

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я
MENTAL HEALTH**

*Міждисциплінарний
науково-практичний журнал*

ВИПУСК 3(48) 2015 РОКУ

Засновники і видавники:

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

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

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

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

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

Мови видання:

українська, російська, англійська.

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

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

Тел./факс: (044) 468-36-11
E-mail: vnkuznecov@i.ua

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.

© Психічне здоров'я, 2015

Зміст

Вступне слово головного редактора	3
Розлади психіки та поведінки, психосоматика	
<i>Дорошенко Н.М.</i> Клініко-психопатологічна характеристика хворих на епілепсію, які спостерігаються амбулаторно й проявляють агресію	4
<i>Панченко О.А., Чумак Т.Е., Зайцева Н.О., Мінакова О.М.</i> Діагностика емоційного стану та постстресових розладів в умовах гібридної війни	11
<i>Прохно О.І.</i> Лікування тимчасових зубів у дітей в умовах загального знеболення	18
<i>Чуприна Г.М.</i> Порушення сну у хворих з розсіяним склерозом за умов коморбідності	22
Медична психологія та психотерапія	
<i>Лісовенко В.Л.</i> Психолого-соціологічні проблеми громадянського суспільства в Україні	28
<i>Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Галаченко О. О., Галаченко В. В., Алієва Т. А., Вашките І. Д.</i> Особливості медико-психологічної реабілітації демобілізованих учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом в санаторно-курортних умовах	32
Психофармакотерапія	
<i>Семенухин Д.Г., Кучаєва А.В., Карпов А.М., Михайлова Е.Б., Муравьєва А.В.</i> Дополнительные возможности коррекции вызванных нейрорептиками экстрапирамидных расстройств у больных шизофренией	37
Етичні та правові аспекти психічного здоров'я	
<i>Кутько І.І., Панченко О.А., Линеєв А.Н.</i> Отношение к больному с психическими расстройствами как критерий оценки морального состояния общества	41
Організація і управління психіатричною допомогою	
<i>Барановський К.Л., Барановська Л.М.</i> Компетентність в управлінні охороною психічного здоров'я як головний компонент системного реформування	47
Огляди, дискусії, обмін досвідом, хроніка, ювілеї, інформація	
<i>Іванов Д.А., Рычка О.В.</i> Различия военной и гражданской психиатрии, психологии, неврологии и психофизиологии	52
<i>Кузнецов В.Н., Кутько І.І., Панченко О.А., Петрюк П.Т., Линеєв А.Н.</i> Пути улучшения работы психиатрической службы	61
<i>Петрюк П.Т., Іваничук О.П., Петрюк О.П., Бондаренко Л.І.</i> Френсіс Гальтон — видатний англійський психолог та вчений-енциклопедист	71
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Рецензія на книгу «Наркологія: Національний підручник / За ред. проф. І.К. Сосіна, доц. Ю.Ф. Чуєва. — Х.: Колегіум, 2014. — 1500 с.»	79
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П.</i> Рецензия на книгу «Алан Ф. Шацберг, Чарльз ДеБаттиста. Руководство по клинической психофармакологии. — 8-е изд. — Вашингтон, округ Колумбия; Лондон, Англия: Американское психиатрическое издательство, 2015. — 795 с.»	83

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
К. Л. Барановський (Україна)
Л. О. Булахова (Україна)
В. С. Бітенський (Україна)
В. В. Вандиш-Бубко (Росія)
Ю. М. Завалко (Україна)
І. С. Зозуля (Україна)
Ю. П. Закаль (Україна)
М. О. 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	3
Mental and behavioral disorders, psychosomatic	
<i>Doroshenko N. M.</i> Clinico-psychopathological characteristics of out-patient patients of epilepsy with aggression	4
<i>Panchenko O.A., Chumak T.E., Zaytseva N.A., Minakova O.N.</i> Diagnostics of emotional state and post-stress disorders under conditions of hybrid war	11
<i>Prokhno O.I.</i> Treatment of deciduous teeth in children under general anesthesia	18
<i>Chupryna G.N.</i> Sleep disorders in patients with multiple sclerosis under comorbidity	22
Medical psychology and psychotherapy	
<i>Lisovenko V.L.</i> Psychologo-sociological problems of civil society in the Ukraine	28
<i>Mikhailov B.V., Serdyuk O.I., Halachenko A.A., Halachenko V.V., Aliev T.A., Vashkite I.D.</i> Features of medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation with PTSD in sanatorium conditions	32
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Semenikhin D.G., Kuchayeva A.V., Karpov A.M., Mikhailova E.B., Murav'eva A.V.</i> Additional possibilities for correction of movement disorders induced by neuroleptics in patients with schizophrenia	37
Ethical and legal aspects of mental health	
<i>Kutko I.I., Panchenko O.A., Linjev A.N.</i> Attitude to patients with mental disorders, as criterion of the morale of society	41
Organization and management in mental health care	
<i>Baranovski K.L., Baranovska L.M.</i> The competence in the management of Mental health care as main component in system reformation	47
Reviews, discussions, experience's exchange, chronic, anniversaries, information	
<i>Ivanov D.A., Rychka O.V.</i> Distinction of military and civil psychiatry, psychology, neurology and psychophysiology	52
<i>Kuznetsov V.N., Kut'ko I.I., Panchenko O.A., Petryuk P.T., Linyov A.N.</i> Ways to improve mental health services	61
<i>Petryuk P.T., Ivanychuk O.P., Petryuk O.P., Bondarenko L.I.</i> Francis Galton — a prominent English psychologist and scholar and lexicographer	71
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Review the book «Narcology National Textbook / Ed. prof. I.K. Sosin, Assoc. Y.F. Chueva. — H.: College, 2014. — 1500 p.»	79
<i>Petryuk P.T., Petryuk O.P.</i> Review the book «Alan F. Schatzberg, Charles DeBattista. Manual of Clinical Psychopharmacology. — Eighth Edition. — Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing, 2015. — 795 p.»	83

Шановні читачі!

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

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

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

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

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

Клініко-психопатологічна характеристика хворих на епілепсію, які спостерігаються амбулаторно й проявляють агресію

Дорошенко Н. М.

КМПНД№5

Резюме. С целью определения клинических проявлений агрессии приведены результаты клинко-психопатологического обследования 48 амбулаторных больных, страдающих эпилепсией. Клиническая картина заболевания была полиморфной и характеризовалась наличием вербальной, физической агрессии и агрессивными намерениями. В генезе агрессивного поведения принимала участие продуктивная и негативно-личностная симптоматика.

Ключевые слова: агрессия, эпилепсия, клинические проявления, общественно опасное поведение, психопатологические механизмы, формирование агрессивного поведения.

Clinico-psichopatological characteristic of out-patient patients of epilepsy with aggression

Doroshenco N.

Kiev municipal neuropsychiatric dispenser № 5

Resume. With the purpose of definition of clinical displays of aggression the results of clinico – pathological inspection of 48 — out-patient patients suffering by an epilepsy are given. The clinical picture of disease was polymorphic and was characterized by presence of verbal, physical and aggressive intentions. In genesis of aggressive behaviour took part productive and negatively — personal symptomatology.

Key words: aggression, epilepsy, clinical presentations, leggalli-dangerous behaviour, psychological and pathological mechanisms, aggressive mechanisms, aggressive behaviour formation.

Вступ

Дослідженню суспільно-небезпечних дій (СНД) психічно хворих і визначенню чисельних детермінант цього складного поведінкового феномену присвячено багато праць сучасних вітчизняних і зарубіжних дослідників [3-16]. Але донині однією з провідних проблем психіатричної служби є вчасне виявлення психічно хворих, які становлять суспільну небезпеку, тобто профілактика первинних СНД [16–18].

Сучасний нагляд за психічно хворими, які скоїли СНД, тобто профілактика вторинних СНД, здійснюють у спеціалізованих лікувальних закладах із різними видами спостереження (звичайним, посиленням і суворим), а також в амбулаторних умовах (Закон України «Про психіатричну допомогу» 2000р., ст.12, 19. Кримінальний кодекс України, 2001р., ст.94) [1;2]. Але й зараз проблема утримання психічно хворого, який потребує лікування й водночас становить суспільну небезпеку, є суперечливою й остаточно не визначеною. Як і багато років тому, судові психіатри висловлюють різні думки щодо рівня потенційної суспільної небезпеки психічно хворого суб'єкта порівняно з іншими громадянами, визначаючи більшу [19] чи меншу [6;7] криміногенність психічно хворих у загальній популяції. За даними М.М. Мальцевої, В.П. Котова (1995 р.), кількість СНД скоєних особами, які визнані неосудними, становить близько 1% серед усіх вчинених злочинів за рік [17].

Метою даної роботи є вивчення клінічних проявів епілепсії, наявність яких призводить до виникнення агресії у хворих, котрі знаходяться на амбулаторному спостереженні, для подальшого визначення критеріїв призначення їм амбулаторної психіатричної допомоги у примусовому порядку.

Об'єкт дослідження

Досліджувана група представлена переважно — 46 (95,8%) хворих, симптоматичною епілепсією й 2 (4,2%) хворими, які страждають на кріптогенну епілепсію, що значною мірою споріднює її з органічним ураженням головного мозку. Однак, враховуючи нозологічну відокремленість цього захворювання, можемо припуститися думки про певні розбіжності у клінічних проявах, що детермінують прояви агресії порівняно з клінічними складовими агресивності хворих на органічне захворювання головного мозку травматичного та складного генезу.

Результати дослідження

Клінічна картина епілепсії була поліморфною, характеризувалася складним синдромо-комплексом.

Структура психопатологічних феноменів 48-ми хворих на епілепсію вивчалася нами у порівнянні з обома підгрупами основної групи — органічного ураження головного мозку (77 хворих).

Серед клінічних проявів у хворих на епілепсію, певною мірою, переважав психопатоподібний синдром — 9 (18,8%) хворих, який так само, як і у групі хворих на органічне захворювання ГМ, мав деякі особливості й тому був розподілений по трьох клінічних варіантах, залежно від переважання та глибини порушення проявів настрою та поведінки.

Отже, експлозивний варіант — 3(6,3%) хворих, поліморфний варіант — 2(4,2%) хворих та епілептоїдний варіант — 4(8,3%) хворих, психопатоподібного синдрому, майже відтворювали клінічну структуру у групі травматичного ураження ГМ, за виключенням експлозивного варіанту психопатоподібного синдрому, який переважав у цій групі — 8 (17,0%) хворих, порівняно з групою епілепсії — 3(6,3%) хворих.

Хворі на епілепсію з психоорганічним синдромом склали таку саму частку — 10(20,8%) випадків, як і хворі з психопатоподібними розладами. Їхня кількість відчутно перевищувала кількість хворих у двох інших нозологічних групах: 2(4,3%) хворих ($p < 0,05$) серед кількості травматичної хвороби та 4(13,3%) хворих серед підгрупи органічного ураження ГМ складного генезу.

Привертає увагу значна кількість — 8(16,6%) хворих на хронічні психози, у групі епілепсії, що також перевищує кількість хворих на травматичну хворобу ГМ — 2(4,3%) ($p < 0,05$) хворих й найменша кількість хворих з проявами церебрастенії — 2 (4,2%) хворих у групі епілепсії, у протилежність проявам цього стану серед хворих на травматичну хворобу ГМ — 11(23,4%) випадків.

Інша частина досліджуваних хворих мали у якості провідних наступні розлади: гострі психози — 5(12,5%) хворих, сутінкові стани (ТРПД) — 7(14,6%) хворих, які мали найбільшу представленість серед хворих на епілепсію у протилежність обом підгрупам органічного ураження ГМ (по 1-му випадку на кожний) — 2,1% ($p < 0,05$) та 3,3% ($p < 0,05$) відповідно до цереброорганічного захворювання травматичного та складного генезу. Дисфорії зустрічалися у 4 (8,3%) хворих, на депресивний розлад страждали 3(6,3%) хворих. Останній розглядався нами теж у кількох варіантах: депресивно-іпохондрічний — 1(2,1%) хворий, та дистимічний — 2(4,2%) хворий.

Отже, за даними обстеження, депресивна симптоматика була представлена, як депресивно-іпохондрічна та дистимічна в хворих цієї групи, а тривожно-депресивний синдром не спостерігався. Подібна структура цього синдрому характеризує підгрупу хворих на органічне ураження ГМ складного генезу.

У 3(6,3%) осіб, зміни настрою були маломотивованими і частими протягом доби, хворі

ставали розлюченими через дріб'язкові приводи побутового змісту. Їхні родичі скаржилися на складність взаємин, відсутність взаємопорозуміння пацієнтів із членами родини. Звичайним явищем для таких хворих були бійки, погрози на адресу оточуючих осіб. На роботі в них виникали конфліктні ситуації, дехто часто змінював місце роботи через постійні сварки з керівництвом. Характерними проявами захворювання були порушення емоційної сфери у вигляді нетримання, напруження афекту, дратівливості, швидкої розрядки шляхом заподіяння бійки чи сварки. Такі особливості поведінки кваліфікувалися нами, як експлозивний варіант психопатоподібного синдрому.

Двоє (4,2%) хворих дещо м'якше реагували на сторонні подразники, але теж характеризувалися підвищеною подразливістю, нестійкістю емоційного забарвлення, легко переходили від ейфорично-безглузлого у загальмований або нестримно-ажитований стан. Їхня поведінка була маломотивованою й непередбачуваною. Такі хворі мали схильність до скоєння імпульсивних вчинків, безглузвих погрозливих висловів на адресу оточуючих осіб, легко піддавалися сторонньому впливу, вживали алкогольні напої епізодично або систематично і у стані алкогольного сп'яніння скоювали дрібні крадіжки, заподіювали фізичну шкоду у вигляді замахів на сторонніх осіб.

Вони являли собою потенційну небезпеку у місцях загальногромадського користування, у транспорті, на вулиці, а також на робочих місцях — у колективі. Такі прояви захворювання ми віднесли до поліморфного варіанту психопатоподібного синдрому. Окрім того, ці хворі характеризувалися дитячістю, нестійкістю захоплення, легкою навіюваністю, підлобузництвом, схильністю до залежної поведінки. Вони здебільшого вживали наркотичні речовини та сурогати. Їхні родичі скаржилися на нецілеспрямованість поведінки, нездатність до постійної систематичної праці, часту зміну місця роботи, відсутність зацікавленості в результатах своєї праці. Швидка мінливість настрою часто не дозволяла їм отримати освіту, тому вони були зайняті переважно некваліфікованою роботою, мали інвалідність II–III групи. Серед них зустрічалися шахраї та крадіжки.

Хворі з епілептоїдним варіантом органічного розладу особистості — 4(8,3%) характеризувалися виразними змінами особистості. Вони мали, переважно, пригнічений настрій. Їхні уподобання, як і стосунки з іншими особами, часто були полярними або характеризувалися як недоброзичливі. Найбільш притаманними їм були риси прискіпливого невдоволення оточенням, які підчас мали власні прояви у обурливості та

злобливості. Емоційно холодний тон настрою, що притаманний їм, викликав труднощі у подружніх та службових стосунках. Через постійне невдоволення такі хворі мали схильність до критичних зауважень та погроз на адресу певних осіб.

Хворі з проявами церебрастенічного синдрому — 2(4,2%), відрізнялися переважанням у клінічній картині захворювання млявості, виснажливості психічних процесів, швидкої втоми, але — на рівні з цим, в них набували звучання й інші психопатологічні прояви у вигляді в'язкості афекту, торпідності, застрягання на неприємних переживаннях, дратівливості, упередженості відносно чужих вчинків, що й призводило до непорозуміння з оточуючими. Такі хворі мали схильність до нетривалих, швидкоплинних (через виснажливості, швидку втому) конфліктів. Характерним для більшості з них був напружений афект, який додавав відтінку тривожності, вразливості, образливості цим особам. Найчастіше подружні стосунки в них складалися добре, але члени родини скаржилися на раптове виникнення так званої «запальної злости», яка так само раптово й згасала. В цілому такі особи були доброзичливими, критично ставилися до власної поведінки й тяжко переносили факт заподіяння моральної шкоди рідним, переймалися цим протягом тривалого часу. На роботі вони втримувалися завдяки доброму володінню практичними навичками, але не завжди виконували завдання у повному обсязі й належному темпі через підвищену виснажливість.

Депресивний синдром серед досліджуваного контингенту хворих зустрічався, як і церебрастенічний, не часто — 2(4,2%) випадки. Такі хворі теж мали прояви астенії, на тлі якої виникали специфічні розлади настрою. Вони часто були пригніченими, працювали в уповільненому темпі, або й взагалі відмовлялися від виконання домашніх та трудових обов'язків.

Інколи — в 1(2,1%) хворого, до загальномо- ваності та млявості приєднувалися фобії, як-то страх перед черговим епілептичним нападом, страх за власне життя, агорафобія, коли хворий майже не виходив на вулицю протягом тривалого часу (кілька місяців). Насамперед, клінічна картина захворювання характеризувалася униканням спілкування, відмежованістю від оточення, найбільш постійною характеристикою настрою був тривожно-гнівливий афект (дистимічний синдром). Агресія мала переважно вербальний характер й виникала зрідка, коли хворого зачіпали окремими зверненнями, або намагалися вступити в бесіду. Серед інших клінічних проявів переважали зміни настрою з відтінком нестримної туги, пригніченості, хворий

страждав через наявність в нього тяжкого захворювання, нездатність до самообслуговування у повній мірі.

Хворий — 1(2,1%) з депресивно-іпохондричним синдромом, переймався через неприємні відчуття, головний біль, запаморочення, інколи — нудоту, млявість, загальне нездужання, виразні вегетативні реакції (гіпергідроз, гіперсалівацію, нестійкість артеріального тиску, серцебиття, відчуття слабкості в ногах). Він боявся лишатися на самоті, користуватися побутовою технікою, їздити в транспорті, користуватися ліфтом та інш. Агресивні вчинки проявлялися зрідка, то були окремі різкі вислови та безпідставні обвинувачення близьких людей.

Агресивні вчинки у вигляді немотивованих імпульсивних дій, висловлювань із забарвленням злости, а підчас і погроз у фізичній розправі по відношенню до родичів, були характерними для осіб хворих на епілепсію з проявами психоорганічного синдрому — 10(20,8%) випадків.

Вони мали виразні зміни психічної діяльності у вигляді недостатності у інтелектуально-мнестичній сфері, що проявлялося у поверхневості суджень, недосконалої критичної складової мислення. Виступаючи у тісному зв'язку зі специфічними змінами особистості, що притаманні епілептичній хворобі (егоцентризм, властолюбство, полярність та ригідність афекту, кверулянтські настанови, в'язкість мислення та інш.), вони призводили до виникнення спалахів злости, жорстокості, бажання помсти, нетерпимості до певних осіб, загостренню міжособистісних взаємин. Родичі таких хворих часто намагалися уникнути контакту й відмежовувалися від них у побуті та жили окремо, або вели окреме господарство. Частими ускладненнями соціального статусу таких хворих було зловживання алкоголем та алкоголізм І-ІІ ступеню, а також систематичне й тривале вживання наркотичних засобів.

У стані алкогольного сп'яніння вони були схильними до тяжких тривалих конфліктів із заподіянням фізичної шкоди, переважно особам з найближчого оточення, а іноді й стороннім громадянам. Втрачаючи можливість керувати власною поведінкою, у запалі, вони висловлювали погрози, наносили тілесні ушкодження, влаштовуючи бійки та здійснюючи напади з використанням зброї. Серед них переважали інваліди І-ІІ гр., або хворі, які не мали групи інвалідності та не працевлаштовувалися, вони займалися дрібними крадіжками, існували за рахунок співмешканців.

Хронічні епілептичні (шизофреноподібні) психози — 8 (16,6%) хворих. Їхня кількість достовірно перевищувала кількість хворих на травматичне ураження ГМ (2(4,3%); $p < 0,01$) і

майже дорівнювала кількості подібних станів у підгрупі органічного ураження ГМ складного генезу (7(23,4%) хворих). Вони виникали у віддаленому періоді хвороби (понад 10 років). В таких хворих тематика маячних переживань була персистентною й часто, за змістом, відтворювала попередні психотичні епізоди. Так звучали ідеї ревнощів (переважно на тлі алкоголізму), релігійного змісту, але часто приєднувалося маячіння переслідування, маячіння отруєння й маячіння стороннього впливу.

Маячні ідеї були невиразні, рудиментовані, безбарвні, перебігали переважно на тлі депресивного або анкіозно-депресивного афекту, часто супроводжувалися неприємними тілесними відчуттями. Досить характерними були тілесні галюцинації або пригнічуючий сенестопатичний компонент. Такі хворі скаржилися на наявність у внутрішніх органах та під шкірою сторонніх предметів, змінених, спотворених органів та порушення їхньої функції, вони маячно інтерпретували власні відчуття й обвинувачували оточуючих осіб у заподіянні їм фізичної шкоди, переслідуванні, отруєнні, бажанні їм смерті. У побуті вони часто відмежовувалися від співмешканців, інколи планували вбивство (готували споруддя вбивства, здійснювали агресивні наміри, висловлювали погрози).

Гострі епілептичні психози кваліфікувалися нами як галюцинаторно-параноїдні — 2(4,2%) хворих та параноїдальні — 3(6,3%) хворих. Вони були швидкоплинними й виникали, переважно, на тлі напруженого психоемоційного стану. За кількістю — 5(10,4%) випадків, вони зустрічалися частіше ніж у групі органічного ураження ГМ складного генезу — 3(10,0%) хворих, але рідше ніж у хворих на травматичне ураження ГМ — 7(14,9%) хворих. У загальній вибірці їхня кількість складала 15(12,0%) випадків.

Характерним для таких осіб було зловживання алкоголем. Зміст психотичних переживань носив, переважно, побутово-дріб'язковий характер, часто, до маячних переживань залучалися особи з найближчого оточення, звучали ідеї ревнощів, релігійного змісту.

Маячні ідеї формувалися вторинно, на підґрунті галюцинаторних переживань, були уривчастими, стереотипними, одноманітними й конкретними, особливого значення набували зміни настрою, в них переважав напружений афект із забарвленням нестримної туги, страху, ненависті. Такі особи мали виразні зміни особистості за епілептичним типом, характеризувалися егоцентризмом, недовірливістю, тривожністю, гнівливістю. Під впливом психотичних переживань хворі часто обвинувачували членів родини у заподіянні їм шкоди та у невірності, використовували сторонні предмети, здійснювали наміри

помститися, часто брутально висловлювалися, вчиняли бійки й сварки.

Хворі з надцінними ідеями у структурі психозу характеризувалися псевдопросоціальною спрямованістю власних дій. Їхня поведінка проявлялася вербальною епістолярною агресією. Ці хворі були впевнені у корисності та соціальній цінності власних вчинків: чисельних скарг та позовів до суду. На їхню думку, вони переслідували шляхетні цілі, оцінювали власну діяльність як виважену й абсолютно об'єктивно обґрунтовану, тоді як вона насправді завдавала шкоди оточуючим особам через порушення громадського спокою. Таким чином, невинні пошуки «правди та справедливості» цими хворими часто призводило до звернення сторонніх осіб до органів міліції або адміністрації ПНД з проханням про прийняття термінових заходів щодо корекції поведінки хворих осіб або вирішення ситуації шляхом притягнення їх до цивільної відповідальності.

Небезпечними для оточуючих були дисфоричні стани, що виникали психогенно й спонтанно в 4(8,3%) хворих досліджуваної групи, майже однаково з групою травматичного ураження ГМ — 5(10,0%) хворих. У підгрупі органічного ураження ГМ складного генезу дисфорії зустрічалися лише у 1(3,3%) хворого, а у загальній вибірці їх було 10(8,0%). Під час дисфоричного стану хворі були розлюченими, метушливими, дозволяли собі різкі, брутальні вислови на адресу сторонніх осіб, проявляли фізичну агресію у вигляді стусанів, агресивних вчинків. У окремих випадках після закінчення дисфорії, хворі не пам'ятали подробиць власної поведінки, або пам'ять на період дисфорії виявлялася зовсім втраченою.

Тривалість таких станів була різною — від 1 години до 1 доби. Інколи дисфоричні стани тривали понад 1 добу й навіть протягом тижня. Хворі пам'ятали власний хворобливий стан, для якого характерним був афект нестримної туги, жалю до власної особи, пригнічений настрій, відчуття недосконалості, а то й потворності власної особистості.

Подібні переживання призводили до відмежування від оточення, ізоляції й окремі стосунки несли на собі відтінок злобливості, образи й викликали у сторонніх осіб негативні емоції. Це часто призводило до конфліктів у сім'ї та на роботі під час виконання службових обов'язків. По закінченні хворобливого епізоду хворі змінювалися на краще, їхня поведінка знову була привітною, праця й спілкування приносили задоволення. У таких випадках перехід до стану здоров'я був поступовим, тривав декілька днів, або тижднів. Гострий перебіг дисфорії характеризувався безглуздою, метушливою поведінкою, гучними висловами, інколи,

нанесенням тілесних ушкоджень. Закінчення було раптовим, часто супроводжувалося сном або станом загальмованості.

Тимчасові розлади психічної діяльності (ТРПД) у вигляді трансових та сутінкових станів були, найчастіше, складовою післяпароксизмального періоду у 7(14,6%) хворих. Їхня кількість значно перевищувала кількість ТРПД у хворих обох підгруп органічного ураження ГМ: по 1 хворому — 2,1% та 3,3% відповідно по підгрупах органічного ураження ГМ травматичного та складного генезу. Загальна кількість цих станів — 9(7,2%) випадків, невелика.

Їхня тривалість становила від 1 години до 1 доби. Поведінка хворого була розгубленою, спостерігалися безцільні блукання у просторі, відсутність цілеспрямованої діяльності, відчуття відчуженості, подвійної орієнтовки. Звернення до хворого залишалися без відповіді, або відповідь була не за суттю. Після закінчення хворобливого періоду хворі не пам'ятали змісту власних переживань, вихід з такого стану відбувався через тривалий сон, або раптово хворий приходив до тями, коли опинявся у незнайомому місці.

Стани потьмареної свідомості кваліфікувалися нами, як прості сутінкові стани, вони не супроводжувалися небезпечними діями безпосередньо, але наявність їх у клінічній картині захворювання була значущою, тому що часто стан розгубленості, що виникав по закінченні ТРПД, сприяв проявам агресивності, яка провокувалася напруженістю та відносною дезорієнтованістю хворого. Через неусвідомленість або недосконалість алопсихічної орієнтовки, такі особи сприймали оточення вороже й звернення до них сторонніх осіб викривало прояви неадекватної поведінки у вигляді різких, часто неприємних за змістом висловів, або проявів фізичної агресії. Тим більше небезпечними вони ставали коли під час перебігу сутінкового стану, сторонні особи намагалися вступити у контакт з ними. Хворі неадекватно поводитися по відношенню до цих осіб, завдаючи їм фізичної та моральної шкоди.

У окремих випадках такі хворі, під час сутінкового розладу свідомості, не усвідомлено ставали порушниками правил громадського порядку. Так один хворий у стані зміненої свідомості переходив вулицю у непередбачуваному для цього місці і був затриманий міліцією, а після закінчення хворобливого періоду не пам'ятав обставин власного вчинку. Його поведінка після затримання була, також, неадекватною. Опинившись серед проїзної частини дороги, він поведився впорядковано, тоді як затримка його міліцією викликала обурливу реакцію в нього, яка закінчилася разом з припиненням хворобливого стану.

Інший хворий перебуваючи на робочому місці, раптом зняв з себе одяг, залишився в головному уборі й у такому вигляді залишив службове приміщення. Кілька годин він був відсутнім на роботі й повернувся саме у такому вигляді, як і пішов, що налякало співробітників та керівництво й надало їм підстав звернутися до відповідного лікувального закладу.

Для клінічної картини захворювання таких осіб характерними були часті пароксизмальні стани, наявність аури (вегетативної, епігастральної), наявність епілептичних статусів та серійних нападів у анамнезі.

Ускладнена алкоголізмом епілепсія, має тенденцію до несприятливого перебігу й супроводжується загостренням симптомів захворювання та поглибленням емоційно-вольових та інтелектуально-мнестичних розладів.

Так в деяких хворих, переважно, виникає деградація особистості з наростанням симптомів психопатоподібного синдрому, схильністю до афективних розладів, дисфорій, мінливості емоційного тону настрою при відносній збереженості інтелектуально-мнестичної сфери. В інших — розлади зачіпають переважно інтелектуально-мнестичну сферу, тоді в них виникають порушення пам'яті, швидше настає деградація особистості.

Особливого значення у формуванні деменції мають алкогольні психози, їхня кількість і структура. Найбільш грубі розлади спостерігаються при повторних алкогольних психозах, особливо, після закінчення алкогольного делірію, коли виникає психоорганічний синдром з псевдопаралітичними та амнестичними розладами.

Несприятливі для перебігу та прогнозу подальшої динаміки органічного процесу, як і епілепсії, було також виникнення наркоманії. Її клінічна картина мала певні особливості, залежно від стадії розвитку. Так, на першій стадії наркоманії виникали або поглиблювалися, переважно прояви церебрастенії у вигляді зміненості вітально-енергетичного тону. Також виникали розлади інтелектуально-мнестичної сфери, котрі разом з тим, приховувалися за фасадом церебрастенії. Чітких проявів психопатоподібного синдрому не спостерігалось, явища загальної слабкості не давали можливості повноцінному розгортанню певного його варіанту.

На цьому етапі характерологічні порушення мали прояви у вигляді окремих експлозивних та істеричних компонентів, елементів психомоторної розгальмованості, афективних розладів та астеничних проявів. Характерною ознакою першої стадії наркоманії були періодичні загострення органічного захворювання, що супроводжувалися поглибленням усіх компонентів

церебрастенічного синдрому — астенічного, емоційно-вольового, інтелектуально-мнестичного та виникненням нових факультативних симптомів. Так подразливість, набуваючи більшої амплітуди, мала грубий, брутальний зміст й реалізувалася у агресивних актах та руйнівних діях.

Друга стадія наркоманії на тлі епілепсії мала чітку клінічну картину розквіту психопатоподібних змін за певним типом: експлозивним, поліморфним та епілептоїдним. Окрім того, прояви інтелектуальної деградації ставали очевидними. Характерними були періодичні психози, які найчастіше, виникали за умови попередньої астенізації (інтеркурентні захворювання, втома, психоемоційне навантаження та інш.), й значно поглиблювали емоційні розлади та призводили до подальшої деградації особистості. Постійними й звичайними явищами ставали дисфорії, які перебігали як окремі чітко окреслені епізоди. При цьому, афект набував яскравого злобливо-гнівного забарвлення, поведінка ставала брутальною з експлозивно-істеричним відтінком, жорстокістю, цинізмом.

Зрештою, третя стадія наркоманії характеризувалася виразною деградацією особистості з переважанням інтелектуально-мнестичного дефекту й проявами психоорганічного синдрому (переважно — апатичного варіанту деменції). Його виразність неухильно зростала й

значно ускладнювався перебіг під впливом токсичної енцефалопатії, що виникала на тлі систематичного вживання наркотичних речовин.

Найбільша обтяженість екзогенними шкідливостями спостерігається в хворих на епілепсію (алкоголізм — 21(31,2%) хворих, наркоманія — 15(31,2%) хворих, порівняно з підгрупою органічного ураження головного мозку складного генезу (алкоголізм — 9(30,0%) хворих, наркоманія — 13(43,3%) хворих).

Висновки

Таким чином, хворі на епілепсію характеризувалися поліморфною клінічною картиною, характерною ознакою якої була агресивність. Клінічні прояви захворювання були представлені: експлозивним, поліморфним та епілептоїдним варіантами психопатоподібного синдрому, церебрастенічним, психоорганічним синдромами та іпохондричним й дистимічним проявами афективного (депресивного) синдрому, а також гострими і хронічними епілептичними психозами та дисфоріями. Вони були складовою агресивної поведінки, яка проявлялася агресивними висловами, намірами та діями. Виступаючи у тісному зв'язку із зловживанням алкоголем та алкоголізмом II–III ступенів, а також наркоманією, прояви епілепсії загострювалися, набували хронічного перебігу й призводили до подальшої соціальної дезадаптації цих хворих.

Література:

1. Закон України «Про психіатричну допомогу». — К: Сфера, 2000 — 50с.
2. Уголовный кодекс Украины. Нучно-практический комментарий. — К.: Правові джерела, 1998. — С.1088
3. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуальные программы профилактики общественно опасных действий психически больных // Профилактика общественно опасных действий психически больных. — М., 1986. — С.16-24.
4. Appelbaum P.S., Robbins P.C., Roth L.H. A dimensional approach to delusions: comparison across delusion types and diagnosis // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 1938-1943.
5. Боброва И.Н. О некоторых критериях назначения принудительного лечения // Проблемы принудительного лечения психически больных. — М., 1978. — С. 22–27.
6. Дмитриева Т.Б. Проблемы гуманизации психиатрии в России // ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского — М., 1994. — С.5-10.
7. К проблеме психиатрического обследования больных, находящихся на принудительном лечении / А.С.Дмитриев, И.А.Кудрявцев, М.В.Морозова, О.Ф.Савина // Российский психиатрический журнал — 1997. — №3.
8. Жабокрицкий С.В. Визначення понять «агресія» та «агресивність» // Архів психіатрії. — 1997. — №3-4 (14-15). — С. 59-62.
9. Lanzkron J. Murder and insanity. A survey // Am.J.Psychiatry. — 1993 — Vol. 119, №8. — P. 754-758.
10. Морозов Г.В., Шумаков В.М. Клинико-социальная основа опасных действий психически больных (по данным комплексных эпидемиологических исследований) // Тез. науч.-практич. конф. — Воронеж, 1979. — С.180-183.
11. Monahan et al. Developing a clinically useful tool for assessing violence risk / Actuarial tool for assessing violence risk // Br.J. Psychiatry. — 2000. — Vol.176. — P. 312–320.
12. Насинник О.А. Альтернативы добровольной стационарной психиатрической помощи // Вісник Асоціації психіатрів України. №4 — 4'01. — С. 121–138.
13. Насинник О.А. Альтернативы добровольной стационарной психиатрической помощи (для больных, не совершивших ООД) // Вісник Асоціації психіатрів України. №4 — 4'01. — С. 138–153.

