Фрейда «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905): «Мы учитываем психическое состояние пациента, ставим себя в это состояние и стараемся понять его, сравнивая его со своим собственным». Значение термина может несколько различаться в зависимости от контекста. Так, в медицине эмпатией часто называют то, что в психологии называется «эмпатическим слушанием» — понимание эмоционального состояния другого человека и демонстрацию этого понимания. Например, при опросе пациента врачом проявление эмпатии означает, во-первых, понимание слов, чувств и жестов пациента, а во-вторых, такое проявление этого понимания, что пациенту становится ясно, что врач осознает его переживания. Таким образом, акцент делается на объективной стороне процесса, а обладание навыком эмпатии означает способность собрать информацию о мыслях и чувствах пациента. Цель такого эмпатического слушания — дать понять пациенту, что его слушают, и поощрить его к более полному выражению чувств, позволив врачу, в свою очередь, составить более полное представление по теме рассказа. С точки зрения психологии, способность к эмпатии считается нормой. Существуют методики выявления у людей уровня способности к эмпатии и даже отдельных аспектов этой способности [1]. Диапазон проявления эмпатии варьирует достаточно широко: от лёгкого эмоционального отклика до полного погружения в мир чувств партнера по общению. Считается, что эмпатия происходит за счёт эмоционального реагирования на воспринимаемые внешние, часто почти незаметные, проявления эмоционального состояния другого человека — поступков, речи, мимических реакций, жестов и так далее.

Различают следующие уровни эмпатии: сопереживание (когда человек испытывает эмоции, полностью идентичные наблюдаемым), сочувствие (эмоциональный отклик, побуждение оказать помощь другому), симпатия (теплое, доброжелательное отношение к другим людям). Возможны дефектные (ошибочные) применения эмпатии. Сюда относятся «эмпатическая слепота» (неосознаваемое неприятие тех чувств партнера по общению, которых индивид

избегает в самом себе), неконтролируемое и неуместное использование эмпатии, в крайних случаях принимающее патологические формы, манипулятивное применение эмпатии (когда она выступает в виде скрытого убеждения, уговаривания, внушения). Диагностическое значение нарушений такой психологической характеристики, как «эмпатия», может свидетельствовать о расстройствах личности или о клинических случаях эмоциональных расстройств. Эмпатии мешает *эгоцентрическая ориентация человека* — он больше озабочен собственной персоной, чем кем-либо иным. На результатах эмпатии также плохо *сказывается психологический дискомфорт личности*. Если человек тревожен, агрессивен, депрессивен, невротизирован или просто слишком озабочен текущими проблемами, то ему не до того, чтобы глубоко постигать партнеров. В.В. Бойко в предлагаемом опроснике, содержащем 36 вопросов, выделяет следующие характеристики эмпатии:

- 1) рациональный канал эмпатии;
- 2) эмоциональный канал эмпатии;
- 3) интуитивный канал эмпатии;
- 4) установки, способствующие или препятствующие эмпатии;
- 5) проникающая способность эмпатии; 6) идентификация.

Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя — уровня эмпатии.

Алекситимия (греч. *a* — отрицание, *lexis* — слово, *thyme* — чувство) — неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т.е. переводить их в вербальный план. Это явление было описано Р.Е. Зифнеосом (R. Sifneos) в 1967 г. и рассматривалось им как предпосылка развития психосоматических заболеваний. Повышенный уровень алекситимии свидетельствует о затруднениях в эмоционально-интеллектуальной сфере и является противопоказанием для профессионалов в области общения. Уровень алекситимии определяется с помощью Торонтской алекситимической шкалы [5]. Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже.

Синдром «эмоционального выгорания» (англ. *Burnout*) описан у лиц «помогающих профессий» [6]. Интерес к исследованию синдрома выгорания вырос после того, как американские учёные Маслач и Джексон систематизировали описательные характеристики данного синдрома и разработали опросник для

его количественной оценки [7]. Согласно авторам опросника, синдром выгорания проявляется в трёх группах переживаний:

- эмоциональном истощении — переживании опустошённости и бессилия;
- деперсонализации — дегуманизация отношений с другими людьми (проявления чуждости, бессердечности, цинизма и грубости);
- редукции личных достижений — занижение собственных достижений, потеря смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте.

По определению В.В. Бойко [1], эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижение их энергетичности) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Автором выделяются следующие внутренние факторы, обуславливающие эмоциональное выгорание:

- 1) склонность к эмоциональной ригидности;
- 2) интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности;
- 3) слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности;
- 4) нравственные дефекты и дезориентация личности.

При эмоциональном выгорании, как динамическом процессе, определяются три фазы стресса по Г. Селье:

- а) нервное (тревожное) напряжение;
- б) резистенция (сопротивление);
- в) истощение.

Соответственно каждому этапу, возникают отдельные признаки или симптомы нарастающего эмоционального выгорания [8]. Таким образом, в отношении симптоматики эмоционального выгорания прослеживается следующая

динамика. В фазе напряжения наблюдаются симптомы:

- 1) переживания психотравмирующих обстоятельств;
- 2) симптомы «неудовлетворённости собой»;
- 3) симптом «загнанности в клетку»;
- 4) симптом «тревоги и депрессии».

В фазе резистентности выделяются:

- 1) симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования»;
- 2) симптом «эмоционально-нравственной дезориентации»;
- 3) симптом «расширения сферы экономии эмоций»;
- 4) симптом «редукции профессиональных обязанностей».

Фаза истощения характеризуется следующими расстройствами:

- 1) симптом «эмоционального дефицита»;
- 2) симптом «эмоциональной отстранённости»;
- 3) симптом «личностной отстранённости или деперсонализации»;
- 4) симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений».

С помощью опросника В.В. Бойко (84 вопроса) выявляются количественные показатели всех 12 симптомов.

Опираясь на смысловое содержание и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объёмную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

Таким образом, использование психологических понятий «эмпатия», «алекситимия», «эмоциональное выгорание» в дополнение к клиническим понятиям, позволяет выделить предикторы эмоциональных расстройств — инициальных или преморбидных для своевременной психопрофилактики и лечения.

Литература

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М: Информационно-издательский дом «Филин», 1996. — 472 с.
2. Изард К. Э. Психология эмоций/Перев. с англ. — СПб.: Издательство «Питер», 1999, — 464 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»)
3. Гарбузов В.И. Человек, жизнь, здоровье. Древние и новые каноны медицины. СПб.: Издательство: Комплект, 1995. — 422 с. (Серия: Целительные силы).
4. Ягнюк, Константин Владимирович. Природа эмпатии и ее роль в психотерапии (рус.) (html). Русский Гуманитарный Интернет-Университет (1995). Архивировано из первоисточника 5 февраля 2012.
5. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Методическое пособие. — СПб. — 1994.
6. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.; ил. — (Серия «Практическая психология»).
7. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual (Third Edition), Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996. — 52 p.
8. Селье Г. От мечты к открытию: Как стать ученым/Пер. с англ. Н. И. Войсунской; Общ. ред. М. Н. Кондрашовой, И. С. Хоролы; Послесл. М. Г. Ярошевского, И. С. Хоролы. — М.: Прогресс, 1987. — 368 с.: ил.

УДК 616.08 – 039

Структура нарушений психической сферы у больных острыми соматическими заболеваниями



Федак Б. С.



Сарвир И. Н.

Федак Б. С., Сарвир И. Н.

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

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии

Резюме. Проведена дифференциация нарушений психической сферы у больных с острыми соматическими заболеваниями на основании клинико-психопатологического та психодіагностичного дослідження. Виявлено наявність порушень психічної сфери, представлених різним ступенем вираженості: нозогенних реакцій психічної дезадаптації ($68,57 \pm 2,62\%$), нозогенних невротичних реакцій ($16,51 \pm 2,09\%$), соматогенно-обумовленого астеничного симптомокомплексу ($14,92 \pm 2,01\%$). Розроблено концепцію патогенетично-обґрунтованої системи медико-психологічної корекції.

Ключові слова: гострі стани соматичного профілю, порушення психічної сфери, медико-психологічна корекція.

Structure of violations mental health problems in patients with acute somatic diseases

Fedak B. S., Sarvir I. N.

Regional Clinical Hospital — Emergency Medical Care and Accidents Medicine Center

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. Differentiation of mental spheres in patients with acute conditions somatic profile based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic study. Revealed the presence of mental sphere represented varying degrees of severity: nosogenic psychological maladjustment reactions ($68,57 \pm 2,62\%$), nosogenic neurotic reaction ($16,51 \pm 2,09\%$), somatogenic-conditioned asthenic symptom ($14,92 \pm 2,01\%$). The concept of pathogenesis-based medical and psychological treatment.

Keywords: acute state of physical profile of mental areas of medical and psychological correction.

На протяжении последних лет в мире наблюдается устойчивый рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играет психогенный фактор. Эта же тенденция характерна и для Украины. При этом в клинической структуре данных заболеваний наблюдаются 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) [1, 3, 5, 14].

В тоже время, в определённых работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения

этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы. [4, 6, 9, 10].

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми состояниями соматического профиля. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. При этом важным вопросом является разработка новых программ медико-психологического сопровождения этих больных на ранних этапах лечения [2, 3, 9, 11, 12, 13, 15].

Недостаточно изученными являются также вопросы психосоциальной реабилитации

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 [5,8,11,12].

Это обусловлено тем, что низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций. [2, 3,12, 14].

Формирование неадекватной внутренней картины болезни, страх за свое будущее способствуют возникновению и прогрессированию дезадаптивных психологических реакций, которые являются неблагоприятными для прогноза заболевания и снижают уровень качества жизни больных.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий в большинстве случаев зависит как от адекватности выбора терапевтических методов, так и от многочисленных психологических причин [5,12]. Формирование мотивации, активного участия пациента в лечебном процессе является основой для современного лечебно-реабилитационного процесса [5, 6, 7, 9, 10].

Цель исследования: дифференциация нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования.

Материал и методы исследования

Всего было обследовано 315 больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля в возрасте от 22 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные были распределены на 5 групп: 1-ю группу составили 68 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардия; 2-ю — 58 больных с ишемической болезнью сердца, инфаркт миокарда (ИМ); 3-ю — 57 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю — 67 больных с мозговым инсультом (МИ); 5-ю — 65 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ).

Были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический методы. Использовался опросник невротических расстройств (ОНР-Си), разработанный Е. Александровичем. Опросник позволяет провести количественное определение степени

выраженности невротических синдромов у пациента. Методика состоит из 138 жалоб невротического порядка, наличие и выраженность которых оценивает у себя испытуемый. Все утверждения опросника сгруппированы в 13 форм невротических расстройств: I. Страх, фобии; II. Депрессивные расстройства; III. Беспокойство, напряжение; IV. Нарушение сна; V. Истерические расстройства; VI. Неврастенические расстройства; VII. Сексуальные расстройства; VIII. Дереализация; IX. Навязчивости; X. Трудности в социальных контактах; XI. Ипохондрические расстройства; XII. Психастенические нарушения; XIII. Соматические нарушения.

Для объективизации сопоставления показателей шкал нами использовались унифицированные баллы (УБ). Полученный показатель каждой шкалы умножался на коэффициент, исходя из значений максимального балла 100, минимального — 0 УБ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью t критерия Стьюдента. Для сравнения выборочных долей, выраженных в процентах (Р%), использовался критерий z , аналогичный t критерию Стьюдента.

Результаты исследования

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля различные нарушения психической сферы.

У 47 больных ($14,92 \pm 2,01\%$) психопатологическая симптоматика имела незначительную выраженность, была представлена преимущественно астеническим спектром проявлений и имела непосредственную связь с основным соматическим заболеванием. Такие состояния были расценены нами как соматогенно-обусловленные астенические состояния (САС).

У 52 больных ($16,51 \pm 2,09\%$) психопатологические нарушения, соответствовали критериям рубрики МКБ-10 «расстройства адаптации» (F 43.2) и определялись нами как нозогенные невротические реакции (ННР).

У большинства обследованных нами больных ($68,57 \pm 2,62\%$) психические нарушения достигали синдромального уровня, имели четкую связь с обострением соматического заболевания (которое выступало в качестве психогенного фактора) и расценивались нами в качестве нозогенных реакций психической дезадаптации (НРПД). Данные состояния соответствовали рубрике МКБ-10 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F 54).

Таким образом, вследствие острого состояния терапевтического профиля у соматических

больных в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации ($68,57 \pm 2,62\%$). Значимо реже встречаются соматогенно-обусловленный астенический симптомокомплекс ($14,92 \pm 2,01\%$) и нозогенные невротические реакции ($16,51 \pm 2,09\%$). В обоих случаях различия достигали статистической значимости ($p < 0,001$).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Так, наиболее часто САС встречался у больных стенокардией ($22,06 \pm 5,03\%$), однако статистической значимости достигали лишь сравнения с группой больных ЯБ ($6,15 \pm 2,98\%$, $p < 0,01$). Реже всего САС наблюдался у больных ЯБ (различия с 1-й и 4-й группами соответственно $p < 0,01$ и $p < 0,05$).

Реакция на болезнь в виде ННР чаще всего была присуща больным с ИМ ($25,86 \pm 5,75\%$), что было значимо чаще, чем у больных стенокардией и МИ (соответственно $10,29 \pm 3,68\%$ и $8,96 \pm 3,49\%$, в обоих случаях $p < 0,05$).

НРПД встречались у большинства больных всех клинических групп, от $59,65 \pm 6,50\%$ у больных ТИА до $76,92 \pm 5,23\%$ у больных ЯБ. Статистической значимости различия достигали лишь между 3-й и 5-й группами больных ($p < 0,05$).

Во всех клинических группах значимо преобладали больные с НРПД. При этом соотношения между количеством больных с САС и ННР было различным: среди больных со стенокардией и МИ число лиц с САС превышало аналогичный показатель с ННР, среди больных с ИМ, ТИА и ЯБ — доля лиц с ННР превышала таковую с САС. Статистической

значимости различия достигали лишь в группе больных с ИМ ($p < 0,05$).

Данные клинико-психопатологического исследования были сопоставлены с данными, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Суммарные показатели шкал ОНР-Си значимо различались между больными с САС, НРПД и ННР (табл. 2): соответственно $9,00 \pm 0,75$ УБ, $25,66 \pm 0,96$ УБ и $51,13 \pm 2,01$ УБ (во всех случаях $p < 0,001$). Данное соотношение сохраняло статистическую значимость во всех исследуемых группах больных.

Наиболее высоким суммарный УБ был в группе больных ИМ с ННР ($56,28 \pm 0,72$, различия с 1-й и 4-й группами $p < 0,001$, с 5-й группой — $p < 0,05$).

Средний суммарный УБ у больных с САС колебался от $7,35 \pm 0,70$ в группе пациентов с ТИА до $10,66 \pm 2,39$ в группе пациентов с ИМ, статистически значимых различий между группами не выявлялось.

Диапазон средних суммарных УБ у больных с НРПД составлял от $22,06 \pm 1,15$ в группе больных МИ до $28,83 \pm 2,43$ в группе больных ТИА ($p < 0,05$). Значимые различия выявлялись также между 4-й и 1-й, 4-й и 2-й, 4-й и 5-й группами (во всех случаях $p < 0,05$).

Помимо анализа средних суммарных УБ в исследуемых группах больных, нами было проведено сопоставление максимальных значений шкал опросника ОНР-Си (табл. 3).

Было выявлено, что максимальные оценки по шкалам опросника у больных с наличием САС были менее 30 УБ, у больных с НРПД находились в диапазоне от 30 до 70 УБ, и у больных с ННР — превышали 70 баллов.

Таблица 1

Распределение нарушений психики у больных различной нозологической принадлежности

Группы больных	САС		НРПД		ННР	
	абс	Р%±s%	абс	Р%±s%	абс	Р%±s%
1-я группа (n=68)	15	$22,06 \pm 5,03$	46	$67,65 \pm 5,67$	7	$10,29 \pm 3,68$
2-я группа (n=58)	6	$10,34 \pm 4,00$	37	$63,79 \pm 6,31$	15	$25,86 \pm 5,75$
3-я группа (n=57)	10	$17,54 \pm 5,04$	34	$59,65 \pm 6,50$	13	$22,81 \pm 5,56$
4-я группа (n=67)	12	$17,91 \pm 4,68$	49	$73,13 \pm 5,42$	6	$8,96 \pm 3,49$
5-я группа (n=65)	4	$6,15 \pm 2,98$	50	$76,92 \pm 5,23$	11	$16,92 \pm 4,65$
Всего (n=315)	47	$14,92 \pm 2,01$	216	$68,57 \pm 2,62$	52	$16,51 \pm 2,09$

Таблица 2

Средние суммарные показатели выраженности невротической симптоматики у больных с острыми соматическими состояниями (в УБ, М±m, по данным опросника ОНР-Си)

Группы больных	САС	НРПД	ННР
1-я группа (n=68)	$9,59 \pm 1,11$	$25,96 \pm 1,09$	$42,44 \pm 3,92$
2-я группа (n=58)	$10,66 \pm 2,39$	$27,83 \pm 2,17$	$56,28 \pm 0,72$
3-я группа (n=57)	$7,35 \pm 0,70$	$28,83 \pm 2,43$	$52,48 \pm 3,30$
4-я группа (n=67)	$8,71 \pm 0,71$	$22,06 \pm 1,15$	$52,20 \pm 0,75$
5-я группа (n=65)	$8,90 \pm 0,54$	$25,59 \pm 1,17$	$48,24 \pm 3,97$
Всего (n=315)	$9,00 \pm 0,75$	$25,66 \pm 0,96$	$51,13 \pm 2,01$

Таблиця 3

Розподілення показателів преобладаючих шкал у больних с острыми соматическими состояниями (в УБ, М±т, по данным опросника ОНР-Си)

Группы больных	САС	НРПД	ННР
1-я группа (n=68)	23,89±1,57	55,90±1,53	81,25±3,51
2-я группа (n=58)	23,81±1,74	52,25±1,88	77,40±1,29
3-я группа (n=57)	19,27±1,49	50,91±1,70	86,11±2,74
4-я группа (n=67)	24,89±1,32	50,83±1,34	80,00±1,32
5-я группа (n=65)	26,53±1,18	52,69±1,19	79,75±1,74
Всего (n=315)	23,52±1,11	52,63±0,95	80,84±1,46

Средние значения максимальных показателей шкал среди больных с САС, НРПД и ННР составляли соответственно 23,52±1,11, 52,63±0,95 и 80,84±1,46 УБ (во всех случаях $p < 0,001$).

Данная тенденция сохранялась во всех клинических группах, различия между долями больных с САС, НРПД и ННР среди больных различной нозологической принадлежности имели статистическую значимость.

Минимальные средние значения среди больных с САС демонстрировала 3-я клиническая группа (19,27±1,49 УБ, различия с 5-й группой $p < 0,001$, 4-й группой $p < 0,01$, 1-й и 2-й группой $p < 0,05$).

Диапазон максимальных значений среди больных с НРПД колебался от 50,83±1,34 УБ в 4-й клинической группе до 55,90±1,53 УБ в 1-й группе ($p < 0,05$).

Минимальное среднее значение у больных с ННР отмечалось в группе пациентов с ИМ (77,40±1,29 УБ), максимальное — в группе пациентов с ТИА (86,11±2,74 УБ, $p < 0,01$).

Таким образом, результаты клинико-психопатологического обследования были подтверждены данными, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Так, у 16,51±2,09% больных с острыми состояниями терапевтического профиля развивались нозогенные невротические реакции, средняя выраженность шкал которых по данным методики ОНР-Си составляла 80,84±1,46 УБ.

У 14,92±2,01% больных максимальные показатели выраженности шкал опросника ОНР-Си не превышали 30 УБ, составляли в среднем 23,52±1,11 УБ, что соответствовало диапазону «пониженных показателей», и свидетельствовало о наличии механизма психологического отрицания болезни.

У большинства же обследованных больных (68,57±2,62%) психологическим «ответом» на возникновение острого соматического неблагополучия явилось развитие реакций психической дезадаптации. Патопсихологическое обоснование клинических данных было подтверждено данными методики ОНР-Си: диапазон значений максимальной выраженности отдельных шкал колебался от 30 до 70 УБ, средний балл

составлял 52,63±0,95 УБ (диапазон средних показателей).

Данные психопатологического и патопсихологического обследования послужили основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля.

Выводы

Для больных с острыми состояниями соматического профиля характерно наличие нарушений психической сферы, представленных различной степенью выраженности.

Обострение (либо возникновение) заболевания терапевтического профиля является психогенным фактором развития и прогрессирования психопатологической симптоматики.

Наиболее частым «ответом» больных с острыми состояниями соматического неблагополучия является развитие нозогенных реакций психической дезадаптации (68,57±2,62%), соответствующих рубрике МКБ-10 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F 54). У 16,51±2,09% больных выявляются нозогенные невротические реакции, соответствующие критериям рубрики МКБ-10 «Расстройства адаптации» (F 43.2). Наличие соматогенно-обусловленного астенического симптомокомплекса, выявляющегося у 14,92±2,01% больных, свидетельствует о наличии механизма психологического отрицания болезни.

Основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля являются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

Литература

1. Амосова К.М. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / К.М. Амосова, Л.Є. Трачук, Н.В. Береза, Ю.В. Руденко // *Серце і судини*. — 2012. — №1(37). — С.85-92.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник. — К.: «Здоровье» — 1997. — 104 с.
3. Дроздова И.В. Артериальная гипертензия в фокусе психокардиологии. // И.В. Дроздова, Л.Г. Степанова, Н.А. Яковенко, М.Н. Емец. // *Медицина психология*. 2014. — т. 9 №1 (33). — С.41 — 48.
4. Клиническая психология: учебник // Под ред. Карвасарского Б. Д. — СПб. : Питер, 2010. — 864 с.
5. Маркова М.В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу /М.В. Маркова, В.В. Бабич // *Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия: спец. вып.* — 2008. — № 243. — С. 71–74.
6. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. руководство / Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.А. Федосеева. — Харьков: Прапор, 2002. — 108 с.
7. 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 — выпуск 1 (78) — 2014. — С. 11–17.
8. Напреевко О.К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України). / О.К. Напреевко // *Укр. вісник психоневрології* — 2014. — Том 22 — выпуск 1– № (78)2 — С. 18–22.
9. Органов Р.Г. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. / Органов Р.Г. Погосова Г.В., Шальнова С.А. [и др.] // *Кардиология* — 2005 — № 8 — С. 38–44.
10. Смулевич А.Б. Психокардиология /А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин. — М.: МИА, 2005. — 778с.
11. Федак М.Б. Порушення емоційної сфери хворих на ішемічну хворобу серця та їх медико-психологічна реабілітація: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кан-та мед. наук : спец. 19. 00. 04. «Медицина психологія» / М.Б. Федак. — Харків, 2012. — 14 с.
12. Хаустова О.О. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії / О.О. Хаустова, Л.Є. Трачук, С.Г. Сахно // *Ліки України плюс*. — 2012. — №3–4(11–12). — С.17.
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. 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. — P. 1773–1779.
15. Lett H. Depression and Cardiac Function in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study / H. Lett, S. Ali, M. Whooley // *Psychosom. Med.* — 2008. — Vol. 70. — P. 444–449.

Визначення ефективності лікування інсомнії



Аймедов К. В.



Михайлова К. Л.

Аймедов К. В., Михайлова К. Л.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Резюме. Інсомнія — повторювані порушення ініціації, тривалості, консолідації або якості сну, які трапляються незважаючи на наявність достатньої кількості часу та умов для сну і проявляються порушеннями денної діяльності різного виду. Безсоння — це діагноз синдромальний, проте дуже часто для вирішення даної проблеми лікарю доводиться вдаватися до медикаментозної терапії. При виборі препаратів першість віддається Z-препаратам. Дане дослідження має мету оцінити ефективність при лікуванні різних форм порушення сну.

Determination of the effectiveness of treatment of insomnia

Aymedov K. V. Mykhaylova K. L.

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Resume. Insomnia is a repeated violations of initiation, duration, consolidation or quality of sleep that occur despite the presence of a sufficient amount of time and conditions for sleep and occur at impaired daily activities of various kinds. Insomnia is a syndromic diagnosis, but the doctor has to use a medicine often to solve this problem. When we are selecting products, we prefer Z-drugs. This study aims to assess the efficacy of this drug in treating various forms of sleep disorders.

Постановка проблеми

Безсоння є однією з найсерйозніших сучасних проблем населення. За статистикою ця проблема зачіпає від 30 до 40% населення у розвинутих країнах, і набуває важкого ступеня у 10-15% з них [1]. Цей розлад визначається неможливістю настання або поглиблення сну, тобто сприяє накопиченню дефіциту відновного сну, що негативно позначається на функціонуванні організму людини.

Безсоння призводить до значних порушень, що впливають на повсякденне життя, такі як втома, дратівливість, порушення концентрації уваги і продуктивності удень, зниження соціальної активності [2]. Багато епідеміологічних досліджень показують, що захворюваність порушеннями сну підвищується у людей літнього віку, жінок, безробітних, а також самотніх людей [1, 3]. Люди з безсонням, швидше за все, виявляють ознаки і симптоми серцево-судинних захворювань, обструктивної хвороби дихальних шляхів, і артрит, ніж тих, хто має нормальний сон [3]. Порушення сну також тісно пов'язані з більш високим рівнем

захворюваності на депресію, тривожні розлади, алкогольну залежність [1].

Зниження розумової активності і денної продуктивності, пов'язаних з безсонням, призводить до погіршення працездатності людини, збільшується рівень травматизації та кількість нещасних випадків. Безсоння також виснажує компенсаторні ресурси організму, про що свідчить збільшення рівня госпіталізації серед людей з хронічним безсонням [4].

Інсомнія може бути спровокована психоемоційними, фізичними перевантаженнями, хворобою, стресом і багатьма іншими факторами. Залежно від тяжкості та тривалості психотравмуючої, індивідуальної значущості події, діапазон порушень сну може варіювати від легких епізодичних до хронічних важких форм.

Пацієнти з хронічним безсонням неохоче звертаються за медичною допомогою зі скаргами на поганий сон. В дослідженні Національного фонду сну в Америці, 80% пацієнтів опитаних вважають, що їхні скарги на сон не були достатньо серйозними, щоб викликати відвідування лікаря, і 16% вважають, що лікар не може

ефективно лікувати їх безсоння [5]. В результаті, пацієнти можуть вдатися до самолікування, народної медицини, алкоголю.

Виділяють епізодичну, короткочасну і хронічну інсомнію. Епізодична інсомнія триває до 1 тижня та найчастіше є наслідком емоційного стресу, надзвичайних ситуацій або зміни часових поясів. Короткочасна інсомнія триває до 3 тижнів і в порівнянні з епізодичною розвивається після важких і тривалих стресових ситуацій. Короткочасна інсомнія іноді виконує роль тригера інших несприятливих психічних розладів у вигляді дратівливості, підвищеної стомлюваності, денної сонливості і пов'язаної з ними зниження працездатності. Хронічна інсомнія триває більше 3 тижнів, часто є не самостійним розладом, а симптомом депресії, тривожних розладів, алкоголізму, тому при лікуванні цього виду безсоння необхідна консультація психіатра [3].

Найчастіше у практиці лікаря зустрічається епізодична інсомнія. Її раннє розпізнавання і ефективне лікування може відігравати важливу роль у зниженні захворюваності, смертності та економічного тягара, пов'язаного з безсонням.

Вибір снодійного засобу

При виборі відповідного снодійного засобу треба враховувати його фармакологічні властивості (фармакокінетику, фармакодинаміку), індивідуальну переносимість препарату пацієнтом та побічні ефекти. Лікування має бути спрямоване на вирішення первинної причини, що призвело до безсоння. Лише при відсутності протипоказань лікар може розглядати питання про призначення снодійних засобів. Особливе значення у виборі гіпнотика займає вік пацієнтів, оскільки літні пацієнти, як правило, схильні до більшого ризику для розвитку гіпнотичних побічних ефектів внаслідок зниження кліренсу препарату та інших пов'язаних з віком фізіологічних змін. Детальний збір анамнезу та скарг, зокрема виявлення звичок сну, нездатності ініціювати або підтримувати сон, може сприяти не тільки виявленню проблем, що потребують коректування, а також допоможуть у виборі кращого лікарського засобу для пацієнта.

Ефективність гіпнотичних ліків полягає в їх здатності індукувати і підтримувати сон в достатній кількості і якості так, щоб енергетичні функції нервової системи були збережені. У клінічних випробуваннях, ці результати часто оцінюються суб'єктивно шляхом визначення пацієнтом періоду засинання, тривалості загального сну, кількості пробуджень, рівня ранкової енергії шляхом інтерв'ювання пацієнта, анкети, або щоденника сну. Позитивний терапевтичний результат вважається, коли пацієнт відзначає, що засинає швидше, зменшується

кількість нічних пробуджень, відчуває, що відпочив при пробудженні. Враховуючи великий розкид суб'єктивних реакцій, об'єктивна оцінка цих параметрів часто оцінюється за допомогою полісомнографії [6].

Наявність Z-препаратів, наприклад таких як N-[3-(3-ціанопіразол[1,5-a]піримідин-7-іл)-феніл]-N-етилацетамід, відомий нам під більш розповсюдженою назвою залеплон, дозволяє використовувати медикаментозний сон не тільки на ніч, але і в той час, коли виникають труднощі з засинанням удень. В порівнянні з іншими препаратами, які відпускаються за рецептом, та з іншими безрецептурними препаратами, він не вимагає пацієнта проводити до 7-8 годин у ліжку для відновлення денної активності. Швидка елімінація препарату сприяє швидкому прогресуванню природних процесів сну, одночасно зберігаючи когнітивні функції та пам'ять після пробудження.

Сучасний гіпнотик повинен покращувати якість сну, не порушувати, а, навпаки, відновлювати фази сну, мати короткий, в середньому 1-2 год, період напіввиведення, не викликати залежності і синдром відміни, не мати ефекту кумуляції, токсичності та таких побічних симптомів, як сонливість, ранкова загальмованість, седація. Всім цим вимогам відповідає препарат Селюфен, що відноситься до нового класу піразолопіримідинів.

Препарат переважно зв'язується з I типом бензодіазепінових рецепторів, розташованих на рецепторному комплексі γ -аміномасляної кислоти (ГАМК), в результаті чого досягається седативний ефект. Після внутрішнього введення швидко і практично повністю всмоктується у шлунково-кишковому тракті (мінімум 71%). Максимальна концентрація у сироватці досягається протягом приблизно 0,5-1 год і становить 37,1 нг/мл. Час напіввиведення відносно короткий і становить близько 1 год. Речовина швидко проникає в міжклітинний простір. Концентрації, що спостерігаються в тканинах, менші за такі в плазмі. Біотрансформується в основному в печінці в 5-окси-залеплон під дією альдегідоксидази і його біодоступність становить близько 30%, далі трансформуються до глюкуронідів і виводяться з сечею. Отже дана хімічна речовина має фармакологічні переваги в порівнянні з іншими препаратами: час досягнення максимальної концентрації 0,5-1 год, а період напіввиведення — 1-2 год. Після прийому 10 мг препарату сон настає швидше, ніж при призначенні інших снодійних препаратів, вже протягом 15-20 хв. Також однією з переваг є те, що згаданий препарат в Україні відпускається без рецепту, що спрощує його призначення лікарями [7].

Ці фармакокінетичні властивості відображаються в терапевтичних ефектах: збільшення загального часу сну, порівняно з вихідним,

значно зменшується період засинання. Важливо відзначити, що фармакокінетичні ефекти практично не відзначаються у літніх пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

Для даного дослідження нами було відібрано 73 пацієнта, які звернулись до лікаря зі скаргами на неможливість засинання, поганий сон, відчуття «розбитості» при ранковому пробудженні. Вік пацієнтів склав від 30 до 65 років. З дослідження були виключені пацієнти з гострими запальними захворюваннями або загостренням хронічної патології.

Оцінка параметрів сну здійснювалася за п'ятибальною шкалою опитувальника Шпигеля [8] за категоріями: час засинання, тривалість сну, кількість нічних пробуджень, якість сну, кількість сновидінь, якість ранкового пробудження. Якщо сума балів становила 22 і більше — сон нормальний; 19-21 бал — стан пограничний; менше 19 балів — сон порушений і необхідно лікування.

За результатами тестування за опитувальником Шпигеля нами було виділено дві групи досліджених. До першої групи (Г1) увійшло 53 пацієнта з хронічною інсомнією, до другої (Г2) — 20 осіб з пограничними розладами сну.

Також нами була власноруч розроблена анкета для визначення психоемоційних та церебральних порушень у пацієнтів з порушеннями сну (табл. 1).

Запропонована анкета дозволяє дати кількісну оцінку клінічних симптомів захворювання залежно від ступеня їх прояви: 1 бал — ознака різко виражена; 2 бали — ознака значно виражена; 3 бали — ознака помірно виражена; 4 бали — ознака слабо виражена; 5 балів — ознака відсутня.

Таблиця 1

Анкета для оцінки психоемоційних та церебральних порушень

Прояви порушень	До лікування	Після лікування
<i>Церебральні порушення</i>		
Головний біль		
Запаморочення		
Порушення пам'яті та уваги		
Відсутність відчуття сну		
<i>Психоемоційні порушення</i>		
Зниження працездатності		
Швидка стомлюваність		
Дратівливість		
Тривожність		
Загальне погане самопочуття		

Всі пацієнти, які прийняли участь у дослідженні, отримували терапію препаратом «Селюфен» фірми «Адамед», який містить вищезгадану діючу речовину залежну у дозоровці 10 мг, на протязі 7 днів. Пацієнтам було роз'яснено, що це гіпнотичний препарат, який слід застосовувати безпосередньо перед вкляднанням у ліжко, мінімум за 4 години до пробудження. Не можна приймати другу дозу препарату в ту саму ніч. Всі пацієнти проходили анкетування до та після курсу прийому препарату.

Статистична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою пакетів статистичних програм Microsoft Excel XP і Statistica для Windows 7.0. Дослідження кількісних ознак проводилося методом порівняння середніх значень двох вибірових сукупностей з визначенням критерію Стюдента і рівня значущості (p). Статистично достовірними вважалися відмінності, рівень значущості яких відповідав $p < 0,05$.

Результати дослідження

Як вже зазначалося, всі пацієнти проходили анкетування до та після прийому курсу терапії. Результати, які нами були отримані при оцінці параметрів сну наведені у табл. 2.

За даними таблиці 2 можна бачити терапевтичну ефективність у пацієнтів з різними порушеннями сну. Лікування у групі пацієнтів з хронічною інсомнією достовірно покращувало всі суб'єктивні характеристики сну (крім його тривалості). Сумарна оцінка по Г1 склала 22,7 бала, що відповідає нормальному сну. У Г2 також достовірно відзначалось покращання. Сумарна оцінка в групі також була вище, ніж 22 бали (23,1), що свідчить про нормалізацію сну в цій групі пацієнтів.

Також нами проводилась оцінка церебральних та психоемоційних порушень у пацієнтів з порушеннями сну. Анкетування проводилось до та після проведення курсу терапії. Отримані результати наведені у табл. 3.

В обох групах після терапії відзначено покращення, достовірно знизилась прояви дратівливості, стомлюваності, підвищилась працездатність та загальне самопочуття, знизилась тривожність. Але у Г1 відмічається незначне збільшення таких проявів як запаморочення та порушення пам'яті та уваги (різниця не достовірна — $p > 0,05$). Це можна пояснити індивідуальною чутливістю до залежності. У Г2 відмічених ефектів не відмічалось.

Отже, проведене дослідження підтверджує лікувальну ефективність у пацієнтів як з хронічною інсомнією, так і у випадках пограничних розладів сну.

Таблиця 2

Оцінка параметрів сну до та після лікування

Характеристики сну	До лікування		Після лікування	
	Г1	Г2	Г1	Г2
час засинання	2,7±0,3	3,8±0,2*	3,3±0,2	4,1±0,1*
тривалість сну	2,8±0,3	3,4±0,2	3,1±0,2	3,4±0,2
кількість нічних пробуджень	2,6±0,4	3,9±0,1*	3,1±0,3	3,9±0,2*
якість сну	2,6±0,2	3,9±0,2*	3,2±0,2	3,8±0,3
кількість сновидінь	2,9±0,3	3,9±0,3*	3,1±0,3	4,2±0,2*
якість ранкового пробудження	2,8±0,4	3,9±0,3*	3,3±0,4	3,6±0,3
Сумарна оцінка	16,3±0,9	22,7±0,6*	19,1±0,7	23,1±0,5*

Примітки: * — різниця достовірна при $p < 0,05$, по відношенню до показника у своїй групі.

Таблиця 3

Прояви порушень зі сторони ЦНС

Прояви порушень	До лікування		Після лікування	
	Г1	Г2	Г1	Г2
<i>Церебральні порушення</i>				
Головний біль	3,2±0,3	3,5±0,3	3,1±0,2	3,4±0,2
Запаморочення	4,1±0,2	3,9±0,2	3,1±0,3	3,9±0,2*
Порушення пам'яті та уваги	3,5±0,4	3,4±0,3	3,2±0,2	3,8±0,3
Відсутність відчуття сну	2,1±0,3	4,8±0,3*	3,1±0,3	4,2±0,2*
<i>Психоемоційні порушення</i>				
Зниження працездатності	2,2±0,3	4,2±0,4*	2,4±0,3	4,3±0,3*
Швидка стомлюваність	2,3±0,2	4,1±0,3*	2,6±0,3	4,1±0,4*
Дратівливість	2,5±0,2	4,6±0,5*	2,6±0,4	4,8±0,4*
Тривожність	2,4±0,3	3,7±0,3*	2,5±0,3	4,1±0,3*
Загальне погане самопочуття	2,4±0,4	3,7±0,3*	2,3±0,3	4,2±0,4*

Примітки: * — різниця достовірна при $p < 0,05$, по відношенню до показника у своїй групі.**Висновки**

- Безсоння є однією з найсерйозніших сучасних проблем населення. Інсомнія призводить до значних порушень, що впливають на повсякденне життя, такі як втома, дратівливість, порушення концентрації уваги і продуктивності удень, зниження соціальної активності. Виділяють епізодичну, короткочасну і хронічну інсомнію.
- При виборі відповідного снодійного засобу треба враховувати його фармакологічні властивості (фармакокінетику, фармакодинаміку), індивідуальну переносимість препарату пацієнтом та побічні ефекти. Сучасний гіпнотик повинен покращувати якість сну, не порушувати, а, навпаки, відновлювати фази сну, мати короткий, в середньому 1-2 год, період напіввиведення, не викликати залежність і синдром відміни, не мати ефекту кумуляції, токсичності та таких побічних симптомів, як сонливість, ранкова загальмованість, седація. Всім цим вимогам відповідає препарат Селюфен, що відноситься до нового класу піразолопіримідинів.
- Досліджений препарат має фармакологічні переваги: час досягнення максимальної концентрації у нього 0,5-1 год., а період напіввиведення — 1-2 год. Після прийому 10 мг препарату сон настає швидше, ніж при призначенні інших снодійних препаратів, вже протягом 15-20 хв. Також однією з переваг є те, що він відпускається по звичайні рецептурні препарати що спрощує його призначення лікарями.
- Лікування у групі пацієнтів з хронічною інсомнією достовірно покращувало всі суб'єктивні характеристики сну (крім його тривалості). У Г2 також достовірно відзначалось покращання. Сумарна оцінка в групі також була вище, ніж 22 бали (23,1), що свідчить про нормалізацію сну в цій групі пацієнтів.
- В обох групах після терапії відзначено покращення, достовірно знизилась прояви дратівливості, стомлюваності, підвищилась працездатність та загальне самопочуття, знизилась тривожність.

Література

1. Mellinger G.D., Balter M.B., Uhlenhuth E.H. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates // Arch Gen Psychiatry. 1985.
2. National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia. Insomnia: Assessment and Management in Primary Care // Bethesda, Md: National Institutes of Health. 1998.
3. Klink M.E., Quan S.F., Kaltenborn W.T., et al. Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population: influence of previous complaints of insomnia // Arch Intern Med. 1992.
4. Lavie P. Sleep habits and sleep disturbances in industrial workers in Israel: main findings and some characteristics of workers complaining of excessive daytime sleepiness. Sleep. 1981;4:147–158.
5. Johnson E.O. Sleep in America: 1999—Results From the National Sleep Foundation's 1999 Omnibus Sleep Poll. Washington, DC: National Sleep Foundation. 1999.
6. Левин Я.И., Вейн А.М. Проблемы инсомнии в общей медицинской практике // Рос. мед. журн. — 1996. — №3. — С. 16-19.
7. Heydorn W.E. Zaleplon — a review of a novel sedative hypnotic used in the treatment of insomnia. Exp Opin Invest Drugs 2000;9:4:841—858.
8. Ковров Г.В., Посохов С.И. Типология объективных нарушений ночного сна при инсомнии // Общие вопросы неврологии и психиатрии. — 1997. — № 4. — С. 7-10.

Влияние иммуномодулирующей терапии на продукцию интерферонов больных рекуррентным депрессивным расстройством



Кутько И. И.



Терёшина И. Ф.

Кутько И. И.¹, Терёшина И. Ф.²

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

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

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

Ключевые слова: рекуррентные депрессивные расстройства, циклоферон, продукция, α -интерферон, γ -интерферон.

Influence of immunomodulatory therapy on production of interferons in patients with recurrent depressive disorders

Kutko I.I., Teryshina I.F.

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

SE «Lugansk state medical university», Lugansk, Ukraine

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

Keywords: recurrent depressive disorders, cycloferon, production, α -interferon, γ -interferon.

На современном этапе развития психиатрии накоплено достаточно большое количество фактов относительно роли изменений показателей иммунного статуса при болезнях психической сферы [1, 2, 5]. Если первоначально главенствующей являлась концепция нарушений гуморального звена иммунитета в

патогенезе психических заболеваний, то в настоящее время большое значение отводится разным компонентам как клеточного, так и гуморального иммунитета, включая опосредующие соответствующие реакции факторы — цитокины (ЦК) и цитокиновые рецепторы [6, 7, 18]. В частности было установлено, что у больных

шизофренией происходит повышение продукции ряда интерлейкинов, тогда как другие исследователи, наоборот, выявляют снижение уровня ряда ЦК или отсутствие их изменений, что связывают с клинической гетерогенностью шизофрении и, соответственно, различиями обследованных разными авторами групп больных [4, 20]. ЦК, такие как IL-1 β , ФНО- α и IFN- γ , по мнению ряда исследователей, вносят также значительный вклад в патофизиологию депрессии за счет активации обратного захвата моноаминов и уменьшения выработки серотонина из-за повышенной активности индоламин-2,3-диоксигеназы [6, 9]. Отдельные изменения сложной сети сигнализации, которая включает производство нейротропинов и факторов роста; экспрессию микроРНК; производство провоспалительных и противовоспалительных ЦК и даже аномальная доставка желудочно-кишечных сигнальных пептидов способны индуцировать серьезные изменения настроения, что при наличии дополнительных патогенетических факторов в клиническом плане способны проявляться как депрессивные расстройства [19, 23]. С целью оценки потенциальной диагностической значимости и для последующей разработки новых терапевтических подходов наше внимание привлекла возможность изучения продукции таких ЦК как α -интерферон (α -ИФН) и γ -интерферон (γ -ИФН) у больных рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) разной степени тяжести, а также исследования эффективности иммуноактивного препарата циклоферона при лечении таких больных в амбулаторных условиях (АУ).

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

Целью работы было изучение влияния иммуноактивного препарата циклоферона на спонтанную и стимулированную продукцию α -ИФН и γ -ИФН при лечении больных РДР в амбулаторных условиях (АУ).

Материалы и методы исследования

Для реализации цели работы было обследовано 192 больных РДР. Диагноз «РДР текущий эпизод легкой степени» (F33.0) был установлен у 63 (32,8%) больных, «РДР текущий

эпизод средней степени» (F33.1) — у 68 (35,4%) пациентов и «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов» (F33.2) — у 61 (31,8%) больного. Пациенты с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами» нами не рассматривались, поскольку они нуждались в лечении в условиях психиатрического стационара. Средний возраст больных был $30,8 \pm 5,4$ лет, женщин среди наблюдавшихся лиц было 124 (64,6%), мужчин — 68 (35,4%).

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

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

Больные РДР получали общепринятую поддерживающую терапию антидепрессантами и антипсихотиками в АУ согласно рекомендаций [7, 8]. Кроме того, больные основной группы в ходе лечения получали дополнительно циклоферон по 2 таб. на прием на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23 сут и далее по поддерживающей схеме по 2 таб. на прием 1 раз в 3 дня в течение 2 мес.

Циклоферон — современный иммуноактивный препарат, который относится к гетероароматическим соединениям класса акридионов, обладающий иммуностимулирующими свойствами [15]. В клинической практике отмечена способность циклоферона регулировать антителообразование, естественную киллерную активность Т-лимфоцитов и стимулировать фагоцитоз наряду с выраженным противовоспалительным и мембраностабилизирующим эффектом [11, 15]. Иммуномодулирующий эффект циклоферона

проявляется коррекцией иммунного статуса организма при иммунодефицитных состояниях различного генеза, при этом в зависимости от типа нарушений имеет место активизация тех или других звеньев иммунной системы [12, 14]. Циклоферон малотоксичен, не обладает канцерогенным, мутагенным, эмбриотоксическим эффектами [15].

Дополнительное иммунологическое исследование включало определение интерферонпродуцирующей (спонтанной и стимулированной) способности мононуклеаров периферической крови в соответствии с рекомендациями [13]. Показатели интерферонов статуса исследовали дважды: до начала исследования и по завершению проводимой терапии. Результаты исследования были сопоставлены с соответствующими иммунологическими показателями, полученных при обследовании 32 практически здоровых лиц.

Статистическую обработку полученных результатов исследований производили дисперсионного анализа с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и BioStat [8], при этом учитывали принципы использования статистических методов в клинических испытаниях лекарственных препаратов [9].

Полученные результаты и их обсуждение

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

Как отображено в таблицах 1 и 2, спонтанная продукция α -ИФН у больных РДР (F33.0) основной группы была сниженной относительно нормы для данного показателя в среднем в 1,26 раза ($P < 0,05$) и составила в среднем $(14,7 \pm 0,7)$ пг/мл, в группе сопоставления до начала лечения в АУ уровень спонтанной продукции γ -ИФН был в 1,23 раза ниже, чем у здоровых доноров ($P < 0,05$) и равнялся $(15,0 \pm 0,8)$ пг/мл. При стимуляции продукции α -ИФН его уровень у больных РДР (F33.0) основной группы составил в среднем $(40,3 \pm 1,7)$ пг/мл, что было ниже соответствующего показателя нормы в среднем в 1,33 раза ($P < 0,05$); у лиц группы сопоставления — $(40,6 \pm 1,6)$ пг/мл, что было меньше нормы в среднем в 1,32 раза ($P < 0,05$).

Спонтанная продукция γ -ИФН у больных РДР (F33.0) основной группы была сниженной относительно нормы для данного показателя в среднем в 1,21 раза ($P < 0,05$) и составила в среднем $(21,7 \pm 1,2)$ пг/мл, в группе сопоставления до начала лечения в АУ уровень спонтанной продукции γ -ИФН был в 1,2 раза ниже, чем у здоровых доноров и составлял в среднем $(21,9 \pm 1,3)$ пг/мл ($P < 0,05$). При стимуляции продукции γ -ИФН данный показатель у больных РДР (F33.0) группы сопоставления составил в среднем $(53,4 \pm 1,5)$ пг/мл, что было меньше соответствующего показателя нормы в среднем в 1,27 раза ($P < 0,05$); у лиц группы сопоставления — $(53,7 \pm 1,6)$ пг/мл, что было ниже соответствующего показателя у практически здоровых лиц в среднем в 1,26 раза ($P < 0,05$).

У лиц с диагнозом «РДР текущий эпизод средней степени», составивших основную группу, уровень спонтанной продукции α -ИФН на момент начала лечения в АУ составила в среднем $(13,0 \pm 0,9)$ пг/мл, что было ниже

Таблица 1

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

Показатель	Характер продукции	РДР (F33.0) (n=32)	РДР (F33.1) (n=35)	РДР (F33.2) (n=31)
α -ИФН	спонтанная	$14,7 \pm 0,7$ $P < 0,05$	$13,0 \pm 0,9$ $P < 0,01$	$10,5 \pm 0,8$ $P < 0,001$
	норма	$(18,5 \pm 0,9)$ пг/мл		
	стимулированная	$40,3 \pm 1,7$ $P < 0,05$	$36,4 \pm 1,8$ $P < 0,01$	$29,9 \pm 1,6$ $P < 0,001$
	норма	$(53,6 \pm 1,6)$ пг/мл		
γ -ИФН	спонтанная	$21,7 \pm 1,2$ $P < 0,05$	$17,2 \pm 1,0$ $P < 0,01$	$14,4 \pm 1,0$ $P < 0,001$
	норма	$(26,2 \pm 1,3)$ пг/мл		
	стимулированная	$53,4 \pm 1,5$ $P < 0,05$	$44,0 \pm 1,6$ $P < 0,01$	$31,3 \pm 1,8$ $P < 0,001$
	норма	$(67,9 \pm 1,8)$ пг/мл		

Примечание: в табл. 1-4 показатель P — разбегность между соответствующим показателем и нормой.

Таблиця 2

Продукція ЦК в культурах мононуклеаров периферической крови больных РДР групи сопоставлення до начала лечения ($M \pm m$)

Показатель	Характер продукции	РДР (F33.0) (n=31)	РДР (F33.1) (n=33)	РДР (F33.2) (n=30)
α-ИФН	спонтанная	15,0±0,8 P<0,05	13,4±0,8 P<0,01	10,9±0,7 P<0,001
	норма	(18,5±0,9) пг/мл		
	стимулированная	40,6±1,6 P<0,05	36,8±1,8 P<0,01	30,1±1,7 P<0,001
	норма	(53,6±1,6) пг/мл		
γ-ИФН	спонтанная	21,9±1,3 P<0,05	17,5±1,4 P<0,01	14,8±1,5 P<0,001
	норма	(26,2±1,3) пг/мл		
	стимулированная	53,7±1,6 P<0,05	44,4±1,5 P<0,01	31,6±1,7 P<0,001
	норма	(67,9±1,8) пг/мл		

соответствующего показателя у практически здоровых лиц в 1,42 раза ($P<0,01$); у пациентов группы сопоставления — (13,4±0,8) пг/мл, что было меньше нормы в среднем в 1,38 раза ($P<0,01$). Уровень стимулированной продукции α-ИФН у лиц основной группы составлял в среднем (36,4±1,8) пг/мл, что было меньше нормы в среднем в 1,47 раза ($P<0,001$), у пациентов группы сопоставления — (36,8±1,8) пг/мл, что было ниже нормы в среднем в 1,46 раза ($P<0,01$).

Уровень спонтанной продукции γ-ИФН на момент первого обследования лиц с диагнозом «РДР текущий эпизод средней степени» составил в среднем (17,2±1,0) пг/мл, что было ниже соответствующего показателя у практически здоровых лиц в 1,52 раза ($P<0,01$); у пациентов группы сопоставления — (17,5±1,4) пг/мл, что было меньше нормы в среднем в 1,50 раза ($P<0,01$). Уровень стимулированной продукции γ-ИФН у лиц основной группы составлял в среднем (44,0±1,6) пг/мл, что было меньше нормы в среднем в 1,54 раза ($P<0,01$), у пациентов группы сопоставления — (44,4±1,5) пг/мл, что было ниже нормы в среднем в 1,53 раза ($P<0,01$).

У больных с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов» основной группы спонтанная продукция α-ИФН до лечения в АУ равнялась в среднем (10,5±0,8) пг/мл, что было ниже нормы в 1,76 раза ($P<0,001$); у лиц группы сопоставления — в среднем (10,9±0,7) пг/мл, что было меньше соответствующего показателя нормы в среднем в 1,70 раза ($P<0,001$). Уровень стимулированной продукции α-ИФН у пациентов основной группы с наличием РДР (F33.2) равнялся в среднем (29,9±1,6) пг/мл, что было ниже соответствующего показателя нормы в среднем в 1,79 раза ($P<0,001$), у лиц группы сопоставления — в среднем (30,1±1,7) пг/мл, что было ниже соответствующего показателя нормы также в среднем в 1,78 раза ($P<0,001$).

У больных с диагнозом «РДР текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов» основной группы спонтанная продукция γ-ИФН до лечения в АУ равнялась в среднем (14,4±1,0) пг/мл, что было ниже нормы в 1,82 раза ($P<0,001$); у лиц группы сопоставления — в среднем (14,8±1,5) пг/мл, что было меньше соответствующего показателя нормы в среднем в 1,77 раза ($P<0,001$). Уровень стимулированной продукции γ-ИФН у пациентов основной группы с наличием РДР (F33.2) равнялся в среднем (31,3±1,8) пг/мл, что было выше соответствующего показателя нормы в среднем в 2,17 раза ($P<0,001$), у лиц группы сопоставления — в среднем (31,6±1,7) пг/мл, что было ниже соответствующего показателя нормы также в среднем в 2,15 раза ($P<0,001$).

При проведении повторного иммунологического исследования на момент завершения лечения в АУ было установлено позитивное влияние современного иммуноактивного препарата циклоферона на продукцию ИФН в культурах мононуклеаров. Показательно, что у больных основной группы показатели как спонтанной, так и стимулированной секреции α-ИФН и γ-ИФН достоверно от нормы не отличались ($P>0,05$), как это видно из табл. 3.

У лиц группы сопоставления, несмотря на некоторую положительную динамику, на момент завершения лечения в АУ показатели как спонтанной так и стимулированной продукции α-ИФН и γ-ИФН оставались ниже нормы (табл. 4).

Так, уровень спонтанной продукции α-ИФН на момент завершения лечения у больных (F33.0) группы сопоставления равнялся (16,7±0,7) пг/мл, что достоверно отличалось от нормы в 1,12 раза ($P<0,05$). Стимулируемая продукция α-ИФН у обследованных пациентов, страдающих (F33.0) и составивших группу сопоставления, достигла уровня в среднем

Таблиця 3

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

Показатель	Характер продукции	РДР (F33.0) (n=32)	РДР (F33.1) (n=35)	РДР (F33.2) (n=31)
α -ИФН	спонтанная	18,8 \pm 1,0 P>0,05	18,1 \pm 0,9 P>0,05	17,6 \pm 1,1 P>0,05
	норма	(18,5 \pm 0,9) пг/мл		
	стимулированная	53,7 \pm 1,7 P>0,05	52,9 \pm 1,7 P>0,05	52,5 \pm 2,0 P>0,05
	норма	(53,6 \pm 1,6) пг/мл		
γ -ИФН	спонтанная	26,7 \pm 1,5 P>0,05	25,8 \pm 1,2 P>0,05	25,4 \pm 1,4 P>0,05
	норма	(26,2 \pm 1,3) пг/мл		
	стимулированная	68,2 \pm 1,9 P>0,05	67,5 \pm 1,8 P>0,05	67,0 \pm 1,9 P>0,05
	норма	(67,9 \pm 1,8) пг/мл		

Таблиця 4

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

Показатель	Характер продукции	РДР (F33.0) (n=31)	РДР (F33.1) (n=33)	РДР (F33.2) (n=30)
α -ИФН	спонтанная	16,7 \pm 0,7 P<0,05	15,9 \pm 0,9 P<0,05	14,1 \pm 0,7 P<0,01
	норма	(18,5 \pm 0,9) пг/мл		
	стимулированная	46,6 \pm 1,7 P<0,05	44,8 \pm 1,9 P<0,05	42,5 \pm 1,8 P<0,01
	норма	(53,6 \pm 1,6) пг/мл		
γ -ИФН	спонтанная	22,6 \pm 1,5 P<0,05	21,5 \pm 1,6 P<0,05	20,2 \pm 1,5 P<0,01
	норма	(26,2 \pm 1,3) пг/мл		
	стимулированная	60,1 \pm 1,8 P<0,05	56,7 \pm 1,9 P<0,05	51,6 \pm 1,7 P<0,01
	норма	(67,9 \pm 1,8) пг/мл		

(46,6 \pm 1,7) пг/мл, что было меньше нормы в 1,15 раза.

У больных (F33.1) группы сопоставления спонтанная продукция α -ИФН равнялась на момент завершения лечения в АУ в среднем (15,9 \pm 0,9) пг/мл, что, однако, было меньше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 1,16 раза (P<0,05). Стимулируемая продукция α -ИФН у больных (F33.1) группы сопоставления на момент завершения лечения равнялась в среднем (44,8 \pm 1,9) пг/мл, что было в то же время в 1,20 раза ниже нормы (P<0,05).

У больных (F33.2) группы сопоставления спонтанная продукция α -ИФН составила после лечения в АУ в среднем (14,1 \pm 0,7) пг/мл, что, однако, было меньше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 1,31 раза (P<0,01). Стимулируемая продукция α -ИФН у лиц данной группы после лечения равнялась в среднем (42,5 \pm 1,8) пг/мл, что было меньше нормы в 1,26 раза (P<0,01).

Уровень γ -ИФН у больных (F33.0) после завершения лечения в АУ группы сопоставления составил (26,6 \pm 1,5) пг/мл, что было ниже нормы в 1,16 раза (P<0,05). Стимулируемая продукция γ -ИФН у больных (F33.0) группы сопоставления равнялась в среднем (60,1 \pm 1,8) пг/мл, что было меньше нормы в 1,13 раза (P<0,05).

Спонтанная продукция γ -ИФН у больных (F33.1) группы сопоставления равнялась на момент завершения лечения в АУ в среднем (21,5 \pm 1,6) пг/мл, что, однако, было меньше соответствующего показателя у практически здоровых доноров в среднем в 1,22 раза (P<0,05). Стимулируемая продукция γ -ИФН у больных (F33.1) группы сопоставления на момент завершения лечения равнялась в среднем (56,7 \pm 1,9) пг/мл, что было в то же время в 1,20 раза ниже нормы (P<0,05).

У больных (F33.2) группы сопоставления спонтанная продукция γ -ИФН составила после лечения в АУ в среднем (20,2 \pm 1,5) пг/мл, что, однако, было меньше соответствующего

показателя у практически здоровых доноров в среднем в 1,30 раза ($P < 0,01$). Стимулируемая продукция γ -ИФН у лиц данной группы после лечения равнялась в среднем ($51,6 \pm 1,7$) пг/мл, что было ниже нормы в 1,32 раза ($P < 0,01$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с РДР в патогенетическом плане до начала лечения в АУ наблюдались нарушения продукции α -ИФН и γ -ИФН, степень изменения которых коррелировала с

тяжестью течения заболевания. Полученные результаты относительно динамики продукции α -ИФН и γ -ИФН больных РДР свидетельствуют, что назначение циклоферона способствует четко выраженной тенденции к нормализации как спонтанной, так и стимулируемой ФГА продукции α -ИФН и γ -ИФН. Полученные данные позволяют считать применение циклоферона при лечении больных РДР патогенетически обоснованным и клинически перспективным.