14. Первомайский В.Б. Понятие «Общественная опасность» душевнобольного в судебной психиатрии // Государство и право. — 1992. — №7. — С. 53–55.
15. Проект тимчасової інструкції про порядок застосування примусових та інших заходів медичного характеру відносно осіб з психічними розладами, які скоїли суспільно-небезпечні діяння / В.Б. Первомайський, В.Р. Ілейко, А.І. Цубера, Л.А.Кригіна // Вісник Асоціації психіатрів України. — №1'99. — С. 91-104.
16. Лісовенко В.Л. Проблеми організації амбулаторного примусового лікування // Архів психіатрії. — 2002. — № 3(30). — С. 45-47.
17. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. — М.: Медицина, 1995. — С. 255.
18. Яхимович Л.А., Воронин В.С., Каганович Ю.Т. Значение клинико-социальных факторов в дифференцированной профилактике общественноопасного поведения психически больных / Под. ред. Т.Б. Дмитриевой // Проблемы судебно-психиатрической профилактики: Сб. науч. трудов. — М., 1994. — С. 93–107.
19. Кадомцев Г.М., Вернидубов И.В. К вопросу о частоте общественно опасных действий (ООД) // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. — Киев-Харьков-Днепропетровск, 1994. — Т.1. — С.136–137.

УДК 159.96+159.942.072]:355.4

Діагностика емоційного стану та постстресових розладів в умовах гібридної війни



Панченко О. А.



Чумак Т. Е.



Зайцева Н. О.



Мінакова О. М.

Панченко О.А., Чумак Т.Е., Зайцева Н.О., Мінакова О.М

ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»

Резюме. Военные действия на Востоке Украины могут сказаться на психическом состоянии сотен тысяч украинцев. Психодиагностическое исследование установило наличие эмоциональных нарушений у жителей региона боевых действий, значительный процент которых испытывает различные негативные эмоции, сохраняющиеся в течение длительного времени. Практически две трети опрошенных чувствуют себя пострадавшими морально, более одной трети — пострадавшими материально. Постепенно увеличивается количество лиц, имеющих отдельные признаки ПТСР.

Ключевые слова: постстрессовые расстройства, эмоциональное состояние, боевые действия, страх, тревога, пост-травматическое стрессовое расстройство.

Diagnostics of emotional state and post-stress disorders under conditions of hybrid war

Panchenko O.A., Chumak T.E., Zaytseva N.A., Minakova O.N.

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

Luhansk Regional Clinical Psychoneurological Hospital

Kharkov region psychiatry clinic №1

Resume. Military confrontation that takes place in Eastern Ukraine can tell on mental state of hundred thousands of Ukrainians. The psychological research has proved the presence of emotional disturbance in shooting war residents, significant percentage of them experiences different negative emotions and which are preserved for a long time. Practically two thirds of respondents feel themselves morally hurt, more than one third — materially harmed. The number of people with some signs of PTSD is gradually increasing.

Key words: post-stress disorder, emotional condition, shooting war, anxiety, rigidity, post-traumatic stress disorder.

Вступ

Розпочаті в квітні 2014 року військові дії на Сході України вже забрали багато життів. В той же час, в результаті конфлікту на Донбасі, десятки тисяч мирних жителів отримали психологічні травми різного ступеня тяжкості. Всього ж, в тій чи іншій мірі, війна негативно позначилася на психічному стані сотень тисяч українців з різних регіонів країни. Особливо схильні до дії психотравмуючих чинників переселенці, а також люди, які залишаються в тих районах Донбасу, де не припиняються військові зіткнення та артилерійські обстріли.

Більшість сучасних дослідників виділяють два види реакцій людини під час впливу екстремальної ситуації: адекватні і тривожні [1]. Основним змістом адекватних форм реакції є специфічні реакції організму, спрямовані на усунення або подолання впливу екстремальних факторів або підтримання необхідних видів діяльності. Особливістю поведінкових форм є їх усвідомлений цілеспрямований характер. Це передбачає формування у людини певного плану дій, заснованого на аналізі якісних, а іноді і кількісних характеристик екстремальних умов.

Тривожна форма реакції характеризується відносно малим зв'язком зі специфічністю екстремальної умови і є тим первинним маркером, який сигналізує про можливий прояв дезадаптації психіки. Така форма реагування спрямована, насамперед, на збереження функціонування організму та лише в значно меншому ступені на збереження структури трудової діяльності. Свідомий контроль за поведінковими реакціями тут слабшає, і в крайніх випадках спостерігаються несвідомі поведінкові реакції типу паніки.

Реакції тривоги диференціюються на малий, середній і крайній ступінь [2]. Психологічний зміст реакції тривоги малого ступеня залежить від прагнення проаналізувати зовнішній подразник, оцінити його значимість і виробити реакції пасивного захисту від фактора, що впливає. На відміну від звичайної орієнтовної реакції реакція тривоги при дії слабого екстремального фактора більш стійка і в ній більш виражений компонент психічних, поведінкових відповідей. Найбільш вираженими є зміни порогів сприйняття, зміни ряду психологічних функцій, порушення нормального ходу виконання професійних дій. Разом з тим, поява реакцій тривоги малого ступеню не викликає значних емоційних змін, не змінюється і значимість, і співвідношення мотивів діяльності.

При реакції тривоги середнього ступеня з'являються помилки в трудовій діяльності людини. Помилки частішають, порушується процес здійснення свідомого контролю за ними, змінюється структура асоціативних зв'язків, відбувається їх спрощення. Зокрема, порушується почуття сприйняття часу. Ці явища характеризуються як емоційно-асоціативні порушення, провідним компонентом яких є звуження поля свідомості. З'являється різко виражене емоційне напруження. Воно легко визначається за вегетативними ознаками, мімікою, мовою та рухами людини. Так, в мові з'являються паузи, збільшується тривалість і гучність вимовлення голосних, розбірливість приголосних падає за рахунок порушень артикуляції звуків. Склад повідомлень також змінюється: вони уривчасті, часто неповні, часто зустрічаються повторення. Рухи стають менш точними, в них залучається більший, ніж це необхідно, м'язовий апарат і т. д.

Стан тривоги середнього ступеня може перейти в стан адекватності або перейти в наступну стадію — стан тривоги крайнього ступеня.

Виділяються дві форми стану тривоги крайнього ступеня — пасивна та активна. Однак як для однієї, так і для іншої істотним є виражена втрата свідомого контролю над поведінковою діяльністю. При пасивній формі реакції настає своєрідна заціпенілість, припинення активної форми діяльності. Настає майже повне

блокування сенсорної сфери. Повністю відсутня будь-яка форма активної протидії екстремальному фактору, навіть у вигляді спроби відходу від нього. У ряді випадків відзначається відсутність волевого контролю над діяльністю. При цьому зберігається сприйняття дійсності, людина розуміє серйозність ситуації, знає алгоритм правильних дій, проте паралізована воля не дає йому можливості його реалізувати. Класичним прикладом активної форми реакції тривоги крайнього ступеня є стан паніки.

Психотравмуючі фактори обстановки бойових дій сприяють формуванню психогенних реакцій і пов'язаних з ними порушень поведінки у великого числа осіб. Виживання в умовах війни пов'язано з виробленням нових способів реагування у вигляді постійної настороженості, ворожого сприйняття навколишнього оточення, негачних відповідних дій (переважно агресивних), щодо джерела загрози [2]. У той же час наростаючі загроза і страх супроводжуються відчуттям безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед зовнішньою обстановкою і призводять до зміни форми афектів, дій, мислення. Афективне охоплення переживань визначає односторонню оцінку дійсності, перебільшення її загрозливого характеру, значно спотворює емоційні зв'язки з оточуючими. Сприяючи виживанню в складній та суперечливій бойовій обстановці, навички агресивності набувають форму нажитого в умовах хронічного стресу патологічного поведінкового стереотипу, що приводить до стійкої соціально-психологічної дезадаптації.

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, специфічні розлади психіки серед населення Донбасу, що опинилися в епіцентрі військових дій, можуть досягти 15-20% від загального числа жителів (2014). Екстремальні умови можуть призвести до стресових станів і проявів загальної дезадаптації індивіда. Клінічні прояви розладів в такій ситуації різноманітні. Тим не менш, вони мають спільні риси і механізми виникнення та розвитку, які в певній мірі залежать від характеру і темпу формування екстремальних умов.

Аналіз клінічних даних, отриманих в період ведення бойових дій на території Дагестану і Чечні (1999-2000 рр.), а також при вивченні стану психічного здоров'я у вимушених переселенців дозволив виявити найбільш часто зустрічаються серед населення нервово-психічні розлади [3]. Найбільшу питому вагу серед психічних розладів займали різні варіанти неврастеноподібних станів, що проявляються в трьох основних формах — гіперстенії, синдромі дратівливої слабкості і гіпостенії. При цьому виявилось, що гіперстенічна форма характерна для періоду ведення активних бойових дій, тоді

як у найближчі періоди після їх завершення все більше місце в структурі психічних розладів починають займати явища дратівливої слабкості, а у віддалені періоди — прояви гіпостенії. Така динаміка дає підставу розглядати кожен з цих варіантів неврастенічного синдрому в якості окремих етапів його розвитку. У всіх постраждалих в цей період виникали емоційні та вегетативні порушення. Зазвичай відзначалися тривога, занепокоєння, хвилювання, емоційна лабільність, дратівливість. Виразність переживань тривожного ряду визначалася, як правило, ситуацією, надходженням інформації або її відсутністю. Одночасно спостерігалися вегетативні розлади у вигляді тахікардії, підвищеної пітливості, лабільності пульсу, коливань артеріального тиску, болю в області серця або за грудиною.

Руйнівна дія війни продовжує чинити негативний вплив на подальше життя людей, які зіткнулися з бойовими діями, позбавляючи почуттів безпеки і самоконтролю, що викликає сильне, іноді нестерпне напруження. Якщо подібне напруження не слабшає з часом, то цілісність психіки може бути порушена. Таким чином відбувається розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Основними ознаками даного стану є нав'язливі картини і думки, що невідступно повертаються. У пам'яті раптово спливають жахливі, неприємні сцени, пов'язані з пережитим. Другий тип реагування — травматичний досвід свідомо витісняється, індивід активно уникає думок і спогадів про пережите, прагне не потрапляти в ті ситуації, які могли б нагадати минуле. Травмуючі спогади проявляються у сні у вигляді нічних кошмарів. Іноді порушення сну виглядають як постійне раннє пробудження, поганий сон посилює важкий стан, виникає втома і апатія.

Однією з ознак ПТСР є втрата здатності встановлювати близькі і дружні відносини з оточуючими людьми. У стані посттравматичного стресу людина втрачає сенс існування, що супроводжується виснаженням і апатією. Дуже часто з'являється почуття провини. З іншого боку, зростає агресивність, з'являються спалахи гніву, які часто перетворюються на напади лютого гніву. Індивід відчуває стійке та інтенсивне автономне збудження, включаючи надмірну настороженість та надмірну реакцію переляку, симптоми повинні тривати більше одного місяця та повинні викликати виражений дистрес та порушення основних сфер людського життя [4].

Таким чином, ситуація бойових дій здатна провокувати як неспецифічні реакції тривоги у індивіда, які згодом можуть трансформуватися як в адекватні форми поведінки, так і в значно виражені патологічні прояви дезадаптації.

Отже, проблема надання спеціалізованої допомоги мирному населенню в регіоні бойових дій має два важливих і принципових аспекти: психологічний і власне психіатричний, що обумовлює необхідність комплексного підходу до вирішення даної проблеми із залученням різних фахівців суміжного профілю (психологів, психотерапевтів, та ін.). Саме такий підхід здатний забезпечити не тільки своєчасну адекватну психіатричну допомогу, а й провести адресні психопрофілактичні і психокорекційні заходи, спрямовані на зниження тяжкості і вираженості психологічних, психічних і психосоматичних наслідків під час ведення бойових дій, а також у найближчі та віддалені періоди після їх завершення.

Мета дослідження — оцінка емоційного стану та постстресових розладів у мирного населення, що проживає в зоні бойових дій.

Об'єкт та методи дослідження

У липні 2014 — квітні 2015 року в ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» м. Костянтинівка Донецької області проводилося дослідження особливостей емоційного стану та постстресових розладів у мирного населення, що проживає в зоні бойових дій. У дослідженні брали участь дорослі (18–70 років) люди різного соціального статусу (769 осіб).

Для психодіагностики були використані: Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, анкета для самооцінки емоційного, фізичного стану і працездатності.

Результати та їх обговорення

Відзначається стабільно високий відсоток осіб, які відчувають потребу в новій інформації (табл. 1), можливо, це обумовлено тим, що жителі регіону з бойовими діями прагнуть таким чином задовольнити базову потребу в безпеці (по А. Маслоу). Однак до квітня 2015 року ця група стабільно зменшується і скоротилася практично на третину.

У той же час привертає увагу тенденція зростання частки осіб, що взагалі не цікавляться новинами, яка до січня склала 10,5%, а у квітні — 9,6%. Такі зміни світогляду, можливо, спровоковані захисними механізмами, задіяними з метою уберегти психіку від впливу психотравмуючих чинників, одним з яких є вплив засобів масової інформації. Практично дві третини опитаних відчувають себе постраждалими морально в ситуації, що склалася, більше однієї третини — постраждалими матеріально.

Психодіагностичне дослідження виявляло переважаючі емоції у жителів регіону бойових

Таблиця 1.

Результати анкетування населення, що мешкає в регіоні бойових дій (%)

	Липень 2014	Жовтень 2014	Січень 2015	Квітень 2015
Відчувають підвищену потребу у новій інформації	79,6	75,6	59,0	58,1
Потреба в інформації не змінилась	20,4	18,9	29,5	31,7
Взагалі не цікавляться новинами	0	5,5	10,5	9,6
Постраждав морально	71,1	74,1	68,5	67,1
Постраждав матеріально	26,4	41,8	38,0	38,3

дій. Найбільш вираженою є тривога, яку відчують три чверті осіб, які проживають в регіоні військового протистояння (рис.1). Слід зазначити, що прояви тривоги є тим первинним маркером, який характеризує можливу подальшу появу психопатологічних симптомів. Страх відчують більше третини опитаних, проте поступово скорочується група осіб, схильних відчувати роздратування. У січні 2015 року відбулося значне (в 2,5 рази) збільшення відсотка осіб, схильних відчувати відчай у зв'язку зі ситуацією в регіоні, а в квітні 2015 року ця група склала більше третини опитаних. Близько третини населення відчують безпорадність, пов'язану зі ситуацією в Донбасі. Стабільне зростання

відсотка осіб, схильних відчувати безпорадність і відчай у говорить про підвищення емоційної напруги у групі, що досліджувалась. Слід зазначити, що тривале напруження (дистрес) призводить до виснаження резервів організму, в разі посилення стресу відбувається зрив адаптації, що тягне за собою проблеми з психікою і соматичним здоров'ям. Таким чином, у групі осіб, що проживають в регіоні бойових дій, спостерігається значна вираженість негативних емоцій (тривога, страх, безпорадність, відчай), яка зберігається протягом тривалого часу, що може сприяти розвитку психопатологічних і соматичних проявів у жителів регіону військового протистояння.

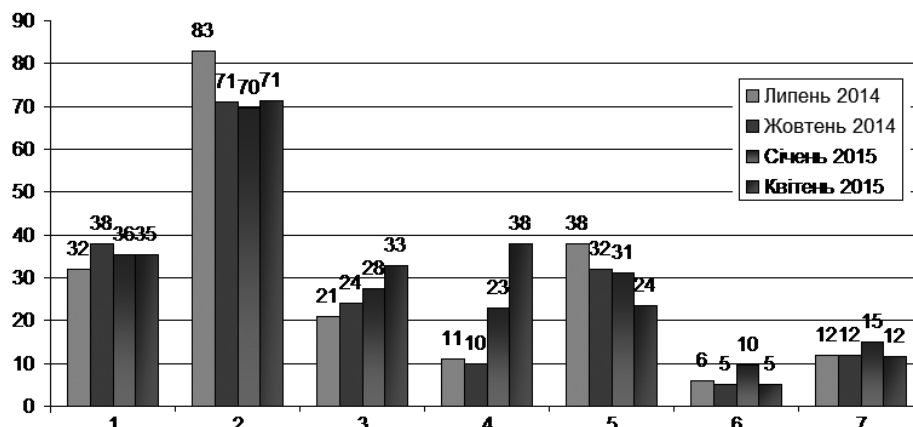


Рис.1. Емоції населення в регіоні бойових дій (%): 1 — страх, 2 — тривога, 3 — безпорадність, 4 — відчай, 5 — роздратування, 6 — байдужість, 7 — зневіра

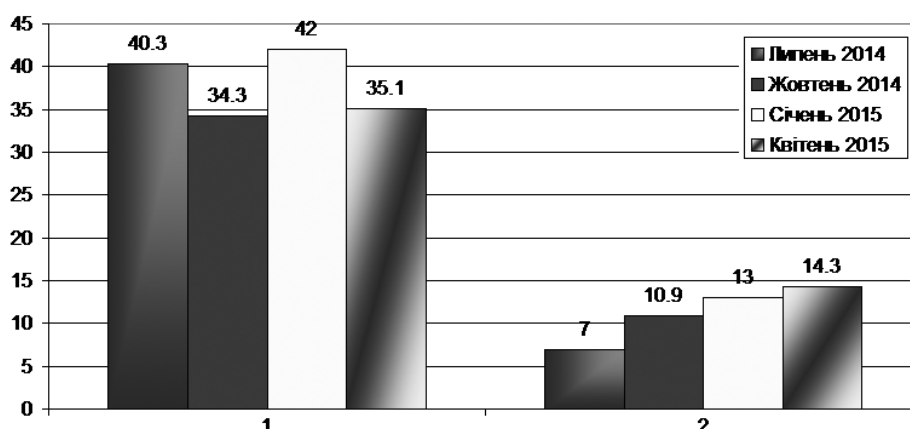


Рис.2. Динаміка ПТСР у жителів регіону військового протистояння (Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу): 1 — окремі ознаки ПТСР, 2 — ПТСР

В результаті діагностики за допомогою Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу в липні 2014 — квітні 2015 року збільшилася кількість осіб, які мають окремі ознаки ПТСР (порушення сну, зниження настрою та активності), одночасно відбувається і зростання відсотка тестованих з ПТСР (Рис. 2). Подібні зміни можуть бути пов'язані як із загостренням ситуації в регіоні, так і виснаженням адаптаційних механізмів психіки у зв'язку з тривалістю впливу психотравмуючого фактора.

Висновки

Психодіагностичне дослідження виявляло переважаючі емоції у жителів регіону

бойових дій, значний відсоток яких відчуває різноманітні негативні емоції (тривога, страх, безпорадність, відчай), що зберігаються протягом тривалого часу. Практично дві третини опитаних відчувають себе постраждалими морально в ситуації, що склалася, більше однієї третини — постраждалими матеріально. Таким чином, тривале психоемоційне напруження може сприяти розвитку психопатологічних і соматичних проявів у жителів регіону військового протистояння. Поступово збільшується кількість осіб, які мають окремі ознаки ПТСР (порушення сну, зниження настрою та активності), одночасно відбувається і зростання відсотка тестованих з ПТСР.

Література:

1. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. — М.: Академический Проект, 2009. — 943 с.
2. Тарабрина Н.В. Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. — 1996. — №1(2). — С. 26-29.
3. Коханов В.П., Кекелидзе З.И. Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001. — №4. — С. 120–23.
4. Гончаров С.Ф., Коханов В.П. Актуальные теоретические и практические аспекты проблемы посттравматического расстройства и пути ее решения с учетом опыта медицины катастроф // Медицина катастроф. — 2013. — №3. — С. 39–43.

УДК: 616.314-002-06-053.4-085-089.5-031.81

Лікування тимчасових зубів у дітей в умовах загального знеболення



Прохно О. І.

Прохно О. І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Резюме. Цель исследования — обосновать объем и последовательность исполнения стоматологических манипуляций для лечения кариеса и его осложнений временных зубов у детей дошкольного возраста в условиях общего обезболивания.

Проведено сравнительный анализ результатов лечения кариеса и его осложнений временных зубов у детей в возрасте от 3-х до 6-ти лет, с использованием предложенных схем, в условиях общего обезболивания, а также с использованием стандартных схем в амбулаторных условиях, с учетом индивидуальной интенсивности кариеса и стадии развития корня временного зуба.

Лечение временных зубов у детей дошкольного возраста, которое проводится в условиях общего обезболивания, ограничено во времени, потому требует четкого и быстрого исполнения всех стоматологических манипуляций. Основываясь на собственном клинический опыт мы предложили последовательность и объем стоматологических манипуляций для лечения различных форм кариеса и его осложнений во временных зубах с учетом стадии развития зуба в условиях общего обезболивания.

Сложность многоэтапного исполнения стоматологических манипуляций на различных этапах развития корней временных зубов, а также невозможность проведения дополнительных методов стоматологического обследования ребенка до лечения и после лечения при диспансерном наблюдении обуславливают расширение показаний к удалению временных зубов с осложнениями кариеса у детей дошкольного возраста в условиях общего обезболивания.

Через год после санации полости рта у детей дошкольного возраста, проведенной в различных условиях, осложнения кариеса возникли приблизительно в одинаковых процентах случаев: в I группе — в 21,87%, во II группе — в 26,66% случаев ($p \geq 0,01$).

В зубах, леченных по поводу хронического фиброзного пульпита та, по истечению данного промежутка времени, осложнения наблюдали тоже приблизительно в одинаковом процентном соотношении: в I группе — 28,57%, во II группе — 29,03%. Процент же зубов, в которых отмечено осложнения после лечения хронического гранулирующего периодонтита, во II группе был достоверно ниже в сравнении с I группой и составил 6,45% и 28,57% соответственно ($p < 0,01$).

Оценка эффективности лечения, проведенного через год, свидетельствует об отсутствии достоверной разницы в количестве осложнений, которые возникают у детей, которым лечение проводилось в условиях общего обезболивания с использованием предложенных схем, в сравнении с детьми, которым лечение проводилось в амбулаторных условиях с использованием традиционных схем лечения. Данный факт позволяет нам рекомендовать предложенные схемы лечения кариеса и его осложнений для широкого использования при проведении санации полости рта в условиях общего обезболивания.

Ключевые слова: кариес и его осложнения, дети, общее обезболивание.

Treatment of deciduous teeth in children under general anesthesia

Prokhno O.

Bogomolets National medical university

Resume. The aim of the study is to substantiate the volume and sequence of performance of dental procedures for the treatment of caries and its complications in primary teeth in children of preschool age in the conditions of General anesthesia.

There was performed a comparative analysis of results of treatment of caries and its complications in primary teeth in children aged between 3 to 6 years, using the proposed schemes, in terms of General anesthesia and using standard procedures on an outpatient basis, according to individual caries severity and the stage of development of root of the temporary tooth.

Treatment of temporary teeth at children of preschool age, which is carried out under conditions of General anesthesia is limited in time, because it requires precise and quick fulfillment of all dental procedures. Based on his own clinical experience, we suggested that the sequence and volume dental procedures for treatment of various forms of caries and its complications in temporary teeth with the developmental stage of the tooth in the presence of General anesthesia.

The complexity of multi-stage performance of dental procedures at different stages of development of the roots of temporary teeth, as well as the impossibility of carrying out additional methods of dental examination of a child before treatment after treatment in the dispensary observation lead to the extension of the indications for disposal of temporary teeth with caries complications in children of preschool age in the conditions of General anesthesia.

A year after the oral cavity sanitation in children of preschool age, performed in various conditions, complications of caries occurred in approximately the same percentages of the cases: in the I group — 21,87%, in the II group — in 26,66% of cases ($p \geq 0,01$).

In teeth treated for a chronic fibrous pulp that, at the expiration of this period, complications were observed also in approximately the same percentages: in the I group of 28.57%, in the II group – 29.03%. The same percentage of teeth in which complications are observed after treatment of chronic granulating periodontitis, in the II group was significantly lower compared at the I group and 6.45% and 28.57, respectively ($p < 0.01$).

Evaluation of the effectiveness of treatment in a year, indicates the absence of significant difference in the number of complications occurring in children, which treatment was carried out in the presence of General anesthesia using the proposed schemes, in comparison with the children who are treated in outpatient settings with the use of traditional treatment regimens. This fact allows us to recommend the proposed scheme of treatment of caries and its complications for General use when carrying out sanitation of the oral cavity the mouth in the presence of General anesthesia.

Key words: caries and its complications, children, General anesthesia.

Нажаль, на сьогодні, стан тимчасових зубів у дітей характеризується високою розповсюдженістю (від 9,05% до 95,3%) та інтенсивністю (від 0,6 до 5,46) карієсу та його ускладнень (Смоляр Н.І., 2006; Солонько Г.М., 2011; Хоменко Л.О., та співавт. 2010; Біденко Н.В., 2012). Так, за даними Н.В. Біденко (2011), поширеність карієсу зубів серед дітей віком до 3-х років становить 33,63%, середня інтенсивність — $1,83\% \pm 0,18$. З віком поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей суттєво зростає. Розповсюдженість ускладненого карієсу тимчасових зубів серед дітей віком від 2-х до 6-ти років, становить 43%, а потреба у видаленні тимчасових зубів з приводу ускладненого карієсу сягає 21% (Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Зеленкова А.І., 2007) [2; 5; 15; 16; 17].

Збереження тимчасових зубів є необхідною умовою для забезпечення стоматологічного та соматичного здоров'я дитини. Тимчасові зуби суттєво впливають на розвиток ротової порожнини та лицевого скелету, необхідні у формуванні вимови, відіграють важливу роль у живанні та засвоєнні їжі, мають значення для невербального вираження емоцій і спілкування, формування адекватної самооцінки — все це порушується при ранньому руйнуванні і втраті зубів. Карієс тимчасових зубів, а особливо його ускладнення, можуть призвести до негативних наслідків: порушення розвитку зачатків постійних зубів, остеомієліту, лімфаденіту, раннього видалення тимчасових зубів, що може стати причиною аномалій та деформацій постійного прикусу.

Лікування карієсу та його ускладнень у дітей раннього і дошкільного віку зі збереженням психіки дитини є вкрай складним завданням для стоматолога, що пояснюється неадекватною поведінкою маленьких пацієнтів, необізнаністю, страхом, та відчуттям зубного болю. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є санація порожнини рота у дітей раннього та дошкільного віку в умовах загального знеболення [1; 3; 6; 12; 13; 18]. В умовах загального знеболення відбувається зміна фізіологічного стану дитини, що характеризується зворотною втратою свідомості, повною аналгезією, амнезією та певним ступенем міорелаксації [14].

Цей метод має певні переваги та недоліки. До беззаперечних переваг належить збереження психологічної рівноваги дитини та відсутність в подальшому негативного ставлення до стоматологічного лікування. Основним недоліком лікування в умовах загального знеболення є обмеження кількості і обсягу стоматологічних маніпуляцій. Це зумовлено тим, що для збереження життєво важливих функцій дитини, лікування зубів під загальним знеболенням в амбулаторних умовах обмежено у часі (≤ 40 хв.) та у кількості відвідувань [14]. Згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України №303 від 08.10.1997р. метод анестезіологічного забезпечення обирає лікар-анестезіолог та несе відповідальність за зроблений вибір [4;7].

Мета дослідження: обґрунтування диференційованого підходу, обсягу і послідовності виконання стоматологічних маніпуляцій для лікування карієсу та його ускладнень тимчасових зубів у дітей дошкільного віку в умовах загального знеболення.

Матеріали та методи дослідження

Санацію порожнини рота у 29 дітей віком від 3-х до 6-ти років проведено на базі стоматологічної клініки Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Дітей було поділено на 2 групи в залежності від їх психоемоційної характеристики та обраного методу знеболення при проведенні санації порожнини рота.

До I групи (13 чоловік) увійшли діти, здатні до співпраці з лікарем-стоматологом, які добре поведуться у стоматологічному кріслі, здатні адекватно сприймати рекомендації щодо гігієни порожнини рота та не мали фобій стосовно відвідування стоматолога. В цій групі дітей санацію порожнини рота було проведено в умовах амбулаторного прийому, в 2 та більше відвідувань. Всього вилікувано 46 зубів.

До II групи (16 чоловік) увійшли діти, які не здатні йти на контакт зі стоматологом, непосидючі. Вони мали негативний попередній досвід відвідування стоматолога. Діти цієї групи не можуть адекватно сприймати рекомендації лікаря щодо гігієни порожнини рота. У цій групі дітей

санацію порожнини рота було проведено в умовах загального знеболення в 1-2 відвідування. Всього вилікувано 92 зуба.

Результати та їх обговорення

Характеристику стоматологічного статусу дітей обох клінічних груп залежно від віку представлено в табл. 1.

Як свідчать дані табл. 1, інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей I групи була достовірно нижчою, ніж у дітей II групи і становила 4.75 ± 0.31 та 7.21 ± 0.82 відповідно ($p < 0.01$). Основним місцевим фактором, що сприяв виникненню карієсу зубів у дітей був незадовільний стан гігієни порожнини рота. В I групі дітей гігієна порожнини рота оцінена як «незадовільна», в II групі — як «дуже погана». Значення індексу Федорова-Володкіної становили 2.47 ± 0.11 та 3.75 ± 0.43 відповідно ($p < 0.01$). Отримані дані можна пояснити відсутністю навичок по раціональному гігієнічному догляду за порожниною рота, особливостями вікового та психологічного статусу дітей обох груп.

Характеристика захворювань твердих тканин зубів у дітей представлена в табл. 2.

Дані табл. 2 свідчать про різницю в співвідношенні карієсу та його ускладнень в обох групах дітей. В I групі дітей неускладнений карієс (69,56%) превалював над ускладненим (30,43%). В II групі дітей розповсюдженість ускладненого карієсу (67,49%) була майже вдвічі вищою, ніж неускладненого (32,61%). В обох групах дітей за глибиною ураження переважав середній та глибокий карієс.

Поширеність ускладненого карієсу тимчасових зубів серед дітей I групи (30,43%) була достовірно нижчою, ніж серед дітей II групи (67,49%), ($p < 0.01$). Це може бути пов'язано зі складністю стоматологічного лікування дітей II групи на фоні їх нестабільного психоемоційного стану та високої інтенсивності карієсу.

Санацію порожнини рота в I групі дітей проводили амбулаторно згідно «Протоколам надання медичної допомоги», затвердженим МОЗ України (2005р.) [9]. При виборі об'єму стоматологічного втручання та послідовності

Таблиця 1

Характеристика стоматологічного статусу дітей з різним психоемоційним станом в залежності від віку

Індексна оцінка		Інтенсивність карієсу, (кп)	Стан гігієни порожнини рота, (індекс Федорова-Володкіної)
Група			
I (13 дітей)	Діти віком ≤ 3 -х років	3.85 ± 0.22	1.96 ± 0.9
	Діти віком ≥ 3 -х років	5.65 ± 0.38	2.98 ± 0.13
	Всього	4.75 ± 0.31 (рівень карієсу — високий)	2.47 ± 0.11 (ІГ — незадовільний)
II (16 дітей)	Діти віком ≤ 3 -х років	5.1 ± 0.52	2.93 ± 0.21
	Діти віком ≥ 3 -х років	9.32 ± 0.94	4.75 ± 0.57
	Всього	$7.21 \pm 0.82^*$ (рівень карієсу — дуже високий)	$3.75 \pm 0.43^*$ (ІГ — дуже поганий)

Прим. * — достовірність відмінностей показників в межах $p < 0.01$

Таблиця 2

Характеристика захворювань твердих тканин тимчасових зубів у дітей дошкільного віку з різним психоемоційним статусом

Групи дітей	Карієс								Пульпіт	Періодонтит	
	початковий		поверхневий		середній		глибокий		хронічний фіброзний	хронічний гранулюючий	
	гост-рий	хро-нічний	гост-рий	хро-нічний	гост-рий	хро-нічний	гост-рий	хро-нічний		стадія заго-стрення	стадія реміс-сії
I (13 чол.) (46 зубів)	2 (4,35%)	2 (4,35%)	4 (8,69%)	4 (8,69%)	6 (13,04%)	4 (8,69%)	4 (8,69%)	6 (13,04%)	7 (15,22%)	3 (6,52%)	4 (8,69%)
	4 (8,69%)		8 (17,39%)		10 (21,74%)		10 (21,74%)			7 (15,22%)	
всього	32 (69,56%)								14 (30,43%)*		
II (16 чол.) (92 зуба)	2 (2,17%)	2 (2,17%)	2 (2,17%)	2 (2,17%)	4 (4,35%)	6 (6,52%)	4 (4,35%)	8 (8,69%)	31 (33,69%)	12 (13,04%)	9 (9,78%)
	4 (4,35%)		4 (4,35%)		10 (10,86%)		12 (13,04%)			31 (33,69%)	
всього	30 (32,61%)								62 (67,49%)*		

Прим. * — достовірність відмінностей показників в межах $p < 0.01$

проведення стоматологічних маніпуляцій в умовах загального знеболення ми враховували наступні дані:

- обмеження часу проведення лікування (40 ± 20 хв.);
- дотримання часового проміжку між повторними відвідуваннями (з метою повної реабілітації організму дитини);
- наявність високої інтенсивності карієсу, що зумовлює технічну складність виконання певних стоматологічних процедур за короткий проміжок часу;
- неможливість (складність) проведення допоміжних методів обстеження дитини до і після лікування в найближчі терміни та при диспансерному спостереженні;
- безвідповідальність батьків (батьки можуть знехтувати повторним відвідуванням, що спонукає до застосування більш радикальних методів лікування) [18];
- неможливість проведення навчання індивідуальній гігієні порожнини рота в повному обсязі, що пов'язано з психологічними особливостями даних дітей.

Враховуючи викладене вище та власний клінічний досвід, нами запропоновано наступні схеми лікування карієсу та його ускладнень тимчасових зубів на різних етапах їх розвитку в умовах загального знеболення.

Схеми лікування неускладненого карієсу тимчасових зубів.

Початковий та поверхневий гострий і хронічний карієс на стадії росту кореня і стадії стабілізації (за умови: $кп \leq 6-8$, та I–III групи здоров'я дитини):

- професійна гігієна порожнини рота;
- глибоке фторування з наступними повтореннями під час диспансерного спостереження дитини;
- застосування пасти «Tooth Mouse» в домашніх умовах;
- рекомендації батькам щодо догляду за порожниною рота дитини, з наступним чищенням зубів під їх контролем.

Початковий та поверхневий гострий і хронічний карієс на стадії росту і стадії стабілізації кореня (за умови: $кп \geq 6-8$, IV–V групи здоров'я), а також на стадії резорбції кореня:

- професійна гігієна порожнини рота;
- сріблення каріозних поверхонь, з наступними повтореннями під час диспансерного спостереження дитини;
- рекомендації батькам щодо догляду за порожниною рота дитини, з наступним чищенням зубів під їх контролем.

Гострий середній карієс на стадії росту та стабілізації кореня (за умови: $кп \leq 6-8$, та

I–III групи здоров'я), та хронічний середній карієс на стадії росту та стабілізації кореня:

- професійна гігієна порожнини рота;
- пломбування каріозних порожнин склоіономерним цементом хімічного твердіння;
- профілактичне закриття фісур склоіономерним цементом хімічного твердіння.