Литература

1. Абросимова Ю.С. Клинико-терапевтические аспекты дифференцированного применения нейролептиков у больных параноидной шизофренией с учетом показателей цитокинового дисбаланса и апоптоза: Дисс. ... канд. мед. наук. Саратов, 2009. — 143 с.
2. Говорин Н.В., Озорнина Н.В., Озорнин А.С. Изменения уровня некоторых цитокинов сыворотки крови у больных с первым психотическим эпизодом шизофрении при психофармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Том 21, вып. № 1. — С. 20-24.
3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — [4-е изд.]. — Киев, Полиграф Плюс, 2010. — 552 с.
4. Коляскина Г.И., Секирина Т.П., Андросова Л.В. Изменение иммунного профиля больных шизофренией в процессе лечения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004. — № 4. — С. 39-45.
5. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. Москва: МЕДпресс-информ, 2002. — 240 с.
6. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В., Сепиашвили Р.И. Нейроиммунопатология. Руководство. — М.: 2003. — 438 с.
7. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении: иммунные и метаболические механизмы ее формирования и пути преодоления // Український медичний альманах. — 2006. — Т. 9, № 5. — С. 162-167.
8. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.
9. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. — Киев: Морион, 2002. — 160 с.
10. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Consilium medicum. — 2006. — Т. 8, № 3. — С. 92-94.
11. Терешин В.А. Влияние циклоферона на динамику ФНО- α и показатели макрофагальной фагоцитирующей системы у больных острым тонзиллитом смешанной вирусно-бактериальной этиологии // Укр. мед. альманах. — 2005. — Том 8, № 5. — С. 131-133.
12. Терешина И.Ф. Динамика противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-10) в сыворотке крови больных рекуррентным депрессивным расстройством в амбулаторных условиях при применении циклоферона // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии: сборник научных работ. — Киев; Луганск, 2013. — Вып. 4 (118). — С. 99-106.
13. Тест-системы ProCon IF α plus, ProCon IF γ plus [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.protc.spb.ru/russian.html>
14. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Чхетиани Р.Б., Круглова О.В. Эффективность комбинации циклоферона и реамберина при лечении больных хроническим сепсисом // Медицинские новости Грузии. — 2012. — № 4 (205). — С. 44-51.
15. Циклоферон: инструкция по клиническому применению / Утверждена 11.12.03 Приказом МЗ Украины №572.
16. Burk J.D., Hales R.A., Yudofsky S.C., Talbot J.A. Epidemiology of mental disorders // Textbook of Psychiatry / Eds: . — New York: The American Psychiatric Press, 2004. — P. 67-89.
17. Ebrinc S., Top C., Oncul O. et al. Serum interleukin 1 alpha and interleukin 2 levels in patients with schizophrenia // J. Med. Res. 2002. Vol. 30, N 3. P. 314-317.
18. Erbagci A.B., Herken H., Koluoglu O. et al. Serum IL-1beta, sIL-2R, IL-6, IL-8 and TNF-alpha in schizophrenic patients, relation with symptomatology and responsiveness to risperidone treatment // Mediators Inflamm. 2001. Vol. 10, N 3. P. 109-115.
19. Ganguli R., Brar J.S., Rabin B.S. Immune abnormalities in psychiatry: Evidence for the autoimmune hypothesis // Harv Rev Psychiat. — 1984. — Vol. 2. — P. 70-83.
20. Lichtblau N., Schmidt F.M., Schumann R., Kirkby K.C. Cytokines as biomarkers in depressive disorder: current standing and prospects // Int. Rev. Psychiatry. — 2013. — Vol. 25 (5). — P. 592-603.
21. Muller N., Gruber R., Ackenheil M., Schwarz M.J. The immune system and schizophrenia. An integrative view. Ann NY Acad Sci 2000; 917: 456-467.
22. Na K.S., Kim Y.K. Monocytic, Th1 and Th2 cytokine alterations in the pathophysiology of schizophrenia // Neuropsychobiol. 2007. Vol. 56, N 2-3. P. 55-63.
23. Rapaport M.H., Muller N. Immunological states associated with schizophrenia // Psychoneuroimmunology. — 2001. — Vol. 2. — P. 372-382.
24. Villanueva R. Neurobiology of major depressive disorder / Neural Plast. — 2013. — Vol. 10. — P. 87.
25. Zhang X.Y., Zhou D.F., Cao L.Y. Changes in serum interleukin-2, -6, and -8 levels before and during treatment with risperidone and haloperidol: relationship to outcome in schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. — 2004. — Vol. 65, N 7. — P. 940-947.

Порушення імуногенезу у дітей і підлітків з девіантною поведінкою внаслідок перинатальних мозковосудинних уражень



Уралова Л. Т.



Гончар О. А.



Гончар Т. О.

Уралова Л. Т., Гончар О. А., Гончар Т. О.

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

Резюме. Проведений аналіз перинатальних мозковосудинних уражень з використанням методів променевої діагностики, представлені результати вивчення імуногенезу у дітей та підлітків з девіантною поведінкою.

Ключові слова: перинатальні мозковосудинні ураження, променева діагностика, девіантна поведінка, імуногенез регуляторні пептиди.

Immunodeficiency in children and adolescents with deviant behavior as a result of perinatal cerebrovascular damages

Uralova L. T., Gonchar O. A., Gonchar T. O.

Resume. Perinatal cerebrovascular damages were analyzed using radiodiagnosis. Results of the immunogenesis study in children and adolescents with deviant behavior are presented.

Keywords: perinatal cerebrovascular damages, radiodiagnosis, deviant behavior, immunogenesis, regulatory peptides.

Вступ

Перинатальні мозковосудинні ураження у немовлят бувають різні навіть у тих випадках, коли механізм ушкодження головного мозку однаковий. Безпосередньо діючи на нейронні системи, ураження мозку може бути першо-причиною психічних розладів. Більш ніж 70% дітей, які залишилися жити після гострої перинатальної патології, вважаються здоровими, оскільки після певного проміжку часу в них не виявляють індикаторів енцефалопатичного пошкодження (Bowen K.F., Gatzke-Kopp L.M., 2013). Але на пізніших стадіях розвитку більш помітними та вираженими стають порушення психічного регістру, які можуть проявлятися на протязі всього життя.

Серед різноманітних варіантів психічної патології найважливішим є вивчення девіантної поведінки дітей та підлітків з точки зору межових нервово-психічних розладів резидуально-органічної генези. Це обумовлено широким

діапазоном проявлення поведінкових розладів, їх високою частотою, непосильними для даного контингенту труднощами соціальної адаптації.

В даний час психіатрія володіє достатньо великим обсягом матеріалу щодо діагностики, клініки, медико-педагогічної корекції девіантної поведінки. Досвід вітчизняних та закордонних клініцистів свідчить про те, що реальні можливості подолання шкільної та соціальної дезадаптації поряд з вірною оцінкою діагностичного значення клінічних проявів поведінкових розладів в значній мірі залежать від своєчасного вибору раціонального методу лікування.

Мета дослідження.

Дослідження проводилося з метою поглибленого комплексного вивчення імунної системи у пацієнтів з вираженими поведінковими порушеннями, які обумовлені перинатальною патологією, виявлення імунологічних прогностичних критеріїв ефективності терапії.

Методи дослідження

Було досліджено 43 пацієнта чоловічої статі, які перенесли перинатальні геморагічні та гіпоксично-ішемічні мозковосудинні ураження з подальшим розвитком різних форм девіантної поведінки неспсихотичного рівня. Задля діагностики перинатальних мозковосудинних уражень у немовлят (в анамнезі) використовувалась нейросонографія, в подальшому застосовувалися КТ та МРТ. Також залучалися клініко-катамнестичний метод, принципи вікової динаміки, патопсихологічний метод.

Було проведено комплексне вивчення клітинових та гуморальних факторів імунітету 43 пацієнтів з подальшим їх дослідженням у динаміці. З метою забезпечення контролю була також обстежена група з 43 психічно та соматично здорових дітей та підлітків. Досліджуваному контингенту, який відзначався стійкою девіантною поведінкою, призначали препарат з групи малих регуляторних пептидів — деларгін, що активно впливає на стан психічної діяльності з розвитком реакції компенсації, посилює функцію інгібіторних інтернеуронів, які знижують збуджуваність центральної нервової системи. Було встановлено, що терапевтична ефективність деларгину визначалася ще й його функцією як імунокоректора під час стійких, резистентних до терапії поведінкових розладів, про що свідчать наші дані щодо вивчення імуногенезу в вищевказаного контингенту хворих.

Дослідження вмісту Т- та так званих Т-активних лімфоцитів у периферичній крові показало, що до лікування в дітей спостерігалось значне зниження цих клітин (до $24,2 \pm 0,8\%$ та $22,42 \pm 0,69\%$ проти $65,81 \pm 1,66\%$ та $44,42 \pm 1,25\%$ у контрольній групі відповідно, $p > 0,05$). Після терапії відзначалося значне відновлення кількості Т- та Т-активних лімфоцитів, що свідчить про корекцію дисбалансу Т-клітин. Було встановлено, що вміст В-лімфоцитів, який був підвищеним у дітей до лікування, після проведення курсу відновлювався до контрольних значень. Таким чином дисбаланс вмісту різних субпопуляцій лімфоцитів зрівнюється — зменшена кількість Т- та Т-активних лімфоцитів зростає, тоді як підвищена кількість В-лімфоцитів значно зменшується після лікування, що свідчить про імуномодуючу дію деларгину.

Беручи до уваги позитивний вплив терапії на вміст у крові різних субпопуляцій лімфоцитів та зміну функціональної активності останньої, можемо зазначити, що у відповідь на дію Т- та В-мітогенів проліферативна активність значно модифікується. Таким чином, відзначене значне пригнічення реакції бластотрансформації на ФГА після курсу лікування не спостерігалось — проліферативна активність відновилася

у повному обсязі ($25,5 \pm 3,2\%$ та $59,7 \pm 2,1\%$ проти $57,23 \pm 1,5\%$ у контрольній групі, $p > 0,05$). Дуже важливо відзначити зміни в активності В-лімфоцитів. Якщо в дітей до лікування спостерігали відносно підвищення вмісту В-лімфоцитів ($14,2 \pm 0,7\%$ проти $8,5 \pm 0,5\%$ у контрольній групі, $p > 0,05$), то проліферативна активність у відповідь на дію В-мітогену декстран-сульфату знижується вдвічі. Отже у функціональному відношенні ці лімфоцити не є повноцінними, не зважаючи на їх великий вміст у крові.

Дослідження, що були проведені, показують, що у контингенті хворих, який вивчався, поряд із дисбалансом вмісту різних субпопуляцій лімфоцитів в крові, наявне також значне пригнічення функціональної активності цих лімфоцитів. Це дозволяє говорити про вторинний імунodefіцит, який діє як на Т-, так і на В-кліткову ланку імунного відгуку. Достатньо повне відновлення бластотрансформуючої здатності В-лімфоцитів у відповідь на декстран-сульфат вказує на імуномодуючу дію деларгін та дає можливість стверджувати, що присутні у системі імунітету розлади не мають незворотного характеру та можуть бути скореговані. Це у повній мірі відноситься як до вмісту різних популяцій, так і до їх функціональної здатності відповідати на міогени.

Аналізуючи вміст різних класів імуноглобулінів у крові дітей до та після лікування, можемо відзначити зниження концентрації усіх трьох класів імуноглобулінів порівняно з групою контролю, хоча достовірне зниження спостерігалось лише для двох класів — М та А. Після терапії спостерігалася значна активація імуноглобуліносинтезуючих лімфоцитів, що дає велике перевищує норму підвищення цих двох класів імуноглобулінів. Таким чином, вміст імуноглобуліна М у крові підвищується до $1,32 \pm 0,06$ при нормі $1,18 \pm 0,05$ (мг/мл), $p > 0,05$, а також до $1,71 \pm 0,07$ при нормі $1,41 \pm 0,08$ (мг/мл), $p > 0,05$ у контрольній групі. Вміст імуноглобуліну І у крові підвищувався до контрольних значень.

Отже вторинна дисімуноглобулінемія у дітей корегується лікуванням у повному обсязі, що, ймовірно, позитивно відбивається й на загальній реактивності та стійкості до прихованих вірусних та бактеріальних інфекцій, які можуть спостерігатися у них при такому виді імунodefіциту. Беручи до уваги порушення у системі імунітету, що були виявлені у досліджуваного контингенту пацієнтів, а також аналізуючи причину та механізм розвитку вторинного імунodefіциту, ми намагалися оцінити активність деяких регуляторних субпопуляцій лімфоцитів, зокрема так званих індометацинчутливих супресорів.

Отримані дані показують, що у дітей до лікування функція цієї популяції клітин не була

порушеною (індекс супресії — 1,3), однак після лікування відзначалося зникнення активності супресорних клітин (індекс супресії — 0,7). Таким чином у даного контингенту дітей пригнічення показників кліткового та гуморального відгуку не можна напряду пов'язувати з гіперактивністю супресорів, тому що рівень активності однієї з популяцій макрофаго-лімфоцитарної, яка здатна синтезувати простагландин Е, пригнічує проліферацію Т-лімфоцитів. Терапія, що проводилася із включенням деларгіну, також сприяла пригніченню цієї функції супресорів (індекс супресії — 0,7), що є одним з пояснень дії деларгіну на імуногенез, його впливу на індометацинчуйливу популяцію супресорів, активацію внаслідок цього синтезу імуноглобулінів, а також на посилення проліферативної здатності лімфоцитів на мітогени.

Отримані нами дані, які відображають співвідношення різних класів імуноглобулінів, вказують на участь у гуморальному імунитеті синтезуючих антитіл. Відсутність порушень у переключенні з синтезу одного класу імуноглобулінів на інший дає можливість говорити про

те, що зміни у системі імунітету є вторинними, а їх причина полягає у порушенні нейроендокринної регуляції імуногенезу.

Висновки

1. Однією з головних причин психотичних порушень є перинатальні геморагічні та гіпоксично-ішемічні мозковосудинні ураження.
2. Поглиблене комплексне вивчення імунної системи хворих з девіантною поведінкою дозволяє уточнити та доповнити уявлення про патогенез психічних розладів, які виникають внаслідок перинатальної патології.
3. Дітям та підліткам з вираженими формами девіантної поведінки у реєстрі пограничних нервово-психічних розладів резидуально-органічної ґенези, резистентних до традиційної терапії, властиві значні зміни в імунному статусі, які є пов'язаними з дисімуноглобулінемією, дисбалансом субпопуляцій лімфоцитів, пригніченням їх функціональної активності на міогени, що дозволяє констатувати вторинний імунодефіцит.

Література

1. Урало́ва Л.Т., Гонча́р А.А. Роль иммуногенеза и терапевтическая коррекция девиантного поведения у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью // «Психічне здоров'я». — 2005. — №2(7). — С.18-20.
2. Danner L. Schlafstörungen und Kinderpsychiatrischer Sicht // Therapiewoche. — 2004. — Bd. 33, #15, S. 1723-1733.
3. Gabriellei W.F. Sinistrality and delinquency // J. Abnormal Psychol. — 2004. Vd. 89, #5. P. 654-661.
4. Гонча́р О.А. Возможности променевой диагностики перинатальных мозковосудинных поражений у новорожденных (научный посібник). Київ.: ІВ О «Медицина України», 2001.
5. Bowen K.E., Gatzke-Kopp L.M. Brain injury as a risk factor for psychopathology // Child and Adolescent Psychopathology / Eds. T.P.Beauchaine, S.P.Hinshaw. — Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2013. — P. 317-340.
6. Гонча́р О.А., Урало́ва Л.Т. Психічні наслідки перинатальних мозковосудинних уражень // «Психічне здоров'я». — 2014. — №3-4. — С.35-36.

УДК 159.9.07, 616.89 – 008, 454 – 053.2.

Деякі психогігієнічні та методологічні аспекти психічного здоров'я підростаючого покоління на регіональному рівні



Мешков В. М.

Мешков В. М.

ТМО «Психіатрія» в м. Києві

Міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги

Резюме. Стаття посвячена состоянию психического здоровья детей. Предложены профилактические и управленческие мероприятия по их улучшению.**Ключовые слова:** Психическое здоровье, дети, управление, профилактика.

Some psychohygienic and methodological aspects of the mental health of the younger generation at regional level

Meshkov V. M.**Resume.** The article is dedicated to psychic health children. The preventive measures of management are recommended for improvement.**Keywords:** Psychic health, children, management, preventive maintenance.

Проблемі психічного здоров'я дітей та підлітків приділяють важливе значення[1]. Так як, в наш час простежується зростання психогенних впливів, інформаційних навантажень, неадекватного виховання та інше[2].

В науковій літературі є роботи присвячені даному напрямку[3].

За даними Назарової Е.В. та інших, розповсюдженість захворювань порушень психіки та поведінки у дітей за останнє десятиріччя зростає в 1,6 рази[4].

Погіршилися показники готовності дітей до навчання в школі. Знизився інтегральний показник розумової працездатності першокласників (з 1,48 до 1,13 умовні од.). Зростає кількість дітей з недостатнім рівнем розвитку функцій необхідним для навчання в школі (з 21,2 до 41,4%). Різке збільшення інтенсивності навчання в учбових класах, в поєднанні з низькими функціональними можливостями та високою частотою порушень здоров'я розвитку призвели до того, що вже в середній школі в повному обсязі її пересилають не більш як 10% школярів[5].

Побутує проблема вживання психоактивних речовин[6]. Дослідження свідчать, що серед споживачів наркотичних речовин, 20% складають школярі, 60% — молодь у віці 16-30 років. Середній вік становить 15-17 років, збільшується процент вживання наркотиків дітьми 9-13 років [7].

Тому, постійний моніторинг психічного здоров'я дітей та підлітків, вивчення впливу чинників ризику та вдосконалення первинної

профілактики психічних захворювань, вживання психоактивних речовин на регіональному рівні має важливе значення.

І розглядається в якості стратегічних інвестицій, яка забезпечить отримання в довготривалій перспективі позитивного наслідку і страхуватиме кожну дитину, народжену зі здоровою ЦНС, від психофізичної травматизації та підтримувати його інтелектуальні, емоційні і соціальні зростання.

Метою нашого дослідження було проведення моніторингу стану психічного здоров'я психічного дітей (0-17) років м. Києві та Київської області. Впливу чинників ризику, удосконалення стандартів первинної профілактики психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин.

Методи дослідження

Були проаналізовані наукові джерела та статистичні дані Київського міського науково-аналітичного центру медичної статистики та Центру медичної статистики МОЗ України за 2004-2013 р.р. [8].

В наш час, певне значення має встановлення взаємин причинно-наслідкового зв'язку впливу неблагоприємних чинників, як соціальних так і навколишнього середовища на стан психічного здоров'я дітей. Аналіз свідчить, що корені первинної профілактики проникають ще період раннього дитинства. В подальшому пов'язано з особливостями розвитку організму та формуванням особистості, умовами та ритмом життя.

Важливим тут є — формування здорового способу життя, розвиток особистості: 1) інформаційні і освітні програми, які направлені на навчання продуктивних поведінкових стратегій в кризових ситуаціях; 2) зниження ризику вживання наркотичних та психоактивних речовин.

На виникнення соматичних і психічних захворювань підростаючого покоління впливають некеровані і керовані чинники ризику, які поділяють на три групи: освітні, біологічні (особисто-психологічні), соціальні (соціокультуральні та етнокультуральні)[9].

Як відомо, освітні шкільно — середовищні чинники ризику впливають на школярів протягом всього періоду навчання. Важливу вагу в збереженні психічного школярів відіграє у них достатніх адаптивних можливостей до освітнього середовища та учбової діяльності.

Так, дошкільнята та учні 1-х класів опиняються в новому освітньому середовищі, де знаходяться протягом тривалого часу. Періодично створюючи для них психологічні труднощі, це перехід від гри до роботи, від сім'ї до колективу, від повної активності до певної дисципліни. Школярі 5-х класів переходять до предметної форми навчання. В 9-му та 11 класів проводиться профорієнтація та профільне професійне навчання. Школярам необхідно пристосовуватись до вимог учбового процесу, «техномодернізація» суспільства, потреби ускладнення учбових програм. Простежуються та нав'язуються елементи змагальності в школі. Це — орієнтація на високі показники в навчанні. До шкільних стресових ситуацій можна приєднати відсутність дружніх стосунків але і конфлікти в дитячих колективах, які проявляються обідами, глузуваннями та погрозами.

Крім того, на дану групу школярів впливають сильні стресогенні неспецифічні чинники ризику. Авторитарний та деспотичний стиль поведінки певної категорії вчителів в спілкуванні с учнями. Учбове перевантаження, відповідно до основних санітарно-гігієнічних норм освітнього процесу, може сприяти виникненню у дітей емоційного та розумового перевтомлення та негативно віддзеркалюватись на стані їх здоров'я.

Адаптація організму школярів в даний період супроводжується кризовими станами. Так, у віці 2,5–4 роки в період першого пубертатного кризи — формується самоствердження, становлення особистості, формування самооцінки та система відносин. В період другого пубертатного кризи 7–9 років адаптація до початкової школи. В 11–13 років (третій пубертатного криз) під час адаптації до школи[10].

Простежується у школярів гіподинамія. Так, рухова активність у молодших школярів займає біля 19% добової потреби у русі. До 80% діти

знаходяться в статичному стані в приміщеннях. Основною формою фізичного виховання школярів залишаються уроки фізкультури. які компенсують дефіцит рухової активності всього на 10-15% [11].

До біологічних чинників ризику можна віднести: антенатальні, перинатальні та ранні постнатальні розлади життєдіяльності організму (недоношеність, недостатня маса тіла, асфіксія, тяжкі захворювання).

З року в рік збільшується відсоток дітей народжених хворими, серед яких значний відсоток з вродженими вадами розвитку. Розповсюдженість яких в м. Києві в 2013 році становила 15,8(на 10 тис. населення). Дефекти в стані здоров'я дітей являються причиною 78% летальних випадків на першому році життя і 33% випадків ранньої дитячої інвалідності. Викликаючи обмеження біологічних і психологічного дефіциту, що негативно відображається на процесі їх соціалізації і реінтеграції в суспільстві[12].

Відомо, що проявом пренатального ураження ЦНС у дітей, являється дефіцит уваги з гіперактивністю, яка веде до соціальної дезадаптації[13].

Важливий вплив мають також соціальні чинники (соціокультуральні та етнокультуральні), до яких можна віднести: хронічні конфлікти в сім'ї, виховання дітей родичами, зловживання батьками алкогольними напоями, діти з незабезпечених сімей. розпад сім'ї, гіперопека. В якості нових соціальних психогенній виділяються: безробіття, міграція, зміна місця роботи зі зниженням соціального статусу, втрата житла, фінансова неспроможність.

Аналіз стану соматичного здоров'я дітей віком від (0-17) років вказує, що в м. Києві в 2013 році, в структурі поширеності захворювань — 1-ше місце займали органи дихання — 52,3%, 2-ге — хвороби органів травлення — 10,4%, на 3-му місці — шкіри та підшкірної клітковини — 4,5%.

В структурі первинної захворюваності, органи дихання займали 1-ше місце, питома вага яких становила — 68,5%, травми та отруєння — були на 2-му місці — 7,2%.

Результати медико — психологічних досліджень засвідчили, що у підлітків з хронічними захворюваннями в 2,5-3 рази частіше, ніж у здорових, виявляється соціально-психологічна дезадаптація: неефективність учбової діяльності, порушення поведінки та інше[3].

Моніторинг стану психічного здоров'я дітей віком (0-17) років м. Києва та Київської області та Україні. свідчать, що в період з 2004 по 2013 рр. захворюваність знизилась відповідно: з 446,6 до 245,7; 385,5 до 290,1 та 488,8 до

396,6 (на 100 тис. дитячого населення), темп зниження становив: 45,0%; 32,9% та 18,9%.

Поширеність в Києві та Україні знизилась відповідно: з 2842,4 до 1921,9 та з 2845,6 до 2487,8 (на 100 тис. дитячого населення). Темп зниження 32,4% та 12,6%. В Київській області показник збільшився з 2248,7 до 2276,0 (на 100 тис. дитячого населення), приріст становив — 1,2%.

Як бачимо, показники захворюваності та поширеності порушень психіки та поведінки в м. Києві динаміці років знизилась, а Київській області трохи зросла.

Аналіз захворюваності та поширеності дітей віком від 0-17 років по нозологіям виявив наступні тенденції:

На 1 — му ранговому місці були — розлади психіки неспиритичного характеру. Так, в м. Києві, Київській області та Україні захворюваність в динаміці 2004 — 2013рр. зросла відповідно: з 324,3 до 371,6; 269,0 до 318,3 та 334,9 до 377,6 (на 100 тис. дитячого населення). Темп приросту становив: 14,6%; 18,3% та 12,8%.

В поширеності простежувалась дещо інша тенденція (рис.1). Якщо в м. Києві та по Україні простежувалось зниження показника, темп зниження становив відповідно: 36,0% та 10,1%. То в Київській області був приріст — 1,0%.

Своєчасне виявлення розладу аутизму має велике прогностичне та профілактичне значення [14].

Так, захворюваність зі спектру аутизму в м. Києві в динаміці з 2004 по 2013рр. зросла з 2,8 до 15,1 (на 100тис. дитячого населення), темп росту становив — 4,4%, в Київській області, відповідно з 1,1 до 12,7 (на 100 тис. дитячого населення), темп росту — 91,3%, по Україні з 1,0 до 9,1 (на 100 тис. дитячого населення). Аналогічна тенденція простежувалась і в поширеності, яка в м. Києві зросла в 5,9 рази і становила — 85,5 (на 100 тис. дитячого населення), в Київській області зросла в 2,4 рази, з 5,9 до 42,5 (на 100тис. дитячого населення), по Україні показник зріс в 8,4 рази і в 2013 році становив 48,2 (на 100 тис. дитячого населення).

Як бачимо, простежується динамічне зростання захворюваності та поширеності спектру аутизму в м. Києві так і Київській області. що значне підвищення виявляємості.

На 2-му місці — розумова відсталість(всі форми). Аналіз зареєстрованої захворюваності свідчить, що вона в динаміці 2004 — 2013рр. в м. Києві, Київській області та Україні знизилась відповідно: з 20,8 до 17,5; 77,3 до 63,9 та 96,4 до 62,7 (на 100 тис. дитячого населення). Темп зниження становив відповідно: 15,9%; 17,3%; 35,0%. В поширеності простежувалась аналогічна тенденція. Темп зниження становив — 28,5%; 5,0%; 23,4%.

На 3-му — розлади психіки спиритичного характеру. Стан захворюваності в м. Києві динаміці

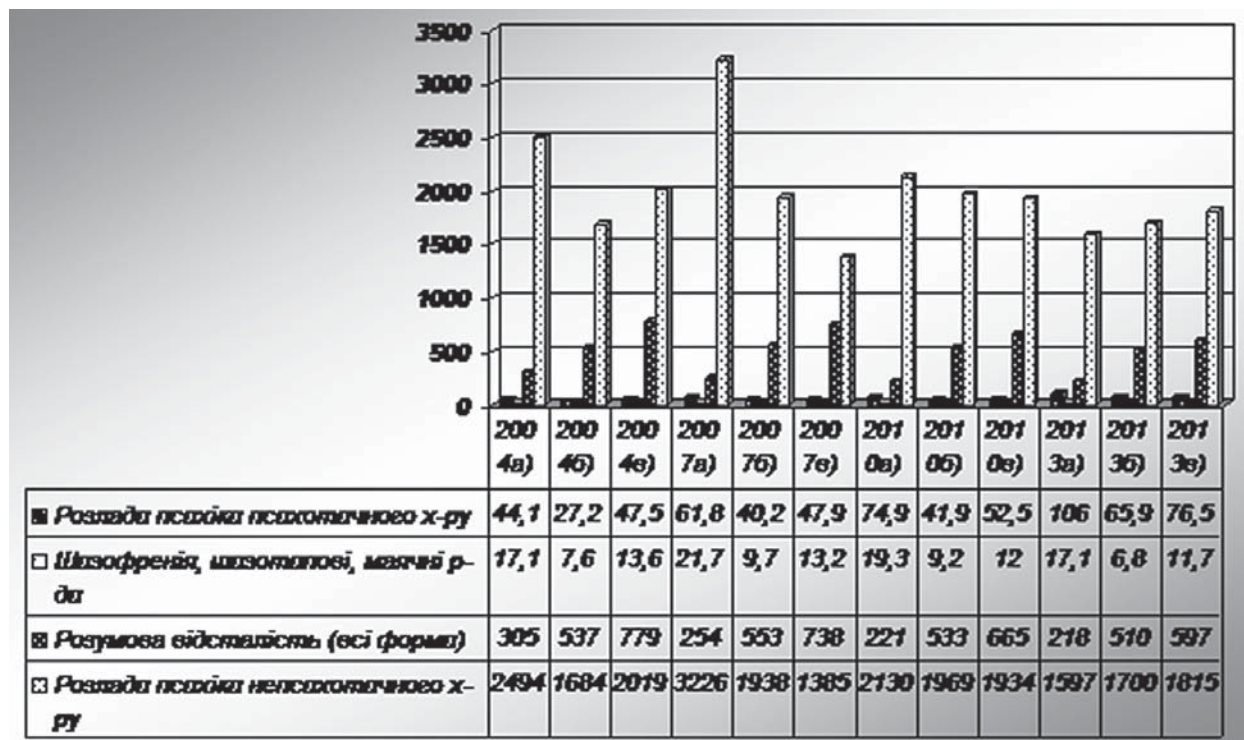


Рис. 1

Показники поширеності психіки та поведінки дітьми (0-17)років в динаміці 2004-2013 рр. (на 100 тис. дитячого населення).

Примітка: а) Київ; б) Київська область; в) Україна

2004–2013 рр. свідчить, що показник зріс з 9,5 до 18,3(на 100 тис. дитячого населення), в 1,92 рази. В Київській області та по Україні простежувалась аналогічна тенденція: з 5,0 до 15,9 та з 7,7 до 14,3(на 100 тис. дитячого населення), зростання було: в 3,9 та 1,8рази.

Поширеність в м. Києві, Київській області та Україні зросла, відповідно: 2,41; 2,42 та 1,61 рази.

На 4-му — шизофренія, шизоафективні психози, шизотипові розлади.

Так, захворюваність в м. Києві, Київській області та Україні до 2013 рр. зросла відповідно: з 1,8 до 3,2 в 1,7 рази; з 0,6 до 1,3, в 2,2 рази та з 1,2 до 3,0 (на 100 тис. дитячого населення), 2,5 рази. В поширеності в м. Києві в динаміці простежувалась стабілізація показника (Рис.1). То в Київській області було зниження, темп зниження становив — 10,5%. По Україні було зниження — 11,6%.

Як бачимо, показники захворюваності та поширеності порушень психіки та поведінки в Києві, Київській області та по Україні динаміці років мали тенденцію до зниження. Простежувалось певне зростання розладів психотичного характеру та дитячого аутизму.

Певними причинами такого становища є недостатня виявляємість, статистичний недооблік звернень пацієнтів до лікарів поліклінічних закладів соматичного профілю з приводу розладів психіки та поведінки.

Питома вага дітей таких складає — 6,3%, від всього контингенту хворих, та 15,2% вперше виявлених. У підлітків цей показник становив відповідно — 1,1% та 0,9% [Дмитреева Т.Н., 2008].

Тут треба враховувати, також певні труднощі в доступності до первинної психіатричної допомоги дітей, які проживають в сільській місцевості Київської області. Адже перший контакт в системі охорони психічного здоров'я дітей являється першорядним. Тому, вага центрів первинної медико-санітарної допомоги в не диспансерному наданні психіатричної допомоги має постійно вдосконалюватись[14].

В загальній популяції, не менш як 15% населення страждає від психічних розладів, прояв яких носить донозоологічні форми.

Так, у певної частини дітей виявляється чималий пласт психологічних проблем (панівний рівень тривожності, недорозвиток емоційної сфери, дискомфорту в сім'ї, низькою самооцінкою. Відмічається зниження комунікативних навичок, шкільної і сімейної агресії. Ці чинники, сприяють розвитку виразних дезадаптаційних реакцій.

В подібному психологічний дискомфорт дитина може знаходитись тривалий час і може мати зворотній характер. При посиленні впливу чинників ризику, виникає перенапруження регуляторних систем, який провокує виникнення психологічний розладу. Який характеризуються психосоматичними змінами, неадекватною соціальною та фізіологічною адаптацією. Це може бути поштовхом до невротичних реакцій і перетворення донозоологічної до первинної симптоматики.

Профілактичні заходи порушення психічного здоров'я школярів можна втілювати в життя в умовах загальноосвітніх закладів.

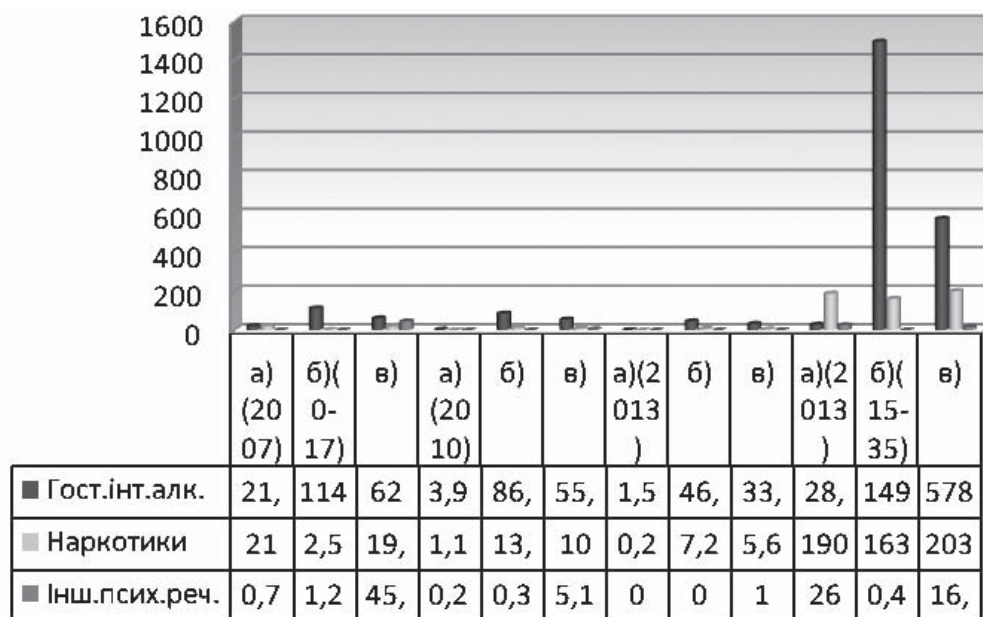


Рис. 2

Показники поширеності гострих отруєнь психоактивними речовинами дітьми віком (0-17) років та молоддю віком (15-35) в динаміці 2007-2013 рр. (на 100000 населення)

Примітка: а) Київ; б) Київська область; в) Україна

Останнім часом продовжують спостерігатись у дітей асоціальні форми поведінки, які пов'язані з ризиком для життя.

Аналіз поширості гострих отруєнь психоактивними речовинами дітей від (0-17) років в період з 2005-2013 рр. свідчить про слідує (Рис. 2).

Так, показник інтоксикації від алкоголю в м. Києві та Київської області мав тенденцію до зниження. Темп зниження показував відповідно: 0,4% та 0,6%, по Україні відповідно — 0,5%.

Показник зареєстрованої поширеності інтоксикації від наркотиків (опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інші) мав тенденцію до зниження. Темп зниження ставив відповідно: 0,9%; 0,7%. По Україні — 0,7%.

Розбір показників поширеності інтоксикації від вживання інших психоактивних речовин (седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів).

Як видно з рис. 2, в м. Києві та Київській області в 2013 році не було зареєстровано ні одного випадку. По Україні показник становив — 1,0 (на 100 тис. дитячого населення) (81 особа).

Разом з тим, розгляд статистичних показників поширеності інтоксикації від вживання алкоголю молод'ю віком від (15-35) років в 2013 році, свідчить про слідує: в порівнянні з показниками у дітей віком від (0-17) років в м. Києві зросло в 19 разів (254 особи), в Київській області — в 32 рази і абсолютний показник становив — 7271 особи. По Україні показник зріс в 17 разів (578 особи).

Інтоксикація від наркотичних речовин наркотиків (опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інші) в м. Києві зросла з 0,2 (на 100 тис. населення) до 190,1 (на 100 тис. населення) і становила — 1673 особи. В Київській області показник зріс в — 34,4 рази. По Україні відповідно — в 58,8 рази і становив 26341 особи.

Показники інтоксикації іншими психоактивними речовинами (седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів) свідчать, що в м. Києві у молоді (15-35) років було зареєстровано — 229 осіб, в Київській обл. — 2 особи. По Україні зріс в 26,4 рази і становив — 2136 осіб.

Аналіз свідчить, що в м. Києві та у дітей віком від (0-17) років вже тривалий час не реєструються тютюнокуріння (F 17.1), в Київській області показник поширеності становив — 1,3 (на 100 тис. дитячого населення), абсолютний показник становив — 4 особи. Всеукраїнський показник становив — 26,9 (на 100 тис. дитячого населення), абсолютний показник відповідно — 2150 осіб. Разом з тим, показник формувався тільки з 5-ти адміністративних територій (Харківській, Дніпропетровській, Житомирській, Сумській та Чернігівській області), що в певній

не відображає реальну ситуацію з тютюнокурінням в країні.

Проведені у США, наукові дослідження стверджують, що якщо молоду особу у віці 10 — 21 рік стримати від тютюнокуріння, алкоголю, наркотиків, вирогідність, що ця людина опиниться серед наркоманів дорівнює нулю [7].

Разом з тим, в порівнянні з зареєстрованими випадками споживання психоактивних речовин дітей віком від 0-17 років, виникне значне зростання кількості випадків у молоді віком від 15 до 35 років.

Це свідчить, що у дітей не сформована виразна негативна мотивація по відношенню до вживання в психоактивних речовин. Існує певний розрив між рівнем гігієнічних знань і поведінки індивіда.

Як відомо, трансформація знань в нормі поведінки підлітка відбувається не відразу, а поступово: 1-й етап — отримання медичної інформації; 2-й етап — формування інтересу до отриманої інформації; 3-й етап — прийняття рішення (зміна мотивації поведінки) особливо при вживанні психоактивних речовин.

Тому, своєчасна та достовірна інформація про вплив на здоров'я вживання психоактивних речовин школярами в освітніх закладах, полегшить встановленню медико — гігієнічної норми поведінки.

Одним з найбільш фатальних наслідків психічних розладів у дітей та молоді, являються самогубства, які в певній мірі являються потаємною причиною смерті.

В період з 2009 по 2013 рр. самогубства в м. Києві зросли з 3,69 по 4,30 (на 100 тис. населення), темп приросту становив — 16,5%. По Україні відповідно — 20,6 (на 100 тис. населення).

Серед дорослого населення в 2013 р. в м. Києві скоїли спробу самогубства 57 осіб, завершилися смертю — 14% (8 осіб). В Київській області — 11 осіб, завершилися смертю — 7. Всеукраїнський показник становив — 860 чоловік, завершилися смертю — 27,8% (239 осіб). Наприклад, серед дітей віком від (0-17) років в 2010 році в Україні скоїли самогубства — 182 особи, в Київській області — 11, в м. Києві — 1 особа [8].

Тут важливим є попередження дефектів виховання, особливо в ранньому дитячому віці — до 5-6 років. Саме в цьому періоді формується основа особистості індивіда, яка по мірі подорослення накопичує риси гармонічної, психологічно стресостійкої, впевненої в собі особистості. Або в противагу — уразливої, залежної, пасивної, схильної до депресивного реагування. При біологічній схильності підвищується їх ризик [14].

Важливо посилити контроль психолого-педагогічного діяльності освітніх закладів по

виявленню суцидально загрозливих станів, вивчення проблем сім'ї, підліткового та молодіжного середовища; орієнтувати освітню діяльність та формувати у молодих людей адекватної самооцінки і широкого спектру адаптивної поведінки в кризових стосунках.

Важливим тут є:

- 1) Непряма профілактика — це своєчасне виявлення стресорів та життєвих проблем;
- 2) Проведення занять з батьками з метою підвищення рівня знань з проблем суїцидів [15].

Реалізація комплексу заходів направлених на профілактику психічного здоров'я серед дітей неможливо без підвищення рівня знань цільових контингентів(батьків, вчителів, медпрацівників) для формування активної негативної позиції [8;16] (Рис. 3).

З медпрацівниками вивчення впливу освітніх шкільне обумовлених чинників ризику на розвиток психічних розладів, наявність функціональних відхилень різних систем організму, рівня фізичного розвитку, гострої та хронічної захворюваності тривалість та тяжкість протікання їх та інше.

Лікар-педіатр проводить лікувально-діагностичну допомогу дітям з психосоматичними розладами.

На етапі донозологічної діагностики порушень психічного здоров'я дітей можна використовувати скринінг — тест, який включає прояви порушень, які характерні для різних вікових груп:

1. Вік дитини від народження до 1-го року — кволість, сонливість, недостатня реакція на оточуюче середовище;
2. Вік від 2 до 3 років — запізнені навички стояння, ходьба, поява перших слів;
3. Дошкільний вік — слабкий розвиток навиків самообслуговування, нестаток словарного запасу;

4. Молодший шкільний вік — неможливість засвоєння програми початкових класів загальноосвітньої школи;
5. Прояви не притаманні дитячому віку;
6. Порушення виробки учбових навичок (читання, письмо, рахування);
7. У випадку збереження ознак порушення розвитку на певному етапі онтогенезу не менш як на 6 міс. виникає необхідність направлення до дитячого психіатра [14].

Можливість кваліфікованих вчителів виявити емоційні проблеми учнів в певному сенсі являється важливою частиною первинної та вторинної профілактики, а також своєчасного кризового втручання.

Формування здоров'я — педагогічний процес, орієнтований на навчання школяра основам здорового способу життя. Збереження здоров'я педагогічний процес направлений на створення здоров'є зберігаючих умов для росту, розвитку, навчанню протистоянню негативних змін в стані здоров'я дитини.

На засаді освітніх етапів — мотиваційного, когнітивного, операційно-діяльного, рефлексивного, проводити навчання та виховання здоров'єзберігаючого характеру, оцінку психічного благополуччя та шкільної успішності [17].

Шкільний психолог проводить поглиблену психологічну діагностику, вивчення сімейних чинників ризику, консультації сім'ї. Проводити скринінгову оцінку ступеня ризику виникнення донозологічних порушень у стані психічного здоров'я школярів:

- 1) Рівень нейротизму (особистісний опитувальник Г. Айзенка);
- 2) Рівень вираження фаз розвитку емоційного вигорання(методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка);
- 3) Рівень ситуативної та особистісної тривожності (опитувальник Ч. Спілбергера);



Рис. 3

Примірна функціональна схема взаємодії дитячої поліклініки, та Центру первинної медико-санітарної допомоги по первинній профілактиці психічного здоров'я школярів освітніх закладів

- 4) Рівень шкільної тривожності (Методика рівня шкільної тривожності Б.Філліпса);
- 5) Рівень показників агресивності (Методика агресії А. Басса та А. Дарки);
- 6) Рівень вираження депресії (Психометрична шкала В. Цунга).

В подальшому, на підставі визначення за формулою величин інтегрального показника оцінки психічного стану (ІПОПС) обґрунтовують висновок щодо рівня психічного здоров'я кожного учня та виявляють осіб, які потребують запровадження заходів психогігієнічної корекції:

$$\text{ІПОПС} = H + EB + T + ШТ + A + Д,$$

де *H* — рівень нейротизму, *EB* — рівень емоційного вигорання, *T* — рівень тривожності, *ШТ* — рівень шкільної тривожності, *A* — рівень агресивності, *Д* — схильність до депресії [3].

Соціальний працівник займається виявленням чинників ризику, консультацією з соціальних проблем.

Сумісно з батьками, вивчення порушень розвитку дитини в пре та постнатальної патології. Характеру внутрішньо сімейних відносин, комунікативних здібностей та порушень поведінки, положення дитини в сім'ї. Створення підвалин застосування та контроль за набуттям навичок здоров'я збереження в повсякденному житті.

На підставі вищевикладеного, можна зробити наступні **висновки та пропозиції**:

1. Проведений аналіз свідчить, що показники зареєстрованої захворюваності та поширеності у дітей віком від 0-17 років протягом

останніх років має тенденцію до зниження, крім розладів психотичного характеру та дитячого аутизму — де простежувалось певне зростання.

Причинами такого становища є недостатня виявляємість, статистичний недооблік звернень пацієнтів до лікарів поліклінічних закладів соматичного профілю з приводу розладів психіки та поведінки.

Використання стандартів діагностики та їх реєстрація в різних адміністративних територіях проводиться в залежності від науково-методичного рівня та професійної підготовки лікарів.

2. В порівнянні з зареєстрованими випадками споживання психоактивних речовин дітей віком від (0-17) років, виникіє значне зростання кількості випадків у молоді віком від (15-35) років. Це свідчить, що у молоді сформована виразна заперечлива мотивація по відношенню до вживання психоактивних речовин. Існує певний розрив між рівнем гігієнічних знань і поведінки індивіда.
3. При проведенні первинної профілактики порушень психіки та поведінки серед дітей та молоді, необхідно: застосовувати різні форми подачі інформації для формування негативної мотиваційної поведінки, з приводу уживання психоактивних речовин; на засади її деталізації, врахуванням соціально психологічних, статевих особливостей, типологізації об'єкту та пізнавальних можливостей для управління інформаційним процесом [8].

Література

1. К вопросу о реформировании доврачебного уровня системы охраны психического здоровья детей в Украине / В.В. Лавзоришинец, Р.А. Моисеева, В.В. Залеская, И.А. Марцинковский и др. // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 4(309). — С. 3-7.
2. Польша Н.С., Сергета І.В. Актуальні проблеми психогігієни дітей і підлітків: шляхи та перспективи їх вирішення (огляд літератури та власних досліджень) // Журнал НАМН. — 2012. — т.18, № 2. — С. 223-236.
3. Кучма В.Р., Рапопорт І.К. Научно-методические основы охраны и укрепления здоровья подростков России // Гигиена и санитария. — 2011. — № 4. — С.53-59.
4. Назарова Е.В., Жукова Е.А., Кузмичев Ю.Г. Состояние и динамика здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения // Здоровоохранение Российской Федерации, 2013. — №1. — С. 40-42.
5. Баранов А.А., Ильин А.Г. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал, — 2011. — №4. — С.7-11.
6. Менделевич В., Садыкова Р. Профилактика, коррекция и психотерапия алкогольной, наркотической зависимости: Зарубежный опыт первичной антинаркотической профилактики. В кн.: Антинаркотическая энциклопедия «Общество против наркотиков». — М: «Локку-Санди» — 2007. — С. 179-82.
7. Ляхович А.В., Лозовская А.С. Методологические и идеологические подходы к гигиеническому обучению антинаркотическому воспитанию в общеобразовательных школах // Здоровоохранение в Российской Федерации. — 2013. — №1. — С. 31-36.
8. Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2013 році (Міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики). — Київ. — 2014. — С. 167.
9. Сухарев А.Г., Маркелова С.В. Диагностика и профилактика нарушений психического здоровья учащихся в условиях общеобразовательного учреждения // Российский педиатрический журнал, — 2011. — №6. — С. 33-37.

10. Детская психиатрия / Под ред. проф. Г.М. Кожинной, проф. В. Д. Мишиева, — К.: ВСИ. «Медицина». — 2012. — 416 с.
11. Мирская Н.Б. Факторы риска, негативно влияющие на формирование костно-мышечной системы детей и подростков в современных условиях // Гигиена и санитария, — 2013. — № 1. — С.65-71.
12. Лазуренко С.Б., Намазова-Баранова Л.С., Кононова С.Р., Ильин А.Г. Медико –психолого–педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья: пути совершенствования//Российский педиатрический журнал, — 2013. — №2. — С. 39-42.
13. Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области психического здоровья детей / Под ред. Главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «детской психиатрии» И.А. Марцинковского/ Нейро NEWS — 2014. — 280 с.
14. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения //Российский психиатрический журнал, — 2010. — №4. — С. 55-61.
15. Макашева В.А., Слободская Е.Р. Предупреждение суицидального поведения несовершеннолетних и анти-кризисная помощь детям и их семьям в системе здравоохранения // Российский психиатрический журнал, — 2013. — №3. — С.13-21.
16. Жданова Л.А., Малькова Л.К., Бобошко И.Е., Нуждига Г.Н. Проблемы и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники// Российский педиатрический журнал, — 2013. — №6. — С. 16-22.
17. Шелегига А.В. Теоретические основы моделирования педагогической системы развития, формирования и сохранения здоровья школьника// Валеология, — 2009. — №2. — С. 12–21.

УДК:616.89-008.444.053.2

Раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму у дітей



Гальчин К. С.

Гальчин К. С.

Національна медична академія післядипломної освіти, кафедра дитячої, соціальної та судової психіатрії, Україна

Резюме. В цій статті автором публікуються дані ретроспективного анамнестичного вивчення ознак розладів спектру аутизму у ранньому дитинстві та деяких клініко-діагностичних підходів у цьому напрямку у 69 дітей з аутизмом. Автором простежені найбільш поширені ознаки аутизму у дітей в цьому віці. Підтверджено, що рання діагностика розладів аутистичного спектру можлива. Рання діагностика передбачає також раннє ефективне втручання з метою збільшення якості життя у осіб з аутизмом.

Ключові слова: дитячий аутизм, ознаки, рання діагностика.

Identification the early signs of childhood autism

Galchyn E. S.

National Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Pediatric, Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

Resume. This article the author published data retrospective study of anamnestic signs of autism spectrum disorders in early childhood and some clinical diagnostic approaches in this area in 69 children with autism. The author has traced the most common signs of autism in children at this age. Confirmed that early diagnosis of autism spectrum disorders is possible. Early diagnosis also provides early intervention effective to increase the quality of life in individuals with autism.

Keywords: children's autism symptoms, early diagnosis.

Вступ. Ранній дитячий аутизм в 1943 р. був виділений в окрему клінічну форму Лео Каннером, який описав ці порушення у дітей і назвав їх «інфантильний аутизм (early infantile autism) «або ранній дитячий аутизм[193]. Л.Каннер відмітив найбільш характерні риси цього захворювання, як крайню «аутистичну самотність», затримку мовного розвитку, відмінну механічну пам'ять, стереотипії. Він відносив цей розлад до шизофренії. У МКБ-Х дитячий аутизм віднесений до порушень психологічного розвитку таких як: дитячий аутизм, атиповий аутизм, синдром Ретта, дезінтегративний розлад розвитку, синдром Аспергера.

У 1979 р. Л. Винг і Ф. Гоулд [13] ввели термін для цих порушень — розлади аутистичного спектру (РАС). Фундаментальні клініко-психопатологічні і медикопсихологічні дослідження по дитячому аутизму проведені В.М.Башиною [2], О. Богдашиною [4], К.С. Лебединською[7], О.С. Нікольською [9], Ф. Аппе[1], Л. Винг [13] та іншими. В той же час, немає єдиного погляду на етіопатогенез дитячого аутизму: одні дослідники розглядають аутизм, як розлад психобіологічного розвитку, а інші, як поведінковий синдром, аномальне сприйняття світу і власного «я» [4].

Деякі дослідники сходяться на тому, що виявити характерні ознаки аутизму можна вже у дітей у віці шести-дванадцяти місяців [1]. К.Лебединська описує притаманні при РСА ознаки у дітей 1-3 місяців «.... ці діти на першому році життя були «занадто спокійні», малорухливі, пасивні, не реагували на фізичні

незручності: мокрі пелюшки, холод, не виявляли почуття голоду. Погано та мляво смоткали, слабо відповідали на спробу розворушити дотиком, взяттям на руки. Порушення сну у віці до року відзначалися у половини з них, здебільшого — у вигляді безсоння, коли дитина годинами тихо лежала в ліжку без сну» [7].

В.Башина розглядає ранню діагностику розладів спектру аутизму з урахуванням критичних періодів в розвитку дитини [3;13-14]. Перший рік життя дитини вважається критичним та визначальним для адаптації в оточуючому просторі життя. У немовля починають формуватися слухова, зорова, нюхова, смакова, емоційна спрямованість на оточуючих людей; з'являються «засоби» спілкування: крик, плач, усмішка, «комплекс пожвавлення» [3;14].

Психічний та фізичний розвиток дитини в перший рік життя відіграє важливу роль в подальшому становленні дитини, як особистості. У дитини в цей період формуються перші риси характеру, поведінки, первинна соціальна взаємодія з матір'ю, родичами. Наприкінці першого року життя у малюка починають виникати елементарні форми мовлення. Рання діагностика порушень психологічного розвитку у цей вік малюка дуже важлива. Проте, необхідність такої ранньої діагностики РАС багатьом лікарям-практикам представляється спірною, хоча вчені одноголосні в одному: раннє терапевтичне втручання при РСА у дітей найбільш ефективне, тому що, відомо, що рано початі медико-реабілітаційні заходи сприяють розвитку у дитини

комунікативних, сенсорних, інтелектуальних здібностей, що полегшує інтеграцію в соціум, зменшує інвалідність.

На початок двадцятого століття увага дитячих психіатрів була спрямована на психічні порушення немовлят та дітей раннього віку. Це пов'язано з бурхливим розвитком перинатальної психології та неонатології.

Психіатрія раннього дитинства останнім часом має багато прихильників. «Педопсихіатрія», «мікропсихіатрія», «психіатрія дитячо-батьківських відносин», «перинатальна психіатрія», такі назви зустрічаються в літературі. Але більшість дослідників використовує термін «перинатальна психіатрія». Дослідження закордонних вчених Д.Боулби, Д. Виннікота, С.Лебовиси, Р.Шпитца, О.Баженової, Г.Козловської, Г.Скобло доказують ведучу роль в етіопатогенезі багатьох захворювань, в тому числі розладів психологічного розвитку, психогенезу в ранньому віці. Багато уваги на раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму до одного року у дітей звертають закордонні дослідники. Лише за 2012-2013рр. є публікації про дослідження аудіо записів аспектів плачу та крику немовлят з групи ризику за аутизмом (Стівен Шейнкопф, університет Пітсбурга); оцінювання візуальної уваги дітей в віці до шістьох місяців за допомогою відео сюжетів (Катаржина Чаварська, Іельський університет, США), дослідження відмінностей структур головного мозку МРТ скануванням мозку дітей до одного року (Пол Метт'юс, Центральний імперський коледж клінічних нейронаук, Лондон), вивчення ризиків виникнення РСА у дітей за вагою при народженні (університет Пенсільванії) та інші дослідження.

Поширеність аутизму в останнє десятиліття виросла в усьому світі, серед усіх верств населення, в різних країнах [10]. За результатами статистичних даних (2013 р.), в Україні поширеність дитячого аутизму за останні п'ять років виросла в 3.8 разів, а первинна інвалідність по дитячому аутизму займає провідне місце в структурі інвалідності по психічних захворюваннях серед дитячого населення.

Згідно з доповіддю секретаріату ВООЗ (2013) за даними досліджень, проведених у Великобританії, Північній Ірландії США довічні витрати на догляд за особами з порушеннями спектру аутизму складають від 1.4 до 2.4 млн. доларів на кожного пацієнта, тому реабілітація дітей з дитячим аутизмом у ранньому віці залишається дуже важливою проблемою [6].

Незважаючи на те, що найчастіше діагноз аутизму не встановлюється дитині молодше трьох років, ознаки затримки розвитку мають місце і до 12 місяців. Ребека Ланде [12] виділяє 10 ознак порушень комунікації, пов'язаних

з аутизмом, на які необхідно звертати увагу батькам:

- дитина рідко посміхається при наближенні людини, яка за ним доглядає;
- рідко імітує звуки і рухи, які роблять інші люди;
- пізня поява лепетної мови;
- відсутність у дитини реакції на своє ім'я;
- не користується жестами;
- мізерний зоровий контакт;
- дитина не вимагає уваги батьків;
- постійна напруга рук або ніг;
- дитина не тягнеться до дорослої, не простягає до нього рук;
- затримка в розвитку моторних навичок.

Дослідниками G. Baranek, L. Watson, E. G розроблений «Опитувач першого року життя» (First Year Inventory — FYI), який складається з 63 тверджень і заповнюється батьками. Немовлята, позитивні по ризику розвитку аутизму, підлягають індивідуальній міждисциплінарній діагностиці.

В Україні для ранньої діагностики дитячого аутизму найбільшу поширеність мають Рейтингова Шкала Аутизму (CARS), переглянута версія «Опитувач для діагностики аутизму» (ADI — R). З метою спостереження за перебігом ознак аутизму —ADOS. Оцінка аутистичних проявів у немовля педіатрами, сімейними лікарями, дитячими неврологами повинна проводитися за допомогою M-CHAT (модифікованої діагностичної карти аутизму для малюків), проте поки що це залишається благими побажаннями і невідомо коли буде впроваджено.

В.М. Башина [3] розглядає розвиток ранніх ознак дитячого аутизму в трьох фазах критичного періоду раннього онтогенезу : дисолюції; зупинки або завмирання; еволюційного стрибка та розподіляє їх по вікових категоріях.

Автор підкреслює присутність в усіх досліджуваних немовлят спотворення харчового інстинкту, укорочені проміжки між годуваннями, а також рання (3-4 міс.) відмова від грудного годування. Усіх дітей відзначався дисбактеріоз, який зберігався до року, іноді до трьох років.

Ранні ознаки порушень (моторики, перцепції, мовного розвитку, соціальної поведінки) на першому році життя відмічають І.А.Марценковський, Я.Б.Бікшаєва [8] та ін. Останніми роками дослідниками відзначається позитивний ефект в соціалізації дітей з аутизмом при ранньому втручанні до року. Модель «Денвера» ранньої взаємодії (Early Start Denver) — програма інтенсивного поведінкового втручання для маленьких дітей, показала можливість активної позитивної дії на розвиток і функціонування дітей [12]. Орієнтована рання корекційна робота залежно від рівня

Ранні ознаки аутизму у немовляти (0-12 мес.) в різних фазах онтогенезу. (за В.М. Башиною)

Фаза	Ознаки
дисолюції 1-3 мес.	Відмова від грудного вигодовування. «Відтордження» матері, тактильного, зорового, звукового сприйняття. Відсутність зорового контакту « очного слідування». Вигінання тулубу при узятті на руки. Атетозоподібні рухи в китицях рук. Інверсія сну. Дизбактеріоз.
Зупинки, завмирання 4-6 міс.	Червоподібні рухи в ліжку, «биття» обома ніжками по ліжку- «рибки хвостом». У 3-х крайніх пальцях китиць рук хвилеподібні рухи. Захоплення волосся матері і кручення двома першими пальцями («сучення пряжи») Відведення очей від обличчя матері. Одноманітні рухи пальців і рук перед своїми очима. Відсутність белькотіння.
Еволюційного скачку 7-8 міс.	Становлення навички сидіння. Стереотипні помаху руками («помаху крилами») Відсутність реакції пожвавлення. Плач в нічний час, низький горловий крик. Явища протодіакризису (немає розрізнення живого і неживого). Відставання в зростанні. Сіруватий відтінок шкіри і забарвлені круги під очима. Немає розрізнення своїх і чужих. Підвищена активність змінюється підвищеною млявістю.
Еволюційного скачку 9-12 міс.	Формування навичок повзання. Спроби белькотіння, мова нерозвинена, рідкісні звуки, схожі на склади. Відсутність ігрових актів. Автоматичне наслідування дій батька, матері. Ехолалії, скандування. Спроба ходьби «навшпиньки». Хода по колу.

психічного розвитку дитини і віку запропонована А.П.Чуприковим і Г.М.Хворовою [11;79]. Програми ранньої міждисциплінарної допомоги дітям з розладами аутистичного спектру є пріоритетними в усьому світі, тому виникає гостра необхідність в ранньому виявленні дитячого аутизму.

Мета дослідження

Метою цього дослідження є рання діагностика розладів аутистичного спектру у дітей у віці 0–трьох років, вивчення ранніх ознак аутизму у дітей в цьому віці.

Матеріали і методи дослідження

Робота ґрунтується на ретроспективному анамнестичному вивченню історій хвороб 69 дітей з аутизмом в віці 0-3 років, які знаходились на обстеженні та лікуванні в дитячому відділенні Житомирської обласної психіатричної лікарні №1. Окрім того, проводилось опитування батьків та родичів дітей. Проведена оцінка найбільш значущих та притаманних для цього віку ознак аутизму.

Результати

За направленням невролога, педіатра, сімейного лікаря до дитячого психіатра звернулися батьки 69 дітей. Як правило, відбувалося це із запізненням, після досягнення дитиною 3-4 літнього віку. До цього часу ніхто з фахівців, до яких зверталися батьки, не вважали за потрібне надавати яку-небудь допомогу. Усі вони, а також сусіди і родичі заспокоювали батьків:

«Не хвилюйтеся. Це пройде, дитина заговорить. Бувало ж, коли хлопчик мовчав, а потім в 5-6-7 і далі років заговорив». З урахуванням вищевказаного про стан дитини до 1-3 років доводилося дізнаватися, аналізуючи ретроспективний анамнез.

У багатьох матерів під час вагітності мали місце загрози переривання вагітності, пов'язана з нею необхідність звернення до стаціонарної допомоги, явища токсикозу в основному в першому триместрі та інші прояви порушення перебігу вагітності (гестозу). У пологах у зв'язку зі слабкістю пологової діяльності та загрозою гіпоксії у багатьох матерів акушери часто прибігали до різних видів стимуляції пологів і

«видавлювання плоду». У чверті новонароджених перший крик з'являвся після відсмоктування навколоплідної рідини з горла, трахеї і поплескування. Тобто є підозри, що принаймні, у частини новонароджених, у яких в майбутньому виник аутизм, мали місце ознаки внутрішньоутробної енцефалопатії (без грубих ушкоджень систем мозку, наприклад, у вигляді ДЦП).