Гострий середній карієс на стадії росту та стабілізації кореня (за умови: $кп \geq 6-8$, та IV–V групи здоров'я):

- професійна гігієна порожнини рота;
- пломбування каріозних порожнин склоіономерним цементом хімічного твердіння;
- застосування лікувальної прокладки (твердіюча гідроксидкальційвмісна паста);
- профілактичне закриття фісур склоіономерним цементом хімічного твердіння.

Гострий та хронічний середній карієс на стадії резорбції кореня:

- професійна гігієна порожнини рота;
- пломбування каріозних порожнин склоіономерним цементом або компомером.

Гострий глибокий карієс на стадії росту та стабілізації кореня, хронічний глибокий карієс на стадії росту та стабілізації кореня (за умови: $кп \geq 6-8$, та IV–V групи здоров'я). Лікування проводиться в II етапі:

I етап:

- професійна гігієна порожнини рота;
- довготривала тимчасова пломба (цинк-оксид-евгенол).

II етап:

- професійна гігієна порожнини рота;
- постійна пломба зі склоіономерного цементу або компомеру (на дні каріозної порожнини — тонкий шар лікувальної прокладки із цинк-оксид-евгенолу).
- профілактичне закриття фісур за допомогою склоіономерного цементу.

Хронічний глибокий карієс на стадії стабілізації кореня (за умови: $кп \leq 6-8$, та I–III групи здоров'я). Лікування проводиться в I етапі:

- професійна гігієна порожнини рота;
- постійна пломба зі склоіономерного цементу хімічного твердіння або компомеру;
- профілактичне закриття фісур склоіономерним цементом хімічного твердіння.

Враховуючи особливості перебігу карієсу у дитини та стадію розвитку кореня тимчасового зуба, нами запропоновано диференційований підхід до лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів в умовах загального знеболення.

Лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів в умовах загального знеболення при $кп \leq 6-8$ проводили в I відвідування, при $кп \geq 6-8$ — в II відвідування [16]. Схеми лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів на різних стадіях розвитку кореня наведені в табл. 3 та 4.

Таблиця 3

Методи лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів в I відвідування у дітей у в умовах загального знеболення

Стадії розвитку кореня	Пульпіт	Періодонтит	
	хронічний фіброзний	хронічний гранулюючий	
		стадія загострення	стадія ремісії
росту	Ампутація пульпи. Обтурація вусть кореневих каналів. Ізолювальна прокладка. Постійна пломба.	видалення	видалення
стабілізації	Екстирпація пульпи. Пломбування кореневих каналів.	видалення	Інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів. Пломбування кореневих каналів. По показанням — видалення.
резорбції	Ампутація пульпи. Обтурація вусть кореневих каналів. Ізолювальна прокладка. Постійна пломба. (формокрезоловий метод)	видалення	видалення

Таблиця 4.

Методи лікування ускладненого карієсу тимчасових зубів в II відвідування у дітей у в умовах загального знеболення

Стадії розвитку кореня	Пульпіт	Періодонтит	
	хронічний фіброзний	хронічний гранулюючий	
		стадія загострення	стадія ремісії
росту	Ампутація пульпи. Обтурація вусть кореневих каналів. Ізолювальна прокладка. Постійна пломба.	видалення	видалення
стабілізації	Девітальний метод екстирпації	Інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів. (I-е відвідування) Пломбування кореневих каналів (II-ге відвідування) По показанням — видалення.	Інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів. Пломбування кореневих каналів. По показанням — видалення.
резорбції	Девітальна ампутація пульпи. Обтурація вусть кореневих каналів. Ізолювальна прокладка. Постійна пломба.	видалення	видалення

Через рік після санації порожнини рота, поведеної в різних умовах, ускладнення карієсу виникли приблизно в однаковому відсотку випадків: в I групі — в 21,87%, в II групі — в 26,66% випадків ($p \geq 0,01$). Переважно в зубах, які лікувалися з приводу глибокого карієсу (40% та 33,33% при ураженні дентину відповідно), що може бути пов'язано зі складністю проведення діагностики. При лікуванні початкового карієсу в I групі ускладнень не спостерігалось, тоді як в II групі даний показник виявився достовірно вищим і склав 25%.

Таку ситуацію можна пояснити незадовільною гігієною порожнини рота, психологічними особливостями дітей даного віку, а також недбалістю батьків до стоматологічного здоров'я своєї дитини.

За результатами лікування тимчасових зубів з приводу хронічного фіброзного пульпіту ускладнення спостерігали приблизно в однаковому відсотковому співвідношенні: в I групі — 28,57%, в II групі — 29,03%. Ускладнення після лікування хронічного гранулюючого періодонтиту, в II групі були достовірно нижчими порівняно з I групою і становили 6,45% та 28,57 відповідно ($p < 0,01$). Це можна пояснити тим, що тимчасові зуби із загостренням хронічного періодонтиту частіше підлягали видаленню внаслідок неможливості виконання складних ендодонтичних маніпуляцій в умовах загального знеболення.

Висновки

Лікування карієсу тимчасових зубів та його ускладнень у дітей дошкільного віку, яке

проводиться в умовах загального знеболення потребує чіткого та швидкого виконання всіх стоматологічних маніпуляцій.

Нами запропоновано диференційований підхід та обсяг стоматологічних маніпуляцій для стоматологічного лікування в умовах загального знеболення різних форм карієсу та його ускладнень тимчасових зубів з урахуванням стадії розвитку зуба. Оцінка схем лікування свідчить про

високу їх ефективність, що дозволяє рекомендувати їх для широкого застосування.

Разом з тим, отримані нами ускладнення при лікуванні хронічного гранулюючого періодонтиту в період диспансерного спостереження дитини обумовлюють необхідність розширення показань до видалення тимчасових зубів з ускладненим карієсом в умовах загального знеболення.

Література:

1. Дежарле Р. Охрана психического здоровья в мире: проблемы и приоритеты в развивающихся странах // пер. с англ. — Киев. — 2001. — 536 с.
2. Денисова Е.Г., Соколова И.И. Клиническая эффективность витальной пульпотомии в зубах временного прикуса. / Е.Г. Денисова // Вісник стоматології. Наук.-практ. Журн./ Академія мед. Наук України, Асоціація стоматологів України. Одеса — 2010. — №2. — С.11-12.
3. Закон про психіатричну допомогу // Київ. 2000р. — 50 с.
4. Заболотько В.М. Збірник нормативних документів Анестезіологія і реаніматологія./ Заболотько В.М. // Київ — 2007. — 432 с.
5. Ковылина О.С., Плюхина Т.П. Метод витальной пульпотомии при лечении пульпита временных зубов у детей / О.С. Ковылина // Науковий вісник. — 2007. — С.118.
6. Максименко С.Д. Загальна психологія / Максименко С.Д. // Київ. — 2004. — 272 с.
7. Основи стоматологічної діяльності (організаційно-правові, гігієнічні, деонтологічні): навчально-довідниковий посібник/ Під ред. В. Г. Бардова. // Видання 2-е. — Вінниця. — Нова Книга, 2011. — 440 с.
8. Опанасюк Ю.В., Ляшенко О.В., Опанасюк І.В., Кривець В.В. Модель ведення стоматологічного прийому пацієнтів (Організаційно-технічні рекомендації)/К.: Інститут прогресивних стоматологічних технологій — 2005. — 86 с.
9. Опанасюк Ю. В. Протоколи надання стоматологічної допомоги. / ТОВ Видавничий інформаційний центр «Світ сучасної стоматології» // Ю.В.Опанасюк — 2005. — 236 с.
10. Попруженко Т.В., Сентябрева А.Ю. Сравнительный анализ эффективности стоматологической санации дошкольников, выполненной в условиях седации или безфармакологического пособия / Т.В. Попруженко // Стоматологічні новини — 2014. — Вип. 13. — С.73-75.
11. Стоматологія: Нормативне виробничо-практичне видання./К.: МНІАЦ медичної статистики. — МВЦ «Медінформ» — 2009. — 576 с.
12. Семенова Н. Страх боли в стоматологии / Семенова Н. // Московский психотерапевтический журнал. — №2. — с.114-130.
13. Солонько Г.М., Пайкуш В.А. Знечулення в дитячій стоматології — загальне та місцеве. Особливості стоматологічного лікування дітей в умовах наркозу. Невідкладні стани в дитячій стоматологічній практиці. / Г.М. Солонько // Матеріали семінару. Львів — 2012.
14. Стош В.И., Рабинович С. А., Зорян Е.В. Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии. / Стош В.И., Рабинович С. А., Зорян Е.В. // Москва. — 2002. — 287с.
15. Хоменко Л.О. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.О. Хоменко. — 2001.С. — 525.
16. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Зеленкова А.И. Врачебные вмешательства в корневых каналах временных зубов. Часть 2: как лечить? / Л.А. Хомнко // Современная стоматология. К. — 2008. — №2. — С. 100-107.
17. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Зеленкова А.И. Врачебные вмешательства в корневых каналах временных зубов. Часть 3: чем пломбировать? / Л.А. Хомнко // Современная стоматология. К. — 2009. — №1. — С. 62-68.
18. Olga I. Prokhno, Petro B. Koval. Clinical and psychological basis of indications for oral cavity sanitation in children of different ages under general anesthesia / Olga I. Prokhno, Petro B. Koval. // International conference Materials, Methods and Technologies. Bulgaria — 2014. — V.8.

УДК: 616.832-004.2-06:616.836

Порушення сну у хворих з розсіяним склерозом за умов коморбідності

Чуприна Г. М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Резюме. Изучали нарушения сна (НС) у больных с рассеянным склерозом (РС) с помощью шкалы тяжести инсомнии (ISI) и шкалы сонливости Эпворт (ESS) по сравнению с группами контроля и в аспекте коморбидности, а также с целью выяснения корреляционных связей между показателями НС и степенью инвалидности, уровнем выраженности усталости, депрессии, боли, качества жизни (КЖ).

Было обследовано 207 больных с РС с различными формами течения и 109 больных и практически здоровых лиц, составлявших группу контроля. Оценивались клинико-демографические характеристики больных с РС в связи с коморбидностью, определялись уровень инвалидности (EDSS), степень выраженности боли (ВАШ), тяжести усталости (FSS), депрессии (BDI-II), показатели КЖ (SF-36).

Одно или несколько сопутствующих заболеваний выявлено у 102 (49,3%) больных с РС, не было сопутствующих заболеваний у 105 (50,7%) больных с РС.

Было установлено, что чаще всего среди НС в исследуемой группе больных с РС наблюдались инсомнии (54,1%). Они приводили к уменьшению общей продолжительности ночного сна, а также, в основном, провоцировали развитие гиперсомний (43,0%). Также установлено, что у больных с РС I и II групп НС встречались достоверно чаще по сравнению с группами контроля. В работе показано, что у пациентов с РС II группы имеют место более тяжелые проявления бессонницы и дневной сонливости, что связано с наличием у них коморбидной патологии.

По данным корреляционного анализа показано, что степень НС у больных с РС тесно коррелирует с уровнем усталости, наблюдались также тесные корреляции между уровнем инсомнии и дневной сонливости.

Ключевые слова: рассеянный склероз, нарушения сна, коморбидность.

Sleep disorders in patients with multiple sclerosis under comorbidity

Chupryna G. N.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupyk, Kiev

Resume. Studied sleep disorders (SD) in patients with multiple sclerosis (MS) using a Severity scale of insomnia (ISI) and Sleepiness Scale Epworth (ESS) in comparison with the control groups and in the aspect of comorbidity, as well as to determine the correlations between the SD and the degree of disability, the level of severity of fatigue, depression, pain, quality of life (QOL).

The study involved 207 MS patients with different forms of course and 109 people who constituted the control group. Evaluated the clinical and demographic characteristics of the patients with MS due to comorbidity, determines the level of disability (EDSS), severity of pain (VAS), the severity of fatigue (FSS), depression (BDI-II), indicators of quality of life (SF-36).

Single or multiple co-morbidities found in 102 (49.3%) patients with MS, there was no co-morbidities in 105 (50.7%) patients with MS.

It was found that more often among the SD in the study group of patients with MS observed insomnia (54.1%). It led to a decrease in the total duration of a night's sleep, as well as mainly predispose hypersomnia (43.0%). Also found that patients with MS I and II groups SD were significantly more likely than the control groups. It is shown that in patients with MS II group have a more severe manifestations of insomnia and daytime sleepiness, which is associated with the presence of comorbid disease.

According to the correlation analysis shows that the degree of the SD in patients with MS is closely correlated with the level of fatigue were also observed close correlation between insomnia and daytime sleepiness.

Key words: multiple sclerosis, sleep disorders, comorbidity.

Вступ

РС є самим розповсюдженим в світі аутоімунним захворюванням нервової системи. Для переважної більшості захворювань, пов'язаних з аутоімунними механізмами, особливо для таких, як РС, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, одним з основних симптомів є клінічно виражена втома, яка нерідко буває прямим проявом аутоімунного запалення на ЦНС [1,2,4,5,6,10,22] і часто може бути пов'язана з РС [1,2,3,5,6,7].

За повідомленнями різних авторів, при РС РС зустрічаються у 50-67% хворих і чітко корелюють з рівнем втоми, депресії, болю і з жіночою статтю [14,15,16,22]. Також РС при РС можуть виникати внаслідок обмеження рухової

активності, порушення функцій тазових органів, наявності синдромів неспокійних ніг та обструктивного апное сну, інших видів коморбідності (респіраторної, кардіоваскулярної, нефрологічної, аутоімунної, ендокринної); нерідко провокувати або посилювати розлади сну при РС можуть деякі медикаментозні, або і немедикаментозні методи лікування [11,12,14,22].

У свою чергу відомо, що і РС можуть активно впливати на ступінь тяжкості втоми, інвалідності, а відповідно, і на якість життя (ЯЖ) пацієнтів з РС [10,11]: погіршуючи повсякденну активність, збільшуючи ризик розвитку супутніх серцево-судинних, цереброваскулярних, психічних захворювань, а у підсумку, збільшуючи смертність [17,18].

Згідно з повідомленням Marrie R. A. et al., 2015, що проаналізували результати 18 досліджень, де вивчалися розлади сну при РС, більшість з цих досліджень дають лише дані щодо поширеності РС при РС і дуже мало з них вивчають якісні характеристики РС і чинники ризику їх виникнення у разі РС[13]. Тому, ми вважаємо, що питання РС при РС є актуальним і потребує подальшого вивчення.

Мета: вивчити характер і ступінь РС у хворих з РС за допомогою шкал тяжкості інсомнії (ISI) та сонливості Епворта (ESS) в порівнянні з групами контролю та в аспекті коморбідності; провести кореляційний аналіз між показниками РС у хворих з РС в аспекті коморбідності та ступенем інвалідності (EDSS), рівнем вираженості втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ), а також ЯЖ (SF-36).

Матеріал і методи

Під нашим спостереженням знаходилося 207 хворих з РС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика у період з 2007 по 2015 рр. Діагноз РС було виставлено у відповідності до оновлених критеріїв Мак Дональда (2005 р.; 2010 р.), а супутня патологія зафіксована у амбулаторній карті відповідним спеціалістом чи виявлена при обстеженні, або шляхом анкетування.

За допомогою анкетування хворих та аналізу історій хвороб і амбулаторних карт, а також клінічного обстеження, нами було отримано дані про стать, вік, сімейний пацієнтів з РС,

отримане ними лікування, тривалість РС, тип його перебігу, наявність супутніх захворювань.

Для об'єктивізації розладів сну і неспання нами було використано дві шкали. З метою оцінки денної сонливості ми використали шкалу сонливості Епворта (ESS), що широко застосовується для оцінки денної сонливості при РС[19,20], а також для дослідження обструктивного апное сну, для вивчення сонливості, пов'язаної з респіраторною, гастроентерологічною патологією, хронічними больовими синдромами[1]. Для оцінки проявів безсоння ми застосували шкалу тяжкості інсомнії (ISI), що була розроблена з метою об'єктивізації безсоння і часто використовувалась у клінічних випробуваннях, зокрема при автоімунній патології[1,21].

При неврологічному обстеженні пацієнтів з РС нами було визначено рівень інвалідизації (EDSS); проведено нейропсихологічне дослідження: проявів втоми за шкалою тяжкості втоми (FSS), болю (ВАШ), рівня депресії (BDI-II). Також була проведена оцінка ЯЖ (SF-36).

Статистичну обробку результатів нами було проведено за допомогою непараметричних критеріїв Манна-Уїтні та Крускала-Уолліса. Кореляційний аналіз проведено шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона.

Результати та їх обговорення

Із обстежених нами 207 хворих з РС з різними формами перебігу, з наявністю одного чи декількох супутніх захворювань було 102 (49,3%) (II група), та без жодного супутнього захворювання 105 (50,7%) хворих (I група). При цьому, у групі хворих з супутніми захворюваннями у 39 (38,2%) було одне супутнє захворювання, у

Таблиця 1

Клініко-демографічні характеристики хворих з РС у зв'язку з коморбідністю

№ з/п	Показник	Групи обстежених хворих з РС у аспекті коморбідності (n=207)	
		I група — без супутніх захворювань, n=105	II група — наявність супутньої патології, n=102
1.	Середній вік, років (m ± CB)	36,7 ± 9,2	42,2 ± 10,3 *
2.	Тривалість захворювання, років	5,3 ± 1,9	7,4 ± 2,0 *
3.	Гендерне співвідношення (жінки/чоловіки, абс., %)	69/36 (65,7/34,3)	64/38 (62,7/37,3)
4.	Сімейний стан (одружені, абс., %)	59 (56,2)	63 (61,8)
5.	Оцінка за шкалою EDSS, бали (m ± CB)	3,3 ± 1,1	4,4 ± 1,2**
6.	Оцінка болю за шкалою ВАШ, бали (m ± CB)	3,1 ± 1,3	4,8 ± 1,6**
7.	Оцінка втоми за шкалою FSS, бали (m ± CB)	3,4 ± 0,8	4,5 ± 1,2**
8.	Оцінка депресії за шкалою Бека (BDI-II), бали (m ± CB)	11,3 ± 1,5	15,9 ± 1,9***
9.	Оцінка ЯЖ, SF-36, узагальнені показники, (m ± CB)	РН 43,1 ± 13,7 МН 47,8 ± 12,5	РН 32,2 ± 16,8* МН 38,7 ± 11,5*
Тип перебігу РС (абс., %)			
12.	Ремітуючо-прогресуючий	39 (37,1)	41 (40,2)
13.	Первинно-прогресуючий	22 (21,0)	25 (24,5)
14.	Ремітуючий	44 (41,9)	36 (35,3)

* — $p > 0,05$; ** — $p < 0,05$; *** — $p < 0,01$.

26 (25,5%) — два, у 19 — (18,6%) — три, а у 18 (17,6%) — чотири і більше супутніх захворювань. Клініко-демографічні характеристики хворих з РС I та II груп наведені у табл. 1.

Стосовно показників вираженості втоми, депресії, болю, ЯЖ у хворих з РС I і II груп, то вони були наступними: середній показник рівня втоми за шкалою FSS в I групі був $3,4 \pm 0,9$, тоді як у II групі — $4,5 \pm 1,1$ ($p < 0,05$); клінічно виражений синдром втоми (більше 4 балів за шкалою FSS) мав місце у 61 (57,1%) хворих I групи і у 68 (66,7%) хворих II групи. Середній показник рівня депресії за шкалою А.Бека BDI-II в I групі був $11,3 \pm 1,5$, тоді як в II групі — $15,9 \pm 1,9$ ($p < 0,01$); клінічно виражена депресія (більше 13 балів за шкалою А.Бека-II) спостерігалась у 18 (17,1%) хворих I групи і у 26 (25,5%) хворих II групи; середній рівень болю за шкалою ВАШ становив $3,1 \pm 1,3$ в I групі і $4,8 \pm 1,6$ в II групі. Узагальнені показники ЯЖ становили PH $43,1 \pm 13,7$; MH $47,8 \pm 12,5$ в I групі і PH $32,2 \pm 16,8$; MH $38,7 \pm 11,5$ — в II групі хворих з РС.

Також слід зауважити, що серед хворих II групи частіше відмічається ремітуючо-прогресуючий та первинно-прогресуючий перебіг РС і рідше — ремітуючий.

Таким чином видно, що у II групі хворих з РС, де відмічається достовірно більший ступінь неврологічного дефіциту ($p < 0,05$), проявів болю ($p < 0,05$), має місце достовірне превалювання астеничних, депресивних розладів ($p < 0,05$, $p < 0,01$ відповідно) і зареєстровані достовірно нижчі показники ЯЖ за узагальненими показниками ($p < 0,05$).

Клінічно значимі порушення сну і неспання у досліджуваних груп хворих з РС були зареєстровані нами у 127 хворих (61,4%) і проявлялись наступним чином:

- 1) інсомнії (порушення засинання, часті нічні, або ранні ранкові пробудження) — 112 хворих (54,1%);
- 2) гіперсомнії (збільшення тривалості нічного сну або денна сонливість, напади непереборного бажання спати із засинанням в денний час) — 89 хворих (43,0%);
- 3) парасомнії (рухові і поведінкові порушення, що виникали під час сну) — 38 (18,4%) хворих.

Пацієнтів з клінічно значимими інсомніями було 49 (46,7%) в I групі хворих з РС і 63 (61,8%) — в II групі хворих з РС. Поверхневий сон з частими пробудженнями і труднощі засинання — виявились найбільш поширеними ПС, серед тих, які були нами зареєстровані у пацієнтів з РС. Саме вони, на нашу думку, призводили до зменшення загальної тривалості нічного сну, підвищеної стомлюваності і сонливості в денний час, адже у 84,9% досліджуваних нами хворих з РС, гіперсомнії комбінувались з інсомніями.

Порушення засинання, часті нічні пробудження у досліджуваних нами хворих з РС були також пов'язані з парасомніями (синдромом неспокійних ніг — 24,5% хворих з РС II групи і 11,8% хворих з РС I групи), рівнем втоми, депресивних розладів, прийомом деяких медикаментів. Так, розвиток інсомнії, за нашими спостереженнями провокували застосування високих доз кортикостероїдів, препаратів імунотерапії РС, особливо на початку курсу лікування, антидепресантів, ксантинів, бронхолітиків, психостимуляторів, деяких серцевих препаратів. Найвищий ступінь посилення інсомнії внаслідок застосування медикаментозного лікування був нами відмічений у II групі хворих з РС, а саме у пацієнтів з кардіоваскулярною коморбідністю.

У 88 (42,5%) пацієнтів з РС (36 хворих — I група і 52 — II група) спостерігалась ніктурія, від 1 до 3 сечовипускань за ніч, що також було пов'язаним з поглибленням як тяжкості інсомнії, так і ступеня денної сонливості у досліджуваної групи хворих.

Пацієнтів з клінічно значимими гіперсомніями було 39 (37,1%) в I групі хворих з РС і 50 (49,0%) — в II групі хворих з РС. Гіперсомнії переважно були представлені підвищеною денною сонливістю і рідше — збільшенням тривалості нічного сну та нападами непереборного бажання спати із подальшим засинанням в денний час, після якого сон тривав від 15 хв. до 2 год. Ступінь денної сонливості тісно корелював з рівнем втоми, також її поглиблювали міорелаксанти, анальгетики, антигістамінні препарати, антагоністи кальцію, барбітурати, антиконвульсанти. Найвищий ступінь посилення денної сонливості внаслідок застосування медикаментозного лікування був нами відмічений у II групі хворих з РС, а саме у пацієнтів з больовими синдромами.

У хворих з РС ПС (переважно інсомнії) також були пов'язані із застосуванням процедур плазмаферезу.

Нами було ретроспективно встановлено, що у 27,6 % пацієнтів з РС I групи, та у 33,3% пацієнтів з РС II групи ПС передували дебюту РС і загостренню у продовж періоду 2 тижні — 1,5 місяці. Також нам вдалось встановити, що ПС у хворих з РС частіше виникали у жінок (59,1%) і у одружених (57,4%) без чіткої різниці між групами.

Що стосується об'єктивної оцінки розладів сну і неспання, яка ґрунтувалась на даних шкал тяжкості інсомнії (ISI) і сонливості Епворта (ESS), то у хворих з РС I і II груп (дивись табл. 2.) показники ПС були достовірно нижчими у порівнянні з обома групами контролю.

Результати за шкалою ISI у хворих з РС коливалися від 0 до 23 балів (в середньому — $10,9 \pm 4,1$ в I групі і $12,7 \pm 4,5$ в II групі). У 95

Таблиця 2

Показники ПС у хворих з РС I та II груп у порівнянні з контролем

Групи показників використаних шкал		Показники ПС обстежених хворих з РС у аспекті коморбідності (n=207)		Показники ПС у групах контролю	
		I група — без супутніх захворювань, n=105	II група — наявність супутньої патології, n=102	Група хворих з РЕМ (n=34)	Група практично здорових лікарів (n=75)
шкала тяжкості інсомнії (ISI)	Середні показники, (m ± СВ)	10,9± 4,1	12,7 ± 4,5**	9,7± 2,8	9,3± 3,4
	<8 балів (абс., %)	56 (53,3%)	39 (38,2%)*	21(61,8%)	49 (65,3%)
	8-14 балів (абс., %)	31(29,5%)	38 (37,3%)*	9 (26,5%)	18 (24,0%)
	14-21 балів (абс., %)	16 (15,2%)	20 (19,6%)*	4 (11,8%)	8 (10,7%)
	21-23 балів (абс., %)	2 (1,9%)	5 (4,9%)*	-	-
шкала сонливості Епворта (ESS)	Середні показники, (m ± СВ)	8,5± 4,1	9,9± 4,4**	7,3 ± 5,1	6,1 ± 5,0
	<10 балів (абс., %)	66 (62,9%)	52 (51,0%)*	23 (67,7%)	53 (70,7%)
	10-12 балів (абс., %)	27 (25,7%)	33 (32,4%)*	8 (23,5%)	17 (22,7%)
	12-17 балів (абс., %)	10 (9,5%)	14 (13,7%)*	3 (8,8%)	5 (6,6%)
	17-20 балів (абс., %)	2 (1,9%)	3 (2,9%)*	-	-

* — $p > 0,05$; ** — $p < 0,05$; *** — $p < 0,01$.

(45,9%) пацієнтів з РС за даними ISI результат був <8 балів (відсутність клінічно вираженого безсоння), у 69 (33,3%) пацієнтів — ≥ 8 <14 балів (легке безсоння), у 36 (17,4%) пацієнтів — ≥ 14 <21 балів (помірне безсоння) і у 7 (3,4%) пацієнтів — ≥ 21 <23 балів (важке безсоння).

Результати за шкалою ESS у хворих з РС коливалися від 0 до 20 балів (в середньому — $8,5 \pm 4,1$ в I групі і $9,9 \pm 4,4$ в II групі). У 118 (57,0%) пацієнтів з РС за даними ESS результат був <10 балів (відсутність клінічно вираженої сонливості), у 60 (29,0%) пацієнтів — ≥ 10 <12 балів (легка сонливість), у 24 (11,6%) пацієнтів — ≥ 12 <17 балів (помірна сонливість) і у 5 (2,4%) пацієнтів — ≥ 17 ≤ 20 балів (важка сонливість).

У свою чергу, при порівнянні показників ПС між I та II групами хворих з РС найбільш значимою була різниця між рубриками «відсутність клінічно вираженого безсоння» ($p < 0,01$) і «важке безсоння» ($p < 0,01$) за даними шкали ISI (дивись табл. 2.), і «відсутність клінічно вираженої сонливості» ($p < 0,01$) і «легка сонливість» ($p < 0,01$) за даними шкали ESS (дивись табл. 2.).

Таким чином, видно, що у пацієнтів з РС II групи мають місце більш важкі прояви безсоння і денної сонливості, що на нашу думку, пов'язано з наявністю у них коморбідної патології.

Шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона (r) нами було проведено кореляційний аналіз даних хворих з РС I і II груп: між показниками ISI та даними ESS, а також між даними цих обох шкал і ступенем інвалідності (EDSS), рівнем втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ) та узагальненими показниками ЯЖ (SF-36) (дивись табл. 3).

Насамперед з'ясувалось, що існують тісні позитивні кореляційні зв'язки в I і II групах

хворих з РС між показниками ISI та даними ESS ($r=0,27$, $p < 0,05$; і $r = 0,33$, $p < 0,01$ відповідно). Найбільш тісні достовірні позитивні кореляційні зв'язки в I і II групах хворих з РС мали місце між показниками ISI та FSS ($r = 0,43$, $p < 0,01$; і $r = 0,51$, $p < 0,001$ відповідно), ESS та FSS ($r = 0,37$, $p < 0,01$; і $r = 0,42$, $p < 0,01$ відповідно), тоді як найменш виражену позитивну кореляцію ми отримали між показниками ISI та ВАШ ($r = 0,15$, $p > 0,05$; і $r = 0,19$, $p > 0,05$ відповідно), а також між показниками ESS та ВАШ ($r = 0,13$, $p > 0,05$; і $r = 0,16$, $p > 0,05$ відповідно).

Між показниками ISI та EDSS, BDI-II, узагальненими показниками ЯЖ, а також між показниками ESS та EDSS, BDI-II, узагальненими показниками ЯЖ в обох групах хворих з РС мали місце позитивні кореляції середнього рівня (дивись табл. 3), але, слід зауважити, що у пацієнтів з РС II групи по всім дослідженим параметрам кореляційні зв'язки були більш чіткими.

Серед досліджуваних нами хворих і практично здорових осіб основної і контрольних груп, 76 (37,1%) пацієнтів з РС, 10 (29,4%) пацієнтів з РЕМ і навіть 17 (22,7%) практично здорових лікарів з різною частотою вдавалися до використання препаратів, що володіють снодійним ефектом для корекції ПС, при цьому достовірних відмінностей за частотою використання транквілізаторів і снодійних препаратів в I і II групах хворих з РС ми не виявили ($p > 0,05$), тоді як відмінності між групою хворих з РС і обома контрольними групами були достовірними ($p < 0,05$). Вживання снодійних ліків для корекції ПС, на наш погляд, вказує на зниження адаптаційного потенціалу та спробу повернути контроль над порушеним циклом сон-неспанння, що

Таблиця 3

Кореляція (r^*) у хворих з PC I і II груп між рівнем безсоння (ISI) та рівнем денної сонливості (ESS), а також між ними та EDSS, FSS, (BDI-II, ВАШ, SF-36)

Об'єктивізація ПС у хворих з PC		Хворі з PC I групи (n=105)							Хворі з PC II групи (n=102)						
		EDSS	FSS	BDI	ВАШ	ЯЖ	ESS	ISI	EDSS	FSS	BDI	ВАШ	ЯЖ	ESS	ISI
Використані для оцінки ПС шкали	ISI	0,25***	0,43***	0,26***	0,15**	PH 0,21***	0,27***	-	0,28***	0,51***	0,35***	0,19**	PH 0,20***	0,33***	-
						MH 0,14**							MH 0,23***		
	ESS	0,22***	0,37***	0,23***	0,13**	PH 0,20**	-	-	0,24***	0,42***	0,29***	0,16**	PH 0,21***	-	-
						MH 0,22***							MH 0,24***		

* r — коефіцієнт кореляції Пірсона; ** — $p > 0,05$; *** — $p < 0,05$; **** — $p < 0,01$; ***** — $p < 0,001$.

відбувається як під впливом хронічної дизритмії (яка, власне, і призводить до порушень функцій імунної системи і лежить в основі автоімунного запалення ЦНС у разі PC і PEM), так і внаслідок негативного впливу високої інтенсивності професійних навантажень у практично здорових лікарів.

Для купірування денної сонливості, переважна більшість досліджуваних нами осіб основної і контрольних груп (60,4% пацієнтів з PC, 73,5% пацієнтів з PEM і 82,7% практично здорових лікарів), в різній мірі вдавались до застосування натуральних кави, чаю, лікарських речовин, що містять кофеїн, або, в меншій мірі, інших психостимуляторів.

Крім медикаментозних засобів, для купірування ПР у хворих з PC I та II груп нами було ефективно використано методи рефлексотерапії, які дозволяють урівноважити процеси збудження і гальмування в ЦНС у відповідності до природних ритмів: максимально мобілізувати мозкову активність в світлий період доби на тлі зниження когнітивної продуктивності, і, разом з тим, підняти ефективність нічного відпочинку,

відновлюючи внутрішні біологічні ритми і усуваючи прояви системного десинхронозу, зокрема його негативні впливи на нервову, імунну та ендокринну системи.

Висновки

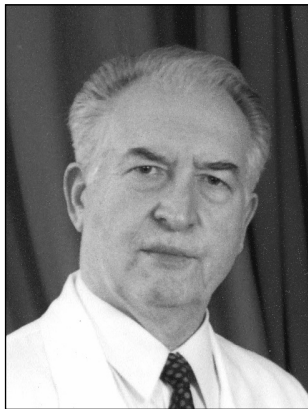
1. PC є серйозною проблемою у хворих з PC і заслуговують подальшого вивчення як в діагностичному, так і у лікувальному аспектах.
2. Найчастіше серед ПС у досліджуваній групі хворих з PC спостерігались інсомнії (54,1%). Саме вони, на нашу думку, призводили до зменшення загальної тривалості нічного сну, а також, здебільшого, провокували розвиток гіперсомнії (43,0%).
3. У пацієнтів з PC II групи мають місце більш важкі прояви безсоння і денної сонливості, що на нашу думку, пов'язано з наявністю у них коморбідної патології.
4. За даними кореляційного аналізу, ступінь ПС у хворих з PC найтісніше корелював з рівнем втоми, спостерігались також тісні кореляції між рівнем інсомнії та денної сонливості.

Література:

1. Omachi T. A. Measures of sleep in rheumatologic diseases / Omachi T. A. // Arthritis Care & Research . — 2011. — № S11. — Vol. 63. — P. S287–S296.
2. Віничук С.М. Розсіяний склероз: діагностика та лікування проявів втоми / Віничук С.М., Копчак О.О. — К.: Наукова думка, 2007. — 134 с.
3. Мурашко Н.К. Аналіз коморбідності та чинників стилю життя у хворих з розсіяним склерозом / Мурашко Н.К., Чуприна Г.М. // Сімейна медицина. — 2013. — № 5. — С.85-87.
4. Чуприна Г.М. Нетрадиційні підходи до діагностики та лікування хворих з астеничними синдромами при неврологічних захворюваннях / Чуприна Г.М., Мачерет Є.Л., Коваленко О.Є. // Збірник наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика. — 2008. — Вип. 17. — кн. 2. — С.819-825.
5. Міастенія /Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Коркушко О.О. [та ін.]. — К.: Нічлава, 2009. — 286 с.