Значна частина дітей проявляла в перші місяці ознаки підвищеного занепокоєння, діти часто плакали, насилу засинали вночі, сон був фрагментарний з частими пробудженнями і криком, тривалишим сном вдень. При цьому діти краще засинали в ліжечку, в колясці, гірше на руках. У перші місяці життя у третини дітей відзначалося не сприймання тактильних дій. Періоди збудження з плачем перемежувалися станами байдужості і млявості.

У цих дітей відзначалося «спотворення харчового інстинкту», коли вони рано (на 3-4 місяці) відмовлялися від грудного вигодовування (75%). Одна дитина відмовилася від грудного вигодовування вже у віці 1,5 місяців. Перше звернення до педіатра часто було викликане дисбактеріозом і відсутністю набирання ваги, відмовою дитини від прийому тих продуктів, які зазвичай їдять діти цього віку в якості прикорму. Спотворення смаку відзначалося у двох дітей, це виражалося в «облизуванні підлоги, взуття». Перевага одних і тих же страв, одного і того ж посуду відмічалася у 15 дітей.

Ще більше важливою діагностичною ознакою є відсутність до 3-4 місяців очного стеження, незвичайний погляд — «погляд в нікуди», «мимо», «в себе». Лише через 2-3 місяці можна було здогадатися, що дитина упізнає матір, близьких, але при цьому погляд залишається таким, що «ковзає», «швидкоплинним». Часто одночасно у дітей проявляється відкидання звукового сприйняття, коли він не реагує на «агу», спроби загравання з ним. Дитина не стежить за брязкальцями, розвішеними над ліжечком, не тягнеться до них. Таку поведінку дитини викликала у батьків підозра на наявність у нього сліпоти і глухоти (близько 50% матерів). При обстеженні ці підозри не підтверджувалися.

З незвичайної поведінки дітей матері іноді відмічали «неспокійні ночі» з биттям ніжками по поверхні ліжка, розгойдування на спинці з одного боку в інший, підтягуванням і випрямленням ніжок. Ці ознаки вважаються зрушенням моторики на підкорковий, філогенетичний, більш древніший рівень [13;11].

Розвиток моторики у обстежених дітей також був своєрідним. Дві третини дітей починали ходити в 11-12 місяців, але при цьому вони не уміли повзати і у них пізно сформувався навичок сидіння. Почавши ходити, частина дітей

швидко переходила на біг. Ходіння і біг могли виглядати у вигляді рухів «навшпиньках», які могли зменшуватися і зникати після 3-4 років. Лише 3 дитини з ознаками порушення статомоторики почали ходити пізно, після досягнення півтори та двох років.

У 40 дітей спостерігалася затримка розвитку мови у вигляді відсутності белькотіння та лепету. Коли вони піростали, то починали використовувати жести, одноманітно вимовляли окремі звуки, а також склади, фонемі. Якщо батьки не розуміли, чого вони хочуть, то капризували, плакали, виражали реакції «протесту». Після 12-14 місяців у цих дітей з'явилися прості слова «мама», «папа», «баба», які тривалий час вимовлялися не усвідомлено, по відношенню до усіх людей, що потрапляли у поле зору малюка. Тобто, деякий час слово для дитини не мало смислового навантаження. Після цього, у них тривалий час (до 3-4 років) були відсутні, які притаманні для цього віку, ускладнення поведінки і розвитку мови, як засобів комунікації.

У 29 дітей спостерігалася рання поява белькотіння, лепету з явним звуконаслідуванням дорослої мови, появою невеликої кількості слів і, навіть, простих речень. Після різних стресів, а також деяких щеплень, шлунково-кишкових або інших захворювань, черепно-мозкових травм, дитина замовкала, відверталася від батьків, переставала спілкуватися з однолітками, відмовлявся від функціональних ігор, часто задовольняючись монотонними діями з неігровими предметами (типу шнурків, кришок каструль та ін.). Мова у них також з'являлася пізніше, словниковий запас поповнювався важко, не було участі в діалозі. У мові часто використовувалися шаблонні обороти, ехолалії, цитати з реклами і мультфільмів.

Деякі випадки клінічного спостереження.

Клінічний випадок 1. Дитина В., 2011 р.н., вперше поступив на стаціонарне обстеження та лікування у віці 2.5 років по направленню дитячого психіатра диспансеру. З анамнезу: єдина дитина в сім'ї. Вагітність проходила з токсикозом. Пологи вчасні, слабка пологова діяльність, яка супроводжувалася внутрішньоутробною гіпоксією плоду. Народився шляхом «видавлювання». Були зроблені реанімаційні заходи, після чого дитина на протязі двох місяців лікувалася у реанімаційному відділенні Житомирської обласної дитячої лікарні. Від грудного вигодовування немовля відмовилося одразу. Мати відмічала «холодність» дитини, «нелюбов» до неї, зі слів матері: «..навіть, не хотів дивитися на мене». Дитина почала сидіти в 7-8 міс., ходити в 14 місяців. Поведінка змінилася в 2 роки, після перенесеного ГРВІ, ускладненого бронхітом. Дитина перестала гратися, з'явилася вибірковість у їжі

(їсть одну і ту їжу), почав ходити однією і тією дорогою та бігати колом. Психостатус: Мовному контакту неспроможний. Темп психічної діяльності сповільнений. Мислення наочне-дійове. Непосидючий, розкидає іграшки, на заборону реагує протестом. З однолітками не контактує. Зоровий контакт не підтримує. Описані вище психопатологічні ознаки дитячого аутизму зайвий раз демонструють, що це з одного боку психічний розлад з розщеплюванням, дисолюцією, звільненням від вищого коркового контролю і взаємно підпорядкованістю в структурі багаторівневих, філогенетичних і онтогенетичних функціональних систем дитини. З іншого боку, це порушення розвитку, яке запускається в критичні періоди зростання, де відбувається регрес і зупинка на нижньому рівні розвитку, тобто функціонування опускається на нижчі рівні функціональних сфер. Ця складність не завжди зрозуміла активістам громадських організацій батьків дітей «аутистів». Хоча саме вона пояснює необхідність з'єднання в турботі про хвору дитину психолого-педагогічної корекції і адекватної медико-біологічної терапії.

Звичайно, виявлення ранніх особливостей прояву дитячого аутизму доки можливо лише в ході катамnestичного дослідження. Батьки з сіл і районних центрів в силу особливостей культури не готові до раннього його виявлення. Так само не готові до цього лікарі-неонатологи і дитячі неврологи. Зразком поганої інформованості та незнанням ранніх ознак аутизму педіатрами та дитячими неврологами з'являється слідуючий клінічний випадок. Хворий М. направлений на обстеження та лікування дільничним психіатром. З анамнезу: Вагітність протікала в сімейних сварках, мати багато нервувала, плакала. Пологи вчасні, зі слабкою пологовою діяльністю, медикаментозною стимуляцією. Дитина знаходилася на штучному вигодовуванні. В ранньому віці дитина абсолютно не реагувала на голос батьків, не повертала голову у напрямку джерела звуку або людини, уникала дивитися в очі батькам та іншим людям. Батьками була запідозрена у дитини глухота. Після довготривалих обстежень дитина була направлена до дитячого невролога, який спостерігав за дитиною до трьох років. З початком відвідування дитячого садку вихователем направлений до дитячого

психіатра. З педагогічної характеристики:... Має поганий фізичний та психічний розвиток. Мовлення поодинокими словами. Не вміє висловлювати власні думки та бажання. Часто себе не контролює, буває агресивний до однолітків, обслуговує себе частково». Психічний статус дитини: Мовному, зоровому контакту недоступний, мова нерозбірлива. Фразова мова відсутня, ехололії. Надто рухливий, стрибає через стілець. Спостерігаються стереотипії рук. В відділенні хлопчик вживав одноманітну їжу, з однолітками не спілкувався. Після обстеження виписаний з діагнозом: Дитячий аутизм. В цьому клінічному випадку у дитини з малку були ознаки аутизму, але дитячі лікарі загальнополіклінічної мережі не звертали на це уваги, тим самим був пропущений дорожочинний час для початку ранньої корекції.

Висновки

Ознаки порушення психологічного розвитку можна виявити вже в перший рік життя дитини, бо цей віковий період характеризується швидким темпом змін центральної нервової системи і навіть незначні відхилення у розвитку можуть мати негативні наслідки для подальшого психічного розвитку дитини. До ранніх специфічних ознак аутизму відносяться: ознаки афективного неблагополуччя, а саме: дитина не реагує на голос матері, не підтримує зоровий контакт, не прагне наслідувати дорослих, недоречно сміється, або кричить; можуть бути прояви госпіталізму. Порушення мовного розвитку, стереотипії, порушення сну та харчової поведінки найчастіше зустрічаються у дітей з інтелектуальною недостатністю. На жаль, батьки дітей з розладами спектру аутизму, дитячі лікарі загальної поліклінічної мережі рідко звертають увагу на «ключові моменти» в психічному розвитку дитини, тому рання діагностика розладів аутистичного спектру у дітей повинна включати в себе такі завдання: раннє виявлення ознак аутизму у дитини на первинних, консультативних прийомах, при бесіді з батьками педіатрами, сімейними лікарями з використанням М-СНАТта міждисциплінарна оцінка фізичного, психічного розвитку дитини (педагогом, психологом, логопедом, дитячим психіатром) з створенням індивідуальної програми корекції психічних порушень.

Література

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. — М.: Теревинф. — 2006. — 216с.
2. Башина В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. М. : Медицина, 1999. — 240 с.
3. Башина В.М. Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте. Москва., 2009. — 24с.
4. Богдашина О. Расстройства аутистического спектра: введение в проблему аутизма. — Красноярск. — 2012. — с.247.
5. Винникот Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. / Перевод с англ. — Екатеринбург. — 2004.

6. Всеобъемлющие согласованные усилия по лечению спектра нарушений, связанных с аутизмом. Доклад Секретариата ВОЗ.2013.
7. Лебединская К.С.Особенности развития детей с аутизмом пер віх двух лет жизни.[Электронный ресурс]// www.gestaltlife.ru/publications. — 2014.
8. Марценковський І.А., Бикшаева Я.Б., Дружинська О.В., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму.//Здоров'я України:медична газета. — №23/1. — 2008. — С. 58-63.
9. Никольская О.С.Аутичный ребенок. Пути помощи.// О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг. — М.: Тервинф. — 1997. — 344 с.
10. Скобло Г. В. Северный А. А., Баландина Т. А. Психические расстройства у детей первых лет жизни и психическое здоровье их родителей // Социокогнитивное развитие ребенка в раннем детстве. М., 1995....» [Источник:/ <http://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP052000/MPG-018.HTM>]
11. Чуприков А.П. Хворова Г.М. Розлади спектру аутизму: медична та психологічна допомога. Львів, Мс.,2012. — 184с.
12. RebeKaLa Landa // Journal of the American Academy of Child et Adolescent, 2012.Vol.11.
13. Wing L., Gould J. Severe impairments of social and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // Journal of Autism and Development Disorders. 1979, №9(1). p.11-29.

УДК : 616.89-008.442-008.12:340.63

Дослідження та аналіз наукових підходів до вирішення проблеми профілактики скоєння правопорушень на сексуальному підґрунті



Козерацька О. А.

Козерацька О. А.

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи

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

Резюме. Проведен теоретический анализ научных подходов к решению проблемы профилактики совершения сексуальных преступлений.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, вменяемость-ограниченная вменяемость-невменяемость, сексуальные преступления, принудительные меры медицинского характера, расстройство сексуального влечения.

Research and analysis of scientific approaches to the problem of prevention of sexual offenses motivated

Kozerackaya E. A.

Resume. Research and analysis of scientific approaches to the problem of prevention of sexual offenses motivated.

Keywords: forensic psychiatric examination, responsibility-limited responsibility-irresponsibility, sexual offenses, compulsory medical measures, sexual desire disorder.

Мета роботи — на основі дослідження клініко-патопсихологічних, психологічних та соціально-демографічних закономірностей протікання психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу розробити критерії судово-психіатричної оцінки, з виділенням групи «обмежено осудних» та критерії призначення примусових заходів медичного характеру стосовно осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті.

Об'єкт дослідження — психічні та поведінкові розлади у осіб, які скоїли злочини на сексуальному підґрунті; психічні та поведінкові розлади у потерпілих внаслідок даного виду правопорушень.

Предмет дослідження — вплив психічних та поведінкових розладів на здатність осіб, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Матеріал дослідження

Дисертаційна робота, що виконується, ґрунтується на основі аналізу суцільної вибірки з підекспертних, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та знаходилися на судово-психіатричній експертизі в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2000р. по 2014р. (протягом 15 років), на теперішній час досліджено 279 підекспертних. Також проводиться

дослідження потерпілих у рамках СПЕ за даний проміжок часу для вивчення питання можливої віктимної поведінки з боку потерпілих, їх характерологічних особливостей, що допоможе в вивченні питання відносно мотивації протиправного діяння та можливих заходів профілактичного характеру, на теперішній час досліджено 64 потерпілих.

Методи дослідження — інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, експертний, метод ситуаційного аналізу, статистичний.

На сучасному рівні знань щодо проблеми статевих злочинів спостерігається ряд нових тенденцій в плануванні профілактичних заходів, спрямованих на їх запобігання [1, 2]. Як вважає Кудрявцев В.Н. (2005), боротьба із злочинністю має носити комплексний характер. Не можна думати, що це справа тільки міліції, прокуратури або судових органів. Рівень злочинності залежить в першу чергу від загальної соціально-економічної, політичної і моральної обстановки в країні [3]. Аналогічну точку зору висловлюють Дерягін Г.Б. та співавт. [4], які підкреслюють, що соціальна агресія є детермінантом сексуальної деструктивності, а завдання цивілізованого суспільства полягає в зниженні рівня загальної соціальної, а, отже, сексуальної агресії, у напрямі агресивності окремих осіб по конструктивному, соціально прийнятному руслу [4].

На всіх етапах вивчення сексуальних деліктів головна роль в профілактиці статевих злочинів відводилася правильному вихованню, психіатричному спостереженню і контролю з боку правоохоронних органів [5, 6]. Так, в США традиційно основна роль в цьому процесі відводиться громадським організаціям, психологам, численним службам «довіри», службам екстреної психологічної допомоги та іншим, в основному недержавним закладам. Більшість цих структур ведуть діяльність незалежно одна від одної або створюються відповідні координаційні комітети. У Європі велика роль відводиться педагогічним установам і спеціалізованим медичним центрам [7].

Останнім часом спостерігається тенденція до посилення державного і суспільного контролю у відношенні осіб, що скоїли сексуальні злочини [8]. Так, у США до роботи національної онлайнової бази даних осіб, що вчинили сексуальні злочини, приєдналися всі 50 штатів. Йдеться про «Закон Мегана», що отримав свою назву від імені 7-річної дитини, яку зґвалтував і вбив сусід. Інформація про сексуальних злочинців оновлюється в режимі реального часу і в містить відомості про більш ніж півмільйон осіб даної категорії. Фінансованим урядом сайтом можуть користуватися не лише правоохоронні або інші державні органи, але й громадяни. На сайті є опис фізичних даних сексуальних злочинців, їх фото, список і обставини здійснених ними злочинів, модель їх автомобіля, місце роботи і домашня адреса. Передбачена обов'язкова щорічна впродовж десяти років перереєстрація цих осіб. Також американці використовують електронне «стеження» за злочинцями [9]. Подібні заходи здійснюються й в інших країнах. Так, сексуальні маніяки в Австралії, що відбули свій термін у в'язницях і достроково вийшли на свободу, носять спеціальні електронні браслети STAR, що дозволяють поліції контролювати їх пересування цілодобово. Як тільки така людина опиняється поблизу від школи або медичного центру, GPS-навігатор негайно відправляє злочинцю електронне нагадування про те, що йому не можна знаходитися в тому місці. Одночасно з цим SMS-повідомлення буде направлено і в поліцію [10].

Фахівці вважають, що окрім лікування осіб, що виявляють сексуальні поведінкові розлади, разом із стаціонарною психіатричною допомогою слід розвивати служби психотерапевтичної допомоги [11]. В основу психокорекційної роботи з обмежено осудними злочинцями повинен бути покладений принцип поєднання та взаємодії психіатричних, психологічних, педагогічних, соціальних та медичних заходів, спрямованих на зближення спеціально-кримінологічних і медико-реабілітаційних програм. Така профілактика

полягає у комплексній діяльності, а саме — у компенсації аномалій, забезпеченні успішної ресоціалізації особи з урахуванням стану її психічного здоров'я. Організація необхідного психолого-психіатричного супроводження дозволить в процесі відбування покарання створювати спеціальні умови праці та побуту, здійснювати контроль за колом спілкування, надавати психологічну, психіатричну (медичну) та педагогічну допомогу з урахуванням особливостей встановленої психічної аномалії. Тому у висновку судово-психіатричних та комплексних психолого-психіатричних експертиз повинні бути відображені два блоки відомостей: про особливості прояву та динаміки психічної аномалії та 2) рекомендації щодо здійснення корекційного впливу [12, 13].

У дослідженні Бабюк І.А. та співавт. (2004) показано, що система психотерапевтичної корекції психосексуального і соматостатевого розвитку осіб з невротами і психопатіями повинна бути спрямована на ліквідацію психогенних факторів, що привели до порушення процесу спілкування внаслідок наявності певних характерологічних особливостей та нівелювання неадекватних форм сексуальної поведінки [14].

Чуприков А.П. та Цуприк Б.М. [15] підкреслюють, що виявлення і залучення до лікування потенційно небезпечних, з високим ризиком скоєння сексуальних правопорушень осіб, є окремим профілактичним завданням. До таких осіб перш за все відносять хворих з розладами статевого потягу (садизм, педофілії, некрофілії, некросадизм, ексгібіціонізм тощо). Ці патосексуальні особливості можуть бути виявлені як на доклінічному, так і на клінічному рівні, причому клінічний рівень може як передувати докримінальній стадії, так і застосовуватися на кримінальній стадії, коли людина вже реалізувала свій аномальний кримінальний потяг злочинним шляхом [15].

Оскільки парафілії, як правило, сприяють серійному характеру правопорушень, то профілактика в цьому випадку є профілактикою серійних злочинів [16]. Профілактичні заходи поділяють на первинну і вторинну профілактику. Деякі дослідники [17] виділяють й третинну профілактику.

Первинна профілактика направлена на осіб, що страждають на парафілію на до клінічного етапі або на перед кримінальній стадії клінічного етапу, а її метою є попередження кримінальної поведінки. Метою вторинної профілактики є попередження злочинного діяння особами, що вже скоїли сексуальне правопорушення, і, таким чином, попередити виникнення серії [15]. Особливу увагу приділяють особам, що звільнилися з міст позбавлення свободи,

де вони відбували покарання за сексуальний злочин. Як правило, сексуальні рецидиви при серйозному розвитку скоюють через 2-10 місяців після звільнення [17]. Первинна і вторинна профілактика передбачає психокорекцію і психотерапію, правову, трудову і сімейну реабілітацію.

Основним завданням третинної профілактики є попередження посилення тяжкості злочинів при серії, що вже почалася, а також переривання серії. Ця профілактична програма розрахована на тяжкі випадки і направлена на осіб, засуджених за багатоепізодичні злочини проти статевої недоторканості, а також осіб, що скоюють латентні серійні злочини і звертаються по допомогу. Формою третинної профілактики є медикаментозне лікування, доповнене реабілітаційними заходами первинної і третинної профілактики [17]. Водночас, в Україні система профілактики злочинів проти статевої недоторканості осіб з психічними розладами не створена.

Маркіна І.Н. (2012) класифікує заходи профілактики і попередження серійних сексуальних злочинів наступним чином [18]:

- I. Загальні заходи (соціально-економічні, організаційні, правові, технічні, ідеологічні).
 - II. Спеціальні заходи (правові, технічні, організаційні).
 - III. Індивідуальні заходи.
- Відносно суб'єкта злочину:
- до здійснення СНД: медико-профілактичні заходи (включаючи допологове спостереження; внутрішньосімейна робота; педагогічна робота; створення служби екстреної і превентивної психологічної допомоги (включаючи створення системи добровільної анонімної медико-психологічної корекції і реабілітації людей з сексуальною, що відхиляються, і агресивною поведінкою);
 - під час відбуття покарання за скоєний злочин: психолого-психіатричне спостереження (включаючи підбір медикаментозної терапії); педагогічна і виховна робота;
 - після звільнення з місць позбавлення волі: психолого-психіатричне спостереження (включаючи підтримувальну медикаментозну терапію); програми постпенітенціарної адаптації; програми реєстрації і спостереження за переміщенням осіб, які звільнилися з місць позбавлення волі.
- Відносно потерпілих:
- відносно потенційних потерпілих, що входять до групи ризику (програми сексуально-морального виховання і сексуальної освіти в освітніх установах; внутрішньосімейна робота (у першу чергу серед неблагополучних сімей); запобігання віктимній поведінці за допомогою пропаганди базових принципів моралі і моральності;

- відносно жертв замахів (програми психолого-психіатричної реабілітації; програми соціальної адаптації жертв сексуального насильства (включаючи допомогу в зміні місця проживання); профілактика подальшої віктимної поведінки, що стала причиною здійснення нападу [18].

Антонян Ю.М. [19] виділяє ряд ознак, що характеризують вибірку осіб, схильних скоювати сексуальні злочини, окреслюючи тим самим основні точки прикладення сил для профілактики сексуальних злочинів. Насилля здійснюють перш за все особи, що відносяться, на думку автора, до наступних груп ризику [19]: особи, в сім'ї яких є душевнохворі або батьки страждають на алкоголізм чи наркоманію; підлітки, що виховуються без нагляду, педагогічно запущені діти, підлітки, які вживають алкоголь і наркотики; особи, що здійснювали в дитинстві або ранньому підлітковому віці сексуальні «проступки»; особи з аномаліями психіки, особи з проявом гіперсексуальності, схильні до перверсних дій; особи, що здійснювали спроби самогубства за сексуальними мотивами; особи, схильні до насильницьких дій, що виявляють певні сексуальні риси; особи, що раніше були притягнуті до відповідальності за правопорушення сексуального характеру [19].

Зайцевим О.О. [20, 21] обґрунтована, розроблена та впроваджена в практику система комплексних заходів щодо вчасної діагностики, лікування та профілактики психічних розладів неспсихотичного регістру у молодих сексуальних правопорушників. Вона включала три етапи — діагностичний (за допомогою розробленого методичного забезпечення), лікувально-адаптаційний (психотерапевтична корекція — когнітивно-поведінкова психотерапія, сексуально-мотиваційний тренінг), реабілітаційний (ресоціалізаційний тренінг). Первинна профілактика передбачала запобігання формуванню неспсихотичних психічних розладів, усунення дії чинників ризику, що призводять до порушень соматостатевого та психосексуального розвитку, підвищення рівня соціальної, психологічної і сексуально-поведінкової адаптації. Вторинна профілактика містила попередження загострень, декомпенсації та рецидивів психічної патології і сексуальних розладів, які обумовлюють кримінальну сексуальну поведінку. Третинна профілактика передбачала реадaptaцію молодшої людини в суспільстві, реабілітацію гармонійної статевої поведінки, а також забезпечувала ресоціалізацію осіб, які скоїли сексуальне правопорушення [20, 21].

Никифоровим Ю.В. (2004) розроблена система реабілітаційних заходів, спрямована на профілактику можливих рецидивів СНД

хворими на шизофренію (n=388), включаючи традиційні і сучасні методи когнітивної терапії і соціального тренінгу [22]. Вона повинна передбачати рішення питань емоційної підтримки, покращення комунікативних навичок, формування компенсаторних механізмів подолання наростаючої дефіцитарної симптоматики, адекватного відношення до хворобливих переживань, функціональну оцінку психосоціальних можливостей пацієнтів та використання методів, спрямованих на попередження їх соціального виключення та корекцію порушень у різних сферах рольової поведінки. Нормалізації соціального функціонування хворих сприяє також розвиток різних форм психологічної підтримки у період примусового лікування і у близькому оточенні

в позалікарняних умовах. Ефективність даної реабілітаційної програми виявилась у значному скороченні середньої тривалості примусового лікування (54,9 % хворих) і рецидивів суспільно небезпечних дій (6,0 % хворих). Група хворих, які отримували традиційне лікування, відрізнялась меншою питомою вагою осіб з відносно недовгочасними термінами госпіталізації (38,8 %), а повторні СНД скоїли 16,0 % хворих [22].

Таким чином, вищенаведене свідчить про необхідність пошуку нових шляхів у дослідженні критеріїв судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та застосування примусових заходів медичного характеру відносно даних осіб.

Література

1. Taborda J. G. Sexual disorders and crime / J. G. Taborda, C. A. Michalski-Jaeger // *Curr. Opin Psychiatry*. — 2012. — Vol. 25, N 5. — P. 370–374.
2. Palermo G. B. Sexual predator law or preventive detention? Call it for what it is / G. B. Palermo // *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.* — 2009. — Vol. 53, N 4. — P. 371–372.
3. Кудрявцев В. Н. Стратегии борьбы с преступностью / В. Н. Кудрявцев. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Наука, 2005. — 365 с.
4. Криминальная сексология : учеб. пособие / Г. Б. Дерягин, Н. Д. Эриашвили, Ю. М. Антонян, С. Я. Лебедев. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2011. — 399 с.
5. Смирнов А. М. Виктимологическая профилактика преступности и криминальных дискриминационных практик в отношении лиц с сексуальными инверсиями в России / А. М. Смирнов // *Библиотека криминалиста. Научный журнал*. — 2012. — № 3. — С. 324–335.
6. Масленников К. И. Оперативно-охранительная профилактика преступлений, совершаемых на сексуальной почве / К. И. Масленников // *Юрид. мысль*. — 2008. — № 1. — С. 108–110.
7. Heterosocial perceptual organization: application of the choice model to sexual coercion / C. Farris, R. J. Viken, T. A. Treat, R. M. McFall // *Psychol. Sci.* — 2006. — Vol. 17, N 10. — P. 869–875.
8. Редько Н. Л. О государственном контроле за лицами, судимыми за сексуальные преступления / Н. Л. Редько // *Журн. рос. права* — 2009. — № 8. — С. 68–77.
9. Hess K. M. Police operations: theory and practice / K. M. Hess, C. H. Orthmann, H. L. Cho. — 6th ed. — Delmar; Andover : Cengage Learning, 2014. — 586 p.
10. Carroll J. L. Sexuality now: embracing diversity / J. L. Carroll. — 4th ed. — Belmont : Wadsworth, 2013. — 628 p.
11. Кулишова А. С. Профилактика сексуальных правонарушений / А. С. Кулишова // *Общество и право*. — 2010. — № 5. — С. 156–159.
12. Цепінь М. Й. Обмежена осудність осіб із психопатичними розладами: юридико-психологічна характеристика : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 19.00.06 / Цепінь Микола Йосипович ; Київ. нац. ун-т внутр. справ. — К., 2007. — 17 с.
13. Цепінь М. Й. Особливості організації пенітенціарної ресоціалізації обмежено осудних засуджених із психічними аномаліями / М. Й. Цепінь // *Актуальні проблеми юридичної психології : зб. матеріалів всеукр. наук.-практ. конф., 29-30 верес. 2006 р.* — К. : Київ. нац. ун-т внутр. справ, 2006. — С. 143–149.
14. Криминальная сексология : руководство / И. А. Бабюк, С. И. Табачников, В. В. Седнев [и др.]. — Донецк: Профи-Донетчина ; К., 2004. — 221 с.
15. Чуприков А. П. Общая и криминальная сексология : учеб. пособие / А. П. Чуприков, Б. М. Цупрык. — К. : МАУП, 2002. — 248 с.
16. Гречко В. В. Типология поведенческой активности при совершении сексуальных преступлений лицами, отягощенными парафилиями / В. В. Гречко // *Вісн. Харк. ун-ту. Сер. Психологія*. — 1999. — № 432. — С. 71–74.
17. Бухановская О. А. Психические расстройства у лиц с серийными агрессивными сексуальными опасными действиями: Клиника, динамика, систематика : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Бухановская Ольга Александровна ; Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ. — М., 2003. — 24 с.
18. Маркина И. Н. Актуальные вопросы профилактики и предупреждения серийных сексуальных убийств / И. Н. Маркина // *Вестн. Владимир. юрид. ин-та*. — 2012. — № 1. — С. 116–120.
19. Серийные сексуальные преступления : учеб. пособие / под ред. Ю. М. Антоняна. — М. : Щит-М, 2000. — 238 с.
20. Зайцев О. О. Психічна патологія в осіб молодого віку, які скоїли сексуальні злочини (діагностика, клініка, лікування та профілактика) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.16 / Зайцев Олександр Олександрович ; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. — К., 2005. — 28 с.
21. Зайцев О. О. Загальні принципи профілактики сексуальної злочинності у молодих людей / О. О. Зайцев // *Арх. психіатрії*. — 2005. — № 1. — С. 112–116.
22. Никифоров Ю. В. Клініко-психопатологічні і соціально-психологічні особливості хворих на шизофренію, які знаходяться на примусовому лікуванні з посиленням наглядом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Никифоров Юрій Васильович ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. — Харків, 2004. — 19 с.

УДК 616.89

Перспективы совершенствования применения принудительных мер медицинского характера

Первомайский В. Б.

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Резюме. В статье подвергнута критическому анализу модель реформирования применения принудительных мер медицинского характера. Показано отсутствие аргументации предложения авторов и несостоятельность ссылок на законодательство ФРГ. Показана целесообразность дальнейшего развития существующей в Украине системы применения принудительных мер медицинского характера путем усовершенствования нормативно-правового регулирования.

Ключевые слова: принудительные меры медицинского характера, реформирование системы принудительных мер, дефекты изложения проблемы.

Prospects for improving the application of compulsory measures of medical character

Pervomaisky V. B.

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

Resume. The article subjected to a critical analysis of the reform model of application of compulsory measures of a medical nature. Shows the lack of reasoning of the proposal of the authors, and the failure of links to German law. The expediency of further development of Ukraine's existing system of application of compulsory medical measures through improved regulation.

Keywords: compulsory measures of a medical nature, the reform of compulsory measures, defects in the presentation of the problem.

В Вестнике Ассоциации психиатров Украины (№5, 2013 г. и №2-3, 2014 г.) опубликованы 2 статьи, местами текстуально повторяющие друг друга, тематически связанные между собой. Речь идет о применении принудительных мер медицинского характера (ПММХ) в Федеративной Республике Германия и в Украине [1,2].

Цель работы — убедить читателя, что законодательно эта система в Германии обеспечена лучше, и работает лучше, чем в Украине. Соответственно система применения ПММХ в Украине по сравнению с Германией является несовершенной. А вот если ликвидировать виды стационарного применения ПММХ, путем внесения соответствующих правок в действующий закон, та украинская система станет сразу же, или постепенно, такой же совершенной, как немецкая. Но прежде чем перейти к изложению своего взгляду на эту проблему позвольте привести только две цитаты из статьи президента АПУ Глузмана С.Ф. «О криминологии, праве и психиатрии. Предмет судебной психиатрии», открывающей Вестник Ассоциации психиатров Украины №5 от 2013 года [3].

Цитата №1 — «Профессор Козн, один из основоположников современной теории права, еще в 1935 году заметил, что юридические понятия не могут быть истинными или ложными, они могут быть только полезными или бесполезными».

Цитата №2 — «Поэтому мы сочли необходимым подготовить такой выпуск нашего «Вестника АПУ». Его ждут и в офисе омбудсмена, и в судебной администрации, ждут и руководители Министерства здравоохранения. Не все сказанное в этом журнале неоспоримо. **Необходима дискуссия**».

Что касается профессора Козна, то психиатрам Украины он вряд ли известен. Конечно, он авторитетный специалист в области теории права, но то, что его утверждение не в ладах с логикой — это очевидно. Разумеется, если его мысль верно изложена. Истинность или ложность понятия не зависит от желания автора объявить его полезным или бесполезным. Хотя бы потому, что сразу возникает вопрос: полезным или бесполезным для кого? Для того, кто отстаивает истину, или для того кто пытается протащить ложь? Тем не менее, попытаемся использовать его тезис при анализе интересующих нас публикаций.

Что касается этого выпуска «Вестника АПУ», то его уже дождались «и в офисе омбудсмена, и в судебной администрации, ...и руководители Министерства здравоохранения». Вопрос в том, что они с этим будут делать? Поэтому в этой цитате наиболее ценным является утверждение о том, что «Не все сказанное в этом журнале неоспоримо. **Необходима дискуссия**». В рамках этой дискуссии и проанализируем упомянутые выше статьи.

В первой рассматриваются «українські реалії» принудительных мер медицинского характера «*крізь призму досвіду Федеративної Республіки Німеччина*». Обратите внимание, что в заголовок статьи вынесено понятие «опыт» ФРГ. Оно же присутствует во вводной части статьи: «*Історично склалось, що правова система України належить до групи германського права. Така схожість у структурі та джерелах права дозволяє оцінювати багаторічний досвід Федеративної Республіки Німеччина (ФРН) при застосуванні деяких норм кримінального права з метою можливого удосконалення вітчизняної нормативно-правової бази з питань державного реагування на суспільно-небезпечні діяння, скоєні особами з психічними розладами, за німецьким принципом*».

Обратим внимание на две ключевые мысли. Первая — авторы делают заявку на **оценку многолетнего опыта ФРГ** при применении некоторых норм криминального права. Вторая — как следствие этой оценки, возможное усовершенствование отечественной нормативно-правовой базы по немецкому принципу. Можно конечно обратиться к словарям для прояснения содержания понятия «опыт». Но и без словарей известно, что опыт — это результат применения неких знаний, правил, норм и т.д., выраженный в конкретных изменениях начального состояния подопытного объекта, которые могут быть описаны, измерены либо формализованы каким-либо иным способом.

Отсюда следует, что поскольку в статье речь идет **о многолетнем опыте применения ФРГ принудительных мер медицинского характера**, то в результате должны быть опубликованы некие показатели динамики состояния объекта за определенные периоды времени, как то, например: изменение показателей общественной опасности пациентов, изменение соотношения первичных и повторных общественно опасных действий, изменение частоты рецидивов заболевания и т.д. и т.п. Однако ничего этого в статье нет. Авторы пообещали читателю **оценить многолетний опыт ФРГ** по рассматриваемой теме и не выполнили своего обещания. Правда в статье есть еще одно упоминание об опыте в следующей цитате: «*Система джерел права у Німеччині відображає федеральний характер державного устрою країни, що іноді викликає труднощі в сприйнятті та порівнянні досвіду ФРН та України*» [с.25]. Вслед за этим хотелось бы узнать, у кого и какие трудности возникли при восприятии и сравнении опыта ФРГ и Украины? Если у авторов статьи, то почему о них они предпочли об этом умолчать? И где это сравнение опубликовано? Если кто-то другой воспринял и сравнил опыт ФРГ и

Украины, то почему авторы нам об этом не сообщают?

Вместо этого читателю предлагается пересказ содержания параграфов главы 6 Уголовного Кодекса ФРГ «*Меры исправления и безопасности*». В частности, пересказываются §§ 61,63,64,67,67e,71. В противовес им приводится содержание ст.92,93,94,95 УК Украины. Но проблема в том, что пересказать содержание параграфов УК ФРГ и статей УК Украины отнюдь не означает изучить опыт их применения. В результате все сравнение кодексов сводится к следующему:

1. «*На відміну від ФРН вітчизняні законодавці дали в КК визначення поняття ПЗМХ*»;
2. «*На відміну від України у КК ФРН наявності окремих спеціалізованих лікувальних закладів не передбачено*»;
3. «*Особи, до яких застосовується ПЗМХ, визначені в ст. 93 КК України, майже відповідають особам, до яких застосовуються заходи виправлення та безпеки в ФРН*»;
4. «*КК України містить норму, взагалі відсутню в КК ФРН, мова йде про види ПЗМХ, передбачені ст. 94 вітчизняного Кодексу*».

Согласитесь, что текстуальное сравнение кодексов не равноценно изучению опыта их применения. Чтобы сравнения были более наглядны, приведу сравнительную таблицу сходных §§ УК ФРГ и статей УК Украины.

Таким образом, все сравнение сводится к тому, что аналоги статей 92 и 94 УК Украины в законе ФРГ отсутствуют, а лица, к которым применяются принудительные меры медицинского характера в Украине и меры исправления и безопасности в ФРГ почти совпадают. И этим, к сожалению, «сравнение опыта» исчерпывается. Рассмотрим эти сравнения подробнее. Начнем с последнего.

Из ст. 93 УК Украины известно, что принудительные меры медицинского характера применяются к трем категориям лиц: невменяемым, ограниченно вменяемым и заболевшим психическим расстройством в период отбывания наказания. В ФРГ § 63 (помещение в психиатрическую больницу, относящееся к мерам, связанным с изоляцией) касается невменяемых и уменьшено вменяемых лиц. Но согласно §64 есть еще какие-то учреждения изоляции, куда помещают лиц с зависимостью от алкоголя и одурманивающих средств независимо от признания, непризнания их невменяемыми или уменьшено вменяемыми. Причем согласно §67а психиатрическая больница и учреждение изоляции взаимозаменяемы в процессе пребывания в них помещенных лиц.

Но есть еще § 62 КК ФРГ «*Принцип соразмерности*», пропущенный авторами статьи,

Таблиця схожих §§ УК ФРГ і статей УК України

Уголовный Кодекс ФРГ	Уголовный Кодекс Украины
Аналог отсутствует	<p>Стаття 92. Поняття та мета примусових заходів медичного характеру</p> <p>Примусовими заходами медичного характеру є надання амбулаторної психіатричної допомоги, поміщення особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, що підпадає під ознаки діяння, передбаченого Особливою частиною цього Кодексу, в спеціальний лікувальний заклад з метою її обов'язкового лікування, а також запобігання вчиненню нею суспільно небезпечних діянь.</p>
<p>§ 61 Перечень</p> <p>Мерами исправления и безопасности являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. помещение в психиатрическую больницу; 2. помещение в учреждение изоляции для алкоголиков или наркоманов; 3. превентивное заключение; 4. установление надзора; 5. лишение разрешения управлять автотранспортным средством; 6. запрет на профессию. 	<p>Стаття 94. Види примусових заходів медичного характеру</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Залежно від характеру та тяжкості захворювання, тяжкості вчиненого діяння, з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або інших осіб, суд може застосувати такі примусові заходи медичного характеру: <ol style="list-style-type: none"> 1) надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку; 2) госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом; 3) госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом; 4) госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом. 2. Надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може бути застосоване судом стосовно особи, яка страждає на психічні розлади і вчинила суспільно небезпечне діяння, якщо особа за станом свого психічного здоров'я не потребує госпіталізації до психіатричного закладу. 3. Госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворого, який за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння потребує тримання у психіатричному закладі і лікування у примусовому порядку. 4. Госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворого, який вчинив суспільно небезпечне діяння, не пов'язане з посяганням на життя інших осіб, і за своїм психічним станом не становить загрози для суспільства, але потребує тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах посиленого нагляду. 5. Госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом може бути застосована судом щодо психічно хворого, який вчинив суспільно небезпечне діяння, пов'язане з посяганням на життя інших осіб, а також щодо психічно хворого, який за своїм психічним станом і характером вчиненого суспільно небезпечного діяння становить особливу небезпеку для суспільства і потребує тримання у психіатричному закладі та лікування в умовах суворого нагляду. 6. Якщо не буде визнано за необхідне застосування до психічно хворого примусових заходів медичного характеру, а також у разі припинення застосування таких заходів, суд може передати його на піклування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.
<p>§ 62 Принцип соразмерности</p> <p>Мера исправления и безопасности не может быть назначена, если она не соответствует тяжести совершенных лицом или ожидаемых от него деяний, как и степени исходящей от него опасности.</p>	Аналог отсутствует

Продолжение таблицы сходных §§ УК ФРГ и статей УК Украины

Уголовный Кодекс ФРГ	Уголовный Кодекс Украины
<p>Меры, связанные с изоляцией</p> <p>§ 63 Помещение в психиатрическую больницу</p> <p>Если кто-либо совершил противоправное деяние в состоянии невменяемости (§20) или уменьшенной вменяемости (§ 21), то суд выносит решение о помещении в психиатрическую больницу, если из совокупной оценки правонарушителя и его деяния следует, что вследствие его состояния от него можно ожидать серьезных противоправных деяний и поэтому он представляет опасность для общества.</p>	<p>Стаття 93. Особи, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру</p> <p>Примусові заходи медичного характеру можуть бути застосовані судом до осіб:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) які вчинили у стані неосудності суспільно небезпечні діяння; 2) які вчинили у стані обмеженої осудності злочини; 3) які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання.
<p>§64 Помещение в учреждение изоляции</p> <p>(1) Если кто-либо имеет чрезмерную зависимость от употребления алкогольных напитков или других одурманивающих средств и подвергается осуждению... за совершение противно-правного деяния, которое он совершил в состоянии одурманивания или вследствие склонности к таковому, или, если не подлежит осуждению только потому, что его невменяемость доказана или не может быть исключена, то суд направляет его в учреждение изоляции, если существует опасность, что в результате своей склонности он будет совершать серьезные противоправные деяния.</p> <p>(2) Направление в учреждение изоляции не назначается, если прохождение курса отвлечения от алкоголя или наркотиков с самого начала представляется безрезультатным.</p>	<p>Стаття 96. Примусове лікування</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Примусове лікування може бути застосоване судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. 2. У разі призначення покарання у виді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. У разі призначення інших видів покарань примусове лікування здійснюється у спеціальних лікувальних закладах.
<p>§ 67 Последовательность исполнения</p> <p>(1) Если назначено помещение в одно из учреждений, указанных в §§ 63, 64 наряду с наказанием в виде временного лишения свободы, эта мера исполняется до наказания.</p>	<p>Аналог отсутствует</p>
<p>§ 67a Замена одной меры исправления и безопасности другой в процессе исполнения</p> <p>(1) Если назначено помещение в психиатрическую больницу или учреждение изоляции, то суд дополнительно в процессе исполнения может назначить лицу, совершившему деяние, другую меру, если ресоциализация лица может быть достигнута таким образом более успешно.</p>	<p>Аналог отсутствует</p>

Продолжение таблицы сходных §§ УК ФРГ и статей УК Украины

Уголовный Кодекс ФРГ	Уголовный Кодекс Украины
<p>§ 67 Перепроверка</p> <p>(1) Суд в любое время может проверить, не следует ли условно приостановить содержание в учреждении изоляции. Это должно быть произведено до истечения установленных сроков.</p> <p>(2) Сроки содержания в учреждении изоляции составляют шесть месяцев, в психиатрической больнице — один год, при превентивном заключении — два года.</p> <p>(3) Суд может сократить сроки. В рамках определенных законом сроков проверки он может также установить сроки, до истечения которых проверка недопустима.</p> <p>(4) Исчисление сроков начинается с момента помещения в соответствующее учреждение. Если суд отклоняет применение условного приостановления, то сроки исчисляются заново с момента принятия такого решения.</p>	<p>Стаття 95. Продовження, зміна або припинення примусових заходів медичного характеру</p> <p>1. Продовження, зміна або припинення заходів медичного характеру здійснюється судом за заявою представника психіатричного закладу (лікаря-психіатра), який надає особі таку психіатричну допомогу, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який обґрунтовує необхідність продовження, зміни або припинення застосування таких примусових заходів.</p> <p>2. Особи, до яких застосовані примусові заходи медичного характеру, підлягають огляду комісією лікарів-психіатрів не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення або про зміну застосування такого заходу. У разі відсутності підстав для припинення або зміни застосування примусового заходу медичного характеру представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, направляє до суду заяву, до якої додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження застосування примусового заходу медичного характеру. У разі необхідності продовження застосування примусового заходу медичного характеру понад 6 місяців представник психіатричного закладу (лікар-психіатр), який надає особі таку психіатричну допомогу, повинен направити до суду за місцем знаходження психіатричного закладу заяву про продовження застосування примусового заходу. До заяви додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який містить обґрунтування про необхідність продовження надання особі такої психіатричної допомоги. В подальшому продовження застосування примусового заходу медичного характеру проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.</p> <p>3. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через змінення психічного стану особи на краще, суд може передати її на лікування родичам або опікунам з обов'язковим лікарським наглядом.</p> <p>4. У разі припинення застосування примусових заходів медичного характеру через видужання особи, які вчинили злочини у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку, підлягають покаранню на загальних засадах, а особи, які захворіли на психічну хворобу під час відбування покарання, можуть підлягати подальшому відбуванню покарання.</p> <p>Аналог отсутствует</p>
<p>§ 71 Особые определения</p> <p>(1) Суд может также вынести особое определение о помещении в психиатрическую больницу или учреждение изоляции, если судебный процесс не может быть проведен вследствие невменяемости или недееспособности лица, совершившего деяние.</p> <p>(2) Это же положение действует и в отношении изъятия разрешения на управление автотранспортным средством и запрета на профессию.</p>	

который гласит: «Мера исправления и безопасности не может быть назначена, если она не соответствует тяжести совершенных лицом или ожидаемых от него деяний, как и степени исходящей от него опасности». Что следует из этой нормы? Из §61 известно, что помещение в психиатрическую больницу относится к мерам исправления и безопасности. В силу этого из §62 КК ФРГ следует, что помещение в психиатрическую больницу определяется **тяжестью совершенных деяний или ожидаемых деяний и степенью исходящей от лица опасности**. К этим понятиям мы еще вернемся ниже.

Естественно возникает вопрос: а где же психическое расстройство, которое по нашему законодательству является составной частью общественной опасности и через признание лица судом невменяемым определяет помещение в психиатрическое учреждение? Далее из этого же параграфа следует, что в психиатрическую больницу судом может быть помещено лицо без психического расстройства, не совершившее наказуемого деяния. То есть от лица ничего не совершившего может исходить некая общественная опасность, степень которой уже можно определить (неизвестно каким образом) и возможное деяние уже ожидается. Налицо отголосок концепции «общественно опасного субъекта», подвергнутой в свое время аргументированной критике М.О.Фуко [4].

А что предлагает § 71 «*Особые определения*». Оказывается в психиатрическую больницу или в учреждение изоляции невменяемое или недееспособное лицо может быть помещено без судебного процесса только особым определением суда. То есть в нашем понимании не исследуются все обстоятельства содеянного, причастность к нему лица, признание его экспертизой невменяемым или недееспособным, как и обстоятельства по каким судебный процесс не может быть проведен. А какая роль во всем этом отводится адвокатам? Так же можно без судебного процесса лишить человека разрешения на управление автотранспортом и права на профессию. Можно из всего этого что-то понять, а тем более проводить сравнительную оценку, без реального детального изучения правоприменительной практики? Думаю, что нет.

Здесь естественно возникает вопрос: плохо или хорошо, что в нашем УК дано определение принудительных мер медицинского характера и расписаны их виды, которые в законе ФРГ отсутствуют? Можно привести аналогию из медицины. Что лучше для общества: имеются четкие определения поликлиники и специализированного центра с указанием отличительных

признаков или нет? Что лучше для больного — лечиться в общей поликлинике или в специализированном центре по профилю его патологии? Разве этот вопрос не риторический?

Современное законодательство предполагает определение понятий используемых законодателем. Это однозначно облегчает применение закона и разрешение спорных вопросов. Загляните, например, в Закон Украины «О психиатрической помощи» в котором ст.1 посвящена определению понятий.

Кроме того, прогресс, и не только в медицине, движется по пути дифференциации. Но авторы статьи, видимо, против этого. Они так увлеклись идеей усовершенствования применения принудительных мер медицинского характера по образцу ФРГ, что забыли о принципе системности. Вырвать из общего контекста фрагмент и изменить его, означает породить противоречие, которое только усложнит последующую правоприменительную практику. Поэтому представляется, что сравнение, проведенное авторами, отнюдь не в пользу ФРГ и перенимать у них опыт в этой части применения ПММХ пока не стоит, разве что ФРГ не захочет усовершенствовать свое законодательство по образцу Украины.

А вот что бесспорно, это необходимость усовершенствования нашего законодательства, исходя из прописанных в действующем законе норм. И если для этого нужны инструктивно-методические материалы, которых пока нет (хотя в институте, представляемом авторами, существует много лет отдел принудительного лечения), то их институту давно следовало подготовить, не ожидая приказа МОЗ, который занят совершенно другими вопросами. Не следует также забывать о существовании института внештатного специалиста по судебно-психиатрической экспертизе, главного среди сотрудников министерства по этой проблеме, для которого подготовка необходимых для улучшения работы службы инструктивных документов должно быть, по крылатому выражению одного из бывших директоров института, «делом чести». И если это будет сделано качественно и ответственно, любые рассуждения по поводу различных толкований порядка применения конкретных видов ПММХ, приведенные во второй части статьи, будут излишни.

Наконец в третьей части статьи авторы излагают особенности подготовки врачей — судебных психиатров в Германии и условий их работы. Информация занимает чуть больше половины столбца на стр.25 и начинается с утверждения: «У Німеччині введена окрема лікарська спеціальність «лікар — судовий

психіатр», в Україні аналогу цієї спеціальності немає». Но это неправда. Номенклатура врачебных специальностей, утвержденная приказом МЗ Украины № 359 от 19.12.1997 г. содержит специальность «судебно-психиатрическая экспертиза» под № 2.38 (в соответствии с изменениями, внесенными приказом МЗ Украины №333 от 06.07.2005).

Досадно, что специальность существует 17 лет, по ней готовятся и аттестуются эксперты Украины, в отделе судебно-психиатрической экспертизы НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии в свое время подготовлены и защищены в МЗ Украины компьютерные тесты по проверке знаний курсантов, а авторы статьи, представляющие головное учреждение по судебно-психиатрической экспертизе, судя по тексту, об этом не знают. Отсюда и необидительность последующих утверждений и выводов авторов. Раз уж взялись за тему подготовки специалистов, то целесообразно было бы оценить систему подготовки и аттестации судебно-психиатрических экспертов в Украине, сравнить с Германией и с какой-либо иной страной, например, Республикой Беларусь, и тогда уже делать выводы и предлагать пути улучшения. Но это отдельная тема, которая не соответствует названию статьи и поэтому непонятно почему авторы к ней обратились и обозначили ее в зачаточном виде.

Отсутствие системности в изложении материала и необидительные, а порой и ложные утверждения не вызывают доверия к итоговым выводам статьи, «що система застосування ПЗМХ в Україні порівняно з ФРН є недосконалою. Недосконалими є також освіта лікарів, які надають допомогу хворим, територіально-організаційне регулювання і насамперед нормативно-правова регуляція». Учитывая отсутствие аргументов это выглядит всего лишь как предположение авторов. И завершается статья бесспорным утверждением: «Таким чином, удосконалення застосування ПЗМХ є важливою складовою реформування психіатричної допомоги населенню України». Настолько же бесспорным, насколько совершенствование любого из элементов психиатрической помощи является важной составляющей ее реформирования (разумеется, при наличии общей концепции реформирования). Для такого очевидного вывода не нужен весь предшествующий ему текст.

Чтобы окончательно развеять сомнения у читателя в необходимости реформировать систему принудительных мер медицинского характера на примере ФРГ, авторы пишут вторую статью, в которой, как они считают, предлагается такая модель реформирования [2]. Вся модель сводится к весьма спорному и ничем

не аргументированному изменению нормы статьи 94 УК Украины, которое исчерпывается ликвидацией таких принудительных мер, как помещение в психиатрические учреждения с обычным, усиленным и строгим наблюдением и введением госпитализации в специальное психиатрическое учреждение. И второй элемент модели — изъятие тяжести содеянного из критериев назначения «даного виду державного примусу». Однако рассмотрим структуру и содержание этой статьи.

Фактически статья состоит из 5 таблиц. Из них в 4 таблицах представлено распределение лиц, к которым применяются ПММХ в виде госпитализации в психиатрические учреждения с различными видами наблюдения, и отдельная сводная таблица стационарных видов ПММХ, по регионам. Таблица 5 дана без названия и в ней излагается содержание действующей ст.94 УК Украины и ее редакция, предложенная авторами. Из 5 страниц текста таблицы занимают 3.5. Поскольку содержание таблиц авторами не анализируется, оказывается непонятной цель их публикации. Оставшиеся 1.5 страницы занимает текст. Что же содержится в этом тексте?

Первый абзац содержит ссылку на предыдущую статью, в которой якобы были проанализированы особенности государственного реагирования на совершенные общественно опасные действия лиц, имеющих психические расстройства в ФРГ и Украине. Анализ этой статьи, представленный выше, позволяет читателю самостоятельно оценить ее содержание.

Второй абзац звучит так: «Метою статті є дослідження правового регулювання та організаційної складової застосування примусових заходів медичного характеру (надалі — ПЗМХ) враховуючи досвід застосування відповідних аналогів даного державного примусу у ФРН». Но проблема в том, что ключевые понятия «дослідження» и «досвід» содержатся как в этой статье, так и предыдущей отсутствуют. Исследование — это процесс, а опыт — это результат применения. Ни первое, ни второе авторами не описано. Поэтому правильнее было бы определить целью статьи «изложение в таблицах распределения лиц, к которым применяются ПММХ в виде госпитализации в психиатрические учреждения с различными видами наблюдения, отдельно стационарных видов ПММХ, по регионам, содержания действующей ст.94 УК Украины и ее редакции, предложенной авторами». Тогда хотя бы был бы понятен смысл публикации этих статистических данных.

В третьем абзаце перечисляются всем известные нормативно-правовые документы, регулирующие применение ПММХ в Украине,

что нельзя отнести ни к исследованию, ни к изложению опыта применения.

В четвертом абзаце нам сообщают, что в Украине есть только одно специализированное лечебное учреждение со строгим наблюдением и сообщают о количестве больных в нем в таблице №1. И в последующем тексте дублируется название таблиц №№2,3,4 с распределением больных по областям по состоянию на 01.01.2014 г. Из текста на стр. 148 следует, что именно таблица №4 является ключевой для понимания идеи реформирования структуры учреждений для осуществления ПММХ. Так авторы пишут: *«Враховуючи можливість проведення в Україні реформування примусових заходів медичного характеру за моделлю ФРН, а саме створення децентралізованих, спеціальних судово-психіатричних клінік, в яких умови тримання залежать від особливостей психічного стану, нами було досліджено загальну кількість хворих, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру стаціонарних видів за регіоном призначення»*.

Вопрос первый: а существует ли возможность реформирования ПММХ по модели Франции, Англии, США или Японии? Или может целесообразно сформулировать свою модель? Можно ответить лишь вопросом: а почему нет?

Вопрос второй: чем отличаются предлагаемые специальные судебно-психиатрические клиники, в которых условия содержания зависят от особенностей психического состояния больного от ныне существующих психиатрических клиник, в которых испокон веков условия содержания зависят от особенностей психического состояния больного? Чтобы убедиться в отсутствии таких отличий, авторам статьи нужно выйти из своих кабинетов, спуститься на землю и пройти по отделениям больницы им. И.П. Павлова (разумеется, если главный врач это разрешит). Не говоря уже о том, что на этот счет существует необъятная литература.

Вопрос третий: почему эти клиники должны называться судебно-психиатрическими? Полномочия судебно-психиатрической экспертизы, выполняющей задания следственных и судебных органов, завершаются решением вопросов вменяемости-невменяемости и определением вида ПММХ. Далее все осуществляют органы здравоохранения. А в психиатрических учреждениях этих самых органов давно разработана система дифференцированного отношения к больным в зависимости от их психического состояния. При чем здесь судебно-психиатрическая клиника? По определению это место, где находятся лица, совершившие общественно опасные деяния до решения вопросов, поставленных перед экспертами

следствием или судом. Все что происходит далее — компетенция лечебных учреждений органов здравоохранения.

Вопрос четвертый: каким образом (а любое исследование предполагает адекватную методику) авторы исследовали *«загальну кількість хворих, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру стаціонарних видів за регіоном призначення»*? Судя по тексту, они никак не исследовали, а только установили количество соответствующих групп больных. Но это не есть научное исследование, это элементарная статистика. Скорее всего, авторы статьи не видят различий в этих понятиях. И дальше, «исследовав» в общей сложности 2354 больных (см. табл. №4), авторы пришли к выводу о нецелесообразности создания отдельных специализированных судебно-психиатрических клиник в каждом регионе, *«оскільки, наприклад, в Тернопільській області загальної кількості хворих, що є її мешканцями і до яких застосовуються ПЗМХ всіх стаціонарних видів, становить 15 осіб»*. Весьма оригинальное объяснение. Естественно напрашивается вопрос: а сколько же нужно больных, чтобы создать такие «специализированные судебно-психиатрические клиники»? Поскольку количество больных по областям колеблется от 15 до 210, то очевидна необходимость межобластных объединений, порождающая массу вопросов материально-технического характера, финансового и кадрового обеспечения, транспортных расходов и т.д и т.п. И прежде чем озвучивать подобные проекты следовало бы все эти вопросы просчитать или, по крайней мере, продумать. Иначе может оказаться, что «овчинка не стоит выделки» и целесообразно не создавать какие-либо новые отделения, а направить свои усилия на четкую регламентацию функционирования уже существующей системы.

И последний штрих, который хорошо иллюстрирует поверхностный и отнюдь не научный подход к решению серьезной социальной проблемы. Обратите внимание на следующую цитату на стр.149: *«Також пропонується змінити підстави застосування ПЗМХ, видаливши тяжкість скоєного з критеріїв призначення даного виду державного примусу»*. А как же §62 КК ФРГ, из которого следует, что помещение в психиатрическую больницу определяется **тяжестью совершенных деяний или ожидаемых деяний и степенью исходящей от лица опасности**? Естественно возникает вопрос: так ФРГ пример для модели реформирования или не пример? Похоже, что ФРГ здесь вообще не причем, а используется как прикрытие сырой неаргументированной идеи.

Это мимоходом сделанное предложение исключить тяжесть содеянного из критериев назначения ПММХ является главным и единственным элементом предлагаемой авторами «модели реформирования». Оно принципиально меняет концептуальные подходы к пониманию оснований назначения принудительных мер медицинского характера. Пока еще таким основанием является общественная опасность больного, реализованная в различной тяжести опасных действиях, предусмотренных УК Украины. Понятие общественной опасности психически больного достаточно детально разработано в отечественной

судебной психиатрии [5,6]. Если авторы претендуют на иную концепцию, то они просто обязаны ее представить, опровергнув действующую ныне, а не ограничиваться волюнтаристским изменением объема и содержания понятия. Пока же, возвращаясь к профессору Козну, приходится делать печальный вывод о том, что понятия, используемые авторами рассмотренных публикаций, которые им представляются истинными и полезными, для читателя могут оказаться ложными и бесполезными. Поэтому в заключение могу лишь пожелать авторам успеха на нелегком пути реформирования.

Литература

1. Пінчук І.Я., Шум С.С. Примусові заходи медичного характеру: Українські реалії крізь призму досвіду Федеративної Республіки Німеччина // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — № 5. — 2013. — С. 24–25.
2. Шум С.С., Пінчук І.Я., Суховій О.О., Рассказова І.А. Модель реформування системи примусових заходів медичного характеру на прикладі Федеративної Республіки Німеччина // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — № 2–3. — 2014. — С. 146–152.
3. Глузман С.Ф. «О криминологии, праве и психиатрии. Предмет судебной психиатрии» // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — № 5. — 2013. — С. 5–6.
4. Фуко М.О. Концепции «социально опасного субъекта» в судебной психиатрии XIX столетия // Философская и социологическая мысль. — 1991. — № 7. — С. 84–110.
5. Первомайский В.Б. Некоторые замечания к Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1992. — № 2. — С. 127–130.
6. Первомайский В.Б. Понятие «общественная опасность душевнобольного» в судебной психиатрии // Государство и право. — 1992. — № 7. — С. 59–67.

УДК 616-056.83:613.816

Модель оптимізації системи медико-психолого-соціальної допомоги хворим на алкогольну залежність на базі існуючої мережі установ державної та недержавної форм власності



Возний Д. В.

Возний Д. В.

Одеський національний медичний університет, Україна

Резюме. В статті автором ґрунтовно проаналізовані та досліджені існуючі етапи допомоги, характер взаємодії учасників процесу надання допомоги залежним хворим та створено ряд рекомендацій по покращенню допомоги хворим на алкогольну залежність. Вся система допомоги пацієнтам з алкогольною залежністю умовно розділена на чотири етапи: національний, регіональний, клінічний та позаклінічний на рівнях держави, регіону, клініки, соціуму з залученням самого хворого та його близького оточення.