6. Пономарев В.В. Аутоиммунные заболевания в неврологии. / Пономарев В.В. — Минск: Беларуская навука, 2010. — 254 с.
7. A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance/ Stebbings S., Herbison P., Doyle T.C. [et al.] // *Rheumatology (Oxford)*. — 2010. — Vol.49. — P.361–367.
8. Abad V.C. Sleep and rheumatologic disorders/ Abad V.C., Sarinas P.S., Guilleminault C.// *Sleep Med Rev* 2008;12:211–28.
9. The prevalence and associations of sleep disturbances in patients with systemic lupus erythematosus./ Chandrasekhara P.K., Jayachandran N.V., Rajasekhar L. [et al.] // *Mod Rheumatol*. — 2009. — Vol.19. — P.407–415.
10. Brass S. D. The underdiagnosis of sleep disorders in patients with multiple sclerosis/ Brass S. D., Li C-S, Auerbach S.// *Journal of Clinical Sleep Medicine*. — 2014. — № 9. — Vol.10. — P. 1025 -1031.
11. Sleep disorders and fatigue in multiple sclerosis: evidence for association and interaction./ Kaminska M., Kimoff R.J., Schwartzman K. [et al.] // *J NeurolSci*. — 2011. — Vol.302. — P. 7-13.
12. Restless leg syndrome, sleep quality and fatigue in multiple sclerosis patients/ Moreira N.C.V., Damasceno R.S., Medeiros C.A.M. [et al.] // *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. — 2008. — Vol.41. — P.932-937.
13. A systematic review of the incidence and prevalence of sleep disorders and seizure disorders in multiple sclerosis/ Marrie R. A., Reider N., Cohen J. [et al.] // *Multiple Sclerosis Journal*. — 2015. — № 3. — Vol.21. — P. 342–349.
14. Poor sleep in patients with multiple sclerosis/ Lunde H. M. B., Aae T. F., Indrevag W. [et al.] // *PLOS ONE*. — 2012. — Vol.7. — Is. 11.-e49996. — P.1-5.
15. Sleep problems in multiple sclerosis/ Tachibana N., Howard R.S., Hirsch N.P. [et al.] // *Eur Neurol*. — 1994. — Vol.34. — P. 320–323.
16. Prevalence of sleep problems in individuals with multiple sclerosis. /Bamer A.M., Johnson K.L., Amtmann D. [et al.] // *Mult Scler*.-2008. — Vol. 14. — P.1127–1130
17. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. / Reid K.J., Marinovick Z., Finkel S. [et al.] // *Am J Geriatr Psychiatry*. — 2006. — №10.-Vol. 14. — P.860–866.
18. Josshi S. Non-pharmacological therapy for insomnia in the elderly. / Josshi S. // *Clin Geriatr Med*. — 2008. — №1. — Vol. 24. — P.107–119.
19. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. / Johns M.W. // *Sleep* 1991;14:540–5.
20. Efficacy and safety of modafinil (Provigil) for the treatment of fatigue in multiple sclerosis: a two centre phase 2 study./ Rammohan K.W., Rosenberg J.H., Lynn D.J. [et al.] // *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:179–83.
21. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents./ Daley M., Morin C.M., LeBlanc M. [et al.] // *Sleep Med* 2009;10:427–438.
22. Sleep disturbances in patients with multiple sclerosis/ Pokryszko-Dragan A., Bilin'ska M., Gruszka E. [et al.] // *Neurol Sci*.-2013. — Vol.34. — P.1291–1296.

Психолого-соціологічні проблеми громадянського суспільства в Україні



Лісовенко В. Л.

Лісовенко В. Л.

Професор Національного Університету ДФС України,
Заслужений лікар України, Екс-консультант ВООЗ ООН

Резюме. Розглядаються соціально-психологічні та соціокультурні особливості громадянського суспільства та проблеми його функціонування в Україні з психолого-соціологічного погляду.

Ключові слова: соціально-психологічні відносини і інтереси, соціальний факт, соціальний устрій, середній клас, громадянське суспільство, психолого-соціологічний підхід.

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

Lisovenko V. L.

Resume. In this article is consider the problems of modern state of development Ukrainian socium and also psychologo – sociological peculiarity of civil society in the Ukraine. It is informed, that effective public activity of civil society is possible only when there is middle class, function democracy and is keep human rights and freedoms. Therefore presence of real civil society is the task future Ukrainian State as absolute member of Europeon Union.

Key words: social fact, psychologo-social relations and interests social arrangement, psychologo-sociological approach, middle class, sivil society.

Громадянське суспільство як соціальний інститут уособлює в собі колективну спільність людей, об'єднаних в добровільні союзи чи асоціації, що є складовою соціальної структури соціуму для забезпечення нагальних потреб і інтересів громадян, а також їх прав і свобод на різні форми індивідуально — колективної діяльності згідно у відповідності з чинним законодавством.

Це, насамперед, інститути громадянського суспільства економічного, соціально-політичного, гуманітарного, соціокультурного, медико-соціального, духовного, релігійного та іншого змісту, що потребують постійної уваги як з боку влади, так і суспільства в цілому, а також соціального захисту від неправомірного втручання держави та регламентації щодо їх діяльності. Що ж стосується наукового дослідження чи значення їх ролі для суспільства та життєдіяльності людей, то цією проблемою опікуються філософія, психологія, соціологія, політологія, історія та ряд інших наук гуманітарного напрямку.

Проте на відміну від, скажімо, філософії, політології, історії, тощо, психологія і зокрема соціальна психологія та соціологія, як науки про людину і суспільство та соціально-психологічні зв'язки і стосунки, при вивченні суспільно-психологічних процесів спираються лише на соціальні факти і явища, а не задекларовані загальні ідеї, гіпотези чи абстрактні міркування.

Крім того психолого-соціологічні висновки базуються на конкретних психолого-соціологічних дослідженнях за допомогою методів опитування, спостереження, експерименту, контент-аналізу та інших, виходячи з конкретних

результатів обстеження, емпіричного досвіду та принципу позитивізму (лат. positivus — заснований на фактах досвідів), який був запропонований ще в 30х роках XIX століття засновником соціології, французом Огюстом Контом (1798-1857) в його соціологічній концепції «Курс позитивної філософії». Причому О. Конт вважав, що метод спостереження для вивчення соціальних фактів має найбільше значення, в той час як, наприклад, історичний метод доцільно застосовувати для дослідження закономірностей формування, становлення та змін соціальної динаміки суспільних процесів.

Необхідно також підкреслити, що як уже зазначалося, соціологія та соціальна психологія при вивченні особливостей і закономірностей розвитку суспільних зв'язків і відносин між людьми не покладаються на віру чи інтуїцію, а намагаються зрозуміти, чому існують ті чи інші соціально-психологічні явища і процеси, що лежить в їх основі та яким чином вони функціонують. Саме такий підхід до вивчення природи людини і законів розвитку суспільства отримав назву соціологічного підходу, який за визначенням відомого американського соціолога Джона Масіоніса з посиланням на Пітера Біргера (Peter Birger, 1963), означає уміння бачити загальне в особистому, щоб оцінити можливості і перешкоди як у власному житті, так і соціальному середовищі реальності оточуючого світу, спонукаючи тим самим дослідників до активного пізнання соціальної реальності.

Звідси і беруть свій початок так звана «розуміюча» соціологія відомого німецького

соціального філософа і соціолога Макса Вебера та основи соціально-психологічного підходу в соціології визначного французького філософа-соціолога, автора відомої праці «Самогубство» Еміля Дюркгейма, які закликали вчених сприймати вчинки людей не якимись ізольованими діями, а як їх взаємодію між собою, що вимагає пояснень внутрішніх суб'єктивних мотивів, намірів і прагнень людей, які вступають з іншими людьми у соціально-психологічні взаємовідносини. Причому М. Вебер вважав, що всі природні речі повинні бути пояснені, а суспільні явища і процеси зрозумілі кожній людині.

Виходячи з цього, психолого-соціологічний погляд щодо сутності громадянського суспільства передбачає таке розуміння соціального устрою, який завдяки впливу громади існує для забезпечення потреб, інтересів, та основоположних прав і свобод людини при наявності належного соціального контролю та вільного вибору громадянами своєї політичної, економічної і духовної діяльності.

Проте в сучасних умовах, об'єктивна оцінка діяльності громадянського суспільства в Україні викликає певні труднощі, так як українське суспільство наразі перебуває на транзитивному етапі свого розвитку і фактичної соціально-психологічної несумісності функціонування двох теперішніх соціальних структур: старої — у вигляді робітничо — селянського класу з пресловутим інтелігентським прошарком і нової — у складі бізнесових структур різного ґатунку, найманих працівників робітничих професій і сфери послуг, а також безробітних і різних маргінальних груп, між якими майже відсутня як суспільна морально — психологічна комунікація, так і соціально — політична та економічна інтеграція і консолідація.

В зв'язку з цим в процесі соціальної трансформації авторитарно — бюрократичного ладу, сформованого ще за радянських часів комуністичним режимом, виникло ряд серйозних соціально-психологічних проблем, що зумовили глибокі соціально — політичні, соціально — економічні, соціокультурні та інші кризові явища і процеси, які в свою чергу призвели до зниження рівня життя громадян, загострення соціальних проблем, занепаду моралі і духовності, правового нігілізму та соціальної аномії у більшості членів суспільства.

За визначенням ряду спеціалістів, в тому числі відомого політика, колишнього держсекретаря США З. Бжезинського, українське суспільство на даному етапі перебуває в стані так званого посттоталітарного синдрому, який характеризується переважно деідеологізацією його членів, їх турботами про власні потреби і інтереси, схильністю до протестних настроїв

проти насильства та ігнорування законів держави, а також демілітаризацією суспільства, що за останні десятиліття фактично призвело до занепаду і неієздатності як армії, так і належного державного управління нею.

Крім того, однією із суттєвих причин, що негативно впливають на розвиток і модернізацію суспільства, є проблема зайнятості населення і вкрай повільного зростання середнього класу та недостатньо ефективного функціонування громадянського суспільства, діяльність якого в основному активізується в кризові періоди суспільних відносин.

Так, за даними соціально — психологічних і соціологічних досліджень, а також самих оптимістичних джерел інформації середній клас в Україні складає всього лише від 10 до 20% від загальної кількості населення, в той час як в цивілізованих країнах — 60% і більше.

А як загальновідомо саме на середній клас у високо розвинутих країнах світу орієнтовані закони держави і саме він створює реальні умови та можливості для розвитку і діяльності громадянського суспільства.

Середній клас західних постіндустріальних суспільств є основною рушійною силою, що здатна до лобіювання інтересів громадян перед державою і спроможна до обмеження інтересів влади. Тому в постіндустріальних суспільствах він є основним виробником матеріальних благ, що може забезпечити як значні накопичення капіталу, так і його витрати на власні потреби і інтереси.

У демократичній правовій державі середній клас як правило характеризується: економічною незалежністю від держави, професіоналізмом, високою соціально-психологічною самооцінкою своєї діяльності, яка ґрунтується на усвідомленні своєї ролі та значимості в громадському житті, в тому числі і як соціального медіатора суспільства.

В свою чергу, власність та вагомий соціальний статус кожного представника середнього класу гарантує йому високу якість і стиль життя, впевненість у завтрашньому дні та збереженні існуючої соціальної системи.

Поряд з цим середній клас в економічно розвинутих країнах одночасно виступає як носій суспільних інтересів, потреб і цінностей суспільства, суспільних норм і стандартів, зразків поведінки, стилю життя, тощо.

Зростання ж чисельності середнього класу в суспільстві фактично призводить до ліквідації протистояння багатства і бідності та значної соціальної несправедливості в бідних і мало розвинутих країнах світу.

В Україні ж середній клас поки що не став ні основною силою виробництва, ні фактором

стабільного розвитку держави, ні захисту базових потреб і інтересів членів українського суспільства. А головною перешкодою цього більшість фахівців, що безпосередньо займаються проблемами наукового суспільнознавства, вважають так званий кланово-олігархічний принцип побудови соціальної системи в Україні та сформованих на її основі відповідних соціально-психологічних, соціально-політичних, соціально-економічних та соціокультурних стосунків і інтересів громадян.

На жаль, в Конституції України ні зразка 1996 р., ні 2004р., коли здавалось би після так званої «померанчевої революції», повинні були б внесені в її текст певні зміни і доповнення щодо ролі громади і народу, як головного джерела влади, так і не знайшлося місця для визнання і утвердження таких соціальних категорій як середній клас чи громадянське суспільство, незважаючи на те, що вони є важливим надбанням і невід'ємною конституційною нормою соціальних взаємовідносин між владою і суспільством у демократично — правових державах. І лише недавно у Верховній Раді України відбулися громадські слухання з цього питання.

Але, як свідчить міжнародний, а тепер уже і вітчизняний досвід, саме олігархічні клани, маючи владу і задаючи параметри політичної, економічної і соціальної системи держави, прагнуть не допускати ні вільної конкуренції, ні реального доступу іноземних інвестицій, ні рівноправних умов господарювання малого і середнього бізнесу, так як в Україні бізнес і політика перебувають, як правило, в руках існуючого істеблішменту, що продовжує настійливо захищати власні олігархічні інтереси.

Що ж стосується психолого-соціологічної оцінки діяльності українського суспільства, то вона як уже зазначалось, характеризується кризою суспільно-психологічної довіри до влади, постійними економічними і соціальними труднощами, порушенням прав і свобод та основних потреб і інтересів членів суспільства, зниженням їх соціокультурного рівня та стану здоров'я і правосвідомості громадян, а також загостренням суспільно-психологічних відносин між людьми внаслідок соціальної несправедливості та класової нерівності.

В свою чергу, подібні негативні властивості сформованого суспільного устрою при відсутності достатньо розвинутих інститутів демократії, громадянського суспільства та ефективного соціального контролю створюють основні проблеми для виходу країни з сучасної кризової політики — економічної, соціально-правової та соціально — психологічної ситуації, що особливо відчувається після падіння останнього правлячого режиму.

В контексті вищезазначеного стану справ в Україні можна констатувати, що суспільство в цілому не відчуває позитивного впливу існуючого громадянського суспільства як і активних дій середнього класу для виходу із кризової ситуації та нормалізації соціально — психологічного клімату в державі. Більше того є достатньо підстав, щоб стверджувати, якщо не про дефіцит цього впливу, то по крайній мірі про сьогоднішню ще недостатню зрілість дієздатного громадянського суспільства в Україні, підтвердженням чого є фактична відсутність його голосу і практичних дій щодо захисту нагальних потреб і інтересів громадян та певна безпорадність деяких урядових структур перехідного періоду, у яких фактично відчувається відсутність належної політичної волі та надійної опори в суспільстві, і якою, як відомо, в демократичних країнах є середній клас та громадянське суспільство. В цілому ж складається враження, що наше громадянське суспільство ніби так і залишилось стояти на Майдані Незалежності зі своїм правим сектором, небесною сотнею, автомайданом, самообороною та різними самопроголошеними громадськими організаціями, які навіть у своїй сукупності поки що не досягли нормативного статусу справжнього загально-визнаного громадянського суспільства як надійного захисника демократії та прав і свобод громадян в боротьбі за національні інтереси і територіальну цілісність країни.

Отже, щоб в кінцевому випадку відповісти на запитання, чи існує насправді в Україні громадянське суспільство як реальність і соціальний факт та про його роль у функціонуванні держави, є очевидно необхідність знову повернутись до визначення поняття та сутності громадянського суспільства.

І як уже зазначалось, адекватну відповідь можна отримати, спираючись лише на соціальні факти та розуміння змісту і результатів загальної діяльності цього соціального інституту, згідно з яким громадянське суспільство — це такий соціальний устрій суспільства, коли існує багатокладна економіка, забезпечується верховенство права та функціонує демократизм політичної системи, а також діють моральні норми, що надають громадянину вільний вибір економічної, політичної і духовної діяльності. Іншими словами: громадянське суспільство це — суспільство, громадяни якого свідомі своїх прав і обов'язків та суспільної відповідальності за добробут і життєдіяльність держави, а також всіх громадян щодо забезпечення їх прав, основоположних свобод, базових потреб, і інтересів та здійснення соціального контролю за діями влади.

Безумовно, що громадянське суспільство успішно може функціонувати лише тоді, коли

економічна система країни максимально роздержавлена і діє за принципами самоорганізації, саморегулювання і самоуправління, а політична система виступає як механізм узгодження соціальних інтересів всіх членів суспільства. В свою чергу громадянське суспільство, насамперед, повинно виконувати функцію захисника прав і інтересів людей на різні форми індивідуально — колективної діяльності, а соціальна система мати чітку класову структуру та самостійні гілки влади з відповідною системою їх противаг. Крім того, для зміцнення громадянського суспільства необхідно створення і діяльність самостійних мас-медіа, наявність безпосередніх контактів з

урядом і опозицією, окремих інститутів громадянського суспільства та благодійних фондів і організацій, які б опікувались суспільними потребами галузей освіти, права, культури, медицини, тощо.

Наразі подібні критерії і функції для діяльності загальноновизнаного громадянського суспільства в Україні є очевидно поки що завданням майбутньої демократично — правової держави, побудувати яку можливо лише при повноцінному її членстві в складі Європейського Союзу та наявності політичної волі у влади при безпосередній підтримці і довірі до її дій з боку громади.

Література:

1. Вебер М. Избранные произведения. М., Прогресс, 1990.
2. Гаєць В. Державність України. На шляху до громадянського суспільства. Віче, 1995, №5.
3. Громадянське суспільство в Україні: Проблеми становлення. Київ.Логос, 1997.
4. Головаха Е.И. Изменения социальной структуры и формирование среднего класса на Украине. Соц.журнал., №4, 1997.
5. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. М, 1994
6. Изменения социально — классовой структуры обществ в условиях его трансформации. Х. 1997.
7. Кириченко С.О. Шляхи формування громадського суспільства і правової держави, Київ., Логос, 1999.
8. Кириченко С.О. Громадянське суспільство і правова держава: поняття та зміст, К.Логос, 1999.
9. Кремень В. Політична стратегія України: порівняльні перспективи, Віче, 1994, №11.
10. Кравченко А. И. Социология. Хрестоматия для ВУЗов, М., 2003.
11. Михальченко М.І., Журавський В.С., Танчер В.В. Соціально — політична трансформація України: реальність, міфологеми, проблеми вибору, К., 1997. №11.
12. Москаленко В.В. Соціальна психологія. К, 2005
13. Світа Г.М. Середній клас: суть та умови формування в Україні., Вісник ЛДУ ім. І. Франка., 1995.
14. Соціологія: словник термінів і понять. За ред.. Біленького Є.А. і Козловця М.А., Київ, Кондор, 2006.

УДК 616.891.6-092:616-001

Особливості медико-психологічної реабілітації демобілізованих учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом в санаторно-курортних умовах



Михайлов Б. В.



Сердюк О. І.



Галаченко О. О.



Галаченко В. В.



Алієва Т. А.



Вашкіте І. Д.

Михайлов Б. В., д.мед.н., проф., зав. каф. психотерапії ХМАПО,

Сердюк О. І., д.мед.н., проф., гол. лікар «Клінічний санаторій «Березівські мінеральні води»

Галаченко О. О., к.мед.н., доц., гол. лікар «Клінічний санаторій «Хмільник»»

Галаченко В. В., заст. гол. лікаря з оргметод. роботи «Клінічний санаторій «Хмільник»»

Алієва Т. А., к.псих.н., психолог кафедри психотерапії ХМАПО

Вашкіте І. Д., к.мед.н., асистент кафедри психотерапії ХМАПО

Резюме. Рассматриваются вопросы медико-психологической реабилитации демобилизованных участников АТО в санаторно-курортных условиях. Уделено внимание определению, этиологии и патогенеза, первичной диагностики посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях.

Ключевые слова. Посттравматическое стрессовое расстройство, медико-психологическая реабилитация, санаторно-курортные условия.

Features of medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation with PTSD in sanatorium conditions

Mikhailov B. V., Serdyuk O. I., Halachenko A. A., Halachenko V. V., Aliyeva T. A., Vashkita I. D.

Resume. The problems of medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium conditions. Attention is paid to the definition, etiology and pathogenesis, primary diagnosis of PTSD have demobilized members of the antiterrorist operation located on rehabilitation in sanatorium conditions.

Key words. Post-traumatic stress disorder, medico-psychological rehabilitation, sanatorium-resort conditions.

Кінець XX століття і початок третього тисячоліття характеризуються глобальними цивілізаційними процесами суперечливого характеру. Соціальний прогрес супроводжується посиленням соціальної напруженості. При цьому негативний соціальний потенціал накопичується за рахунок подій катастрофічного характеру — соціальних потрясінь, воїн і катастроф техногенного походження. [9]

На сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та вимушені міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них різних розладів психіки і поведінки психогенного походження.

Найбільш частим з них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР як діагностичну рубрику склалися в 70 — 80-х роках минулого сторіччя, проте розлади, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів) описували і діагностували і раніше. [4]

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження були проведені у зв'язку з Першою світовою війною (1914 — 1918). Е. Краєрелін (1916), характеризуючи травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом. [2]

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів глибше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що описаний поств'єтнамський симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його посттравматичним стресовим розладом.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природних та індустриальних катастроф, можна віднести до 50-60-х років минулого століття. [2]

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій.

Вивчення постраждалих із посттравматичними стресовими розладами дозволило виявити, що в дитинстві вони потерпали від психотравм значно частіше, а ніж постраждали, у яких не спостерігався вищезазначений розлад, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошувалися також вищі показники розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильництво (або примушення у вступ до статевих зв'язків із кимось з найближчого оточення

дитини) корелювало із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки. [4]

Преморбідні особистісні особливості хворих із посттравматичними стресовими розладами гетерогенні. Хоча люди, в характері яких присутні риси тривожності, особливо схильні до розвитку посттравматичних стресових розладів, подібні розлади нерідко виникають і при obsesivному, залежному і навіть шизоїдному типі особистості. Проте логічно було б чекати, що індивіди з вищими показниками по опитувальниках для оцінки рівня невротизації (або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів посттравматичних стресових розладів, чим люди флегматичнішого складу.

Істотно підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів виявився у тих, хто постійно піддавався негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важковирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя. [4]

Слід зазначити, що у всіх обстежених нами хворих спостерігалась наявність проблем у мікросоціумі, таких, як, наприклад, конфлікти в родині з батьками або дітьми, розлучення, друзями, колегами по роботі тощо.

У етіології посттравматичних стресових розладів головну роль відігравали такі три групи чинників.

I. Спадково-конституціональні.

У цій групі необхідно виділити конституційно-типологічні особливості центральної нервової системи і особистісно-акцентуйовані особливості.

II. Психоемоційні, або психогенні.

Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, які мали як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це відігравали роль психогенії.

III. Психоорганічні.

Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпроментованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу.

Для чоловіків найбільш частими чинниками була участь у військових подіях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

З клінічної точки зору посттравматичний стресовий розлад відносився до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка носила патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації представляли безпосередню загрозу для біологічно або соціально повноцінного існування людини, причетність

її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або окремого характеру, — таких, як стихійні лиха, війни або техногенні катастрофи тощо).

Саме тому медико-психологічна реабілітація має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, що призвело до її активного відбудування та поступового обов'язкового залучення до частини комплексних реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО.

Метою цього дослідження було впровадження Програми медико-психологічної реабілітації у демобілізованих учасників АТО з посттравматичними стресовим розладом, які знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах.

Посттравматичний стресовий розлад у клінічній практиці має відповідну — однойменну — рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду і представляється як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

В дослідженні взяло участь 80 демобілізованих учасників АТО, які знаходились на медико-психологічній реабілітації в санаторно-курортних умовах. У ході дослідження основна група з 80 хворих була розділена за Міссісіпською шкалою визначення наявності ПТСР на групу втручання 1, в яку увійшли 63 хворих з ПТСР ($126,7 \pm 3,18$), та групу втручання 2, в яку увійшли 17 хворих, які не мали ознак ПТСР, але мали скарги на психічний стан ($74,5 \pm 2,36$).

Програма медико-психологічної реабілітації здійснювалась протягом 40 годин за трьома основними етапами: діагностичним, корекційним та підтримуючим.

На першому етапі клініко-психопатологічного дослідження для первинної діагностики емоційного стану у демобілізованих учасників АТО нами були використані наступні шкали суб'єктивної та об'єктивної оцінки: шкала тривоги та депресії М. Гамільтона, шкала депресії А. Бека, шкала діагностики реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним, Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).

Основні психопатологічні феномени посттравматичного стресового розладу спостерігалися у вигляді облігатних симптомів:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «pavor nocturna»);
- обтяжливих сновидінь;
- недиференційованої тривоги;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації;

- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадували або асоціювалися з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторного недиференційованого збудження;
- емоційного притуплення, навіть до ступеню «*anaesthesia dolorosa psychica*».

В клініці в усіх хворих на посттравматичний стресовий розлад загальним було те, що переживання травми ставало головним в житті хворого, змінюючи стиль життя і соціальне функціонування, відбувався зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

В усіх обстежених хворих з посттравматичним стресовим розладом мало місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих були істотно знижені; спостерігалось також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

Результати патопсихологічного дослідження показали, що у всіх досліджених хворих був високий рівень реактивної тривоги (ГД1 — 100,0% ($46,8 \pm 1,04$) та ГД2 — 88,2% ($45,7 \pm 1,23$)), як реакція на пережитий стрес, тоді як рівень особистісної тривожності превалював серед хворих, які мали діагноз ПТСР, як за об'єктивною (у 93,7% ($20,6 \pm 2,3$)), так і суб'єктивною оцінкою (у 90,5% ($44,5 \pm 1,12$)). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково сильно відчували наявність депресії (у ГД1 — 85,7% ($15,1 \pm 2,04$) та у ГД2 — 64,7% ($17 \pm 1,3$)), але за об'єктивними даними у 76,2 % хворих з ПТСР рівень депресії був вищим ($17,7 \pm 0,5$).

На другому етапі була проведена медико-психологічна реабілітація для демобілізованих учасників АТО, яка здійснювалась за ступеневим принципом:

1. Перша ступінь — заклади первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики — сімейної медицини)
2. Друга ступінь (за потребою) — амбулаторна допомога у територіальних загальносоматичних та спеціалізованих закладах охорони здоров'я (кабінети психотерапії).
3. Третя ступінь (за потребою) — реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій.
4. Четверта ступінь (за потребою) — центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі «Укрпрофоздоровниці».

Змістовною частиною цієї системи була Програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, яка розроблена відповідно до європейських та світових стандартів.

При цьому медико-психологічна реабілітація визначалася як комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків), психосоціальна реабілітація — як комплекс заходів, які спрямовані на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків).

Для вирішення основних задач медико-психологічної реабілітації були оптимально використовувані різні фактори, індивідуально підібрані лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруги адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів, а саме:

1. Принцип максимального синергічного співробітництва: лікар-пацієнт-терапевтичний комплекс.
 2. Багаторівневий характер саногенних заходів.
 3. Сполучений характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів.
 4. Послідовність і етапність проведення заходів.
 5. Комплексний підхід для вирішення клінічних задач, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів.
 6. Принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів.
- Тривалість програми — від 12 до 21 діб.
- Програма реалізувалася за 3 етапами:**
- 1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту — комплаєнсу).
Тривалість — 2–3 доби.
Проводилося:
 - структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря; психодіагностична сесія з фахівцем психологом;
 - визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;
 - узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;
 - початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.
 - 2) Основний (реабілітаційний).
Тривалість — 14–18 діб.
Проводилося:
 - індивідуальна психотерапія (4 сесії);
 - групова психотерапія (10–12 сесій);
 - релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

- ФТО, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);
- медикаментозна терапія (за показаннями).

У індивідуальній психотерапії перевага надавалася використанню когнітивно-біхевіоральній психотерапії. Когнітивна психотерапія найкраще зарекомендувала себе в лікуванні ПТСР, депресій, тривоги, фобій, панічних атак. В основі когнітивного підходу лежить твердження: «Емоції і поведінка людини визначаються тим, як він оцінює світ». Тобто, якщо в глибинах підсвідомості у людини є переконання «світ недружелюбний», то і поведінка його і емоції будуть відповідними.

Метою КБТ при лікуванні ПТСР була зміна емоційного стану і настрою хворого завдяки раціонально-логічній переробки пацієнтом суб'єктивного погляду на себе і світ, що досягалася раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативної і зниженою оцінки себе і своїх досягнень. Важливим було роз'яснення механізмів розвитку симптомів ПТСР, щоб у хворого було чітке уявлення про власну хворобу, можливості терапевтичного втручання. Пацієнту надавалася інформація, що від його власних зусиль залежить його стан, він може впливати на власні емоції і настрої. Змінювалося хворобливе уявлення про власну безпорадність щодо себе і хвороби і безвиході ситуації посттравматичного стресового розладу, і допомагали пацієнтові визначити позитивні фактори, на які він міг спиратися при подоланні наслідків ПТСР.

Групова психотерапія полягала в цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємин і взаємодій, що виникали між учасниками групи, включаючи і ведучого групи (психолога, психотерапевта), в корекційних цілях. Доцільним було створення психотерапевтичних груп закритого типу, кількістю від 10 до 12 учасників, за змістом психотерапевтична робота була спрямована на трансформування життєвої стратегії поведінки за рахунок зміни якості життя та адаптаційних механізмів (соціальної спрямованості).

В якості релаксаційних методів використовувалася сугестивна особистісно-орієнтована психотерапія, яка проводилася в групах по 10–12 чоловік. Сугестивний вплив у вигляді словесних формул був направлений на зняття емоційної напруги, концентрацію уваги на роботі життєво важливих органів і систем організму, настройку їх на ритмічну роботу. Розвивалася здатність вольового управління своїми вегетативними функціями, активністю, настроєм, самопочуттям. На психотерапевтичних сеансах засвоювалися формули для аутогенного тренування.

Клінічні ефекти, які досягалися на даному етапі: нормалізація психоемоційного статусу (поліпшення настрою, самопочуття, сну), нормалізація функціональних показників зовнішнього дихання (частоти дихання, життєвої ємності легень).

3) Супортивний (завершуючий / підтримуючий). Тривалість — 2–3 доби.

Проводилося:

- індивідуальна психотерапія (2–3 сесії);
- релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);
- завершення всіх інших лікувальних заходів.

За результатами проведеної медико-психологічної реабілітації було виявлено, що в обох групах досліджених у хворих стабілізувався емоційний стан за рахунок вироблення навичок саморегуляції, відновлення фізичного потенціалу військовослужбовців і проведення тривалих психологічних заходів. У психічному статусі хворих на ПТСР спостерігалась стабілізація сну, зниження дратівливості, покращення апетиту. Знизився рівень реактивної тривоги ($34,7 \pm 1,82$). За суб'єктивною ($11,2 \pm 0,8$) та об'єктивною ($15,7 \pm 1,1$) оцінкою спостерігалось стабілізація депресивного розладу. Хворі відмічали зниження частоти емоційного переживання і повернення в травматичну ситуацію ($p < 0,05$).

Література:

1. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження : методичні рекомендації // МОЗ України, ХМАПО МОЗ України, Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова // Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко і соавт. — Харків, 2014. — 18 с.
2. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. — 2015. — № 6 (76). — С. 59 — 71.
3. Лікування та реабілітація комбатантів — миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напреев, Н. О. Дзеружинська та ін.]. — К. : О. Т. Ростунов, 2012. — 76 с.
4. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма / рук-во для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. — М. : Медицина, 2005. — 432 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М. : Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.
6. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження : методичні рекомендації // МОЗ України, ХМАПО МОЗ України, Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова // Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко і соавт. — Харків, 2014. — 30 с.
7. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) — Київ — Харків : 2015. — 72с.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 №121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».
9. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. — Вид. 2-е, перероблене та доповнене. — Х. : ХМАПО, 2014. — 285 с.
10. Lanius R.A., Vermetten E., Loewenstein R.J., Brand B., Schmahl C., Bremner J.D., Spiegel D. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype // American Journal of Psychiatry. — 2010. — Vol. 167. — P. 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
11. Jonah D.E., Cusack K., Fomeris C.A., Forneris C.A., Wilkins T.M., Sonis J., Middleton J.C., Feltner C., Meredith D., Cavanaugh J., Brownley K.A., Olmsted K.R., Greenblatt A., Weil A., Gaynes B.N. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) // Comparative Effectiveness Reviews. — 2013. — Vol. 92.

УДК 616.891.6-092:616-001

Дополнительные возможности коррекции вызванных нейролептиками экстрапирамидных расстройств у больных шизофренией

Семенихин Д. Г.¹, Кучаева А. В.¹, Карпов А. М.¹, Михайлова Е. Б.¹, Муравьева А. В.²

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Республика Татарстан;

²ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева», Казань

Резюме. У 60 больных с параноидальной шизофренией с экстрапирамидной недостаточностью, обусловленной применением нейролептиков, проведен анализ влияния кортексина на психо-эмоциональную и экстрапирамидную симптоматику. Для оценки терапии кортексином у больных с параноидальной шизофренией использовались шкалы UKU, ESRS, PANSS. Установлено, что под влиянием кортексина наблюдалось достоверное уменьшение выраженности экстрапирамидных нарушений, а также редукция общей психопатологической симптоматики и улучшение интеллектуально-мнестических функций. Полученные данные дают основание рекомендовать применение кортексина в терапии и реабилитации больных с параноидальной шизофренией с экстрапирамидными побочными эффектами.

Ключевые слова: параноидальная шизофрения, кортексин

Additional possibilities for correction of movement disorders induced by neuroleptics in patients with schizophrenia

Semenikhin D.G., Kuchayeva A.V., Karpov A.M., Mikhailova E.B., Murav'eva A.V.

Kazan State Medical Academy, Kazan; Bekhterev Clinical Psychiatric Hospital, Kazan, Tatarstan Republic

Summary. In 60 patients with paranoid schizophrenia with extrapyramidal failure induced by neuroleptics there was analyzed the impact of cortexin on the psycho-emotional and extrapyramidal symptoms. To assess cortexin therapy in patients with paranoid schizophrenia was used UKU, ESRS, PANSS scales. It was found that under the cortexin influence there was a significant reduction of the severity of extrapyramidal disorders as well as the reduction of general psychopathology and improving of mental functions. The findings give reason to recommend cortexin in therapy and rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia with extrapyramidal side effects.

Key words: paranoid schizophrenia, cortexin.