Ключові слова: оптимізація, алкогольна залежність, етапи надання допомоги хворим.

Model of medical, psychological and social care system optimization for patients with alcoholic dependence on the basis of the existing network of public and non-governmental institutions

Vozny D. V.

Odessa National Medical University, Ukraine

Resume. In the article the author thoroughly analyzed and researched the existing stages of care, the nature of the interaction of participants in the process to assist the sick and dependent, a number of recommendations to improve the care for patients dependent from alcohol. The whole care system for patients with alcohol dependence divided into four stages: national, regional, outpatient and clinical levels, region, clinics, society, involving the patient and his inner circle.

Keywords: optimization, alcohol dependence, phases of patient care.

Вся система допомоги пацієнтам з алкогольною залежністю умовно розподілена нами на чотири етапи: національний, регіональний, клінічний та позаклінічний на рівнях держави, регіону, клініки, соціуму із залученням самого хворого та його близького оточення (рис. 1).

Важливим етапом системи наркологічної допомоги пацієнтам з алкогольною залежністю є вивчення світового досвіду та найкращих доказових практик терапії, які можна враховувати при побудові програм допомоги

алкогользалежним особам в Україні [6]. Проте впливати на структуру допомоги в інших країнах ми не маємо реальної можливості, тому даний етап умовно названий нами «нульовим».

«Нульовий» етап. Світовий міжнародний досвід.

На міжнародному рівні антинаркотична політика визначається міжнародними угодами. Зараз у світовому співтоваристві йде процес уніфікації підходів до проблем поширення наркотичних засобів і попередження захворюваності наркоманією. У більшості країн світу в цілому, підхід до лікування алкоголізму є дуже схожим. Спочатку, за необхідністю, проводиться етап купування алкогольного психозу. Надалі проводиться обов'язковий етап детоксикації та корекції соматичних ускладнень, тривалість якого варіюється залежно від тяжкості стану пацієнта, від кількох днів до двох тижнів. Лікування проводиться в умовах стаціонару.

Реабілітація може здійснюватися як у рамках соціальної системи допомоги, так і в приватних установах. Велику роль у наданні послуг реабілітації відіграють НДО, які або працюють за рахунок залучення зовнішніх коштів, або їхні

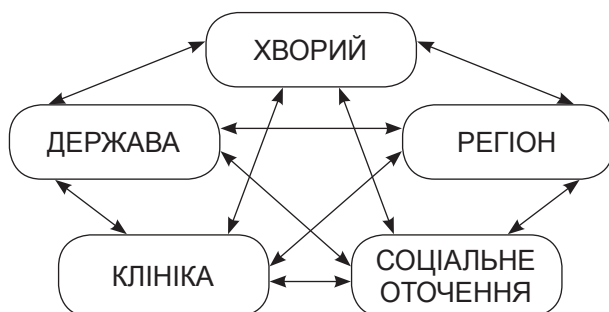


Рис. 1

Взаємодія учасників процесу надання послуг у сфері допомоги алкогользалежним особам

послуги контрахтує держава. Зазвичай країни не мають єдиної уніфікованої програми саме психосоціальної реабілітації, тоді як медичне лікування розписане набагато детальніше. На першому етапі знімаються прояви синдрому відміни, стабілізується психофізичний стан, проводиться оцінювання. Важливим компонентом цього етапу є мотиваційне консультування. Другий етап полягає в роботі з проблемами клієнта. Він охоплює застосування різноманітних психокорекційних методик, вироблення навичок, розв'язання соціальних проблем, роботу з родиною, профілактику зривів. Ця робота може проводитися як амбулаторно, так і стаціонарно, при цьому стаціонарні програми часто рекомендують для клієнтів, котрі мають більш виражені проблеми залежності, або коли клієнта необхідно вилучити із соціального середовища (наприклад, лікування підлітків з неблагополучних родин). Третій етап може не виділятися в окрему стадію, а розглядатися як частина другого: він покликаний закріпити результати попередньої роботи та запобігти поверненню до вживання. Цей етап проводиться амбулаторно; для нього характерна також рідша взаємодія з клієнтом. Якщо перехідного етапу від реабілітації до повернення в соціум не передбачено, то цю роль часто відіграють групи самопомогі [3].

Загальноорганізаційний етап. *Організація наркологічної допомоги на національному рівні.* Головним завданням даного етапу роботи є створення умов для міжвідомчої координації та оптимізації діяльності міністерств та відомств, задіяних для комплексного вирішення проблем, пов'язаних з алкоголізацією населення.

Службам системи охорони здоров'я належить центральна роль у протидії шкоді, заподіяній зловживанням алкоголем. Заклади охорони здоров'я повинні забезпечити:

- якісну профілактику та результативне лікування порушень, викликаних вживанням спиртних напоїв;
- інформування суспільства про медичні і соціальні наслідки пияцтва, сприянні місцевим громадам в їх зусиллях щодо стримування алкоголізації;
- вдосконалення організації надання наркологічної медичної допомоги особам, які зловживають алкоголем;
- прозорі умови ліцензування та сертифікацію якості послуг;
- стандарти, протоколи допомоги, єдині для державних та приватних клінічних установ;
- проведення скринінгу для виявлення небезпечного та шкідливого вживання алкоголю у пацієнтів на рівні первинної медико-санітарної допомоги;

- розширення можливостей виявлення, профілактики та адекватного медичного реагування по відношенню до сімей з алкогольними традиціями;
- забезпечення належного доступу до наркологічної допомоги з ціною прийнятністю медичних послуг для контингентів з низьким соціально-економічним статусом;
- забезпечення анонімного наркологічного консультування, у тому числі через «телефон довіри» з питань вживання алкоголю або інших психоактивних речовин;
- створення і підтримка дієвих систем реєстрації і моніторингу захворюваності викликаного зловживанням алкоголю та відповідно, смертності населення;
- підготовку фахівців наркологів, психіатрів, фельдшерів, медичних сестер.

Локальноорганізаційний етап. *Організація наркологічної допомоги на регіональному рівні.* Головним завданням даного етапу роботи є втілення загальнодержавних програм з урахуванням регіональних особливостей. Основними завданнями надання допомоги на локальноорганізаційному рівні є:

- підвищення знань людей про конкретні кроки в галузі суспільної охорони здоров'я, спрямованих на запобігання наслідків алкоголізму;
- широке просвітництво населення з питань споживання алкоголю;
- зменшення ймовірності виникнення проблем (соціальних і особистісних), що підштовхують людину до вживання алкоголю;
- зменшення масштабів і вираженості шкоди, завданої вживанням алкоголю;
- надання доступного лікування людям, страждаючим залежністю від алкоголю;
- організація підтримуючого супроводу для алкогользалежних осіб та їх родичів;
- сприяння взаємодії в мережі регіональних державних та приватних установ в сфері надання допомоги алкогользалежним особам;
- підтримка діяльності неурядових організацій, орієнтованих на утвердження здорового способу життя на муніципальному рівні;
- бажаним є створення єдиної бази даних з інформацією щодо алкогользалежних осіб в регіоні;
- організація телефону довіри з питань алкогольної проблематики на місцевому рівні (місто, селище).

Крім підтримки та адаптації загальнодержавних програм боротьби з алкогольною залежністю, специфічною особливістю локальної служби є можливість перевірки ефективності наданих програм за рахунок отримання «зворотнього зв'язку» від пацієнтів та їх оточення.

Клінічний етап. Організація локально-клінічної комплексної допомоги пацієнтам, які страждають на хвороби залежності.

Наркологічний диспансер є головним організаційно-методичним центром, який об'єднує всі структурні підрозділи наркологічної служби. Основний принцип діяльності диспансеру — територіальний. Структурою наркологічного диспансеру передбачене розміщення кабінетів та наркологічних пунктів у кожному адміністративному районі.

Стационарне лікування займає суттєве місце в системі наркологічної допомоги [4]. Його переваги перед амбулаторним полягають у можливості використання більш активних методів, багато з яких є неможливими в інших умовах, більш поглибленого обстеження хворих, ширших можливостях психотерапевтичного впливу.

Невідкладними показаннями до госпіталізації в наркологічний або загально психіатричний стаціонар є гострі алкогольні або інтоксикаційні психози і препсихотичні стани, загострення хронічних алкогольних або інтоксикаційних психозів, загострення супутніх психічних захворювань, важкі запійні стани, які не вдається тамувати амбулаторно [2].

Показаннями до планової госпіталізації в наркологічний стаціонар слугують стани компульсивного потягу до наркотичної речовини або алкоголю, які вдається коригувати амбулаторно, необхідність або бажання самого хворого щодо використання методів лікування неможливих без госпіталізації, а також сімейно — соціальні фактори. Планова госпіталізація наркологічних хворих відбувається виключно за згодою самого пацієнта [5].

Примусове лікування хворих на наркозалежності та алкоголізм передусім спрямоване на попередження і запобігання найбільш соціально небезпечних наслідків залежності від психоактивних речовин, усунення анозогнозії та допомогу хворим, що втратили контроль за своїм станом.

На клінічному етапі, крім медичного лікування, залежності від алкоголю доцільним є організація психологічного супроводу хворих та їх родин.

Позаклінічний етап. Організація позаклінічного супроводу пацієнта, який страждає на хвороби залежності. Позаклінічний етап виконує профілактичну та реабілітаційну функції. Амбулаторна допомога хворим з алкогольною залежністю надається в наркологічних кабінетах та заключається в проведенні профілактичної роботи, патронажу хворих, вирішенні питань постановки/зняття з обліку, соціальної адаптації хворого, проведенні консультацій для родичів та оточуючих хворого [1]. З врахуванням

біопсихосоціальної моделі, необхідною є реабілітація алкогользалежних осіб на фізичному, психологічному та соціальному рівні.

Позаклінічний етап допомоги алкогользалежним особам можна розділити на два під етапи: доклінічний та післяклінічний.

На доклінічному етапі доцільно проведення скринінгів для виявлення схильності до алкогольної залежності. Наприклад, CAGE-test є скринінговим інструментом, який доцільно проводити лікарям загальносоматичної практики, та перенаправляти пацієнтів з виявленою схильністю до наркологічних кабінетів.

Також на доклінічному етапі доцільно проводити профілактичні заходи, метою яких є популяризація здорового способу життя та протидії наркотизації населення.

Супровід алкогользалежних осіб та їх родин повинен поширюватись і на післяклінічний етап допомоги. Метою супроводу є відновлення соціальних зв'язків пацієнта в професійній, родинній сферах та сфері комунікації; а також поновлення професійних та комунікативних навичок. Важливою на даному етапі є виявлення ризику рецидиву та профілактика зривів алкогольної ремісії. Ефективною є організація психотерапевтичних груп для залежних осіб та членів їх родин, клуби за інтересами, Інтернет-платформи для спілкування алкогользалежних та членів їх родин і т.п.

Висновки

1. Вся система допомоги пацієнтам з алкогольною залежністю умовно розподілена нами на чотири етапи: національний, регіональний, клінічний та позаклінічний на рівнях держави, регіону, клініки, соціуму із залученням самого хворого та його близького оточення.
2. У більшості країн світу в цілому, підхід до лікування алкоголізму є дуже схожим: етап купування алкогольного психозу, обов'язковий етап детоксикації та корекції соматичних ускладнень, реабілітація.
3. Головним завданням загальноорганізаційного етапу є створення умов для міжвідомчої координації та оптимізації діяльності міністерств та відомств, задіяних для комплексного вирішення проблем, пов'язаних з алкоголізацією населення, локальноорганізаційного етапу — втілення загальнодержавних програм з урахуванням регіональних особливостей.
4. Наркологічний диспансер є головним організаційно-методичним центром, який об'єднує всі структурні підрозділи наркологічної служби. Основний принцип діяльності диспансеру — територіальний

Література

1. Веко А.В. Алкоголизм: избавление от зависимости, лечение, профилактика / А.В. Веко // Современный литератор. — 2009. — С.4.
2. Гавенко В.Л. Психиатрия и наркология / В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова, Н.Е. Бачериков — Киев: Здоровье, 1999. — 288 с.
3. Гофман А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
4. Гуавин Д. Алкоголизм / Гуавин Д.; пер. с англ. — М.: Олимп-Бизнес, 2005. — 224 с.
5. Пособие по организации и работе лечебно-реабилитационного центра для больных алкоголизмом и наркоманией на основе программы «12 шагов» / [А.А. Авдеев, И.А. Заранко, Т.А. Родионова и др.] — Полтава: Изд-во «Терра», 2001. — 212 с.
6. Сонник Г.Т. История организации принудительного лечения хронического алкоголизма на Украине / Г.Т. Сонник, Н.И. Бережная // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 127–128.

УДК:616.89-082:006+614.21

Стандартизація медичної інформації як фактор підвищення якості стаціонарної психіатричної допомоги



Барановський К. Л.



Неміш М. І.

Барановський К. Л., Неміш М. І.

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві

Резюме. Обоснована необходимость разработки карт регистрации и стандартизации медицинской информации при изучении её в разных отделениях психиатрического стационара с целью улучшения статистической информации об их деятельности и использовании её в процессе управления стационарной психиатрической помощью.

Ключевые слова: Информация статистическая, стандартизация, управление, психиатрический стационар, качество медицинской помощи.

Standardization of medical information as a factor in improving the quality of psychiatric hospital care

Baranovskyi K. L., Nemish M. I.

TMO «PSYCHIATRY» in Kiev

Resume. The necessity of the development and registration cards standardization of medical information in the study of various departments in a psychiatric hospital to improve statistical information on their activities and its use in the management of psychiatric hospital care.

Keywords: Statistical information, standardization, management, psychiatric hospital quality of care.

В Законі України Про інформацію [1] інформація визначається як «будь-які відомості та / або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді». Відомо, що в процесі управління закладом інформації належить основна роль. В медичних закладах циркулюють численні документи — носії різної медичної інформації, форми яких затверджені МОЗ України. В більшості — це досить формальні статистичні форми, які дають можливість виміряти медичну інформацію, але не дають можливості визначити причини саме таких її показників. Тому для вивчення причин їх існування розробляються спеціальні реєстраційні документи з ознаками, які будуть вивчатися. Далі, впливаючи на причини явищ, можна управляти процесами, які приводять до поліпшення якості медичної допомоги.

З метою покращення якості стаціонарної психіатричної допомоги в крупному психіатричному стаціонарі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» нами були розроблені реєстраційні документи для вивчення діяльності кожного відділення. Ознаки, які увійшли в ці документи, включали всі сторони діяльності, які впливають на якість стаціонарної психіатричної допомоги. Але різниця у призначенні відділень обумовила корегування деяких питань та стандартизацію розроблених документів за ознаками. В результаті було відібрано декілька реєстраційних форм, які відповідали призначенню та об'єму діяльності основних видів відділень, були заплановані для неодноразового використання щодо вивчення та аналізу їх діяльності та потребували певного виду стандартизації, яка відбулась на регіональному рівні [2] за затвердженням директора ТМО.

При стандартизації ми виходили з того, що для приймально-діагностичного відділення має бути окремий документ, обумовлений його специфікою, наступний документ був розроблений для групи загально психіатричних відділень активної терапії і останній — для відділень комплексної реабілітації психічно хворих. Отже використовувались наступні форми документів:

Форма звіту приймально-діагностичного відділення (ПДВ) за рік.

1. Стисла характеристика відділення із зазначенням мети його діяльності, завдань та основних функцій.
2. Стан використання ліжкового фонду стаціонару.

3. Характеристика матеріально — технічного стану.
4. Штатний розпис та фактичне кадрове забезпечення.
5. Інформаційне забезпечення відділення за звітний період:
 - директивна інформація;
 - наукова інформація;
 - власна інформація (статистичні показники, дослідження, тощо).
6. Аналіз діяльності відділення за звітний період у порівнянні із показниками попереднього року.
7. Інформація про склад хворих які поступили до ПДВ за рік (таблиця).

Інформація про склад хворих які поступили до ПДВ за рік

	показник
Всього поступило, з них:	100%
жінок	
чоловіків	
Осіб віком 60 років і більше, з них:	
жінок	
чоловіків	
За місцем проживання:	
Київ	
іногородні	
іноземці	
невідомі	
БСМП	
По направленню ПНД, з них:	
доставлені СПБ	
По супровідному листку СПБ	
Самозвернення, з них:	
за невідкладними показаннями	
за заявою хворого (опікуна)	
по направленню лікарів закладу ТМО «ПСИХІАТРІЯ»	
Інші, з них:	
по направленням інших лікувальних закладів (поліклінік) міста	
по направленням психіатрів кафедр та НДІССП	
по направленням ЛДЦ «Епілепсія»	
по направленням РВК (в/ч)	
по направленням будинків-інтернатів та спецшкіл	
за постановою (ухвалою) суду	
госпіталізації та переводи в ТМО «ПСИХІАТРІЯ»	
Повторна госпіталізація в цьому році	
Відмови у госпіталізації, з них:	
по направленням ПНД	
по супровідному листку СПБ	
по самозверненню	
Причини відмов у госпіталізації:	
відсутність показань для госпіталізації	
по життєвим показанням необхідне лікування у іншому ЛПЗ	
відмова хворого (опікуна) від госпіталізації	

Дата _____ Зав. ПДВ _____

Форма звіту загальнопсихіатричного відділення активної терапії

1. Стисла характеристика відділення, мета його діяльності із зазначенням переважного напрямку діяльності згідно положення про відділення, завдань та основних функцій.
2. Стан ліжкового фонду.
3. Характеристика матеріально — технічного стану відділення.
4. Штатний розпис та фактичне кадрове забезпечення відділення.
5. Інформаційне забезпечення відділення за звітний період:
 - директивна інформація;
 - наукова інформація;
 - власна інформація (статистичні показники, дослідження, тощо).
6. Вказати середній час перебування хворого, який знаходиться на лікуванні у відділенні (у порівнянні із відповідними періодами за попередні роки).

Аналітична таблиця показників діяльності загальнопсихіатричного відділення активної терапії

Назва показника	За направленням:					
	СПБ	ПНД	Самозвернення	Із інших псих. ЛПЗ	Із будинків-інтернатів	Із інших соматичних ЛПЗ
Поступило всього:						
Із гострим психічним розладом:						
Планових хворих						
По соціальним показам						
Первинних хворих:						
Повторних за звітний період:						
До 10 діб						
До 1-го місяця						
Поступило за рішенням суду по ст. 14 ЗУ «Про психіатричну допомогу»:						
Виписано хворих:						
Переведено хворих:						
До інших відділень						
Із інших відділень						
Хворі, які тривало знаходяться у відділенні, із них:						
Не курабельних						
Не можуть бути виписані по медико соціальним показам						
Кількість хворих, які знаходяться у відділенні, тому що до них примінено:						
Примусові заходи медичного характеру						
Змінено умови утримання згідно ст.508 КПК						
Хворі, в яких за період лікування виявлено:						
Гостре соматичне захворювання						
Внутрішньо лікарняне загострення хр. соматичного захворювання						
Летальні випадки:						
До доби						
До 10 діб						
До 1-го місяця						
Де було проведено реабілітаційні заходи:						
В умовах відділення						
В умовах спец.відділень ТМО						
Передано рекомендації до ПНД						
Реабілітаційні заходи не проводились						

Форма звіту відділення комплексної реабілітації психічно хворих

1. Стисла характеристика відділення, мета його діяльності із зазначенням переважного напрямку діяльності (згідно положення відділення), завдань та основних функцій.
2. Стан ліжкового фонду.
3. Характеристика матеріально — технічного стану відділення.
4. Штатний розпис та фактичне кадрове забезпечення відділення.
5. Інформаційне забезпечення відділення за звітний період:
 - a. директивна інформація;
 - b. наукова інформація;
 - c. власна інформація (статистичні показники, дослідження, тощо).
6. Вказати середній час перебування хворого, який знаходиться на лікуванні у відділенні (у порівнянні із відповідними періодами за попередні роки). Встановлені строки перебування хворого на лікуванні у відділенні на кожен рік повинні планувати завідувачі відділень, за погодженням з заступником директора ТМО з медичної частини.
7. Аналіз діяльності відділення за звітний період у порівнянні із показниками попереднього року (форма аналітичної таблиці).

Аналітична таблиця показників відділення комплексної реабілітації психічно хворих № _____ за _____ рік у порівнянні із показниками _____ рр.

Назва показників	Рік		
Всього хворих, яким було проведено реабілітаційні заходи, із них:			
у відділеннях комплексної реабілітації			
у центрі медико — соціальної реабілітації ТМО «ПСИХІАТРІЯ»			
у загальнопсихіатричних відділеннях ТМО «ПСИХІАТРІЯ»			
надано рекомендації для продовження реабілітації у ПНД			
Серед пролікованих хворих:			
Надійшли до відділень комплексної реабілітації із ПНД			
Захворіли вперше			
Психохроніки			
Інваліди за психічним захворюванням			
Переведено із загальнопсихіатричних відділень ТМО «ПСИХІАТРІЯ»			
Самозвернення для проходження програми реабілітації у відділеннях комплексної реабілітації			

Вивчення діяльності відділень психіатричного стаціонару за допомогою уніфікованих форм дозволило провести аналіз роботи кожного відділення з точки зору якості стаціонарної допомоги населенню.

Встановлено, що в 2014 році стаціонаром ТМО «Психіатрія» було прийнято 8 160 хворих. Хворі надходили в основному трьома шляхами:

- доставлено бригадами СПС — 40% хворих;
- по направлених ПНД поступило — 30% хворих;
- шляхом самозвернення — 30%.

Високий відсоток самозвернень змушує шукати причини, з яких пацієнти не відвідують ПНД та компенсують це зверненнями до психіатричних бригад екстреної медичної допомоги або безпосередньо до стаціонару.

Протягом року прийнятно-діагностичним відділенням стаціонару було відмовлено у поступленні в стаціонар 333-м із звернувшись хворих, що склало 4% пацієнтів. Найбільше відмов у госпіталізації отримали пацієнти, які

були доставлені психіатричними бригадами екстреної медичної допомоги — 250 осіб (75% всіх відмов), що на 10% більше минулого року, і очевидно пов'язано із зміненням підходів до госпіталізації психічно хворих з боку спеціалізованих бригад, які були переведені з ТМО в управління менеджментом Центру екстреної медицини і медицини катастроф.

Повторність госпіталізації в стаціонар ТМО «Психіатрія» в 2014 году склала 15% (1196 больных); по строкам повторні поступлення розподілились таким чином:

- до 1 доби — 3% (36 хворих);
- до 10 діб — 18,5% (222 хворих);
- до 30 діб — 13,5% (162 хворих).

Усього до 30 діб повторно надійшло 420 хворих (35%). Найбільш високий показник повторних поступлень відзначено у відділеннях з лікування хронічних хворих та психічно хворих з соматичними розладами.

В забезпеченні якості лікування хворих певне значення має профільність госпіталізуємих

як взагалі у стаціонар, так і в кожне його відділення. Аналіз складу госпіталізованих хворих свідчить: по самозверненню госпіталізовано 32% від загальної госпіталізації за рік, але з них лише 5% госпіталізовані за невідкладними показаннями. Решта хворих мала опосередковані показання до госпіталізації і потребувала більшістю соціальної допомоги. І це змушує переглянути показання до госпіталізації та перерозподілити, відповідно до потреби населення, структуру стаціонару.

Забезпечення якості на сучасному етапі потребує також розробки, затвердження і реально контролюємого використання локальних стандартів і протоколів лікувально-реабілітаційної допомоги хворим з чіткими строками перебування у стаціонарі.

Аналіз роботи відділень показав, що вона потребує удосконалення та завершення (навіть в однорідних відділеннях активної терапії користуються різними схемами і підходами, що дає різні результати і, безумовно, впливає як на строки перебування на лікуванні, так і на летальність: при збільшенні строків перебування у стаціонарі підвищується показник летальності (у хворих, які знаходяться у відділенні від 100 днів до року, летальність складає — 26,5%). Другим фактором підвищення ризику летальних ісходів є віковий ценз.

Так, у віці більш ніж 70 років число померлих склало 61% по стаціонару.

Аналіз реабілітаційної роботи показав також необхідність структурувати деякі відділення стаціонару: включити в число профільних по реабілітації відділення медсестринського нагляду і забезпечити методичне виконання його реабілітаційних програм.

Враховуючи те, що реабілітаційна робота є складовою лікувального процесу і використовується в кожному відділенні під методичним контролем реабілітаційного центру, необхідно переглянути кількість ліжок в цільовому відділенні в бік їх зменшення.

В результаті аналізу роботи відділень стаціонару можна сформулювати висновки, які відповідають вимогам Департаменту охорони здоров'я КМДА, та спрямовані на оптимізацію лікувально-діагностичного процесу та забезпечення якісної психіатричної допомоги населенню м. Києва.

Література

1. Верховна Рада України; Закон України Про інформацію від 02.10.1992 №2657-XII
2. Шаповал М.І. Основи стандартизації, управління якістю і сертифікації: Підручник. — К, 1997. — 152 с.
3. Марценюк В. П., Кравець Н. О. Медична інформатика. Методи системного аналізу. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. — 177 с.

Висновки

1. Розробка та використання стандартизованих форм аналізу інформації про діяльність однорідних відділень дозволяє визначити фактори, які впливають на якість стаціонарної психіатричної допомоги:
 - третина відділень великого стаціонару характеризується плановою управляємою діяльністю; мають показники, які плануються та контролюються завідувачами протягом року; склад пацієнтів відповідає профільності відділень, строки лікування відповідають стандартам та протоколам, які затверджені в ТМО; тенденція стабільності в їх діяльності зберігається протягом 3-х останніх років.
 - процес прийому хворих в стаціонар потребує перегляду показань і жорсткого контролю для забезпечення профільності хворих у відділеннях і стаціонару в цілому.
2. Досконалість стандартів і протоколів в роботі відділень, конкретизація строків лікування і реабілітації в стаціонарі потребує ретельного контролю, як фази управління процесом.
3. Недоліком в роботі відділень, є пасивність у вивченні нової наукової інформації, участі в науково-практичних конференціях, відсутність виступів завідувачих на регулюючих заходах, публікацій з досвіду роботи і проблем у науково-практичних журналах.
4. Практика стандартизації та аналізу інформації про діяльність структурних відділень крупного психіатричного стаціонару веде за собою корінні зміни в організації праці медичного персоналу, використанні новітніх технологій діагностики та лікування хворих, удосконаленню професійних технологічних зв'язків, та вносить певний зміст у медичну інформатику (MI), галузь науки, що орієнтована на використання для розв'язання проблем або прийняття рішень[3].
5. Використання формалізованих та стандартизованих інформаційних медичних документів, програм вивчення та аналізу діяльності ЛПЗ чи їх структур є дієвим шляхом системних перетворень в охороні здоров'я, покращенні управління в ЛПЗ та забезпеченні більш високого рівня якості надання медичної, зокрема, психіатричної допомоги у великому стаціонарі міста.

УДК 616.89(082.5)

Известный психиатр Микаэл Балинт, его жизнь и научное наследие



Петрюк П. Т.



Кузнецов В. Н.



Петрюк А. П.



Иваничук О. П.

Петрюк П. Т.⁴, Кузнецов В. Н.¹, Петрюк А. П.³, Иваничук О. П.²

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

² Харьковская медицинская академия последиplomного образования,

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

⁴ Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури приведені останні дані про біографічні та наукові аспекти життєвого шляху М. Балинта — відомого угорсько-англійського психіатра, психоаналітика і психотерапевта, фахівця з групової психотерапії та групового психоаналізу, засновника балінтовських груп і руху, що зробив значний вплив на розвиток психосоматичної медицини, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий вклад до розвитку світової науки.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукової спадщини ученого, а також впровадження балінтовського руху в медичну практику системи охорони здоров'я України, у тому числі і в психіатричну практику.

Ключові слова: М. Балинт, біографічні та наукові аспекти життєвого шляху, наукова спадщина.

Famous psychiatrist Michael Balint, his life and scientific heritage

Petryuk P. T.⁴, Kusnetsov V.M.¹, Petryuk A.P.³, Ivanychuk O.P.²

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

² Kharkiv medical academy of postgraduate education,

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

⁴ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. On the basis of sources of the special literature the last information is resulted about the biographic and scientific aspects of vital way of M. Balint – the known Hungarian-English psychiatrist, psychoanalyst and psychotherapist, specialist on group psychotherapy and group psycho-analysis, founder of Balint groups and motion, rendering considerable influence on development of psychosomatic medicine, which brought in a ponderable contribution the scientific achievements to development of world science.

The necessity of subsequent study of biography and scientific legacy of scientist, and also introductions of Balint motion, is underlined for medical practice of the system of health of Ukraine care, including in psychiatric practice.

Keywords: M. Balint, biographic and scientific aspects of vital way, scientific legacy.

*Обширность ума измеряется числом
идей и сочетаний их.
К. Гельвеций*

Микаэл (Михаэль, Майкл) Балинт (Michael Balint) (1886-1970) — известный венгерско-английский психиатр, психоаналитик и психотерапевт, специалист по групповой психотерапии и

групповому психоанализу, с 1939 года живший и работавший в Англии и США. Доктор медицины (1920), биохимии (1923) и философии (1924), магистр психологии (1945), профессор. Директор Будапештского психоаналитического института (1935-1939). Учёный секретар (1951-1953), а затем президент Британского психоаналитического общества (1968-1970). Один из пионеров и лидеров групповой психотерапии



Микаэл Ба́линт

и группового психоанализа. Основатель балинтовских групп. Идеи М. Балинта оказали значимое влияние на развитие психосоматической медицины.

М. Балинт был последователем и приверженцем своего земляка, известного психоаналитика Шандора Ференци, но при этом он не отказывался от теоретических и методических концепций З. Фрейда. В своей критике первичного нарциссизма он сближается с представлениями Д.В. Винникота. М. Балинт разрабатывал не только теорию ранних детских объектных отношений, подчеркивая при этом объектную ориентацию влечений в аспекте их соматических источников, но и теорию регрессий при применении определенных терапевтических методов классического психоанализа.