Известно, что нейролептические препараты, являясь основным средством терапии психотических расстройств, вызывают нежелательные лекарственные реакции. Побочные эффекты нейролептической терапии могут приводить к тяжелым и опасным для жизни осложнениям и значительно ухудшать качество жизни пациентов. Профилактика и лечение нежелательных последствий антипсихотической терапии является важным разделом современной психофармакологии, а знание их клинических проявлений — необходимым условием клинической практики [3, 4]. В некоторых рандомизированных клинических исследованиях [9] было выявлено усиление психо-аналептического эффекта нейролептиков при сочетании их с ноотропными лекарственными средствами. Назначение нейролептиков в комбинации с ноотропными лекарственными средствами пациентам с параноидной шизофренией способствует уменьшению числа побочных эффектов, а также редукции негативной и позитивной симптоматики [5, 8, 10].

Цель настоящего исследования — изучение эффективности и безопасности применения кортексина в качестве средства дополнительной терапии для купирования

вызванных нейролептиками экстрапирамидных расстройств у страдающих параноидной шизофренией пациентов.

Материал и методы

На базе Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева было проведено плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности применения пептидного препарата — кортексина в качестве средства дополнительной терапии для коррекции экстрапирамидных расстройств.

В исследование были включены 60 страдающих параноидной шизофренией (F.20.0) пациентов, у которых экстрапирамидные побочные эффекты развились в процессе применения нейролептиков. Выборку пациентов составили 47 женщин и 13 мужчин в возрасте от 21 до 57 лет (средний 39±18 лет).

Обязательным условием включения больных в исследование являлась монотерапия нейролептиками (традиционные, атипичные) в стабильных дозах на протяжении не менее 2 нед до включения в исследование.

В исследование не включались: больные с общим баллом ≥70 по шкале оценки тяжести шизофрении (PANSS), с агрессивными и

суїцидальними тенденціями, с серйозними соматическими захворюваннями, в том числі клінічески значимими відхиленнями лабораторних показателів від норми, вагітні або годуючі груддю жінки, хворі зі схильністю до алергічних реакцій і гіперчутливістю або непереносимістю кортексину в анамнезі.

Методом простої рандомізації хворі були розділені на три групи. В 1-ю групу були включені 15 хворих, во 2-ю групу — 15 і в 3-ю групу — 30 пацієнтів. Хворим 1-ї групи вводили внутримышечно кортексин в дозі 10 мг 1 раз в сутки (вранці) в течение 5 днів, 2-ї групи — кортексин в дозі 10 мг 1 раз в сутки (вранці) в течение 10 днів, 3-ї групи — плацебо в течение 10 днів з аналогічною кратністю введення. В качестве плацебо внутримышечно вводили 2,0 мл дистиллированной воды.

Указанні групи пацієнтів були сопоставимі по діагнозу, полу, вісту, степені вираженості екстрапірамідних побічних ефектів при поступленні, а також по супутній патології.

Для оцінки степені вираженості екстрапірамідних побічних ефектів використовували шкалу оцінки побічних ефектів — UKU (Side Effect Rating Scale) і шкалу екстрапірамідних симптомів — EPRS (European Sleep Research Society). Для оцінки вираженості симптомів шизофренії використовували шкалу PANSS.

Продовжителісність дослідження складала 21 день. За даний період часу хворі обстежувалися во время 3 візитів: 1-й візит — в 1-й день, 2-й візит — 6-й день для 1-ї групи і 11-й день для 2-ї групи, 3-й візит — 21-й день з моменту призначення досліджуваного препарату.

На протязі всього періоду дослідження пацієнти не повинні були приймати інші засоби нейропротекції (ноотропи, антиоксиданти, антигіпоксанти), в том числі комбіновані препарати, а також транквілізатори.

Всі хворі підписали інформоване згоду на участь в дослідженні.

Статистическу обробку даних проводили з використанням програмного пакету Microsoft Office Excel 2011. Достовірними считали відхилення при рівні статистическої значимості 95% ($p < 0,05$).

Результати і обговорення

Були отримані статистически значимі відхилення між групами хворих, лічущихся кортексином групи 1-я і 2-я, в порівнянні з початковими даними по частоті і тяжкості екстрапірамідних порушень. Наблюдалося достовірне зменшення частоти розвитку екстрапірамідних побічних ефектів по

шкалам UKU і EPRS, таких як паркінсонізм, дистонія, дискінезія, загальна клінічесеска картина гостроти дискінезії, загальна клінічесеска картина гостроти паркінсонізму: во 2-й групі по порівнянню з 1-й ($p < 0,05$). В 3-й групі частота розвитку екстрапірамідних побічних ефектів достовірних змін не досягла ($p < 0,05$). Основні дані приведені на рис. 1 і 2.

Різниця в степені вираженості екстрапірамідних побічних ефектів між 1-й і 2-й групами, отримувалими кортексин, і 3-й групою (плацебо) відзначалися уже на 8–9-й дні від початку призначення кортексину. При цьому в 1-й і 2-й групах відбувалося достовірне переобладання долі хворих з зменшенням вираженості екстрапірамідних порушень по шкалі UKU (2-я група в порівнянні з 1-й; 2-я група в порівнянні з 3-й, $p < 0,05$), тенденція к меншому баллу по шкалі EPRS (1-я група в порівнянні з 3-й, $p < 0,05$; 2-я група в порівнянні з 3-й, $p < 0,05$). Достовірні відхилення в степені вираженості екстрапірамідних побічних ефектів по шкалам UKU і EPRS були виявлені при 3-м візиті між 2-й і 3-й групами ($p < 0,05$ відповідно).

Доля хворих з зменшенням вираженості екстрапірамідних побічних ефектів в 1-й і 2-й групах, отримувалих кортексин, була достовірно більше, чем в групі плацебо ($p < 0,05$), що проявлялося позитивною динамікою психічесеского і загального стану в цих групах. Подібну динаміку, вероятно, можна пояснити ноотропним дією кортексину: збільшенням порога нейропластичності, позитивним впливом на нейрокогнітивні функції. Дія кортексину, вероятно, було зв'язано з покращенням узгодженості різних систем мозку, керуючих руховою активністю [7].

Зниження баллів по порівнянню з початковими по шкалі PANSS свідечує про покращенні психічесеского статусу хворих параноїдною шизофренією. Динаміка загального балла по шкалі PANSS в 1-й і 2-й групах (загально) була такою: 1-й візит — 68, 2-й — 61, 3-й — 55. Відхилення між цими групами і групою плацебо було статистически значимим к концу дослідження. По підшкалам PANSS (позитивні симптоми, негативні симптоми, дезорганізація мислення, тривога/депресія) відхилення к концу дослідження були наступними: 2-я група в порівнянні з 3-й, $p < 0,05$; 2-я група в порівнянні з 1-й, $p < 0,05$. Зниження балльних оцінок по шкалі PANSS во время 3-го візиту во 2-й і 3-й групах було зв'язано з зменшенням вираженості екстрапірамідних побічних ефектів.

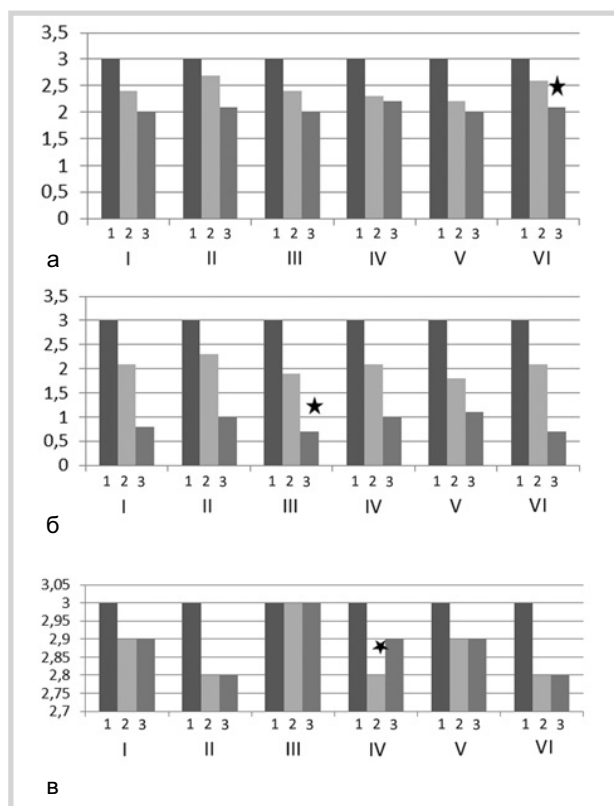


Рис. 1.

Динамика выраженности экстрапирамидных побочных эффектов по шкале UKU, баллы, в разных группах обследованных.

Здесь и на рис. 2: а — 1-я группа, б — 2-я группа, в — 3-я группа (плацебо); 1—3-й — визиты. По оси абсцисс — группам столбцов соответствуют виды экстрапирамидных расстройств: I — дистония, II — ригидность, III — гипокинезия, IV — гиперкинезия, V — тремор, VI — анатизия. * — достоверные различия по отношению к исходным данным на уровне $p < 0,05$.

Фармакотерапия кортексином способствовала снижению апатии, повышению интереса к окружающему, улучшению эмоционального состояния [1, 2]. Его применение способствовало также улучшению когнитивных функций: памяти, внимания, уменьшалась утомляемость, возрастала активность пациентов, что могло быть связано как с уменьшением выраженности симптомов заболевания, так и с уменьшением степени выраженности побочных эффектов нейролептической терапии [6]. В 1-й и 2-й группах исследования, получавших комбинированную терапию нейролептиками с кортексином, выявлен более выраженный психоаналептический эффект по сравнению с 3-й группой, что проявлялось редукцией негативной и позитивной симптоматики по шкале PANSS.

Литература:

1. Аведисова А.С., Ахапкин Р.В., Ахапкина В.И. и др. Анализ зарубежных исследований ноотропных препаратов (на примере пирацетама). Российский психиатрический журнал 2001; 1: 57—63.
2. Воронина Т.А. Гипоксия и память. Особенности эффектов и применения ноотропных препаратов. Вестник Российской АМН 2000; 9: 27—34.

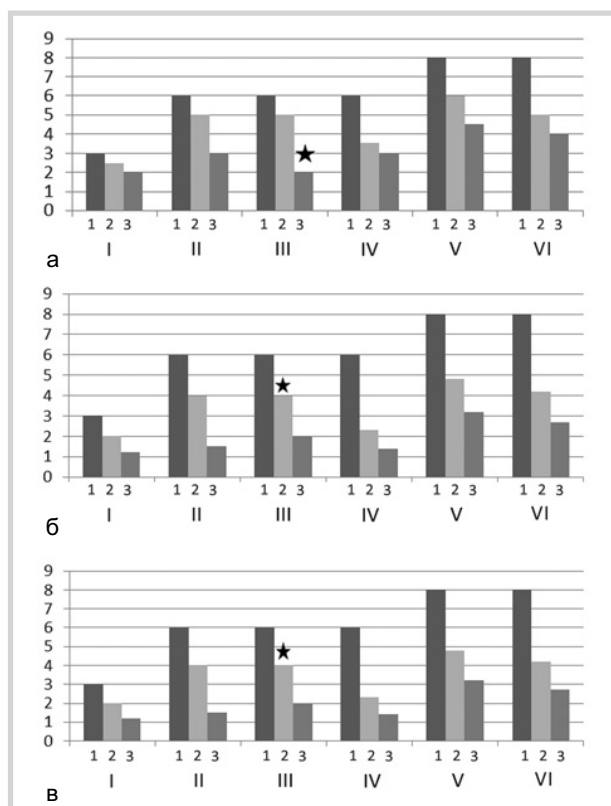


Рис. 2.

Динамика выраженности экстрапирамидных побочных эффектов по шкале ESRS, баллы, в разных группах обследованных.

По оси абсцисс группам столбцов соответствуют: I — паркинсонизм и дистония, II — паркинсонизм, III — дистония, IV — дистония, V — острая дискинезия, VI — острый паркинсонизм.

Проведенное исследование подтвердило безопасность применения кортексина. На протяжении всего периода исследования нежелательных реакций, в том числе усиления психопатологической симптоматики, зарегистрировано не было.

Таким образом, применение кортексина в качестве средства дополнительной терапии экстрапирамидных побочных явлений у больных параноидной шизофренией повышает эффективность лечения, способствуя редукции общей психопатологической симптоматики, снижению выраженности экстрапирамидных расстройств и улучшению интеллектуально-мнестических функций. Этот препарат целесообразно использовать при лечении и реабилитации больных параноидной шизофренией с экстрапирамидными побочными эффектами.

3. Крапивин С.В. Нейрофизиологические механизмы действия ноотропных препаратов. Журн неврол и психиат 1993; 93: 4: 104—107.
4. Шабалов Н.П., Скоромец А.А., Шумилина А.П., Платонова Т.Н., Середа Ю.В., Федоров О.А. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике. Вестн рос воен.-мед. акад 2001; 1: 5: 24—29.
5. Brown P. , Steiger M.J., Thompson P.D. et al. Effectiveness of piracetam in cortical myoclonus. Movement Disorders: official journal of the Movement Disorder Society 1993; 8: 1: 63—68.
6. Israel L., Melac M., Milinkevitch D., Dubos G. Drug therapy and memory training programs: a doubleblind randomized trial of general practice patients with age-associated memory impairment. International Psychogeriatrics 1994; 6: 155—170.
7. Kabes J., Sikora J., Pisvejc J. et al. Effect of piracetam on extrapyramidal side effects induced by neuroleptic drugs. International Pharmacopsychiatry 1982; 17: 185—192.
8. Koskiniemi M., Van Vleymen B., Hakamies L. et al. Piracetam relieves symptoms in progressive myoclonus epilepsy: a multicentre, randomised, double blind, crossover study comparing the efficacy and safety of three dosages of oral piracetam with placebo. J Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1998; 64: 344—348.
9. Noorbala A.A., Akhondzadeh S., Davari-Ashtiani R. et al. Piracetam in the treatment of schizophrenia: implications for the glutamate hypothesis of schizophrenia. J Clinical Pharmacy and Therapeutics 1999; 24: 369—374.
10. Sikora J., Kabes J., Pisvejc J. Management of neuroleptic side-effects with piracetam. Ceskoslovenska Psychiatrie 1981; 77: 137—142.

УДК 616.89-082:006

Отношение к больному с психическими расстройствами как критерий оценки морального состояния общества



Кутько И. И.



Панченко О. А.

Кутько И.И., Панченко О.А., Линева А.Н.

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
Харьковская областная психиатрическая больница №1 (Стрелечье)

Резюме. У статті аналізуються поняття анти психіатричних настроїв населення, як соціального феномену й стигматизації хворого, як клінічного явища. Обговорюються можливі напрямки подолання цих явищ у суспільній свідомості й дестигматизації хворих.

Ключові слова: антипсихіатричні настрої населення, стигма, стигматизація, дестигматизація.

Attitude to patients with mental disorders, as criterion of the morale of society

Kutko I. I., Panchenko O. A., Linev A.N.

SI «Scientific-practical medetsinsky of rehabilitation-diagnostics center MH of Ukraine»
Harkov regional psychiatric hospital № 1 (Strelechie)

Summary. Notions are analysed of articles: antipsychiatric moods of the population, as social phenomenon and stigmatization of patients, as clinical phenomenon. Discussed of possible directions of removal these phenomenas in public consciousness and destigmatization of patients.

Key words: antipsychiatric moods of the population, stigmatism, stigmatization, destigmatization.

Определение понятий

Под **психическими расстройствами** следует понимать обширный круг патологических состояний, перечисленных в Международных статистических классификациях и диагностических руководствах по психическим расстройствам и нарушениям поведения [8,9,10,11].

Социальную проблему создают так называемые **выраженные психические расстройства**, при которых больные утрачивают способность правильно понимать окружающее, отдавать отчет своим действиям и руководить ими. Именно **психические заболевания** такого уровня тяжести ассоциируются в сознании обывателя с понятием **психически больной** (корректнее было бы говорить о больном с психозом или слабоумием) [7,8,9,13].

Компонентом **морального состояния** общества, характеризующим уровень гуманности населения является комплекс официальных и негласных, но общепринятых **этических принципов** отношения сограждан к этим лицам [1,5,6,12,13].

При этом **гуманное отношение** к этой проблемной группе лиц предполагает толерантность к ним с последующей готовностью оказать этим людям социальную поддержку [1,2,3,5,6].

Не случайно Б.Я.Первомайский на лекциях студентам Ворошиловградского медицинского института (1970-1980 г.г.) неоднократно подчеркивал, что отношение к больным с выраженными психическими расстройствами обоснованно считается одним из тонких индикаторов уровня гуманности (или как принято сейчас говорить цивилизованности) сообщества.

Актуальность проблемы

Значимость этой проблематики связана с одной стороны с высокой популяционной распространенностью выраженных психических расстройств. Так по статистическим данным психиатрической службы как Украины так и Российской Федерации учтенность пациентов с выраженными психическими расстройствами значительно возросла в первую половину 90-х годов и эта тенденция сохранялась хотя и в меньшей степени в конце 90-х [7,9,14].

Фактически, не менее 25% населения хотя бы однократно в течение жизни требуют специализированной медицинской помощи у врача-психиатра [9].

В то же время, с другой стороны значительной социальной проблемой (почему то наиболее остро стоящей именно на европейском континенте) является негативное отношение населения как к этому контингенту сограждан, так и к психиатрической службе [12,13,15].

Возникнув в Украине в 70-е годы прошлого века антипсихиатрические настроения вначале казались преходящим явлением в общественном сознании [12,13].

Создавалось впечатление, что обыватель просто не может поверить в возможность купирования психоза за 2–3 недели активной терапии. Поэтому, утверждение больного, перенесшего параноидный психоз, о том, что никаких галлюцинаторно-бредовых расстройств у него не было, а он был просто госпитализирован как социально неудобный субъект только для изоляции его от общества; воспринимается населением как вполне правдоподобное [12,13,15].

Однако устойчивый характер антипсихиатрических настроений, их эволюционирование и усложнение свидетельствовали скорее о связи этих феноменов с глубинными механизмами общественного сознания [12,13,14].

Факторы, влияющие на отношение к тяжело психически больным в современном обществе.

Существенной особенностью современного, определяемого как **постиндустриальное** общества является идеология **конструктивизма** с доминированием потребительских ценностей и интересов [9,12].

В то же время значимым феноменом является **либеральное отношение к маргинальным группам населения** (включая наркозависимых, лиц с нетипичной сексуальной ориентацией, членов неформальных молодежных групп) [1,9,12].

В свете культа «человека, который сам себя создал» на первый план выступает наличие таких моральных качеств как **индивидуализм** и неизбежно следующий за ним

эгоцентризм с приоритетом собственных интересов над общественными [1,9,12,13,14].

Развитие современных средств массовой информации идёт по пути популяризации преподносимых сведений с неизбежной примитивизацией информации. Индивид не тренирует свои аналитические способности, что ведет к появлению склонности некритично использовать сложившиеся шаблоны и штампы социальных взглядов и оценок. Не случайно в речи очень часто употребляются обороты «типа того» и «короче». В литературе даже употребляется не очень милословный термин **дебилизация** общественного сознания [9,12].

Это будет облегчать возникновение **мифологем**, которые неправомерно относить только к феноменам **психических эпидемий**. Скорее следует говорить о некоей значимой характеристике общественного сознания [1,7,9,10,12].

Хочется упомянуть, что последний известный акт расчленения трупа для уничтожения вампира имел место в Трансильвании в 2008 году с участие молодых лиц имевших высшее университетское образование.

Медицина часто является темой мифотворчества. Уместно вспомнить появляющиеся во время эпидемий легенды о врачах, распространяющих холеру [1,9,10,12].

Эти особенности современного общественного сознания приведут к декларированию либерального отношения к больным с психозами и негативной оценки социальных мер, ограничивающих свободу этих пациентов [2,3,5,6,8].

В то же время индивидуализм и эгоцентризм современного человека будет сопровождаться нежеланием иметь таких больных в своем ближайшем социальном окружении, чему будет способствовать не изжитая в современном обществе **ксенофобия** [9,12,13].

Такое индивидуальное неприятие больного с психозом путем своеобразного (подсознательно оправдывающего индивида) трансфера будет преобразовываться в мнение о психиатрической службе, как социальном институте, выполняющем в первую очередь репрессивные функции [1,7,12,13,14,15].

А это, в сочетании со склонностью общественного сознания к мифологизации, приведет к повышенному доверию населения к любой сенсационной информации, дискредитирующей психиатрическую службу [9,12,13].

Возникает **два альтернативных подхода** в отношении населения к больным с выраженными психическими расстройствами [12,13].

Оптимальным является рационально обоснованный подход, включающий толерантное отношение к этим пациентам, сочетание активной медицинской помощи со стороны

психиатрической службы и реабилитационных действий социального окружения. Такое отношение логически обосновывается коллективным сознанием [1,2,5,7].

Противоположный подход лишен логической последовательности и алгоритмизации. Речь идет о нежелании иметь такого больного в своем индивидуальном социальном окружении с одновременной негативной оценкой деятельности психиатрической службы. Такие взгляды скорее связаны с коллективным бессознательным и имеют глубокие эмоциональные корни. Их преодоление будет сложной задачей общественных воспитательных мероприятий [12,13].

Социальные аспекты проблемы. Антипсихиатрические настроения населения.

Социальные компоненты проблематики включают феномены общественного сознания, анализируемые в категориях социальной психологии [1].

Накопленный опыт социальных и медицинских служб свидетельствует о целесообразности формирования толерантного и гуманного отношения к этим пациентам с организацией государственной системы медицинской и социальной помощи, включающей лечение, реабилитацию и ресоциализацию этих лиц. Создание такой системы предполагает координированные усилия государственных и общественных организаций [2,5,8,9,10].

Психиатрическая служба нуждается в расширении, государственной и общественной поддержке [7,8,10,14].

Тем не менее актуальной проблемой Украины как части континентальной Европы является **антипсихиатрические настроения населения**. Этот, относящийся к сфере общественного сознания феномен связан с разными взглядами на проблему соответствия характеристик личности и поведения человека (анализируемым в аспекте личной свободы) и требований социального окружения (зачастую морально и юридически не оправданными) [1,10,12].

Но в то же время эти общественные взгляды (зачастую близкие к архетипам К.Юнга) подтверждаются значительно мифологизированными сведениями об использовании психиатрической помощи как средства социальной изоляции или даже репрессий лиц, находящихся в конфликте с обществом. Становится типичным явлением многократное, предвзятое (а порой диффамационное) освещение этой проблемы в средствах массовой информации [4,9,12].

Анализ феномена антипсихиатрических настроений показывает, что за риторикой о психиатрическом диагнозе как социальном клейме

(почему-то грубо компрометирующем человека), мнением об отсутствии биологической природы психических расстройств (близким к языческим религиозно-мистическим взглядам на понятие души) лежат (как подводная часть айсберга) родственное феномену ксенофобии неприятие больного с тяжелыми психическими расстройствами (которого сразу оценивают как «странного, неадекватного, непрогнозированного» и конечно же «опасного») и категорическое нежелание иметь такого человека в своем ближайшем социальном окружении [9,12,13].

Клинические аспекты проблемы. Стигматизация больных с тяжелыми психическими расстройствами.

Следствием антипсихиатрических настроений является сложный социальный и одновременно медицинский феномен **стигматизации** в психиатрии [7,9,13,15].

Под **стигмой** обычно понимают комплекс бытовых (как правило негативных) суждений о лицах с психическими расстройствами [7,9,13,15].

Соответственно, **стигматизация**, это приписывание конкретному обладателю психиатрического диагноза определенных представлений о психически больных в целом [7,9,15].

Стигматизация может быть внешней, когда такие предвзятые представления о конкретном пациенте больному приписывает иной человек — **стигматизатор**. Кроме того сам больной может оценить себя предвзято (приписать себе стигму), такой феномен определяется как **само-стигматизация** [9,13,15].

Соответственно важнейшей задачей психиатрической помощи является **дестигматизация** — устранение этих феноменов как в общественном сознании, так и для каждого конкретного пациента [7,9,13,15].

Стигматизация конкретного пациента носит мультифакториальный характер. К социальному фактору следует отнести мировоззренческие установки стигматизатора, его взгляды на проблемы психических болезней. Это может иллюстрироваться употреблением диагностических категорий психиатрии в качестве обиходных ругательств [9,13].

Медицинскими факторами, влияющими на стигму являются: психопатологическая симптоматика, нарушающая поведение; заметные для окружающих побочные явления биологической терапии (например экстрапирамидные расстройства при применении антипсихотиков); негативное психогенное влияние перенесенного эпизода болезни, выставленного диагноза, факта диспансерного наблюдения у психиатра и лечения в психиатрическом стационаре [7,9,12,15].

Компоненты стигмы в общественном сознании.

И.И.Михайлова (2009) выделяет четыре независимые смысловые компонента стигмы [9,13,15].

«Контроль и отвержение» предполагает ограничение прав лиц с тяжелыми психическими расстройствами и необходимость дистанцирования от них других людей. Эти больные воспринимаются как бесполезные, непредсказуемые, ненадежные и даже опасные.

«Негативное отношение к психиатрии» включает мнение о наличии у психиатрической службы преимущественной функции изоляции социально беспокойных больных, точку зрения о профессиональной некомпетентности врачей-психиатров и неэффективности применяемых в психиатрических учреждениях методов лечения.

Крайним проявлением этой системы взглядов является мнение об опасности психиатрической службы для психически здоровых лиц, которым в силу врачебной ошибки или по социальным обстоятельствам может быть установлен диагноз выраженного психического расстройства и назначено опасное для их здоровья лечение.

«Агрессивное неприятие» отражает как правило даже недостаточно логически аргументированное, преимущественно эмоциональное восприятие лиц с выраженными психическими расстройствами как досадной обузы для общества от которой следует избавиться путем физической изоляции этих лиц. Радикальным проявлением такой мировоззренческой позиции является допущение возможности полного устранения этих больных.

«Небиологическое представление о психических заболеваниях» предполагает отрицание связи психических заболеваний с нарушениями структуры и функции мозга, отрицание объективности клинической психопатологической оценки. Психические расстройства оценивают как результат безволия или даже как выбор самих больных, проявление особого характера или способностей, магически трактуемое «наказание за грехи», попытка пациента своеобразным путем решить социальные проблемы.

Перспективы преодоления антипсихиатрических настроений населения.

Следует отметить наличие направления современной психиатрии, ставящей своей задачей отстаивание права больного с психическим заболеванием на получение безопасной медицинской помощи в соответствии с положениями международных деклараций по биоэтике. Безусловно несправедливым является бытующее определение этого направления как **антипсихиатрического** [9,10,12].

Усилия этого направления социальной психиатрии направлены на устранение ятрогенных эффектов диагностики и лечения этих пациентов, затрудняющих их реадaptацию и ресоциализацию [6,7,9,10,14].

Однако правозащитные организации упорно не уделяют внимание значительно более важному влиянию феноменов социального неприятия больных с тяжелыми психическими расстройствами [12,13].

В частности не получил должной критической оценки пакет нормативных документов к постановлениям Кабинета министров Украины ограничивающим профессиональную пригодность и возможности официального трудоустройства лиц, перенесших психозы.

В современной социальной психиатрии разработана программа **дестигматизационных мероприятий**, направленных на преодоление феноменов стигмы в общественном сознании. Эти меры включают санитарно-просветительную работу с населением, взаимодействие с административными структурами, привлечение средств массовой информации [7,9,14].

Можно выделить следующие **основные задачи** этой работы [7,9,13,14,15].

Понятие «психическое заболевание» должно лишиться функции знака, выделяющего больных в отдельную категорию.

Для поднятия авторитета психиатрической службы необходима смена её имиджа с патерналистского на партнёрский.

Представление о больном с тяжелыми психическими расстройствами, как безнадежно социально беспокойном и беспомощном должно смениться конкурирующим образом пациента психиатра, который при содействии профессионалов осуществляет личностный рост.

Значительно более проблемной представляется задача **преодоления антипсихиатрических настроений населения**, как феноменов общественного сознания, связанных с фиксированными в коллективном бессознательном явлениями ксенофобии и мифологемами о психических болезнях и психиатрической службе [7,9,10,12,13,15].

В этом ключе важнейшей задачей развития психиатрической службы является **работа со средствами массовой информации**. Вероятно, врачам следует активнее комментировать появляющиеся в средствах массовой информации сообщения антипсихиатрического содержания, как компрометирующие больных с психозами, так и традиционно обвиняющих психиатрическую службу в «злоупотреблениях» [4,7,9,12].

Образ монстра-сумасшедшего на телеэкране и страницах газет должен смениться

образом нашего соотечественника, проявляющего высокое мужество в преодолении медицинских проблем, связанных с хронической болезнью [9,13,15].

Равно, как образ психиатрической службы как инструмента «политических преследований, злоупотреблений и социальной изоляции неугодных» должен смениться **пониманием нашими соотечественниками значимости проблем, связанных со значительной распространенностью тяжелых психических расстройств и важностью оказания медицинской помощи и социальной поддержки этим больным и членам их семей** [5,7,9,10,12,13,15].

Сложной и важной проблемой является необходимость длительного, подробного и нелицеприятного диалога специалистов психиатрической службы, работающих в сферах как клинической, так и социальной психиатрии с многочисленными **общественными организациями, занимающимися так называемой правозащитной деятельностью** [4,7,9,10].

Следует анализировать случаи неконструктивной позиции этих общественных структур, когда усилия правозащитников направлены на удовлетворение претензий больных, носящих явно болезненный характер. Типичный пример: стремление нетрудоспособного больного с хроническим психозом параноидной структуры «снять диагноз», даже отказавшись от социальных льгот и пенсии по инвалидности. Возникающие резонансные конфликтные ситуации, всегда односторонне трактуемые как «злоупотребления в психиатрии» (необоснованность претензий пациента как правило не становится известной общественности) способствуют усилению антипсихиатрических настроений населения [4,10,12].

В то же время конструктивной была бы помощь правозащитных организаций, направленная на помощь в решении реальных проблем больных, связанных с нетерпимым, предвзятым, а часто и юридически необоснованным негативным отношением к ним трудовых коллективов, соседей и даже родственников [7,9,12,13,15].

Способствовать преодолению антипсихиатрических настроений будет максимально широкое **привлечение волонтеров** к реабилитационным мероприятиям и социальной поддержке семей больных с тяжелыми психическими расстройствами [7,9,14].

Следует шире привлекать **религиозные организации** не только к оказанию социальной поддержки тяжело психически больным и членам их семей, но и к созданию альтернативы многочисленным псевдорелигиозным мифологемам о связи болезни с «вселением злых духов». Следует подчеркнуть крайне неэтичный характер многочисленных практик «исцеления» путем «изгнания демонических существ», которые всегда отдают примитивным магизмом [9,10,12].

Таким образом, анализ затронутой проблематики позволяет сделать следующие **выводы**.

Отношение населения к больным с тяжелыми психическими расстройствами отражает общий уровень гуманности общественных этических установок.

Серьезной проблемой являются основанные на подсознательных ксенофобических установках и мифологемах феномены **антипсихиатрических настроений населения**.

Их клиническим проявлением является феномен **стигматизации**, когда с позиций этих негуманных и неконструктивных взглядов оценивается конкретный больной.

Важной задачей социальной психиатрии является **дестигматизация** больных с тяжелыми психическими расстройствами, как в сознании социального окружения пациентов, так и индивидуальной самооценке больных.

Значимой и перспективной целью как медицинской службы, так и общественных организаций является программное, последовательное и координированное противостояние феноменам неприятия этих больных в общественном сознании.

Население должно быть проинформировано о значимости социальной помощи и поддержки этой категории наших сограждан для повышения этического уровня общественной морали в целом.

Литература

1. Вітенко І.С. Медична психологія [Підручник]/І.С. Вітенко. — К.: Здоров'я, 2007. — 208с.
2. Всеобщая Декларация прав человека, принята 19 октября 2005 года 33 сессией. Генеральной конференции ЮНЕСКО// Аналитические материалы по проекту «Анализ нормативно-правовой базы в области прав человека в контексте биомедицинских исследований и выработка рекомендаций по ее усовершенствованию». — М., 2007. — С. 186-199.
3. Гавайская декларация // Соц. и клин.психиатрия — 1992. — №4. — С.44-45.
4. Картельная психиатрия: Сборник [Чернявский Г.В., Прокопенко П.С., Куприянов Н.Я., Гужов В.С. и др.]: под общей редакцией А.Е. Тараса. — М.: ООО Издательство АСТ; Мн.: Харвест, 2005. — 608с. — (Библиотека практической психологии).
5. Кодекс профессиональной этики психиатра//Соц. и клин.психиатрия. — 1993. — №3. — С. 120-124.

6. Концепция о правах человека и биомедицине//Биомедицинская этика. — М., 1997. — С. 17-29.
7. Педак А.А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики — семейной медицины/ А.А Педак. — Николаев: Илион, 2011. — 696с.
8. «Про психіатричну допомогу» Закон України м. Київ, 22.02.2000, №1479 — III//Урядний кур'єр. — 2000. — №11. — С. 5-12
9. Психиатрия — национальное руководство/Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2009. — 1000 с.
10. Психіатрія та наркологія: підручник/[Напреенко О.К., Винник М.І., Влох І.Й.]: за ред О.К. Напреенка. — К.: ВСВ «Медицина»; 2011. — 528 с.
11. Сарторіус Н. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: Кишеньковий довідник/Норман Сарторіус/ Переклад з англ. С.І.Михняка, І.Й. Влох. — Львів: Фенікс, 1999. — 96 с.
12. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движениеего современное состояние/С.Б. Семичев//Медицина и идеология. — М., 1985. — С.170-184
13. Серебряйскя Л.Я. Социальное представление о психически больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации/ Л.Я.Серебряйскя// Журн.неврол. и психиатр. — 2005. — №3. — С. 47-54.
14. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії/2-е видання переробл. та доповн./За ред В.С. Підкоритова// Довідник лікаря «Психіатр»: — ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. — 292 с.
15. Ястребов В.С. Самостигматизация психически больных при основных психических заболеваниях/ В.С. Ястребов, И.И. Михайлова//Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — №11. — С. 50-54.

УДК 614.2:252:37.011.33

Компетентність в управлінні охороною психічного здоров'я як головний компонент системного реформування



Барановський К. Л.



Барановська Л. М.

Барановський К. Л., Барановська Л. М.

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві

Резюме. Описана роль наиболее важных составляющих управленческой компетентности руководителя в процессе системного реформирования психиатрической помощи. Отмечены знания, умения, навыки, как основные качества, которыми должен владеть претендент на управленческую должность. Показаны затраты рабочего времени на основную деятельность руководителей лечебных психиатрических учреждений. Рассматривается вопрос компетентности руководителя и его заместителей. Приводится обзор научных данных по видам компетентности, ее роли в выполнении управленческих решений под руководством руководителя. Показана главная роль управленческой компетентности, как интегральной характеристики руководителя любого уровня в управлении процессом развития и реформирования психиатрической службы.