Бесспорно, вклад М. Балинта в психотерапию считается революционным шагом от психоанализа в общую медицину. Он не создал нового учения, а интегрировал естественнонаучные и пациент-центрированные представления и позиции, не отрицая роли соматики и соматических, биологических знаний, сконцентрировал внимание на роли «Я» пациента в общей медицине. По существу, М. Балинт являлся представителем психосоматического направления, понимаемого не как раздел медицины, включающий определенный класс заболеваний, в происхождении которых психосоциальные факторы играют значительную роль, а как целостный подход, рассматривающий больного во всем многообразии его биопсихосоциальной сущности [1-7].

В.А. Винокур справедливо подчеркивает, что психоанализ, с которым были тесно связаны вся жизнь и творчество М. Балинта, всегда подчеркивает важнейшее значение индивидуальной истории человека, поэтому кажется вполне оправданным и целесообразным начать описание современного понимания работы балинтовских групп с истории жизни самого М. Балинта. У древних греков память об истоках событий была закономерной частью повседневного опыта людей, поэтому они считали необходимым как можно полнее знать и помнить первопричины всего, что их окружало, знать основателей, творцов и героев прошлого. Они были убеждены, что история — это важная

часть современности. Берн Дибнер¹ в своей знаменитой книге «Герольды науки» (1955) также отмечал, что хорошо понимать суть и значение любого важного открытия можно, только зная его динамичную историю. Перефразируя замечание известного немецкого психолога Г. Эббингхауза в отношении истории психологии, можно сказать, что у балинтовских групп короткая история, но очень длинное прошлое [7].

Заметим, что начавшись с семинаров для врачей общего профиля, балинтовские группы вскоре распространились и на другие категории медицинских работников, охватив медицинских сестер, студентов-медиков, врачей-специалистов. Попутно отметим, что развернувшееся балинтовское движение распространилось также и на другие группы профессионалов — появились аналогичные семинары для социальных работников, для учителей, работающих с трудными детьми и т. д. Была создана Международная Балинтовская Федерация, президент которой, Jack Norell (один из авторов получившей широкую известность книги «Шесть минут для пациента» [8]), ратовал за переход «от централизованной на болезни медицины — к медицине, централизованной на пациенте». В целом, балинтовские группы внесли существенный вклад в повышение психологической и общей культуры врачей [9-12].

Следует также отметить, что во многих странах, где достаточно широко распространены идеи М. Балинта и работают группы, основанные на предложенной им технологии, слово «балинт» уже много лет употребляется как имя нарицательное. Так случилось, например, и со словом «гэллап», когда им обозначают просто процедуру опроса общественного мнения. *Когда имя человека отделяется от него самого и начинает обозначать целое общественное явление, это говорит о многом.* Это, несомненно, можно считать одной из форм признания человечеством заслуг того, которому принадлежит это имя [7].

¹ Берн Дибнер (1897-1988) — американский инженер, промышленник и историк науки, уроженец Украины, который написал множество книг и статей, и самая известная среди его работ — книга «Герольды науки», опубликованная в 1955 году и переизданная в новом издании в 1983 году. В ней автор назвал 200 самых ценных книг для развития мировой науки. «Герольды науки» Б. Дибнера — весьма авторитетное справочное издание, которым широко пользуются ученые, библиографы, антиквары. В 1974 году Б. Дибнер подарил примерно четверть своей коллекции Смитсоновскому Институту в Вашингтоне. Этот дар стал ядром открывшейся в 1976 году Дибнеровской библиотеки истории науки и технологии. Оставшаяся часть Библиотеки Бёрнда после смерти Дибнера была передана Массачусетскому Технологическому Институту, который создал на её основе Дибнеровский институт истории науки и технологии. В 2006 году институт был закрыт, а его коллекция стала частью Библиотеки Хантингтона в Сан-Марино, Калифорния. Кстати, благодаря полученной коллекции, Библиотека Хантингтона стала обладать 177 томами из 200, перечисленных Б. Дибнером.

Поэтому в специальной литературе, посвященной анализу работы балинтовских групп, регулярно появляются различные трактовки слова «*балинт*», имеющего в понимании разных людей много различных смыслов и толкований и фактически уже живущего самостоятельной жизнью, в отрыве от фамилии хорошо известного человека. В 90-х годах XX века появилась и стала предметом активных дискуссий идея о том, что эпонимическая (производная от фамилии) форма названия того, с чем тесно связана работа многих людей во всем мире, уже не приветствуется в научной литературе, поэтому ее следует заменять акронимом или аббревиатурой. Один из таких вариантов предложила Sue Hopkins, в течение многих лет — ассистент редактора «Журнала Британского Балинтовского общества» (1994): BALINT она читает как акроним Basic Analytic Learning In Normal lenght Treatment [«базисное аналитическое обучение в процессе нормального по продолжительности лечения (*взаимодействия врач-пациент* — В. Винокур)»] [7].

Микаэл Балинт (венг. *Bálint Mihály*, *Мухай Балинт*, настоящее имя Михай Бергсман, *Mihály Bergsman*), ставший впоследствии хорошо известным в разных уголках мира, родился 3 декабря 1896 года в будапештской еврейской семье. Примечательно, что именно в этом году З. Фрейд впервые в одной из своих статей, описывая работу с истерическими расстройствами, употребил слово «психоанализ». Позднее, против воли отца М. Балинт изменяет свою фамилию на хорошо нам известную. Отец М. Балинта был практикующим врачом. Сестра Микаэля Эмми, которая была младше его на полтора года, изучала математику; среди всего прочего она училась в одном классе с будущим знаменитым психоаналитиком Маргарет Малер и Alice Székely-Kovács, ставшей позднее женой М. Балинта. Кстати, именно Элис познакомила его с работой З. Фрейда «Тотем и табу» [1-7].

В октябре 1918 года М. Балинт завершает изучение медицины в Будапеште, которая была далеко не самым большим его интересом. Эту науку он изучал лишь по настоянию отца. Еще до завершения медицинского образования он серьезное внимание уделял изучению физики, биохимии, аналитической химии и математики. Во время Первой Мировой войны М. Балинт участвовал на разных фронтах, вначале в России, а затем в Италии. В 1916 году М. Балинт возвратился домой после тяжёлого ранения руки, которое произошло, как он сам считал, опять же из-за его неутомимого любопытства, в данном случае — после неудачной попытки разобрать ручную гранату. Однако эта, в целом трагическая, история, тем не менее,

позволила М. Балинту вернуться в университет, продолжить и завершить учебу на медицинском факультете и в 1920 году получить степень доктора медицины. Разочаровавшись в иудаизме, он принял христианство, затем заинтересовался трудами З. Фрейда. По просьбе Алисы Балинт в 1918 году он прочитал фрейдовские «Три очерка по сексуальной теории» (1905) и «Тотем и табу» (1912/1913), после чего становится «психоаналитическим наркоманом». Изучал и прошел дидактический психоанализ у К. Абрахама и Г. Сакса. Занимался теоретическим и практическим психоанализом. Работал с М. Кляйн. Поэтому нет ничего странного в том, что он начинает посещать лекции Ш. Ференци, ставшего в 1919 году первым в мире университетским профессором по психоанализу. В 1920 году Микаэл и Алиса Балинт, успевшие к тому времени пожениться, переезжают в Берлин. Микаэл работает в биохимической лаборатории Отто Варбурга, позднее ставшего Нобелевским лауреатом, а Алиса работает в этнографическом музее. М. Балинт защищает докторскую работу по биохимии и на полставки работает в Берлинском психоаналитическом институте. В клинике Шарите М. Балинт лечит традиционными средствами больных, страдающих психосоматическими заболеваниями и одновременно начинает проводить свои первые сеансы психоаналитического лечения таких больных. Аналитическое образование Алиса и Микаэл получают у Ханса Закса в Берлинском Психоаналитическом институте [1-7].

В 1924 году супруги Балинт возвращаются в Будапешт, где Микаэл в течение двух лет находится в анализе у Ш. Ференци. А вскоре М. Балинт начинает играть в венгерском психоанализе одну из ведущих ролей. В 1927 году он начал проводить в Будапеште первые психоаналитические семинары для практикующих врачей. В 1936 году получил Венгерский государственный диплом по клинической медицине и психоневрологии. Принимал участие в организации Будапештского психоаналитического института и поликлиники, и в 1935-1939 годах руководил ими. Его выбирают членом Будапештского психоаналитического общества. Первые доклады М. Балинта назывались: «Аналитическая интерпретация симптомов желудка», «Случай психической импотенции», «Случаи, которые собраны в амбулатории для пациентов с расстройствами желудка» [1-7].

В начале 30-х годов XX века М. Балинт начинает проводить семинары, на которых он вместе с практикующими врачами изучает психотерапевтические возможности повседневной врачебной практики. Но политическая ситуация в Венгрии 30-х годов прошлого века была

необычайно тяжелой. Все фамилии участников семинара необходимо было представлять в виде отчетов полиции, да и на каждом заседании обязательно присутствовал полицейский в гражданской форме, который ревностно записывал все, что говорилось. Понятно, что в таких условиях была невозможной открытая дискуссия, так что семинар вскоре перестал существовать.

В конце 30-ых годов указанного века М. Балинт, его жена Алиса и сын Джон были вынуждены эмигрировать в Манчестер (Англия). 29 августа 1939 года в возрасте 40 лет неожиданно умирает Алиса. М. Балинт остается в Манчестере, работает консультантом-психиатром в Northern Royal Hospital, одновременно являясь директором двух консультационных пунктов по проблемам воспитания.

В июле 1944 года М. Балинт женится на госпоже Edna Oakeshott. Но вскоре они расстаются, хотя развод был оформлен лишь в 1952 году.

В 1945 году М. Балинт узнает о смерти своих родителей, которые покончили жизнь самоубийством, желая избежать ареста венгерскими нацистами. В этом же году М. Балинт переселяется из Манчестера в Лондон и возобновляет свою работу в группах с практическими врачами. В 1945 году он защищает в Манчестерском университете диссертацию «*Индивидуальные особенности поведения в раннем младенчестве*» и получает степень магистра психологии. Эта работа, посвященная особенностям материнско-младенческих взаимоотношений и показавшая их значение для последующего развития человека и состояния его здоровья, не только предшествовала, но и послужила стимулом для многих последующих крупных исследований второй половины XX века, как в области психоанализа, так и в сфере генетики и нейрофизиологии [7].

В 1949 году М. Балинт знакомится со своей будущей женой Энид. Вместе с нею он создает концепцию так называемых Балинт-групп. Когда М. Балинт познакомился с Энид, она уже работала в Tavistock Institute of Human Relations с группой, состоявшей из социальных работников и психологов (врачей там еще пока не было) для того, чтобы исследовать трудности в браке. Микаэл берет на себя руководство группой и вместе с Энид они начинают работать в стиле балинтовских групп. В 1950 году возникает первая группа с практикующими врачами. В 1953 году М. Балинт женится на Enid Flora Eichholz. В 1968 году М. Балинт становится президентом Британского психоаналитического общества [1-7].

Для чего необходимо заниматься балинтовскими группами? Балинтовские группы — это

метод обучения психологов и психотерапевтов, направленный на развитие понимания собственных чувств и чувств своих пациентов. Целью работы балинтовской группы является выработка у психологов и психотерапевтов нового навыка слышать и замечать даже то, что пациент высказал сдержанно и неотчетливо, или о чем умолчал, а затем прислушаться к себе, к своим собственным чувствам, чтобы в результате достичь лучшего взаимопонимания с пациентом.

В отношениях между врачом и пациентом могут появляться трудности, которые будут существенно влиять на действия врача и мешать процессу исцеления. В балинтовской группе, проводимой под руководством признанного руководителя Балинт-групп, ее участники представляют случаи лечения пациентов, с которыми возникли или наметились проблемы.

В свободной коллегиальной дискуссии, в свободных ассоциациях и фантазиях участниками группы выявляются отношения врач-пациент и дается им оценка. В результате этого возникает более широкая картина проблематичных отношений, которая позднее позволит найти другой, чаще всего исцеляющий подход к пациенту. Для врачей является обязательным участие в балинтовских группах, так как это позволяет получать гонорар за проведение психосоматического лечения от касс страхования [7, 10-13].

Балинт-группы для студентов. Еще, будучи студентами, врачи встречаются с пациентами. Затем студенты лечат пациентов на предклинической практике, на практических учебных курсах, а возможно в ординатуре. Некоторые из контактов с пациентами будут быстро забываться, а некоторые обязательно окажутся существенной поддержкой в случае особых заболеваний. Но всегда встречаются и такие контакты с пациентами, о которых не перестаешь постоянно думать из-за того, что они оставили неизгладимый след. Вот о них-то и хотелось бы обменяться мнениями с коллегами. Это может быть умирающий пациент (или его родственники) или просто какой-либо *super nerve* (сверхраздражительный) пациент. Существует довольно много причин того, почему какая-либо встреча с пациентом надолго не оставляет в покое. Обычно во время обучения остается совсем мало времени на то, чтобы уделять серьезное внимание контактам с трудными пациентами. Довольно часто пациента рассматривают как еще одного представителя определенной болезни, о которой только и идет речь при обучении. Никакого места тогда естественно не остается на внимание к «контактам». И, тем не менее, это один из узловых пунктов в деятельности врача. Вот именно

такой пробел и заполняет Балинт-группа. Она позволяет более интенсивно заняться контактами с проблемными пациентами, разрабатывая новые стратегии для работы. В некоторых университетах для студентов существуют Балинт-группы. Студенты могут участвовать и в группах, которые проводятся на Балинт-конференциях. И вполне возможно, что участие в одной и той же Балинт-группе студентов и врачей окажется выгодным для всех, так как и те, и другие могут привнести свой личный опыт. Так возможно некоторым студентам будет легче понять проблемы молодежи, а опытный врач сможет поделиться многими хорошо испытанными стратегиями [6, 7, 9, 14].

Что такое Балинт-группа? Балинт-группа (врачи, психотерапевты, медицинские психологи) состоит из 8-12 человек, собирающимися для того, чтобы обсудить проблемных пациентов, встречающихся им в клинике и частной практике. Руководитель группы является психотерапевтом и должен располагать соответствующим опытом в ведении Балинт-групп, а также разбираться в законах групповой динамики. Врач и психоаналитик М. Балинт создал свой групповой метод для познания и устранения проблем, возникающих в отношениях между врачом и пациентом. Немало времени провел М. Балинт в специально созданных исследовательских семинарах с практическими врачами. Сегодня врачи всех направлений участвуют в этом методе повышения образования, да и в обучении студентов Балинт-группы уже занимают прочное место. Для получения дополнительной специализации по психотерапии участие в Балинт-группе является обязательным, да и для получения гонорара за психосоматическое лечение от касс страхования, как уже отмечалось выше, тоже необходимо иметь знания для диагностической и терапевтической оценки отношений врач-пациент.

В качестве целей участников Балинт-групп можно назвать следующие:

- а) выявление терапевтического значения отношений врач-пациент;
- б) лучшее понимание пациента; в) более лучший доступ к проблемным пациентам;
- г) умение назначать и понимать воздействие «драже врач»;
- д) понимание своих собственных чувств, испытываемых по отношению к проблемным пациентам;
- ж) научение тонкому прислушиванию;
- з) лучшее учитывание соматических и психических составляющих болезни в смысле постановки интегрального диагноза;
- к) освобождение врача от необходимости поддерживать доверительные отношения

врач-пациент и за пределами лечебного кабинета.

Для участия в Балинт-группе нет необходимости иметь какой-либо предварительный опыт [6, 7, 9, 14].

Критерии для признания психотерапевта руководителем Балинт-группы следующие:

- а) членство в национальном Балинтовском обществе;
- б) последипломное образование в области психотерапии или психоанализа и последующий как минимум 3-летний профессиональный опыт;
- в) участие в 35 спаренных сеансах постоянной Балинт-группы, проводимой признанным национальным Балинтовским обществом руководителем Балинт-группы;
- г) работа котерапевтом в Балинт-группе, проводимой признанным национальным Балинтовским обществом руководителем Балинт-группы в течение, по меньшей мере, 70 сеансов (по 1,5 часа);
- д) участие, по меньшей мере, в 6 семинарах для будущих руководителей Балинт-групп национального Балинтовского общества (не менее 30 сеансов), причем необходимо самому провести 2 Балинт-группы;
- ж) опыт работы котерапевтом Балинт-группы, приобретаемый на обучающих конференциях или в постоянной группе;
- з) о соответствии уровню руководителя Балинт-группы будет решать правление национального Балинт-общества после обсуждения в комитете последипломного образования национального Балинт-общества (Закон введен в ФРГ 01.11.1997 года) [6, 15].

Дипломированные психологи должны выполнить следующие условия:

- а) специализация в области клинической психологии с дополнительным психотерапевтическим образованием;
- б) последующий 3-летний практический опыт в области аналитической психотерапии;
- в) участие в Балинт-группе, проводимой признанным национальным Балинтовским обществом руководителем Балинт-группы (105 сеансов по 1,5 часа), из них, по крайней мере, 35 сеансов в постоянной Балинт-группе;
- г) участие, по меньшей мере, в 6 семинарах для будущих руководителей Балинт-групп национального Балинтовского общества (не менее 30 сеансов), причем необходимо самому провести 2 Балинт-группы;
- д) опыт работы котерапевтом Балинт-группы, приобретаемый на обучающих конференциях или в постоянной группе;

ж) о соответствии уровню руководителя Балинт-группы будет решать правление национального Балинт-общества после обсуждения в комитете последипломного образования национального Балинт-общества [6, 15].

М. Балинт справедливо подчеркивал: *«Наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство — сам врач. В лечении пациента важны не столько собственно микстуры или пилюли, назначенными ему при этом заболевании, сколько атмосфера, в которой лекарство назначается врачом и в которой оно принимается пациентом. ...Это предполагает, что, как и в случае применения любого другого лекарства, необходимо тщательно взвесить показания к назначению такого лечебного «средства», как врач, его дозы, ограничения в применении, наиболее удобные способы приема и даже возможные побочные эффекты»* [7].

Одним из главных достоинств в работе балинтовских групп, после полувека анализа их работы уже не вызывающих сомнений, можно отметить то, что в них очень успешно осуществляется идея Чарльза Уорнера: *«...Одно из прекраснейших свойств нашей жизни — в том, что невозможно искренне помогать другому, не помогая при этом самому себе»* [7].

Необходимо подчеркнуть, что в различных странах мира на нескольких языках регулярно выходят специализированные балинтовские журналы — на английском (Великобритания), немецком (Германия-Австрия), французском (Франция-Бельгия). У этих изданий достаточно давняя история. Например, журнал Британского Балинтовского общества впервые вышел в свет в июне 1971 года. В течение всех прошедших лет его обложку неизменно украшает рисунок английского художника-абстракциониста Виктора Пасмора (Victor Pasmore), который таким способом выразил свое представление о том, как можно связать абстрактную живопись с процессом постепенного понимания, происходящим в сознании врача, терпеливо слушающего рассказ своего пациента. Немного позже, в 80-х годах прошлого столетия стали регулярно выходить балинтовские журналы в Италии и Румынии. В течение последних лет на страницах этих международных признанных журналов неоднократно публиковались материалы и статьи, отражающие работу балинтовских групп в России и в, частности, в Санкт-Петербурге. В ряде стран мира статьи, освещающие работу и опыт балинтовских групп, а также научные исследования, посвященные анализу эффективности балинтовских групп, публикуются в медицинских, в частности, психотерапевтических, и психологических журналах [7].

Следует также отметить, что в настоящее время существует Международная Балинтовская Федерация (МБФ, IBF), в которую входят национальные и региональные Балинт-сообщества следующих стран: Франция, Великобритания, Италия, Бельгия, Германия, Швейцария, Аргентина, Южная Африка, Япония, Дания, Швеция, Венгрия, Финляндия, США, Словения, Хорватия, Румыния, Польша, Россия, Латвия, Португалия, Израиль, Австрия, Сербия и Черногория. МБФ регулярно проводит Международные Балинтовские конгрессы. К настоящему времени уже состоялось 17 Международных Балинтовских конгрессов, регулярно проводимых раз в два года. С 05 по 09 сентября 2015 года в г. Меце (Франция) состоится очередной Международный Балинтовский конгресс (International Balint Congress 2015 Metz, France, 5th-9th September 2015). В Германии издается международный Балинт-журнал немецкого Балинт общества, австрийского Балинт общества и швейцарского Балинт общества (Balint-Journal: Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft, der Österreichischen Balint-Gesellschaft und der Schweizerischen Balint-Gesellschaft).

В январе 1986 года МБФ получила официальный статус неправительственной международной организации, поддерживаемой Советом Европы и несколькими другими организациями, входящими в структуру ООН. Информация о работе Федерации и проводимых балинтовских конгрессах и конференциях регулярно приводится в бюллетенях Всемирной Организации здравоохранения, что отражает весомый международный авторитет МБФ. Доклады о различных аспектах балинтовской супервизии и ее эффективности в профессиональном развитии врачей регулярно включаются в программы конгрессов WONCA (Всемирной ассоциации врачей общей практики). В некоторых странах с развитыми балинтовскими традициями в течение многих лет проводятся балинтовские семинары и конференции, фиксированные по времени года и месту проведения. Например, в Великобритании это ежегодный осенний «Oxford Balint weekend», в США это две традиционные ежегодные конференции/тренинги «Balint Leadership Intensive», на которые собираются как опытные ведущие групп, так и новички, среди которых есть врачи различных специальностей, психологи, преподаватели, организаторы здравоохранения, социальные работники, студенты и представители других специальностей [7].

К сожалению, в Украине национальное Балинт-общество ещё не создано. В интернете имеется информация о проведении обучения

на лидера Балинтовских групп, к примеру, в Киеве и Львове.

М. Балинт является автором 7 книг и более 100 научных работ, в том числе следующих: «Психосексуальные параллели с биогенетическим законом» (1932), «О критике учения о догенитальной организации либидо» (1935), «Эрос и Афродита» (1936), «Ранние стадии развития Я. Первичная объектная любовь» (1937), «Первичная любовь и психоаналитическая техника» (1952), «Проблемы удовольствия и поведения человека» (1956), «Врач, его пациент и болезнь» (1957), «Восхищение и регрессия» (1959), «Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии» (1968) и многих других работ по психологии и психоанализу [14, 15].

Историческое значение М. Балинта состоит в том, что он сумел привнести в психоанализ медицину; он постоянно стремился ознакомить медиков с теорией и практикой психоанализа и побуждал их использовать психоаналитический метод. Творчеству М. Балинта особый характер придает своеобразие его личности — при общении с ним возникало неповторимое чувство свободы, он был новатором и первооткрывателем типично гуманистического склада. По отзывам его современников, он сочетал в себе остроту логического мышления и эмпатию.

В последние годы жизни у М. Балинта прогрессировал тяжелый диабет, осложнившийся почти полной слепотой. 31 декабря 1970 года в Лондоне М. Балинт скоропостижно скончался от сердечного приступа в возрасте 74 лет.

Здесь уместно указать, что Институту психоанализа, психотерапии и аналитической детско-подростковой психотерапии в Гамбурге присвоено имя Микаэла Балинта [3-5]. Вне сомнения, М. Балинт как врач, психотерапевт, педагог, писатель и гуманист, безусловно, входит в число наиболее влиятельных медицинских фигур XX-го века [2]. Вклад М. Балинта в развитие Психоаналитического института в Будапеште

отражен на мемориальной доске, которую в 1996 году в честь столетия М. Балинта открыли в этом институте в Будапеште делегации балинтовских обществ 23 стран, включая, помимо европейских, США, Австралию, Аргентину, Южную Африку, Японию и Россию. Именем М. Балинта названы многие общества из разных стран [7].

Таким образом, сами врачи отмечают несомненную пользу балинтовских групп, прежде всего в качестве эффективной формы непрерывного профессионального образования. Они отмечают, что участие в группе способствует лучшему контакту с пациентом и, в силу этого, улучшению лечебного процесса в целом, когда отношения «врач-больной» уже видятся как некий двусторонний взаимообогащающий процесс. Почти все врачи, имевшие опыт участия в балинтовских группах, говорят об удовольствии от исполнения своей профессии, о возросшей удовлетворенности ею — в силу осознания роли собственной личности, собственной «философии жизни» в медицинском акте, несмотря на то, что участие в балинтовской группе ставит перед врачом новые проблемы и, вообще говоря, значительно усложняет его задачи.

Анализ многолетней работы балинтовских групп показывает, что в этой технологии предложен очень эффективный метод, помогающий психотерапевтам повысить степень осознанности и снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» пациентами. Это способствует тому, что врачам удается перейти к «межличностной психологии», исследуя в каждом случае характер своих взаимоотношений с больными и факторы, осложняющие эту коммуникацию, а также связанное с этим снижение эффективности самой психотерапевтической работы. Бесспорно, балинтовское движение необходимо изучать и широко внедрять в медицинскую практику системы охраны здоровья Украины, в том числе и в психиатрическую практику.

Литература

1. Ricaud M.M. Michael Balin, Le renouveau de l'école de Budapest / Michelle Moreau Ricaud. — Paris: Ed. ERES, 2000. — 302 p.
2. Lakasing E. Michael Balint — an outstanding medical life / Edin Lakasing // The British Journal of General Practice. — 2005. — September 1. — Vol. 55(518). — P. 724-725.
3. Балинт, Майкл (Википедия) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.
4. Михаэль Балинт (Michael Balint) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psychoanalyse.ru/biblio/balint.html>.
5. Michael Balint // From Wikipedia, the free encyclopedia [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Michael_Balint.
6. Винокур В.А. Балинтовские группы в учебном процессе / Владимир Александрович Винокур. — СПб.: Изд-во МАПО, 1998. — 83 с.
7. Винокур В.А. Майкл Балинт, история создания балинтовских групп и международное балинтовское движение / Владимир Александрович Винокур [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2013. — № 3 (20) // Режим доступа: <http://medpsy.ru>.
8. Balint E., Norell J.S. (Eds). Six Minutes for Patient. — London: Tavistock, 1973. — 182 p.

9. Praxis der Balint-Gruppen: Beziehungsdiagnostik und Beziehungstherapie / hrsg. von B. Luban-Plozza; H.H. Dickhaut. Mit Beitr. von F. Antonelli. — 2., neu überarb. Aufl. — Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer, 1984. — 153 s.
10. Herzlich C. From Organic Symptoms to Social Norm: Doctors in a «Balint Group» / C. Herzlich // History and Antropology. — 1985. — Vol. 2. — P. 17-31.
11. Семенова Н.Д. Балинтовские группы для врачей, работающих с умирающими пациентами / Н.Д. Семенова // Умирание и смерть: философия, психология, хоспис / Сборник материалов двух Конференций «Умирание и смерть: опыт междисциплинарного обсуждения» (1993 г.), «Хоспис» как междисциплинарное медико-социальное учреждение: проблемы и пути развития» (1994 г.) Ответственные редакторы: П.Д. Тищенко, В.В. Миллионщикова. Редактор: А.Б. Толстов [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://vsem-mirom.narod.ru/together/conf2.htm#0>.
12. Балинтовское движение [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://enc-dic.com/enc_psy/Balintovskoe-Dvizhenie-2211/.
13. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия: Учебник для вузов. — 3-е изд., доп. / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко. — СПб: Питер, 2009. — 486 с.
14. Балинт Микаэл // Лейбин В. Словарь-справочник по психоанализу, 2010 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/881/word/balint-mikayel>.
15. Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии / Микаэл Балинт / Научный редактор А.М. Боковиков / Пер. с англ. В.А. Агаркова, С.В. Кравец. — М.: Когнито-Центр, 2002. — 256 с. (Серия: Современная психотерапия).

К 80-летию со дня рождения Людмилы Эдуардовны Музычук (1935-2015)



(1935-2015)

В июне этого года исполнилось бы 80 лет выдающемуся врачу-психиатру, основателю одного из первых специализированных отделений, а затем и Центра для оказания помощи больным эпилепсией, идеолога и первого президента Украинской противэпилептической Лиги — МУЗЫЧУК Людмиле Эдуардовне.

Ученица и воспитанница психиатрической школы профессора Я.П. Фрумкина, она пришла в психиатрию в 1958 году. С 1961 по 1964 год занималась на кафедре психиатрии Киевского медицинского института. В 1966 году защитила диссертацию на тему «О бредовых синдромах при эпилепсии». В том же 1966 году возглавила организованное ею эпилептологическое отделение в структуре Киевской городской психоневрологической больницы (ныне ТМО «Психиатрия»). Понимая необходимость внедрения новых подходов к оказанию профессиональной помощи больным эпилепсией

для повышения их качества жизни, в 1993 году Людмила Эдуардовна добилась придания отделению статуса Центра, т.к. все эти годы оно по сути таковым и являлось: в нем осуществлялась как консультативная, так и стационарная помощь, велась научная деятельность. Пациенты получали здесь не только высокопрофессиональную помощь, но и удивительно теплый, человеческий подход; искали поддержки и совета. Однажды проконсультировав, Людмила Эдуардовна помнила самого пациента и все нюансы его болезни многие годы. И пациенты помнили и помнят ее и с гордостью говорят: «Мы были пациентами Людмилы Эдуардовны...», «Это лечение нам назначила Людмила Эдуардовна...», «Всегда вспоминаем обходы врачебного коллектива во главе с Людмилой Эдуардовной». Ее рекомендации и слова имели для них магическое значение, ей доверяли сокровенное, советовались с ней по любым вопросам, даже по тем, которые, казалось бы, не имели никакого отношения к болезни.

В течение многих лет Людмила Эдуардовна Музычук являлась членом Всесоюзной проблемной комиссии по эпилепсии. В 1995 году по ее инициативе и под непосредственным руководством была создана Украинская противэпилептическая Лига, которая с 1997 года стала полноправным членом Международной противэпилептической Лиги.

Жизнь бурлила в ней полной чашей... Прожив так мало и так много при этом осуществив, до последнего своего дня она работала и не представляла своей жизни вне работы ... И при жизни ее личность воспринималась как неординарная, легендарная. Яркие черты характера, в основе которых лидерство, уверенность в своей правоте, честность, бескомпромиссность, глубочайшая порядочность сочетались с удивительной добротой и человечностью...

Более 50 научных работ вышло из-под ее пера. Но самым ценным и удивительным была ее ежедневная, повседневная работа с пациентами, их родственниками. Неповторимый стиль работы, терпеливость, удивительная работоспособность, уникальная память. Она была ученым и врачом с большой буквы, примером всем будущим поколениям в служении людям.

До уваги авторів:

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

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