Ключевые слова: компетентность, управленческая, психиатрическая помощь, системное реформирование.

The competence in the management of Mental health care as main component in system reformation

Baranovski K. L., Baranovska L. M.

Summary. Described the Import of competence in a reformation the care of mental health. Noted knowledge, skills and competencies, as the main qualities that must own a contender for the managerial position. Her working time often was spending on core activities of the heads of psychiatric medical institutions. The competence of leader and his assistants is considering. A review of scientific data on the types of expertise, her role in the implementation of administrative decisions under the direction of the head. Shows the main role of administrative competence as an integral characteristic of a manager at any level in the management of the development and reform of psychiatric services.

Key words: competence; reformation; mental health care.

Системне реформування охорони здоров'я, на яке покладається величезна надія з покращення якості медичної допомоги всіх видів, потребує, в першу чергу, **компетентності** в його організації, якості роботи апарату управління в в кожному лікувально — профілактичному закладі. Що ж розуміють під компетентністю? В цілому компетентність (від лат. competere — «бути прийнятним») можна охарактеризувати як сукупність знань, умінь, навиків, необхідних для виконання визначених завдань та обов'язків. Але принцип системності при виконанні будь яких завдань змушує визначати певні види компетентності: професійну по виду завдання, комунікативну, емоціональну, тощо.

При оцінюванні компетентності персоналу на основі цінності співробітника для компанії чи закладу [1] визначають основні її поняття:

- знання — це система уявлень щодо предметів та явищ, отриманих в процесі навчання та практичної діяльності;
- уміння — це спосіб виконання дій, усвідомлене використання знань на практиці;
- навик — це доведені до автоматизму компоненти свідомої дії, отримані в процесі постійного виконання того чи іншого завдання.

Отже, саме такими властивостями повинен володіти претендент на призначення керівником будь якого рівня. Припустимо, перед керівником

великого психіатричного закладу чи об'єднання стоїть завдання розробити план дій з **реформування** охорони психічного здоров'я населення міста з метою досягнення більш високої якості психіатричної допомоги, попередження виникнення захворювань та їх загострень та повернення пацієнта в суспільство до повноцінного життя. Компетентний керівник повинен знати:

- що є реформою,
- з яких компонентів складається система охорони психічного здоров'я, всі її функції, внутрішню організацію з порядком підпорядкування, зовнішні зв'язки системи, інтегративні фактори, які підсилюють її можливості в досягненні цілей, та шляхи її розвитку,
- проблемні місця та фактори, які заважають системі досягти цілі і мають бути виправлені або знищені в процесі реформування.

При цьому керівник повинен уміти усвідомлено використовувати ці знання на практиці та мати навички автоматичного виконання завдання. Наявність переліченого комплексу властивостей впевнює в тому, що саме керівник з такими властивостями є компетентним у виконанні поставленого завдання.

Між тим, зрозуміло, що час і здібності керівника закладу обмежені, та що суть управління міститься в умінні добитися виконання роботи іншими особами, тому керівник розподіляє завдання, тобто делегує повноваження заступникам. При цьому кожен з них призначається для виконання певних конкретних завдань реформування, спрямованих на досягнення конкретної, поставленої керівником закладу цілі, яка потребує системного підходу до її досягнення, тобто, насамперед, організації системи, яка буде виконувати поставлене завдання: медичне, економічне, управлінське. Наше дослідження свідчить, що саме на ці розділи роботи керівники психіатричних закладів витрачають відповідно: 60,0%, 12,0% та 25,0% робочого часу. Щодо нашого прикладу, **компетентність керівника** закладу є запорукою того, що завдання, яке він дасть заступнику, буде актуальним, конкретним, реальним, таким, що піддається виконанню. Але також важливо, щоби компетентність заступника відповідала необхідному рівню, щоби вона не виявилась фальшивою тому, що люди з фальшивою компетентністю захищають свої невміння видимістю ідей та рішень, а їх здібності є також фальшивими, як і їх дії, якими вони вводять в оману керівника. Павенцкий-Фильц А. [2] визначає фальшиву компетентність як знання і уміння, які не отримані в роботі та професійному удосконаленні, а куплені, або отримані за домовленістю та

зв'язками. Особи з фальшивою компетентністю є самовпевненими, беруться за будь які завдання, але не можуть прийняти рішення по ситуації та впевнено і відповідально виконати жодного завдання.

В нашому прикладі найбільш актуальною проблемою при поставленій реформуванням цілі є якість психіатричної допомоги. І тому стоїть питання організації і управління системою якості психіатричної допомоги в закладі чи в об'єднанні. Відомо, що система може бути керованою, якщо має керівника (суб'єкта, який управляє). Відомо також, що другою частиною системи є об'єкт управління суб'єктом. Разом з розподілом повноважень керівником психіатричного об'єднання чи закладу кожному із заступників керівника надається право суб'єкта, який має певний об'єкт управління. Якщо помилково в апарат управління була введена посада, що не може мати певний об'єкт управління, або проблема, що вирішувалась в цьому об'єкті, втратила актуальність, потрібно виключити хибну чи зайву посаду з АУ або замінити її на актуальну: в нашому прикладі — потрібна посада заступника керівника з якості психіатричної допомоги. Щодо компетентності цього заступника: повинен знати все про якість та фактори, що обумовлюють та впливають на якість допомоги; уміти використати всі необхідні знання для організації системи управління якістю допомоги, мати навички автоматичного використання своїх різнобічних знань та умінь за допомогою певного досвіду роботи як психіатра, так і високо атестованого управлінця, що є навіть більш важливим в організаційному процесі.

Результати пілотного реформування галузі охорони здоров'я в Україні показали, що більша частина керівників новостворених закладів не мають практичного досвіду керування [3]. Наші дані також підтверджують цю тенденцію, навіть, відносно раніше призначених керівників. Мабуть тому, управлінські рішення керівників психіатричних закладів мають низький відсоток виконання, який доходить до 50,0%. Чому? Має значення якість прийнятого рішення, якість планування його реалізації, організація виконання та обов'язковий контроль за виконанням. Але простежити весь процес управління документально в жодному психоневрологічному диспансері сьогодні не представляється можливим. Між тим, прийняття та забезпечення виконання управлінських рішень — це основна робота керівників. На ці посади повинні призначатися професійні менеджери, які стануть провідниками реформ. Керувати медичними закладами та їх підрозділами повинні не лікарі без досвіду, а ефективні управлінці з відповідною освітою.

Веденко Б.Г. з співавторами [4] вважають,

що для оцінки конкретних можливостей того чи іншого керівника необхідно визначити його різні аспекти досвіду і знань, які можна розподілити на п'ять категорій: знання, діловитість, інтелект, соціально — емоційні аспекти і міжособистісні відносини. Не важко зрозуміти, що всі ці категорії, як властивості людини, можуть бути придбані посадовою особою шляхом безперервної роботи, спрямованої на постійне підвищення професійного рівня та виховання, тобто на здобуття професійної компетентності. І в цьому досвідчені організатори охорони здоров'я [5] визначальним фактором вважають самодисципліну та самоорганізацію. Наявність професійної компетентності високого рівня формує професійний компонент іміджу керівника. Тому потрібно визначити початковий стан своїх професійних властивостей та рівень, якого потрібно досягнути при виконанні певних плануваних дій. При цьому дуже важливим є постановка чіткої кількісної і якісної мети та термін дій плану, який поєднує пізнавальний та виховальний процеси. Досвід показує, що головна роль в досягненні компетентності належить бажанню вчитися не лише по підручнику, а й ретельно «прислухатися» до компетентних досвідчених працівників, тому що компетентність, а особливо, мистецтво її використання здобувається протягом життя.

Адже мають бути визначені кваліфікаційні державні вимоги до спеціалістів з управління охороною здоров'я, зокрема і психічного здоров'я, точніше, вимоги до організаційної компетентності менеджерів у галузі охорони психічного здоров'я, як особливо необхідного компонента в період реформування галузі. Відповідно до ГСВО [6] Баєва О.В. [7] наводить основні напрями професійної діяльності менеджера в охороні здоров'я:

- організаційно — управлінський;
- адміністративно — господарський та
- інформаційно — аналітичний

Визначено також зміст функцій, що згідно з ГСВО, відповідає організаційній компетентності менеджменту:

1. Поєднання всіх видів ресурсів, організація колективної праці для досягнення місії психіатричного закладу;
2. Організація та раціоналізація робочих місць;
3. Організація інформаційного забезпечення діяльності закладу;
4. Організація процесів управління;
5. Прийняття управлінських рішень;
6. Організація реалізації управлінських рішень;
7. Організація ділових контактів між закладами;
8. Управління якістю та конкурентоспроможністю психіатричної допомоги;
9. Розробка раціональних форм організації управління;

10. Співпраця з банками та іншими кредитно — фінансовими установами;
11. Організація роботи з кадрами;
12. Формування і розвиток організаційної культури психіатричного закладу;
13. Організація адміністративно — господарської діяльності.

Кожна з перелічених функцій містить цілий ряд умінь, якими повинен оволодіти менеджер психіатричного закладу, щоби відповідати вимогам організаційної компетентності. Тому набуває більшої актуальності пошук різних форм, шляхів та технологій формування та підвищення компетентності керівників в процесі реформування організації охорони психічного здоров'я.

Однією з таких технологій вважається атестація [8], що, в перекладі з латинської, означає процес оцінювання кого-небудь або чого-небудь відповідно до встановлених стандартів [9], і це оцінювання має бути частиною системи підготовки кадрів в нових для неї соціально-політичних і ринкових умовах. Тому вона потребує застосування сучасних підходів до управління відбором і розстановкою керівних кадрів, оцінювання їх професійної компетенції, якості управлінської діяльності, запровадження ефективної системи мотивації, стимулювання та соціального захисту [10]. А головна проблема — оцінювання управлінської діяльності керівника, як професійної його компетенції, повинна вирішуватись системно та об'єктивно. Отже, оцінюється:

- якість управлінського рішення (наказу) керівника з організації управління об'єктом (обґрунтованість, використання комплексної інформації в процесі підготовки рішення, реальність виконання, участь всіх 3-х частин системи — об'єкта, тощо); відповідність посадових обов'язків персоналу завданням, які покладені на учасників виконання наказу; відповідність приведених в наказі завдань структурному підпорядкуванню учасників; реальність виконання наказу в світі комунікаційних зв'язків учасників; врахування інтегративних факторів
- план реалізації управлінського рішення (участь суб'єкта, об'єкта та блоку наукового регулювання, реальність та строки реалізації);
- відповідність організаційних та регулюючих заходів плану реалізації рішення;
- якість, повнота та своєчасність контролю за виконанням рішення та досягненням цілі.

Все це дозволить дати об'єктивну оцінку компетентності керівника в управлінні об'єктом чи процесом.

Хожило І.І. та Акуленко О.В. [8] розглядають атестацію як форму державного контролю, наслідком якого є визначення рівня підготовленості працівника до призначення вперше на

посаду керівника (претендентська атестація). Атестація, наслідком якої є визначення рівня відповідності керівника закладу займаний посаді, автори визначають як «кадрову атестацію». Визначення рівня управлінської кваліфікації з установкою відповідної категорії для керівників з повним терміном перебування на управлінській посаді називається «кваліфікаційною атестацією». Кожна з них обумовлює визначення перспектив службової кар'єри працівника.

В процесі управління закладом керівник діє відповідно до чинного законодавства України та нормативно — правових актів, які в психіатричній практиці застосовуються значно частіше. Тому в управлінській компетентності певна роль належить правовій базі, і вивчення дисципліни «Медичне право України» для керівників психіатричних закладів та їх об'єднань вже набуло гострої потреби.

Розглядаючи компетентності як, передусім, діяльнісні характеристики людини, Дуднева Ю.Е. [11] вважає логічною структуризацію компетентності у відповідності зі специфікою діяльності, як сукупність наступних складових: професійної (спеціальної), соціальної, комунікативної, особистісної та індивідуальної компетентності. При цьому Лапшина Е.Г. [12] визначає професійну компетентність як інтегральну характеристику особистості керівника, його здібності вирішувати професійні проблеми та управлінські завдання з використанням знань у різних сферах і професійній області, а також професійного та життєвого досвіду.

Отже, професійна компетентність — це інтегральна характеристика, це категорія, в основі якої лежить система загальнонаукових знань, професійних умінь і навичок, тобто професійна освіта, яка дає можливість накопичити професійні знання. Саме професійну компетентність управлінця вважаємо підґрунтям для концентрації інших видів компетентності керівника, які формуються під час розвитку людини, саме професійна компетентність дозволить керівнику вирішити компонентний, функціональний, інтегративний аспекти, використовуючи системний підхід в реформуванні психіатричної служби.

Необхідно також зрозуміти соціально — економічну ситуацію та зіставити її з можливими моделями психіатричної допомоги, визначаючи ступень їх реальності та потребу суспільства в певних організаційних формах. І це завдання підвладне лише керівнику з розвинутою соціальною компетентністю.

Певне значення в управлінні мають особистісні чинники керівника, які допомагають вести переговори, впевнювати та переконувати представників вищестоящих установ та організацій,

що є особливо важливим в період реформування в галузі психіатрії, так тісно пов'язаної з соціально — економічними та індивідуальними проблемами хворих на психічні розлади. За нашими даними представницька діяльність керівника складає до 50%. Тому управлінцю необхідно володіти комунікативною складовою управлінського мистецтва: когнітивними, емоційними та поведінковими знаннями, вербальними та невербальними правилами в процесі спілкування, що забезпечить успішні рішення у функціональному, структурному та комунікаційному аспектах системного підходу в процесі реформування.

Адже навіть висока професійна компетентність ще не означає, що її власник може успішно керувати, чи управляти об'єктом або процесом. Цілком справедлива думка Дудневої Ю.Е. [11] що дуже важливою є здатність керівника творчо мислити, передбачати наслідки власних рішень, критично оцінювати свої можливості і досягнення, володіння інноваційними технологіями в професійній та управлінських сферах, тобто все те, що об'єднується поняттям «управлінська компетентність», і не лише формує імідж управлінця, а й визначає його здібності з виконання будь яких функцій та завдань. Що ж до іміджу управлінця, то це дуже важлива властивість, яка забезпечує не лише позитивне ставлення як до людини приємної, охайної, навіть, красивої представницької зовнішності, а також до володіння ним прийомами особистого самовираження і саморозвитку, стійкою професійною мотивацією, позитивним емоційним настроєм, творчим та впевненим підходом до управлінської діяльності, що і складає харизму керівника. І саме тому управлінській компетентності належить головна роль серед компонентів системного реформування охорони психічного здоров'я. Спеціалісти з управління персоналом ставлять сьогодні важливі питання для визначення цінності керівників: рівень компетентності, ступень використання компетентності кожного керівника (завантаженість роботою), рівень затрат закладу на кожного з керівників [13] та розробляють методики визначення відповідної оплати їх праці.

З урахуванням наведених аргументів щодо компетентності персоналу стає очевидною безглуздість (чи службовий злочин) при призначенні на управлінські посади осіб, які не володіють переліченими властивостями тому, що лише компетентні посадові особи забезпечують належне виконання своїх функцій та розвиток системи, компонентом якої вони є. Тому у відомому управлінцям правилі успішного управління: «знають, можуть, бажають і встигають» [14], перше місце належить властивостям компетентності.

Висновки:

1. Апарат управління будь якої системи — це мобільна і змінлива за складом і розстановкою спеціалістів категорія, і він змінюється керівником системи залежно від його компетентності та актуальності проблем в системі.
2. Компетентність апарату управління психіатричного закладу, чи об'єднання закладів має декілька складових, пріоритет яких залежить від напрямку управлінської діяльності кожного керівника.
3. Високий рівень компетентності керівника психіатричного закладу є запорукою раціональної організації та використання апарату управління в процесі управління закладом.
4. Контроль в процесі управління є обов'язковим фактором в досягненні цілей системи та його ефективності і визначається компетентністю керівника.
5. Компетентність управлінця є головним компонентом в процесі управління системним реформуванням психіатричної допомоги.

Література:

1. <http://saiu.ftk.spbstu.ru/edu/zun/>
2. Павенцкий — Фильц А. Социальный диагноз: ложная компетентность, или о новом социальном классе — «ложно-компетентных». Зеркало недели.Украина, №33, 19 сентября 2014.
3. <http://pda.apteka.ua/article/295195>
4. Веденко Б.Г., Мельник Ф.В., Даценко В.Г. Кадрові проблеми, що спрямовані на якість і безпеку медичної допомоги (погляд звичайних лікарів), «Новости медицины и фармации», 20 (346) 2010.
5. Веденко Б.Г., Веденко Л.Б., Мельник Ф.В. Фаховість керівників підрозділів медичних закладів — запорука успіху в роботі. «Новости медицины и фармации», 15 (425) 2012.
6. ГСВО Освітньо-кваліфікаційна характеристика та освітньо-професійна програма підготовки бакалавра напряму підготовки 0502 «Менеджмент», — К.: Міністерство освіти і науки України, 2001. — 59 с.
7. Баєва О.В. Формування державних вимог до організаційної компетентності менеджерів підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я//Інвестиції, практика та досвід, 10/2010. С.68-72.
8. Хожило І.І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я
9. Юридична енциклопедія: в 6 т./[редкол.: Ю.С.Шемшуненко (відп.ред.) та ін.] — К.: Укр.Енциклоп., 1998. — Т.1: А-Г. — 672 с.
10. Освітньо-професійна програма за спеціальністю 8.150105 «Державне управління у сфері охорони здоров'я»: Галуzeвий стандарт вищої освіти/О.Ю.Оболенський, І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло та ін. — К.: Вид-во НАДУ, 2009, -54 с.
11. Дуднева Ю.Е. Компетентність керівника як основа формування його іміджу
12. Лапшина Е.Г. Компетентносний поход как условие формирования профессиональной компетентности специалиста всельскохозяйственном вузе / //Педагогика: традиции и инновации: матеріалі междунар.заоч. науч.конф. (г.Челябинск, октябрь 2011 г.) Т.2.-Челябинск: Два комсомольца, 2011.-С.74-76.
13. Козлова Т. Как оценить компетентность сотрудника? <http://hrliga.com/index.php?module=profession&op=view&id=1477&print=true/>
14. Крыштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджмент в здравоохранении// Здоровья, — К. — 1993. — 180 с.

УДК 616.89

Различия военной и гражданской психиатрии, психологии, неврологии и психофизиологии



Иванов Д. А.

Иванов Д. А., Рычка О. В.

Научно-исследовательский институт проблем военной медицины Украинской военно-медицинской академии

Резюме. В статті пропонується більш усвідомлено поглянути на спірні, на наш погляд, тенденції проникнення в сферу діяльності військової психіатрії таких дисциплін, як психологія, неврологія, психофізіологія, цивільна психіатрія. Роздуми авторів адресовані не стільки лікарям-психіатрам, скільки фахівцям широкого профілю, керівникам різного рівня в галузі цивільної і військової медицини.

Ключові слова: військова психіатрія, цивільна психіатрія, психологія, психофізіологія, неврологія, клінічне мислення, військово-лікарська експертиза.

Distinction of military and civil psychiatry, psychology, neurology and psychophysiology

Ivanov D. A., Rychka O.V.

Ukraine Military Medical Academy, Research Institute of Military Medicine

Resume. In article it has been proposed to look at mistaken trends of penetration in military psychiatry's practice such allied disciplines as psychology, neurology, psychophysiology, civil psychiatry that always caused negatively results. The article addressed not only psychiatrists but to doctors of other specialties, leaders of civil and military medicine.

Key words: military psychiatry, civil psychiatry, psychology, psychophysiology, neurology, clinical judgment, military medical expertise.

Вступление

Разумеется, что будущее наук — за междисциплинарными пересечениями. Однако для начала необходимо вспомнить границы некоторых дисциплин и устранить их размытость (табл.).

Материал и методы исследования

Объект исследования — особенности военной психиатрии и смежных с ней медицинских дисциплин. Предмет исследования — пересечение сфер деятельности военной психиатрии, психологии, неврологии, психофизиологии, гражданской психиатрии.

О ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ

В последние годы можно было наблюдать, как военная психиатрия мелькала по причине ее сокращения, а ныне она может подвергнуться негативной трансформации в результате ее разбавления психологами.

Откуда появилась идея усиления психологами военной психиатрии? Почему, чтобы чувствовать себя увереннее, некоторые психиатры стали прятаться за спинами психологов?

Пожелания председателей военно-врачебных комиссий (ВВК) в отношении привлечения психиатрами психологов с их тестами в экспертных вопросах (для упрощения понимания психиатрического диагноза) понятны: результаты

таких тестов в виде однообразных штампов легче «ложатся на ум». Однако **психологическая объективизация психиатрического диагноза не должна психологизировать сам диагноз.**

Психиатрия — это не однообразные штампы... У психиатра каждый новый пациент — это отдельная история, особая беседа — индивидуальная, творческая, это, так сказать, новое произведение. В то время, как психолог при обследовании чаще использует стандартные тесты (вопросы психотерапии пока что не затрагиваются).

В психиатрии клиника — это и есть самое что ни на есть объективное, самое главное. Да, это трудно дается для понимания представителям других профилей медицины, особенно тем, у кого клиническое мышление занимает второстепенное место (хирургам, невропатологам и др.).

Вот что об этом сказал крупный отечественный психиатр Ю.А. Александровский [1]:

«Если во многих врачебных специальностях высказывания больного, анализ его поведения, особенности внешнего вида играют не основную, а вспомогательную роль, если в руках терапевта имеется стетоскоп, хирургам верно служит рентген и даже у невропатолога имеется молоточек, позволяющий

Таблиця

Некоторые принципиальные отличия военной психиатрии от смежных с ней дисциплин

Критерии дифференциации	Военная психиатрия	Дисциплины, смежные с военной психиатрией		
		Психология	Неврология	Психофизиология
Объект исследования	Прежде всего, пациент (военнослужащий) с психическим расстройством	Здоровый субъект (акцентуированная личность — крайний вариант нормы)	Пациент с заболеванием нервной системы	Здоровый субъект
Сфера деятельности	Неврозы, психопатии, зависимое поведение, последствия ЗЧМТ, боевая психическая травма, психические расстройства при воздействии оружия массового поражения и т.д. Психопрофилактика, лечебно-эвакуационные мероприятия в боевых условиях и т.д.	Внутриличностные проблемы и межличностные конфликты (в семье, на работе), в военной психологии — формирование высоких патриотических и морально-боевых качеств воина	Невралгии, люмбаго, радикулиты, параличи, ЗЧМТ и т.д.	Профотбор, подбор в малые коллективы. Оптимизация приспособления к необычным условиям жизни
Основные методы исследования	Искусство вести беседу (клиническое мышление). Внимательность, наблюдательность, умение складывать мозаику многочисленных симптомов в цельную картину. Психиатр должен быть и «юристом», и «артистом», и «священником», чтобы предрасположить к себе пациента	Психологические методики, тесты, при психоанализе — толкование сновидений, метод свободных ассоциаций и т.д.	В основе: лабораторные и специальные методы исследования: компьютерная томография, МРТ	Аппаратные методы (подвижность нервных процессов и др.), бланковые тесты
Способы оказания помощи	Фармакотерапия, психотерапия (рациональная и др.) с использованием лучших современных психологических достижений, гипнотерапия	Советы, как по-другому взглянуть на проблему, тренинги, «ролевые игры». НЛП. При психоанализе — «катарсис» и т.д.	Фармакотерапия, иглотерапия, рефлексотерапия, массаж и т.д.	Тренинги по адаптации к сложным условиям работы
Реабилитация	+	—	+	—
Мышление специалиста	Абстрактно-логическое и философское: «вертикальное — в глубину болезни»	Философское: горизонтальное — «в ширину здоровья»	Конкретное	Конкретное
Взаимоотношение специалиста с пациентом	Взаимоотношения могут быть разными, но чаще — эксплуатируется авторитет врача, «императив» с его стороны: «врач — пациент»	Взаимоотношения могут быть разными, но чаще используются отношения: «товарищ — товарищ»	Врач — пациент	Специалист-диагност — объект диагностики

объективно судить о рефлексах, то основным орудием психиатра является умение спрашивать, слушать, быть внимательным и наблюдательным. В случае необходимости привлекаются и стетоскоп, и рентген, и резиновый молоточек невропатолога, и множество других самых современных средств, однако глаза, уши, терпение и человеческий такт остаются для психиатра главными».

Для установления конкретного диагноза в психиатрии необходимо учитывать в несколько раз большее количество именно клинических критериев, чем в других медицинских дисциплинах. И самое главное здесь заключается в том, что только тогда, когда это обилие (множество) клинических (психопатологических) симптомов, а затем и синдромов, в своей совокупности (сочетаясь друг с другом) и в своей

определенной последовательности чуть ли не «математически» стройно складывается в конкретный «скелет», можно идентифицировать то или иное психическое расстройство!

Это — сложный процесс, который под силу только специалисту с основательным клиническим мышлением с включением логических, философских, интуитивно-абстрактных подходов. Вот где объективизация!..

Врачам-психиатрам следует в какой-то степени просвещать членов военно-врачебных комиссий (ВВК) в том, что психологи со своими тестами лишь в отдельных случаях могут привнести некоторые диагностические оттенки в многоцветную клинко-психиатрическую картину.

Второстепенное не может объективизировать главное, также как заключение психолога не может объективизировать диагноз психиатра. На косвенном нельзя построить фундамент основного. Отдельная часть не может дополнить целое, а в нашем случае - психологическое не может заменить психиатрическое!

А вот компетентность самих психиатров уточнять необходимо. Каким образом? Председателям военно-врачебных комиссий не следует забывать о своем праве и обязанностях проверять адекватность экспертных заключений в отношении (не менее 5%) военнослужащих, представляемых на комиссию (с целью увольнения из рядов вооруженных сил) путем их переобследования в других психиатрических стационарах со всеми документами (история болезни, свидетельство о болезни и т.п.).

Слабый психиатр замечен издали, а слабого психолога обыватель может сразу и не распознать, так как работа психиатра — это искусство (нередко тончайшая, ювелирная диагностическая работа), а работу психолога (нейро- и патопсихологию мы здесь не рассматриваем) во многом заменяет компьютер, обрабатывающий результаты тестов.

Вернемся к психологии. Разумеется, в определенных ситуациях можно прислушиваться к психологам, использующим такие методики, как «Миннесотский многопрофильный личностный тест» — MMPI, «Ассоциативный эксперимент», «Патохарактерологический диагностический опросник — ПДО А.Е. Личко, Н.Я. Иванова» и др. Но не следует делать из этого культ. Психиатр в процессе живого общения при необходимости те же тестовые вопросы может задать в своем особом порядке, как ему в данный момент нужно, **«иногда поглаживая по шерсти, а иногда — против шерсти»** (прежде всего, психологические тесты облегчают работу при массовых обследованиях при поступлении в военные училища и т.д.).

Важно не прятаться за результатами психологических тестов (громоздких и малоинформативных или информативных, но на уровне здравого смысла) — это удел дилетантов, а **профессионально описывать анамнез и психический статус больного в «Истории болезни» и «Свидетельстве о болезни...», да так красочно (можно сказать художественно), чтобы больной «оживал» на бумаге!** Об анамнезе в нынешнее время врачи стали вообще постепенно забывать, а ведь «анамнез — это царица диагноза»!

Нередко приходится слышать от квалифицированных психиатров утверждение о том, что на начальном этапе развития психических расстройств больными должен заниматься психолог. Наоборот, **чем ближе болезнь к своему «зародышу», тем выше должна быть квалификация психиатра**, который должен уметь спрогнозировать, как пойдет процесс дальше, во что он выльется, каковы будут течение и тяжесть, как предупредить его развитие и т.д.!

Следует вспомнить, что **отечественная школа психиатрии** (И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Я.П. Фрумкин, Г.Л. Воронков и др.), **признавалась одной из лучших школ в мире**, наряду с немецкой психиатрией (Э. Крепелин, К. Леонгард, К. Ясперс, Э. Кречмер, П. Шредер).

Отечественная военная психиатрия также дала множество ярких имен: И.М. Балинский, В.П. Осипов, А.С. Чистович, Н.Н. Тимофеев, Н.Е. Бачериков и др., в то время как американская военная психиатрия считалась упрощенной (синдромологической) и не имела уж очень ярких представителей.

Затрагивая американскую школу психиатрии, в первую очередь, следует отметить З. Фрейда с его психоаналитическим направлением на стыке психологии и психиатрии. При этом, справедливости ради, заметим, что выделение в самостоятельную форму посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) — это заслуга американских психиатров.

А вот **в области психологии западные школы абсолютно доминируют над отечественной психологией**, за исключением соционики — наиболее яркого отечественного самостоятельного направления в области психологии (А.В. Букалов, В.В. Гуленко, Е.С. Филатова и др.) [3, 5, 22]. Американская и европейская психология издавна славилась плеядой таких ученых, как: А. Адлер (классический психоанализ), К. Юнг (аналитическая психология), Э. Фромм (неофрейдизм), К. Халл (необихевиоризм), Ж. Пиаже (генетическая психология, Женевская школа) и др.

Поэтому, в США отдельные психологи имеют право заниматься некоторыми психическими расстройствами, в том числе ПТСР... Но нельзя же везде и во всем копировать западные подходы к решению различных медико-социальных вопросов без критического анализа их особенностей в условиях наших реалий. Тем более, с одной стороны — в сферах, где мы имели преимущество, а с другой стороны — в ущерб себе (разрушая собственные школы). Кроме того, несмотря на превосходство американской психологии, допускались случаи чрезвычайных происшествий — массовых убийств в учебных учреждениях, в то время как отечественная психиатрическая система, в т.ч. благодаря врачебному контролю допризывников (призывников) в свое время худо-бедно позволяла минимизировать негативные последствия до тех пор, пока психиатры в военкоматах в своем большинстве не превратились в формальных исполнителей своих обязанностей.

...При этом настоящие психологи западного образца у нас сейчас в дефиците. Зато формальных, номинальных психологов (малоопытных, но с гонором) развелось бесчисленное количество. Отметим, что даже сами психиатры, военные и гражданские, несколько удалены друг от друга, а военные психиатры и гражданские психологи — тем более!

Очень важно осмысливать: психиатрия и психология изначально притягивают к себе исходно разные категории людей, с разным складом мышления. А различные «предмет и задачи» лишь усиливают пропасть между ними. **У психолога, если так можно выразиться, мышление по большому счету горизонтальное (направленное в ширину здоровья), в то время как у психиатра мышление — вертикальное (направленное в глубину болезни).**

Да, у психологии и психиатрии, на первый взгляд, есть точки соприкосновения! Обе науки переплетаются с философией. Но здесь нельзя путать два важных момента! Многие проблемы психологии с давних времен (с конца XIX века) — это прерогатива философии по своему содержанию. А в психиатрии может использоваться философский «инструментарий» как форма клинических рассуждений.

Не следует забывать, что психология — это не медицина, а психолог — не врач. А значит, в предназначение психолога не может входить даже само понятие «терапия» (лечение): будь-то фармакотерапия (медикаментозное лечение), будь-то психотерапия (лечение словом), будь-то (что случается нередко) их комбинация.

Задачей психолога является психологическая помощь, а именно — психологические

советы (а в идеале — даже не советы, а указание направления для самопомощи). А «советы», как известно, не подразумевают ответственности. К ним можно прислушаться, а можно и не прислушаться.

Психология — это наука о здоровой психике, о психике здорового человека, о психике в пределах нормы. О характере, темпераменте, способностях человека... Сфера интересов психологов крайне разнообразна, она охватывает множество интересных вопросов: коррекция воспитательного процесса, усовершенствование педагогических подходов, подбор лиц в коллективы под конкретные задачи и т.п. *Кстати, здесь вполне эффективно может быть использована и соционическая методология* [3, 5].

Тогда возникает вопрос, **как так могло произойти, что психологи стали узаконено заниматься пограничной и иной психопатологией** (неврозами, расстройствами личности, алкогольными и другими формами зависимого поведения...)?

Очень важно отметить, что **пограничные психические расстройства** — это не промежуточные состояния, которые отграничивают норму от патологии (как часто преподносят психологи), а **в любом случае — болезнь** (иные абстрактно-отвлеченные размышления отдельных видных психиатров-философов мы здесь не рассматриваем — они могут себе это позволить)!

Представляется уместным вспомнить слова классика пограничной психиатрии П.Б. Ганнушкина о том, что:

«... например, в хирургии такое направление, как «большая хирургия» является более сложным направлением, чем «малая хирургия», в то время как в психиатрии «малая психиатрия» (в первую очередь, пограничная) по сложности диагностики и лечения превосходит «большую психиатрию».

Причем в «малой (пограничной) психиатрии» испытывают сложности даже сами опытные психиатры с многолетним стажем работы в стационарных условиях... Тогда как же в ней могут разбираться психологи без опыта работы в стационаре?

Психолог может рассуждать и предупреждать своих пациентов о вреде алкоголя, наркотиков, никотина, но не лечить их от алкоголизма, наркомании, табакокурения.

Тем более, здесь не должна идти речь об «экстремальной психиатрии», «психиатрии катастроф», «психиатрии войн», когда психологи берутся лечить острые и затяжные реактивные психозы и т.д., нанося немалый вред (к примеру, известно, что в стационарах не являются редкими случаи аффективных взрывов

со стороны воинов АТО в результате неуместной тактики действий психологов).

Однако, по мнению известного специалиста в области психологии Б.С. Братусь, все дело состоит в том:

«... что многие психологи, стремясь к изучению психологии, и только психологии, тем не менее, зачастую оказываются в других областях, проблема психической нормы каждый раз как бы выскальзывает из рук, незаметно покидая пределы психологии, оказываясь в области психопатологии» [2].

А вот наличие дополнительных психологических и соционических [8] знаний (или дополнительного образования в этих областях) в арсенале психиатра, разумеется, только расширит его терапевтические возможности за счет «психоаналитических», «бихевиоральных», «гештальт-терапии...» и других подходов. Но, в первую очередь, такой психологический багаж подсознательно стимулирует ассоциативные процессы в мышлении психиатра, благотворно влияя на его творческий потенциал при оказании психотерапевтической помощи пациентам.

Также психологические и соционические методологические приемы могут оказаться весьма существенным подспорьем в области профилактической психиатрии, например, в вопросах прогнозирования и предупреждения развития тех или иных психических расстройств у лиц с определенными акцентуациями характера и/или типами информационного обмена [6, 11, 14], генетически детерминированными [7].

Представляется важным подчеркнуть еще один аспект: расширение психологического кругозора психиатра *не сделает его психологом*, как не сделает психиатром *расширение кругозора психолога в области психиатрии*. Несмотря на то, что каждый из этих специалистов считает себя знатоком в смежной области, при этом таковым не являясь. Дополнительные знания лишь усиливают (украшают) мышление специалиста в основной сфере деятельности, но не меняют само мышление.

Следует также отметить, что **в нынешних условиях локальной войны участие компетентных психологов-волонтеров в вопросах психопрофилактики и реабилитации должно всячески приветствоваться**, но с оговоркой (осмыслением), что это происходит из-за нехватки психиатров (т.е. в будущем, в мирных условиях необходимо упредить расширение аппарата психологов за счет уменьшения психиатров).

Недавно побывавший в Украине американский психолог Ф. Пьюселик основные акценты в своей работе делает на правилах выживания в боевых условиях, правильной реакции на стресс

военнослужащих в мирных условиях и т.д. [24]. Однако это не заменяет, а лишь дополняет сферу деятельности военной психиатрии.

Министерство обороны Украины создало психологическую службу в Вооруженных Силах Украины для пресечения роста психогенных потерь среди участников антитеррористической операции (АТО) [23]. В войсках удел психологов — это: психологический отбор (массовое тестирование), профессиональная ориентация, человеческое взаимопонимание, профилактика межличностных конфликтов, атмосфера в воинском коллективе, психология дисциплины, авторитет офицера и командира, психология управления и т.д. По своей сути это сфера ответственности офицеров по воспитательной или социально-психологической работе (бывших политработников).

Это ж надо, на всю Украину на сегодняшний день **только четыре военных психиатра в погонах** и немногим больше десяти гражданских психиатров, работающих в военных госпиталях! Зато — много психологов в войсках, госпиталях, не считая тех гражданских психологов за пределами военных учреждений, кто бессмысленным образом пытается решать военные проблемы, в которых не разбирается. К чему это может привести?

Сложившаяся ситуация (нехватка военных психиатров) способствует формальному подходу к психиатрическому обследованию в воинских частях в период диспансеризации, несмотря на то, что в вооруженных силах есть важные воинские специальности, связанные с эксплуатацией сложной и дорогостоящей военной техники. Сюда же можно отнести и важность психиатрического освидетельствования при допуске к работе с секретными документами. И это на фоне возрастания психической заболеваемости в войсках (и среди гражданского населения) и значительной увольняемости по причине психических расстройств из рядов вооруженных сил.

Психолог (в том числе и клинический психолог), по большому счету, не имеет возможности для постоянного наблюдения психически больных ни статически, ни в динамике, ни амбулаторно, ни в стационаре в том виде, в каком это подробно, ежедневно делают госпитальные психиатры. В этом также кроется одна из причин, почему психиатры лучше разбираются в пограничной психопатологии, чем психологи.

Начальниками психиатрических отделений не бывают психологи... Они (психологи), пребывают «как в гостях» в психиатрических отделениях военных госпиталей, «как подмастерья». И не несут равноценную ответственность с психиатрами. Поэтому, даже в тех случаях, когда психолог работает в психиатрическом

стационаре, он все равно не пропитывается психически больными «с ног до головы», т.е. не чувствует их всем своим нутром.

Психолог не может до конца осмыслить (в силу особенностей образования) ни структуры психопатологий, ни их причины и механизмы, ни начала болезней, ни их динамики, ни их окончания, ни психологии войны, ни философии мира, ни стрессоустойчивости воинов или их стрессо-неустойчивости, ни психологии атаки, ни психологии защиты на поле боя.

Кто может гарантировать, что пока психолог будет проводить свои тренинги (ролевые игры), он не упустит из виду скрытую депрессию и пресуицидальное состояние у военнослужащего?

Сегодня наступила мода на психологов на фоне того, что в обществе с опаской относятся к психиатрии. Согласно Ю.А. Александровскому:

«Среди разных слоев населения упорно держится ошибочное отношение к психиатрии, что заставляет заболевшего... невольничьи оттягивать момент обращения к врачу-психиатру. Причем интересы больного и его лечение невольно отходят на второй план: лишь бы не быть в сумасшедшем доме, не числиться психически больным» [1].

Возможно, инерция такого отношения к психиатрии (надо сказать устойчивая инерция) берет начало с тех незапамятных времен, когда с помощью психиатрии в СССР лечили «инакомыслящих». Но, справедливости ради следует отметить, что среди представителей воинствующего диссидентства встречались и реально психически больные лица. Советские комедии также внесли свою лепту в отношении снисходительного недоверия к психиатрам. При этом в странах Европы и США представители элитного общества имеют по одному и более личных психиатров (психоаналитиков)!

Следует отметить мазком и вот какую проблему. Переход медицины, в том числе и военной, на «коммерческие рельсы» привел к тому, что в мирных условиях приоритет сместился в сторону платных больных в ущерб медицинскому обеспечению военнослужащих. Перестали брать военнослужащих с пограничной и иной невыраженной психопатологией (с различными формами неврозов, психопатиями, психическим инфантилизмом, отдаленными последствиями закрытых черепно-мозговых травм и т.д.). А это, если глубоко оценивать проблему, обратной стороной приводит к повышению воинских правонарушений, сокращению служебного долголетия военнослужащих, увеличению разводов в их семьях, росту «безотцовщины», а значит и криминализации общества, т.е. ударяет по бюджету государства

(незримо наблюдается отрицательный экономический эффект).

Таким образом, больными должны заниматься врачи, а психологи должны заниматься здоровыми людьми.

О ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

Психиатрию и неврологию стали рассматривать в одной упряжке с позапрошлого столетия. Возможно, это делалось на перспективу: «Сознание — есть отражение материального».

В гражданской среде, в научном психиатрическом мире — «сплетение» этих и других дисциплин (неврологии, физиологии, биологии) в будущем возможно даст положительный эффект — в области генетики психических заболеваний, функциональной морфологии мозга и т.д. Отдельные примеры таких прорывов есть:

- в начале XX века русский физиолог и психиатр И.П. Павлов (в 1904 году — лауреат Нобелевской премии в области физиологии и медицины) в серии работ по экскурсу физиологии в психиатрию выявил связь между условными рефлексам и формированием патологического мышления;
- в 1949 году португальский нейрохирург Э. Мониш получил Нобелевскую премию в области физиологии и медицины «За открытие терапевтического воздействия лоботомии при лечении некоторых психических заболеваний» (прежде всего шизофрении). В 1950 году после детального изучения негативных последствий лоботомии (перерезание волокон, соединяющих лобные части с другими отделами мозга) этот вид лечения в СССР был официально запрещен;
- в 1981 году американский невролог Р. Сперри получил Нобелевскую премию в области физиологии и медицины «За открытия, касающиеся функциональной специализации больших полушарий головного мозга». Это оказалось возможным в результате перерезания «мозолистого тела» (соединяющего большие полушария головного мозга) в качестве предлагаемого метода лечения тяжелых, неизлечимых форм эпилепсии.

Однако на сегодняшний день так и не появилось убедительных оснований для объединения этих двух совершенно разных медицинских направлений в военно-медицинской практике (в вопросах лечения, экспертизы и т.д.). Тем не менее, на фоне реформирования военно-медицинской службы создаются психоневрологические кабинеты, психоневрологические отделения. Зачем? Чтобы сэкономить средства?

Но ведь потери (видимые и невидимые) из-за разнородности этих специальностей, а значит и неэффективности совместной деятельности, будут более значительными!

Применительно к практической медицине, **концептуальная суть расстройств психики и нервной системы — разная**. Их причины и механизм развития — разные. Методы исследования — разные. Лечение — разное. Классификационные рубрики болезней (в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра — МКБ-10) — разные [20]. Да и не только знания, но и образ мышления психиатра и невропатолога разнополюсный, «чуждый» друг другу (как у физика и лирика). У хорошего психиатра преобладает абстрактное мышление, а у невропатолога в силу профессии не может не доминировать конкретное мышление.

Тем не менее, по инерции продолжают издаваться объединенные журналы по неврологии и психиатрии, публикуются совмещенные по этим дисциплинам пособия, проводятся конференции по проблемам неврологии психиатрии в объединенном виде [21]. Даже в «Руководстве по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Украины» [18] болезни нервной системы и психические расстройства объединены в одном разделе, что вызывает вопрос — на каком основании? Что общего между миозитами, фибромиозитами, люмбаго, невралгиями, невритами... — с одной стороны, и невротическими состояниями, психопатиями, алкоголизмом, наркоманией, шизофренией, маниакально-депрессивным психозом... — с другой стороны? Как исключение следует рассматривать случаи сортировки и оказания помощи в боевых условиях, когда пострадавший требует совместного вмешательства различных специалистов (психиатра, невропатолога, нейрохирурга).

Чем объясняется привязка психиатрии к неврологии? И что это за врачебный профиль — «психоневрология»? Разве безумие в армии с самоубийствами и дезертирством может являться довеском к невритам с параличами?

Следует отметить, что невротические расстройства, логоневрозы, энурез и т.п. — это также сфера деятельности прежде всего психиатров (которые лучше осмысливают суть этих патологий, чем невропатологи).

Психиатрию и неврологию объединяет лишь бытовое выражение: «*Все болезни от нервов*». Но язвенная или гипертоническая болезнь тоже от «нервов», однако это не означает, что «нервами» должны заниматься гастроэнтерологи или кардиологи. Это все равно, что путать «органическое» и «психическое» — болезни сердца и души, мозга и ума.

Как-то у профессора медицины, хирурга, духовного деятеля (святого Луки) В.Ф. Войно-Ясенецкого спросили:

«Как Вы можете верить в Бога, если Вы его не видели?» На что он ответил: «*Я много оперировал на мозге и, всякий раз открывая черепную коробку, ума тоже не видел*».

Таким образом, психиатрические отделения, кабинеты в военных госпиталях, в ВМКЦ должны иметь самостоятельный статус (психиатрический, а не психоневрологический).

О ВОЕННОЙ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОФИЗИОЛОГИИ

Тенденция к расширению военной психофизиологической службы появилась после начала вооруженного конфликта на востоке Украины. Почему?

Такой замысел обусловлен желанием создать «отделения психофизиологической реабилитации» для комбатантов. Бесспорно, реабилитационные центры для военнослужащих, вернувшихся из зоны боевых действий с психическими проблемами, нужны... Но при чем здесь психофизиология?

Для начала следует вспомнить о том, что такое «Психофизиология», каковы ее задачи?

Прежде всего, подчеркнем, что **психофизиология — это не психиатрия, подкрепленная физиологическими исследованиями**, как ошибочно считают некоторые психологи и врачи не психиатрического профиля.

Если коротко, предназначение психофизиологии — это профессиональный отбор по специальностям (прежде всего — операторским, диспетчерским), профориентация, подбор в малые коллективы, оптимизация профессиональной деятельности военных специалистов, медицинские аспекты эргономики [19].

Для достижения этих целей осуществляется профессиональная психодиагностика, оценка свойств нервной системы (уровней процессов возбуждения, торможения и их подвижности), исследование функционального состояния человека, его психомоторики, интеллекта, темперамента, характера, мотивационной сферы личности [15].

Наибольшую востребованность психофизиология обнаруживает в авиационной и морской медицине.

Кстати, арсенал психофизиологических методов может значительно обогатить и соционический инструментарий [16]. Соционика как будто намеренно создана для военной психофизиологии.

Еще в 1996-2001 г.г. нами были детально проработаны подходы к профотбору авиационных специалистов и подбору их в малые

коллективы, а также предложен алгоритм психофизиологического обследования (с помощью психологических и соционических методов) курсантов авиационных училищ (институты) и военных летчиков, что нашло научное обоснование на базе лаборатории авиационной медицины ХИЛ ВВС Украины [4, 9, 12, 13].

Следует напомнить, что в задачи психофизиологии никогда не входило лечение. А реабилитация — это лечение, в т.ч. его окончательный этап. **И реабилитирует, конечно же, тот, кто лечит.** Хирургический больной проходит реабилитацию в хирургическом отделении, кардиологический больной — в кардиологическом отделении и т.д.

Почему же возник такой вопрос — о самостоятельности реабилитационных отделений для военнослужащих с некоторыми психическими расстройствами? Ответ в самом вопросе, — потому что в закрытом психиатрическом отделении ни о какой реабилитации речи быть не может. Что делать?

Здесь важно отметить три принципиальных момента:

1. Такое реабилитационное отделение (центр) должно находиться в хозяйстве психиатров. Это — логично.
2. Оно должно быть размещено за пределами психиатрического отделения закрытого типа.
3. При названии отделения желательно избегать пугающего слова «психиатрическое», заменив его, к примеру на слово «психосоматическое». Таким образом, получится, например: «Отделение психосоматической реабилитации». Каким будет название — не столь важно, принципиально другое. По своему содержанию отделение должно быть психиатрическим, а над формой (названием) можно подумать...

Однако, если такое реабилитационное отделение назвать «Психофизиологическим», то оно и по сути станет психофизиологическим с работающими в нем психофизиологами...

Таким образом, очень важно не допустить такую ошибку при создании реабилитационных отделений для военнослужащих с некоторыми психическими расстройствами.

О ВОЕННОЙ И ГРАЖДАНСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Военная психиатрия отличается от гражданской психиатрии, как, может быть, никакая другая дисциплина в медицине. Причем, как в мирное, так и в военное время. Чем?

Эти дисциплины отличаются друг от друга многим, по большому счету, всем: сутью, задачами, организационными вопросами, да и спектром самих психических расстройств.

Гражданские психиатры реже встречаются с пограничными психическими расстройствами («малой психиатрией»).

Лица с невротами, психопатиями, инфантилизмом не обращаются к гражданским психиатрам. «Невротика» либо идут к психологам, либо пытаются лечиться самостоятельно — снотворными, успокоительными отварами, доступными препаратами... Психопатические и инфантильные субъекты обычно себя больными не считают, и с ними гражданские психиатры встречаются разве что в процессе судебно-психиатрической экспертизы после совершения такими лицами преступлений. Психический инфантилизм в юношеском возрасте вообще толком не изучен, а ведь лица с данным заболеванием являются основными виновниками правонарушений, неуставных взаимоотношений, суицидальных действий в Вооруженных Силах [10].

А вот в условиях военной службы военнослужащие с пограничными психическими расстройствами направляются в психиатрические стационары военных госпиталей командирами воинских частей постоянно. То есть, военные психиатры с такими больными сталкиваются значительно чаще, чем гражданские, а значит, и разбираются в этих психических расстройствах гораздо лучше [17].

Однако **гражданские психиатры имеют преимущество в области психических расстройств «большой психиатрии» прежде всего в тонкостях их лечения.** Они в разы чаще сталкиваются с лицами, страдающими тяжелыми формами шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, наркомании и т.д. В военной среде таких субъектов, разумеется, меньше, по причине того, что призывники, кандидаты на военную службу проходят «фильтрацию» путем психиатрического отбора в военных комиссариатах.

Проблема психических расстройств у военнослужащих в результате применения различных видов вооружения, оружия массового поражения (биологическое, психотропное, лучевая болезнь и т.д.) не является близкой темой для гражданских психиатров.

Вопросы психогигиены и психопрофилактики в войсках, проведения врачебно-психиатрической экспертизы, изучение величины и структуры санитарных потерь психиатрического профиля в военное время, организации психиатрической помощи, развертывания и оснащения психоизолятора и т.д. еще в большей степени удаляют военных и гражданских специалистов.

Таким образом, следует отчетливо представлять, что гражданская психиатрия не сможет заменить военную психиатрию ни в

мирное, ни в военное время. Кроме того, в условиях военного времени гражданские специалисты должны отчасти подчиняться Главному психиатру Министерства обороны Украины — выполнять его методические указания в вопросах психиатрического отбора, организации лечебно-эвакуационных мероприятий, реабилитации и т.д.

В заключение стоит отметить, что данная статья не преследует цель занижить роль смежных с психиатрией дисциплин, а

наоборот — уточнить их границы, а также напомнить о важности военной психиатрии и необходимости ее развития в Вооруженных Силах Украины. И предостеречь, что если в спешном порядке не предпринять меры по спасению этого направления военной медицины, то в ближайшее время его можно будет занести в «красную книгу». А поскольку «свято место пусто не бывает», то в этой сфере будут «знахарствовать» все, кто угодно, но только не специалисты в области военной психиатрии!

Литература

1. Александровский Ю.А. Человек побеждает безумие: записки психиатра. — М.: Советская Россия, 1968. — 150 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. — М.: Мысль, 1988. — 304 с.
3. Букалов А.В. Потенциал личности и загадки человеческих взаимоотношений. — М.: Черная белка, 2009. — 592 с.
4. Варус В.И., Иванов Д.А. До проблеми професійно-психологічного відбору льотного складу: нові підходи, нове бачення // Збірник наукових праць військ. гуманітарного інституту Національної академії оборони. — 2001. — № 4. — С. 13-21.
5. Гуленко В.В., Тыщенко В.П. Соционика идет в школу — М.: Черная Белка, 2010. — 288 с.
6. Иванов Д.А. «Детонирующая» роль алкоголя в суицидальных проявлениях // Соционика, ментология и психология личности. — 2000. — № 4. — С.16–21.
7. Иванов Д.А. Некоторые особенности мышления у близнецов, страдающих психическим инфантилизмом // Соционика, ментология и психология личности — 1997. — № 6. — С. 18-20.
8. Иванов Д.А. О последовательном использовании и активации соответствующих межличностных факторов в процессе поэтапного психотерапевтического лечения пограничной психопатологии // Соционика, ментология и психология личности. — 1998. — № 4. — С. 38-42.
9. Иванов Д.А. Определение зависимости между типами информационного метаболизма и летной деятельностью // Матер. научно-пр. конф. медицинской службы: Медицинские и психологические аспекты проблемы безопасности полетов. — Х.: Харьковский институт летчиков ВВС Украины, 1996. — С.11-12.
10. Иванов Д.А. Психический инфантилизм у военнослужащих. — Москва: Чёрная белка, 2010. — 304 с.
11. Иванов Д.А. Соционика в диагностике и лечении пограничной психопатологии // Социон. — 1997. — № 2. — С. 42-43.
12. Иванов Д.А. Соционика и проблема безопасности полетов // Соционика, ментология и психология личности. — 1996. — № 5. — С. 11-18.
13. Иванов Д.А. Соционика и формирование летных экипажей // Зб. наукових праць лікарів Прикарпатського військового округу: Актуальні питання військової медицини. — Львів, 1997. — Вип. 8. — С. 56-57.
14. Иванов Д.А. Суицидальные действия юношей при психическом инфантилизме и другой пограничной психопатологии // Соционика, ментология и психология личности. — 2000. — № 3. — С. 41-43.
15. Иванов Д.А., Кисель С.Г., Люлько О.М. Психофизиологическое обоснование путей совершенствования врачебно-летной экспертизы: Пособие для авиационных врачей и специалистов врачебно-летных комиссий. — Х.: Харьковский институт летчиков ВВС Украины, 1995.
16. Иванов Д.А., Савченко И.Д. Об основных свойствах высшей нервной деятельности у лиц с разными типами информационного метаболизма и об их дифференциальной диагностике // Соционика, ментология и психология личности. — 1999. — № 3. — С. 12-23.
17. Иванов Д.А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. — Чернівці, 2007. — 424 с.
18. Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України, затверджене наказом начальника Генерального штабу — Головнокомандувача Збройних Сил України від 26.12.2013 №317.
19. Макаренко Н.В. Теоретические основы и методики профессионального психофизиологического отбора военных специалистов. — Киев, 1996. — 336 с.
20. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — К.: Факт, 1999. — 272 с.
21. Указание по военной неврологии и психиатрии: под. ред. генерал-майора м/с Г.А. Акимова и полковника м/с В.К. Смирнова. — М.: Военное дело, 1992.
22. Филатова Е.С. Психология и соционика: вместе или врозь? — Ростов н/Д: Феникс, 2013. — 316 с.
23. http://censor.net.ua/news/313872/prakticheski_vsem_boyitsam_ato_ponadobitsya_psihologicheskaya_pomosch_voennyi_psiholog
24. http://censor.net.ua/news/330601/ya_viju_cho_idet_ukrainu_nujno_deystvovat_nemedlenno_amerikanskiyi_psiholog_o_reabilitatsii_ukrainskih

УДК 616.89-083

Пути улучшения работы психиатрической службы



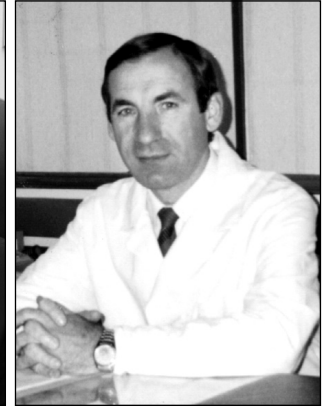
Кузнецов В. Н.



Кут'ко И. И.



Панченко О. А.



Петрюк П. Т.

Кузнецов В. Н.¹, Кут'ко И. И.², Панченко О. А.², Петрюк П. Т.³, Линёв А.Н.⁴

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

² ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МОЗ Украины», г. Константиновка Донецкой области,

³ КУ «Областная психиатрическая больница с. Орловка» Ровенского областного совета, Ровенская область

⁴ КУ «Харьковская областная психиатрическая больница № 1», Харьковская область

Резюме. Реформування системи надання психіатричної допомоги в Україні є частиною загальної державної реформи системи надання спеціалізованої медичної допомоги. У статті аналізуються основні проблеми, що стоять перед психіатричною службою та можливі перспективи їх вирішення в ході реформи системи охорони здоров'я.

Ключові слова: психіатрична служба, шляхи реформування.

Резюме. Реформирование системы оказания психиатрической помощи в Украине является частью общей государственной реформы системы оказания специализированной медицинской помощи. Справедливо отмечается, что в нашей стране происходит многолетнее необоснованное масштабное сокращение психиатрической коечной сети без развития стационарзамещающих учреждений. Приводится положение европейских психиатров о том, что в настоящее время эра деинституционализации сменяется эрой реинституционализации.

В статье анализируются основные проблемы, стоящие перед психиатрической службой и возможные перспективы их решения в ходе реформы системы охраны здоровья, а именно: проблемы реформирования системы психиатрической помощи в средствах массовой информации, злоупотребления в психиатрии, антипсихиатрические настроения населения, феномен глобализации, государственное финансирование психиатрической службы, феномены стигматизации и дестигматизации, практика этапной диагностики, критерии диагностики и лечения психических расстройств и расстройств поведения, клинические протоколы оказания медицинской помощи, вопросы патоморфоза, необходимость освоения производства основных психотропных лекарственных препаратов, в том числе и пролонгированного действия, создание крупных клинических центров, отделений интенсивной (неотложной) психиатрии, бригадно-территориальный принцип обслуживания больных, проблема реабилитации и трудоустройства больных, создание системы «общезитий на полпути», психотерапевтическая и суицидологическая помощь, сексуальные расстройства, проведение различных видов врачебной экспертизы, создание клубов взаимопомощи, привлечение религиозных организаций, этические проблемы, работа со средствами массовой информации и другие.

Подчеркивается, что все возрастающая роль будет принадлежать общественным организациям больных и их родственников в дизайне психиатрической помощи, а их партнерское в ней участие — неперемное условие современной психиатрии.

Ключевые слова: психиатрическая служба, вопросы обсуждения, пути реформирования.

Ways to improve mental health services

Kuznetsov V. N.¹, Kut'ko I. I.², Panchenko O. A.², Petryuk P. T.³, Linyov A. N.⁴

¹ National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv

² PI «Scientific-practical medical rehabilitation and diagnostic center of the Ministry of Health of Ukraine», Donetsk region Konstantinovka,

³ MI «Regional Psychiatric Hospital Orlovka» Rivne Regional Council, Rivne region,

⁴ MI «Kharkiv regional psychiatric hospital № 1», Kharkiv region

Резюме. Reforming the system of mental health care in Ukraine is part of public provision of specialized medical care system reform. Rightly pointed out that in our country there is a long-term unreasonable scale reduction of psychiatric hospital bed network without hospital replacement development institutions. We present the position of European psychiatrists that is now replaced by the era of deinstitutionalization changes by era deinstitutionalization.

The article analyzes the main challenges facing mental health service and the possible prospects of their solution in the health care system reform, namely the problem of mental health care reform in the media, the abuse of psychiatry, anti-psychiatric mood of the population, the phenomenon of globalization, the state funding of psychiatric services, phenomena of stigmatization and destigmatization, the practice-stage diagnostic criteria for the diagnosis and treatment of mental and behavioural disorders, clinical protocols of medical care, pathomorphosis issues, the need to develop the production of basic psychotropic drugs, including long-acting, creating major clinical canter, offices intensive (emergency) psychiatry, Brigadier-territorial principle of maintenance patients, rehabilitation and employment problems of patients, creation of a system «dormitories halfway», psychotherapeutic and a suicide help, sexual disorders, conducting various kinds of medical expertise, the creation of clubs mutual attraction of religious organizations, ethical problems, work with the media and others.

It is emphasized that the ever-increasing role will belong to public organizations of patients and their relatives in the design of mental health care, and their partnership in it — a precondition of modern psychiatry.

Key words: psychiatric service, discuss issues, ways to reform.

Прогресс — не случайность, а необходимость.

Герберт Спенсер

Особенности и характер психиатрической помощи в любой стране определяются историческими, экономическими, географическими, культуральными, политическими и другими факторами. Вместе с тем, имеются общие для всех стран закономерности её развития, связанные с прогрессивным движением психиатрической науки [1].

Психическое здоровье — один из параметров, определяющих качество жизни населения. Охрана психического здоровья населения является одной из наиболее актуальных проблем любого государства. Это связано с тем, что именно психическое здоровье его граждан определяет национальную безопасность страны. Сегодня, говоря о реформе, складывается впечатление, что специализированных служб она еще не коснулась, особенно психиатрической, но мы уже ощутили первые практические шаги реформы [2, 3], что проявляется, как нам представляется, *в многолетнем необоснованном масштабном сокращении психиатрической коечной сети без развития необходимого количества так называемых резиденциальных (стационарзамещающих) учреждений в нашей стране.* Что касается числа психиатрических коек, то согласно данным, собранным группой авторов [4-6], оно продолжало сокращаться вплоть до последнего времени, то есть, включая период с 1990 по 2006 годы, в большинстве западноевропейских стран (за исключением двух — Германии и Нидерландов, где число коек за это время даже несколько возросло). В 2006 году обеспеченность психиатрическими койками на 100 тыс. чел. населения составила в Австрии — 53,1, в Дании — 75,8, в Англии — 59,1, в Германии — 153,0, в Ирландии — 79,9, в Италии — 16,5, в Нидерландах — 136,1, в Испании — 35,7, в Швейцарии — 105,5.

Небезынтересно, что проанализировав за эти же годы и установив, во-первых, значительный рост в большинстве из указанных стран числа больных, ежегодно госпитализирующихся

недобровольно, во-вторых, рост коек (в 2 и даже в 3 раза), занятых больными на принудительном лечении, а также, в-третьих, рост тюремной популяции (значительное число лиц среди них, как предполагается, имеют психические расстройства) [7, 8], указанные авторы справедливо отмечают, что все это перекрывает изменения, связанные с деинституционализацией. Они выдвигают положение о том, что *эра деинституционализации сменяется эрой реинституционализации* [4]. Данные авторы высказывают ряд предположений, которые могли бы объяснить указанные изменения. Одно из них — то, что в обществе в целом и среди клиницистов, в частности, сказывается избегание риска, и это может приводить в условиях сокращения традиционных коек к более частым решениям о направлении, отчасти другими путями, пациентов в стационары, что является более безопасным.

Следует подчеркнуть, что Восточно-европейские страны вступили на путь реформ психиатрических служб с деинституционализацией значительно позже и находятся на другой стадии их развития.

Обсуждение проблем реформирования системы оказания психиатрической помощи следует начать с анализа ряда парадоксов **в отражении этой тематики в средствах массовой информации (СМИ).**

Многочисленные публикации посвящены одностороннему освещению малоприверенных фактов оказания психиатрической помощи вопреки желанию пациента, которые односторонне оцениваются общим и достаточно расплывчатым термином **злоупотреблений в психиатрии.** Предвзято негативный тон, а порой и просто диффамационный характер таких сообщений формируют в общественном сознании безрадостный образ психиатрических больниц и отделений, только как мест изоляции и принудительного лечения лиц, находящихся в состоянии конфликта с социальным окружением.

Практически вне поля общественного внимания остаются значительные **размеры контингента больных** с психотическими и непсихотическими психическими расстройствами, нуждающиеся в специализированной помощи,

сложной реабилитации и программной социальной поддержке.

Действующие в Украине нормативные акты о порядке оказания неотложной психиатрической помощи (без согласия пациента) формально ограничивают возможность оказания такой помощи больному с сохранной способностью к осознанному волеизъявлению. Однако, это создает предпосылки для деонтологических нарушений иного рода с возможностью отказа в медицинской помощи нуждающемуся больному, формально сославшись на его зачастую эмоционально обусловленный и непродуманный отказ от лечения.

Наконец, основной проблемой в оказании помощи, социальной реабилитации и поддержки больных с тяжелыми психическими расстройствами являются укоренившиеся в общественном сознании населения европейского континента, в том числе и Украины, так называемые **антипсихиатрические настроения населения** [3, 9-11].

Этот социальный феномен можно определить, как ксенофобическое неприятие больных с тяжелыми психическими расстройствами с категорическим нежеланием иметь их в своем ближайшем социальном окружении. При этом отрицается биологическая природа психических расстройств, которые считаются проявлением негативных характерологических особенностей человека. Соответственно, диагноз психического расстройства расценивается как грубое социальное клеймо, необратимо дискредитирующее личность.

Прямым следствием неприятия больного с тяжелым психическим расстройством социальным окружением является лицемерное обвинение психиатрической службы в социально-репрессивных функциях. Неизбежно появляются раздуваемые падкими на сенсации СМИ мифологемы о «клейте диагноза, которое сделало человека инвалидом», «жестоком лечении, после которого человек стал нетрудоспособным овощем», и, в конечном счете, о том «как нормального человека психиатры сделали психически больным дураком».

Одной из основных особенностей современного этапа развития психиатрии является **феномен глобализации**, декларированный маастрихтскими соглашениями. В частности, идеологической основой правовой базы оказания психиатрической помощи являются положения Международного Билля о правах человека и Хельсинской декларации о правах человека, постулирующие положение о праве свободного выбора (в частности о праве больного отказаться от медицинской помощи) [1].

Эти принципы положены в основу **Закона Украины «О психиатрической помощи»**

населению, обоснованно предусматривающим **приоритетное значение государственного финансирования психиатрической службы**. Закон декларирует общую доступность психиатрической помощи и её приближенность к населению [3].

Как и в других отраслях охраны здоровья, безусловно, гарантируется добровольность получения медицинской помощи, доступность для пациента и его представителей к информации о состоянии его здоровья, лечении и реабилитации, конфиденциальность оказания лечебно-реабилитационной помощи и подконтрольность психиатрической службы юридически-правовым и общественным правозащитным организациям.

Современная идеология оказания медицинской помощи при психических расстройствах базируется на положениях международных деклараций по биологической и медицинской этике, обосновующих **принцип «безопасной медицинской помощи»** со стремлением к минимальному количеству побочных явлений, что неизбежно сопряжено с отказом от получения максимально возможного терапевтического эффекта.

Не случайно, ведущими на современном этапе развития являются два направления в психиатрии. Так называемое **эkleктическое направление** сочетает синдромологический и психодинамический подходы для создания общедоступных единых стандартов, критериев, алгоритмов, протоколов диагностики, обследования, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами.

Вторым по значимости является направление, основанное на отстаивании права пациента с психическими расстройствами на безопасную медицинскую помощь в соответствии с требованиями биологической и медицинской этики. В литературе это течение, в общем, некорректно, определяется как **антипсихиатрическое направление** [9-11].

В соответствии с его идеологией диагностика психического расстройства должна проводиться таким образом, чтобы как можно меньше ограничивать социальные возможности больного. Соответственно лечение психического расстройства должно планироваться так, чтобы минимизировать побочные явления терапии.

На современном этапе развития психиатрии всё большее внимание уделяется проблеме **феномена стигматизации** больных с психическими расстройствами, с неприятием их социальным окружением. При этом стигмой служат негативные представления о психически больном в общественном сознании, сформировавшиеся на уровне архетипов [3].

Факторами, способствующими стигматизации, являются: наличие психопатологической симптоматики, нарушающей поведение, побочные явления биологической терапии, снижающие качество жизни.

Однако серьезной этической проблемой (которую упорно не хотят замечать многочисленные защитники права больного отказаться от медицинской помощи) остаются социальные ограничения, связанные с диспансерным наблюдением у врача-психиатра с диагнозом тяжелого психического расстройства.

В первую очередь следует упомянуть регламентированные государственными нормативными актами ограничения возможности трудоустроиться по значительному ряду специальностей, находиться на военной и государственной службе, работать на аттестованной должности, водить транспортное средство.

С нашей точки зрения, регламентирующие их документы нуждаются в дальнейшем критическом анализе юристами и представителями психиатрической науки и практики на предмет соответствия их положению о конституционном праве человека на труд.

Закон Украины «О психиатрической помощи» предусматривает обязательную диагностику психического расстройства в соответствии с общепризнанными международными стандартами диагностики и Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10). Однако, ограничить диагностическую оценку только операциональной диагностикой рубрик психических расстройств по МКБ-10 представляется неоправданным. Диагностическая формулировка должна включать функциональный диагноз с оценкой тяжести состояния и течения расстройства в соответствии с концептуальными национальными классификациями. Это требует дальнейшей работы по созданию отечественных руководств и методических пособий с углубленным анализом вопросов функциональной диагностики.

Да и собственно операциональная диагностика должна основываться на **принципе мультиаксиальной оценки** состояния пациента с констатацией психопатологических синдромов, аномалий личности и нарушений развития, неврологической и органной патологии, унифицированной оценки влияния внешних психотравмирующих факторов, уровня социальной адаптации и качества жизни, а не ограничиваться констатацией единственной рубрики МКБ-10.

Конечно, следует продолжить разработку отечественных глоссариев для единой стандартизированной синдромологической квалификации психопатологических симптомокомплексов. Диагностический процесс, в конечном счете,

должен быть направлен на оценку **прогноза** психического расстройства и **реабилитационного потенциала** больного.

Безусловного внимания заслуживает методологическое обоснование практики **этапной диагностики**, включая возможности «виражей в диагностике» с возможностью выбора диагностической формулировки оптимально соответствующей задачам конкретного этапа активной реабилитации с возможностью **дестигматизации** пациента. Необходимо также разработать комплекс мер по преодолению социокультурной стигматизации психических заболеваний в нашей стране [3].

В соответствие с современными этическими правовыми нормами оказания лечебно-реабилитационной помощи в психиатрии в Украине принято два нормативных документа. **Критерии диагностики и лечения** психических расстройств и расстройств поведения должны стать **критериями аккредитации**, регламентирующими объем минимально необходимой помощи.

Клинические протоколы оказания медицинской помощи по специальности «психиатрия» определяют общую тактику лечения с постулированием принципа «безопасной медицинской помощи», в соответствие с которым мы начинаем лечение с препаратов новых поколений с лучшим профилем переносимости, хотя и меньшей мощностью терапевтического эффекта. Однако, как показывает опыт, трафаретное применение протокольного лечения при хронических заболеваниях позволяет получить достаточный эффект только у 60% пациентов.

Поэтому хочется повторить банальное утверждение о том, что *протоколы должны быть не догмой, а руководством к творческому действию для лечащего врача.*

Актуальной проблемой остаются негативные проявления **терапевтического патоморфоза** эндогенных психических расстройств в виде хронификации эпизодов с «буферностью» симптоматики к стандартной терапии.

Представляется важным дальнейшая разработка дифференцированных схем гибкой индивидуально адекватной психофармакологической терапии, в том числе резистентных состояний.

Нуждаются в дальнейшем уточнении показания для применения методов общебиологического воздействия (электроконвульсивная, инсулиношоковая терапия, краниоцеребральная гипотермия); детоксикации (гемосорбция, плазмезферез, энтеросорбция); использования иммуномодуляторов (включая внутрисосудистое лазерное облучение крови) и других.

Целесообразно дополнение стандартных схем биологической терапии методами

немедикаментозного лечения, включая методы разномодальной направленной стимуляции мозговых структур (латеральная терапия, парнополяризационная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, транскраниальное введение лекарственных средств) для потенцирования биологической терапии, преодоления резистентности и устранения резидуальной симптоматики [12].

Нуждается в дальнейшем изучении и внедрении в практику лечения психических расстройств рефлексотерапия (иглорефлексотерапия и электроакупунктура), которые могут применяться как врачами-психиатрами, так и врачами общей практики [3].

Говоря о **направлениях реформирования и развития** системы оказания психиатрической помощи населению, следует остановиться на ряде аспектов.

Для обеспечения больных доступной адекватной психофармакологической терапией отечественной фармацевтической промышленности следует освоить **производство основных психотропных лекарственных препаратов, в том числе и пролонгированного действия**. Протокольные рекомендации по биологической терапии психических расстройств должны быть ориентированы, прежде всего, на использовании лекарственных средств отечественного производства.

В соответствии с Законом Украины «О психиатрической помощи» лечение психических расстройств должно быть общедоступным независимо от платежеспособности пациента. Соответственно лечебные учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь, должны быть обеспечены **достаточным запасом медикаментов для оказания минимально необходимого объема помощи** в соответствии с критериями аккредитации, изложенными в Критериях диагностики и лечения психических расстройств и расстройств поведения.

Реформирование **стационарной психиатрической помощи**, вероятно, пойдет путем создания крупных **клинических центров** полностью обеспеченных современным оборудованием и средствами медикаментозного и немедикаментозного лечения с комфортными условиями содержания пациентов. В этих лечебных учреждениях будет оказываться помощь больным сложным в лечебном и диагностическом отношении.

В структуре этих клиник будут функционировать **отделения интенсивной (неотложной) психиатрии** для лечения больных с состояниями угрожающими жизни (приступы фебрильной шизофрении, осложнения психофармакологической терапии, больные психозами с тяжелой

сопутствующей соматической патологией) и терапевтически резистентными тяжелыми психическими расстройствами, требующими проведения специальных мероприятий.

Такие центры будут **клиническими базами** научно-исследовательских институтов и кафедр психиатрии высших медицинских учебных заведений и учреждений (факультетов) последипломного образования (взаимодействие по принципу **учебно-научно-производственных объединений**).

В соответствии с принципами Закона «О психиатрической помощи» с целью приближения её к населению, в структуре многопрофильных больниц будут функционировать **психиатрические отделения**.

В их состав войдет ограниченное количество коек для круглосуточного содержания больных, где будет проводиться кратковременное стационарное лечение (купирование психоза, устранение критической тяжести депрессивной симптоматики, коррекция суицидального поведения) с последующим долечиванием этих больных в условиях дневного стационара или переводом малокурабельных пациентов в специализированные клинические центры.

Большую часть коечного фонда таких отделений будут составлять места в структуре **дневного стационара**.

Амбулаторная помощь больным с психическими расстройствами будет оказываться в **психиатрических кабинетах** многопрофильных поликлиник. При этом диспансерная группа психиатрического кабинета будет ограничена только больными с тяжелыми психическими расстройствами, сложными в лечебно-диагностическом, социально-реабилитационном отношении и с общественно опасными тенденциями.

Большая часть времени амбулаторного приема врача-психиатра будет занимать консультативная работа, направленная на уточнение диагноза и составление программы лечебно-реабилитационных мероприятий, которые будут реализовываться врачами общей практики в ходе курации пациента. Таким образом, консультативная группа психиатрического кабинета будет значительно преобладать над группой активной диспансеризации [3].

Возрастет значимость **бригадно-территориального принципа обслуживания** больных. При этом пациент будет обслуживаться бригадой врачей постоянного состава, включающей врача общей практики, психиатра амбулаторного приема и врача психиатрического отделения. Важнейшей задачей будет обеспечение преемственности стационарной специализированной, консультативной помощи и амбулаторного лечения.

Для решения сложного комплекса проблем **реабилитации и трудоустройства** больных с тяжелыми психическими расстройствами следует ставить вопрос о дополнительном создании рабочих мест по типу **специальных цехов и участков**, что представляется сложным в финансовом отношении в связи с заведомо невысокой рентабельностью таких структур.

Вероятно, будет целесообразно предоставить дополнительные налоговые льготы работодателям, предоставляющим работу больным с инвалидностью вследствие психических расстройств.

Все же основным путем трудовой и социальной реабилитации лиц, утративших трудоспособность вследствие психических заболеваний, будет **создание рабочих мест для больных в сфере малого и среднего бизнеса** силами, как самих больных, так и членов их семей. Содействие в создании таких структур должно быть важной задачей служб социальной помощи. Созданные таким образом предприятия должны иметь максимальные льготы при налогообложении [3].

Драматически сложной представляется проблема помощи **нетрудоспособным больным вследствие психического заболевания, утратившим жилье и родственные связи**. Дальнейшее расширение системы домов-интернатов для этой категории лиц не представляется перспективным решением.

Заслуживает дальнейшего изучения и внедрения опыт создания системы так называемых **«общежитий на полпути»** с созданием условий для восстановления навыков самостоятельного проживания с последующими попытками трудоустройства этих пациентов в бюджетных или частных структурах, что делает помощь всеобъемлющей и уменьшает нагрузку на семью. В настоящее время разработаны разные варианты общежитий: общежития как отделение стационара, как этап реабилитации, этап перед выпиской после длительного пребывания в стационаре; квартира для независимого проживания; особенно важен вариант «континуума»: общежитие — отделение стационара — групповой дом — квартиры для независимого проживания — интеграция в социум. В случае успешной реабилитации в дальнейшем социальными службами будет изыскиваться возможность предоставления больному индивидуального жилья для самостоятельного проживания [13, 14].

Следует отдельно остановиться на направлениях развития **смежных с психиатрией** отраслей оказания медицинской помощи.

Так, **психотерапевтическая помощь** оказывается врачами-психотерапевтами психиатрических и многопрофильных лечебно-профи-

лактических учреждений, психологами в ходе психологического консультирования и педагогами во время специального обучения, программ педагогической коррекции и логопедических занятий.

Следует отметить обязательность предварительной консультации врача-психиатра для уточнения диагностической оценки и разработки единой программы координированных лечебно-реабилитационных мероприятий, а также недопустимости к оказанию психотерапевтической помощи непрофессионалов и/или специалистов, использующих научно необоснованные методы, зачастую негативно влияющие на психическое здоровье и состояние человека.

Важнейшей задачей развития психиатрической службы является создание единой государственной программы предотвращения самоубийств — системы **суицидологической помощи**. Оказание медико-социальной помощи больным с суицидальным поведением предполагает обязательное консультирование пациента врачом-психиатром с уточнением диагностической оценки и разработкой комплексной программы лечения, реабилитации и социальной помощи. Необходимо добиваться включения клинической суицидологии в программы вузовских курсов по психиатрии и последипломного обучения врачей-психиатров, а также врачей общей медицинской практики. Актуальной проблемой является создание единой системы наблюдения суицидентов и **статистического учета всех форм суицидального поведения**.

Нужно признать неудовлетворительной существующую практику разрозненной помощи больным с **сексуальными расстройствами** врачами-сексопатологами, психотерапевтами, урологами, гинекологами, андрологами и психологами в ходе психологического консультирования семьи.

Рубрики расстройств полового поведения входят в раздел психических расстройств МКБ-10. Сексуальные расстройства у большей части больных сочетаются с коморбидными психическими расстройствами иных классов этого раздела.

Поэтому объем помощи этим больным должен включать обязательную консультацию психиатра-сексопатолога с уточнением диагноза и разработкой комплексной лечебно-реабилитационной программы, включающей лечение у разных специалистов. Необходимо добиваться активного привлечения сексологов к разработке и реализации действующих государственных программ по проблемам демографии, борьбы с распространением инфекций, передающихся половым путем, внеплановыми беременностями, сексуальным насилием, педофилией. Активно

участвовать в просвещении населения по распознаванию состояний суицидального риска.

Развитие системы психиатрического обслуживания населения будет предполагать поиск путей разрешения этических проблем возникающих при проведении **различных видов врачебной экспертизы** [3].

Прежде всего, это **экспертиза профессиональной пригодности пациента** в соответствии с действующими нормативными актами. Вероятно, оправданным будет переиздание методических рекомендаций, уточняющих алгоритм экспертного решения. Ограничения в профессиональной пригодности в соответствии с действующими критериями предполагает наличие **тяжелого психического расстройства**. Для сведения к минимуму социальных ограничений целесообразно шире использовать методический прием **«виражей в диагностике»**, когда перенесенный психотический эпизод ретроспективно оценивается как приступ преходящего психического расстройства, а достигнутая ремиссия высокого качества и длительности определяется как практическое выздоровление.

Сходные проблемы возникают во время проведения **военно-психиатрической экспертизы**. Для поступающих на профессиональную и контрактную форму военной службы требования к состоянию психического здоровья кандидатов будут строже. По всей вероятности, большинство известных психических расстройств и нарушений поведения будут противопоказаниями для военной службы. Жестче будут административные взыскания на членов экспертных комиссий, допустивших экспертную ошибку, что привело к военной службе лица с психическими расстройствами. Поэтому диагностика психических расстройств у кандидатов на военную службу будет объективной.

В то же время, после решения экспертных вопросов для снятия социальных ограничений оправданным будет проведение «диагностического виража» с ретроспективной оценкой перенесенных психических расстройств как преходящего приступа, а достигнутой качественной ремиссии как практического выздоровления.

Кроме этого, следует разработать и утвердить МОЗ Украины Порядок проведения судебно-психиатрических экспертиз, подразумевающего внедрение современных правил организации деятельности экспертных подразделений, их новых штатных нормативов, государственных стандартов строительства (реконструкции) и оснащения для зданий и сооружений судебно-психиатрических отделений (центров), подготовку информационного письма, касающегося производства судебно-психиатрических экспертиз на этапе до возбуждения уголовного дела.

Необходимо разработать и принять Закон Украины «О психологической помощи»; разработать национальные стандарты допуска психологов к решению практических задач на производстве, в учебных заведениях и клинике, в том числе и экспертной деятельности, с обеспечением уровня требований не ниже существующих в настоящее время в Европейском Союзе (система EuroPsy).

Реформирование системы оказания психиатрической помощи предполагает рост значимости работы врача общей практики — семейной медицины в диагностике, лечении и реабилитации психических расстройств.

Следует отдельно остановиться на отдельных **задачах врача общей практики в организации оказания медико-социальной помощи больным с психическими расстройствами**.

В первую очередь это первичная, по сути, предварительная диагностика психических расстройств с последующим мотивированным направлением пациента на консультацию врача-психиатра. Соответственно, диагностика психических расстройств врачами общей практики будет осуществляться клинико-психопатологическим методом с параллельным использованием специальных глоссариев и скрининговых шкал психопатологической оценки состояния.

Значимой будет проблема оказания первичной врачебной помощи при психических расстройствах врачами общей практики. Актуальным является создание руководств по диагностике и лечению психических расстройств врачами первичного звена с протоколами оказания первой врачебной помощи при этих состояниях.

Требуется обсуждение юристами и специалистами по социальной психиатрии вопроса о том, насколько предварительная диагностика психического расстройства врачами других специальностей (в первую очередь общей практики), необходимая для оказания первой врачебной помощи, противоречит постулируемой Законом Украины «О психиатрической помощи» так называемой «презумпции психического здоровья».

Важной новой задачей врачей общей практики будет курация больных с психическими расстройствами после консультации врача-психиатра в соответствии с рекомендованной лечебно-реабилитационной программой. Задачей врача общей практики будет проведение медикаментозного и немедикаментозного амбулаторного лечения, координация работы с пациентом специалистов по психотерапии, рефлексотерапии, психологическому консультированию, социальной помощи, включая педагогическую и психологическую коррекционную работу педагогов и

психологов учебных заведений с детьми и подростками.

Врачи-психиатры регионального звена оказания амбулаторной помощи должны будут обеспечить преемственность работы врача-психиатра и врачей общей практики.

Значимой проблемой является организация последилового образования врачей общей практики в области психиатрии в ходе обучения в интернатуре, на курсах вторичной специализации, предаттестационных циклах, циклах тематического усовершенствования и освоения методов диагностики и лечения психических расстройств на целевых курсах информации и стажировки. Задачей базовых кафедр будет разработка унифицированных программ обучения [3].

Реформирование системы оказания психиатрической помощи предполагает **повышение активности взаимодействия психиатрической службы с учреждениями психологического консультирования и социальной помощи.**

Следует упомянуть **частные структуры, занимающиеся психологическим консультированием** по вопросам социального взаимодействия, отношений в семье, профессиональной ориентации; психологов учебных заведений, социальных служб и лечебно-профилактических учреждений. Важной проблемой представляется наличие у этих специалистов антипсихиатрических настроений и склонности к расширенной психодинамической трактовке нарушений поведения только как следствия влияния психосоциальных стресс-факторов.

Важным моментом является четкое разграничение функций с психологическими службами, задачей которых должно быть только психологическое консультирование. Диагностика и лечение (в том числе психотерапия) должны проводиться врачами. Лечебно-реабилитационная помощь и психологическая коррекция должны проводиться в соответствии с общей программой.

При оказании помощи детям и подросткам значимой задачей будет **координация лечения с педагогической коррекцией психических расстройств** педагогами, логопедами и психологами общих и специальных учебных заведений.

Общая программа медико-социальной помощи должна включать работу **социальных служб** по оказанию помощи в решении вопросов трудоустройства, обеспечения жильем, оформления пенсии, социальной поддержки семьи.

При работе с детьми и подростками с нарушениями поведения важной задачей является взаимодействие психиатрической службы с правоохранительными органами в частности с **инспекцией по делам несовершеннолетних.**

Сложной и важной проблемой является необходимость длительного, подробного и

нелицеприятного диалога специалистов психиатрической службы, работающих в сферах как клинической, так и социальной психиатрии с многочисленными **общественными организациями, занимающимися так называемой правозащитной деятельностью.**

Следует анализировать случаи неконструктивной позиции этих общественных структур, когда усилия правозащитников направлены на удовлетворение претензий больных, носящих явно болезненный характер. Типичный пример: стремление нетрудоспособного больного с хроническим психозом параноидной структуры «снять диагноз», даже отказавшись от социальных льгот и пенсии по инвалидности. Возникающие резонансные конфликтные ситуации, всегда односторонне трактуемые как «злоупотребления в психиатрии» (необоснованность претензий пациента, как правило, не становится известной общественности) способствуют усилению антипсихиатрических настроений населения.

В то же время конструктивной была бы помощь правозащитных организаций, направленная на помощь в решении реальных проблем больных, связанных с нетерпимым, предвзятым, а часто и юридически необоснованным негативным отношением к ним трудовых коллективов, соседей и даже родственников.

Опыт показал успешность клубных форм работы с пациентами, в частности создание **клубов взаимопомощи** больных с психическими расстройствами и членов их семей.

Следует шире привлекать **религиозные организации** к оказанию социальной поддержки больным и членам их семей.

Развитие системы медико-социальной помощи больным с психическими расстройствами предполагает решение ряда сложных **этических проблем.** Важнейшей из них является вопрос о так называемой **«безопасной медицинской помощи».** Дialeктика проблемы заключается в том, что методы лечения с высокой терапевтической эффективностью, как правило, вызывают значительное количество побочных явлений.

Драматической дилеммой является необходимость быстрой и эффективной помощи, с одной стороны, и стремление избежать побочных явлений, с другой стороны. Это остро ставит вопрос о необходимости всесторонней оценки состояния больного с определением прогноза и реабилитационного потенциала на основании квалификации биологических механизмов развития, симптоматики и течения.

Вероятно, наша терапевтическая активность и связанный с ней риск нежелательных явлений тем более оправдана, чем выше реабилитационный потенциал пациента.

Сложной является проблема **конфиденциальности оказания психиатрической помощи**. В частности, диагностика тяжелого психического расстройства в соответствии с действующими нормативными документами предполагает определенные ограничения профессиональной пригодности пациента. Что должно констатироваться при проведении периодических медицинских осмотров.

Вероятно, приоритетное значение в принятии экспертного решения должно играть актуальное состояние пациента на момент осмотра, а не наличие пусть даже серьезных психических расстройств в анамнезе. Следует учитывать, что эти патологические состояния могли завершиться значительным улучшением или даже полным выздоровлением. В любом случае, для констатации профессиональной непригодности должны иметь место тяжелые нарушения актуального психического состояния.

Важнейшей задачей развития системы психиатрической помощи населению должно стать проведение последовательной разъяснительной работы среди населения. Так называемая психообразовательная работа («psychoeducation») должна быть направлена на повышение толерантности населения к больным с тяжелыми психическими расстройствами.

Следует информировать население о том, что в большинстве случаев течение даже тяжелых психических расстройств не имеет фатально неблагоприятного характера, обострения поддаются лечению, эффективна поддерживающая и профилактическая терапия.

Именно разъяснительная работа, а не смена диагностических формулировок должна быть основой **дестигматизации больных** с тяжелыми психическими расстройствами [3].

В этом ключе важнейшей задачей развития психиатрической службы является **работа со СМИ**. Наверное, врачам следует активнее комментировать появляющиеся в СМИ сообщения антипсихиатрического содержания, как компрометирующие больных с психозами, так и традиционно обвиняющих психиатрическую службу в «злоупотреблениях».

Образ монстра-сумасшедшего на телеэкране и страницах газет должен смениться **образом нашего соотечественника, проявляющего высокое мужество в преодолении медицинских проблем, связанных с хронической болезнью**.

Равно, как образ психиатрической службы как инструмента «политических преследований, злоупотреблений и социальной изоляции неугодных» должен смениться **пониманием нашими соотечественниками значимости проблем, связанных со значительной**

распространенностью тяжелых психических расстройств и важностью оказания медицинской помощи и социальной поддержки этим больным и членам их семей.

Таким образом, **реформирование психиатрической службы** должно проводиться с учетом её социальной значимости, связанной с высокой распространенностью лиц с психическими расстройствами, требующими серьезной медицинской и социальной помощи.

Важно обеспечить декларированную законодательством доступность психиатрической помощи в минимально необходимом объеме, регламентированном критериями аккредитации. На уровне региональной больницы должен функционировать психиатрический кабинет и психиатрическое отделение для краткосрочного стационарного лечения.

На базе областных психиатрических больниц, кафедр психиатрии и научно-исследовательских институтов будет целесообразно создать клинические центры для длительного стационарного лечения больных.

Вероятно, большая часть времени амбулаторного приема врача-психиатра будет посвящена консультативной помощи с уточнением диагноза психического расстройства и рекомендацией перспективной программы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение непосредственно у врача-психиатра будет получать только небольшая часть больных, сложных в диагностическом, лечебном и реабилитационном отношении.

Большая часть пациентов с психическими расстройствами будут проходить амбулаторное медикаментозное и немедикаментозное лечение у врачей общей практики — семейной медицины в соответствии с лечебно-реабилитационными рекомендациями врача-психиатра.

Медико-социальная помощь больным с психическими расстройствами будет оказываться совместными координированными усилиями психиатрической службы, врачей общей практики — семейной медицины, социальными службами, специалистами по психологическому консультированию, а при оказании помощи детям и подросткам — с участием педагогов и психологов учебных заведений.

Больным с тяжелыми психическими расстройствами будет оказываться активная реабилитационная помощь, включающая программы содействия социальных служб их трудоустройству, в том числе путем создания рабочих мест пациентами и их родственниками, получению образования, при необходимости переобучению.

Важнейшей задачей развития системы психиатрической помощи населению является

активная санитарно-просветительная и психообразовательная работа, направленная на повышение толерантности населения к больным с тяжелыми психическими расстройствами и обеспечение социальной поддержки пациентов и членов их семей.

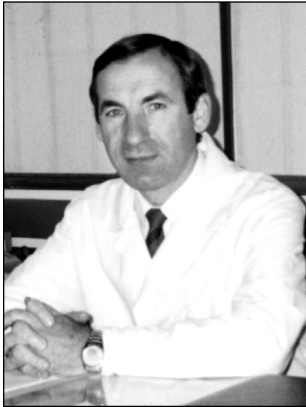
Бесспорно, все возрастающая роль принадлежит общественным организациям больных и их родственников в дизайне психиатрической помощи, а их партнерское в ней участие — неперемное условие современной психиатрии.

Литература

1. Гурович И.Я. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, Б.Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т. 22. — № 1. — С. 5-19.
2. Пинчук И.Я. Реформирование системы оказания психиатрической помощи населению Донецкой области: опыт и проблемы / И.Я. Пинчук // Україна. Здоров'я нації. — 2012. — № 2 (22). — С. 36-43.
3. Кутько И.И. Проблемы и перспективы преобразования системы охраны здоровья на модели психиатрической службы / И.И. Кутько, О.А. Панченко, П.Т. Петрюк // Новости фармации и медицины в Украине. — 2015. — № 12 (547). — С. 18-20.
4. Priebe S. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006 / S. Priebe, P. Frottier, A. Gaddini et al. // Psychiatric Services. — 2008. — Vol. 59. — N 5. — P. 570-573.
5. Priebe S. Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti et al. // Br. Med. J. — 2005. — Vol. 330. — P. 123-126.
6. Priebe S. Institutionalisation revisited — with and without walls / S. Priebe // Acta Psychiatr. Scand. — 2004. — Vol. 110. — P. 81-82.
7. Fazel S. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 survey / S. Fazel, J. Danisch // Lancet. — 2002. — Vol. 359. — P. 545-550.
8. Konrad N. Prisons as new asylums / N. Konrad // Curr. Opin. Psychiatry. — 1999. — Vol. 15. — P. 583-587.
9. Косилова Е.В. Культурологический анализ научной парадигмы в психиатрии: На примере антипсихиатрии и философии Р. Лэйнга: дис. ... канд. филос. наук: 09.00.13 / Елена Владимировна Косилова. — М., 2002. — 216 с.
10. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие (монография) / О.А. Власова. — М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. — 221 с..
11. Власова О.А. Антипсихиатрия: социальная теория и социальная практика (монография) / О.А. Власова. — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. — 432 с.
12. Петрюк П.Т. Общие современные принципы применения физиотерапии в психиатрии: клинический аспект. Сообщение 1 / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2010. — № 1 (26). — С. 12-18.
13. Петрюк П.Т. Особенности работы некоторых специализированных учреждений Баварии (по результатам 3-х недельной ознакомительной поездки в Германию) / П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2004 — № 4 (5). — С. 79-83.
14. Петрюк П.Т. «Деревенское общество» как новая форма психиатрической реабилитации: история создания и современность / П.Т. Петрюк // Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии и медико-психологической помощи: Материалы 3-й региональной научно-практической конференции (г. Челябинск, 7 декабря 2010 г.). — Челябинск: Б.и., 2010. — С. 43-47.

УДК 159.9

Френсіс Гальтон — видатний англійський психолог та вчений-енциклопедист



Петрюк П. Т.



Іваницук О. П.



Петрюк А. П.

Петрюк П. Т.⁵, Іваницук О. П.², Петрюк О. П.^{1,4}, Бондаренко Л. І.³

¹ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,

² Харківська медична академія післядипломної освіти,

³ Харківський національний педагогічний університет ім. Г.С. Сковороди,

⁴ КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача)»,

⁵ Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки, м. Харків

Резюме. На основе источников специальной литературы приведены новые данные о биографических и научных аспектах жизненного пути учёного-энциклопедиста Ф. Гальтона — известного английского психолога, антрополога, изобретателя, генетика, географа, путешественника, математика, метеоролога, криминолога, творца дактилоскопии, основателя дифференциальной психологии и психометрии, который своими научными достижениями внёс весомый вклад в развитие отечественной и мировой науки.

Подчеркивается необходимость последующего изучения биографии и научного наследия учёного.

Ключевые слова: Ф. Гальтон, биографические и научные аспекты жизненного пути, научное наследие.

Francis Galton — a prominent English psychologist and scholar and lexicographer

Petryuk P.T.⁵, Ivanychuk O. P.², Petryuk O. P.^{1,4}, Bondarenko L. I.³

¹ Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine,

² Kharkiv medical academy of postgraduate education,

³ Kharkiv National Pedagogic University named after G.S. Skovoroda,

⁴ Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha),

⁵ Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

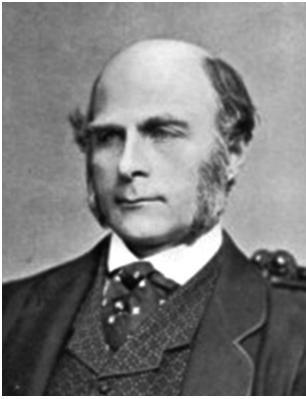
Resume. Based on the sources of literature brought new data on the biographical and scientific aspects of the life course encyclopedic scientist F. Galton — famous British psychologist, anthropologist, inventor, geneticist, geographer, traveler, mathematician, meteorologist, criminologists, creator fingerprinting, founder of differential psychology and psychometry that their scientific achievements made a significant contribution to the development of national and world science.

It is noted that F. Galton was one of the most prominent figures in the world of psychology, it is deservedly considered the founder of differential psychology and psychometry. He was very curious person and has achieved significant results for its time in many sciences (anthropology, geography, mathematics, meteorology, etc.). Scientists have invented a number of instruments and experimental psychological methods (method twins analysis, method imaginative memory, associative method) studied heredity, coined the term «eugenics». Thanks to F. Galton began journal «Biometrics», proved that the ability inherited opened fingerprinting, first used a questionnaire survey was one of the first researchers abilities.

Observed that guiding star for F. Galton was the credo («I as I can remember, always worried about three puzzles for which I can not find the answer: 1) What is talent? 2) Whether congenital criminals? 3) What are identical twins?»).

Emphasized the need to further study the biography and scientific heritage of the scientist.

Key words: F. Galton, biographical and scientific aspects of the life course, scientific heritage.



Гальтон (Голтон) Френсіс

*Самая большая
роскошь на свете —
это быть самим
собой.
В. Полозкова*

Гальтон (Голтон)
Френсіс (Galton
Francis) (1822-1911) —
відомий англійський
психолог, антрополог,
винахідник, генетик,
географ, мандрівник,
математик, метеоро-
лог, кримінолог, тво-

рець дактилоскопії, засновник диференціальної психології та психометрії. Він був першим ученим, котрий чітко сформулював питання про роль природи і виховання в розвитку. Ним вперше було сформульовано поняття обдарованості. Почесний доктор Оксфордського і Кембриджського університетів.

Ф. Гальтон — одна з найбільш яскравих фігур в світовій психології, хоча сам себе психологом не вважав зважаючи на невизначений статус цієї науки у той час. Різноманітна діяльність сера Ф. Гальтона мала велике значення для розвитку психологічних вимірювань. Його дослідження на довгі роки визначили важливі тенденції в розвитку психологічної думки. Багато видатних психологів відносили себе до його послідовників [1-10].

Френсіс Гальтон народився 16 лютого 1822 року в родовому маєтку Лерчес («The Larches») в районі Спаркбрук (Sparkbrook) поблизу Бірмінгема, в Англії. Він був самим молодшим в сім'ї із 9 дітей. Його батько, Самуель Гальтон, був процвітаючим банкіром і активістом секти квакерів, що належала до багатого і відомого роду, котрий дав світу багато знаних державних діячів, священнослужителів і воєначальників. Його мати, Френсіс Енн Віолета Дарвін, була дочкою відомого медика, філософа, мислителя і поета Еразма Дарвіна, що написав філософську поему «Храм природи», де, між іншим, говориться про природний відбір, і тіткою Чарльза Дарвіна — англійського натураліста і мандрівника, який одним з перших усвідомив і наочно продемонстрував в книзі «Походження видів» (1859), що всі види живих організмів еволюціонують в часі від загальних предків. Взагалі, в роду Дарвіних було немало талановитих учених. Френсіс був молодшою дитиною в сім'ї, його вихованням займалася старша сестра Адель. Середню освіту він здобув в різних приватних школах Англії, проте, на його власну думку, особливих знань йому це не принесло. Він був обдарованим і здібним до

наук дітям, проте відносився до занять не дуже старанно [1-10].

Цей дослідник був дуже допитливою людиною і досяг вагомих для свого часу результатів у багатьох науках (антропології, географії, математиці, метеорології та інших). Його заслужено вважають засновником диференціальної психології та психометрії.

Ф. Гальтон був, як уже відмічено, наймолодшою дев'ятою дитиною у своїй родині. У два роки він уже знав алфавіт, у три — вже читав, писав, вивчав мови, а в шість — прочитав усю класичну англійську літературу. Він був справжнім вундеркіндом, проглянувши двічі сторінку творів Шекспіра, декламував її напам'ять. Його двоюрідним братом був Чарльз Дарвін.

Дві лінії цієї сім'ї були досить відомі, успішні й заможні. Дарвіни просувались у медицині, а Гальтони займалися банківською справою та виготовленням зброї. Обидві родини були буквально переповнені талановитими людьми, які мали літературні обдарування, були винахідниками, відомими державними діячами, священниками, займалися наукою. Цікаво, що обдарованість у цій сім'ї була як по чоловічій, так і по жіночій лінії. Зокрема, дід Гальтона, батько матері, Еразм Дарвін був автором досить довгих трактатів на технічні теми у віршованій формі, обирався членом Королівського наукового товариства [3, 5, 6].

Ф. Гальтон навчався на медичному відділенні Лондонського Королівського коледжу, а з 1840 року — у Триніті-коледжі в Кембриджі вивчав математику, перед якою спочатку відчував панічний страх, а потім дуже захопився цією наукою. Через нервовий розлад полишив навчання, згодом спробував щось надолужити в своїй освіті, поновив заняття медициною й отримав диплом. Не досягнувши особливих успіхів в університеті, він також за наполяганням батька пропрацював два роки в лікарні м. Бірмінгема асистентом лікаря. Він роздавав ліки, лікував переломи, ампутував пошкоджені пальці, вивчав зуби, робив щеплення дітям. Робота в лікарні була обтяжливою, однак він не міг не послухати батька.

Ф. Гальтона дуже яскраво характеризує такий вчинок. Зацікавившись дією ліків, він приймав маленькі дози різних препаратів у алфавітному порядку і все ж зупинився на С, оскільки зрозумів, що може зашкодити собі.

У 1844 році, після смерті батька, отримав непоганий спадок, що і визначило його подальшу долю, бо вже не було потреби займатися своєю освітою і кар'єрою. Ф. Гальтон почав утілювати свої мрії. Він цікавився експедиціями, його захоплювали невідомі далі. Спочатку поїхав на Близькій Схід, потім кілька років жив у

Шотландії, на власні кошти організував експедицію до Південно-Західної Африки. Він цікавився метеорологією, біологією, географією. В африканській експедиції Ф. Гальтон проводив спостереження, писав звіти та виконував картографічні роботи. Для автоматичної фіксації даних про атмосферні явища він сконструював спеціальний прилад. Свої багаторічні спостереження за природними явищами Ф. Гальтон узагальнив у книзі «Метеорографіка» (1863), яка була першою спробою наукового розгляду явищ погоди на Землі в цілому [3-6].

Ці дослідження принесли вченому багато нагород і повагу в наукових колах. За книгу «Розповідь дослідника тропічної Південної Африки» Ф. Гальтон був нагороджений медаллю Королівського географічного товариства, членом якого він був понад 40 років. Згодом Ф. Гальтон відмовився від наукових експедицій, пояснюючи це одруженням та слабким здоров'ям. Тим не менш він і далі займався підготовкою членів майбутніх експедицій, брав участь в їх організації, також читав відповідні лекції солдатам, які мали служити у британських колоніях. Він навіть написав книгу за назвою «Мистецтво мандрів».

Ф. Гальтон був людиною з надзвичайно високим інтелектом. Автори «Історії сучасної психології» Д. Шульц, С. Шульц вважають, що опосередковано можна дійти висновку, що коефіцієнт інтелекту вченого дорівнював приблизно 200 [7]. Кумиром для Ф. Гальтона був знаменитий англійський фізик Ісаак Ньютон, бюст якого прикрашав його кабінет.

У царині психології Ф. Гальтон почав свою дослідницьку роботу з проблеми індивідуальних відмінностей у 1869 році. Розгорнувши свої психологічні дослідження, Е. Вебер, Г. Фехнер та Г. Гельмгольц здійснювали певні спроби дослідити цю проблему, а В. Вундт та Е. Тітченер не вважали за необхідне брати до уваги індивідуальні відмінності. В процесі своїх мандрів, спостережень Ф. Гальтон зацікавився проблемою спадковості та виникненням індивідуальних відмінностей. В 1869 році він опублікував книгу «Спадковий геній», у якій проаналізував біографічні дані відомих учених і лікарів. У цій праці дослідник уперше показав, яким чином статистичні методи можуть використовуватись у вивченні індивідуальної обдарованості. Він обґрунтував новий метод наукового психологічного дослідження — метод близнюків. Ф. Гальтон стверджував, що в талановитих родинах геніальні діти народжуються значно частіше, тож це зумовлено спадковістю, а не впливом зовнішніх умов. Він доводив, що у видатних людей із більшою ймовірністю народяться видатні сини, а народження генія у звичайній родині мало ймовірно. Наприклад, за його даними, із 4 тисяч

дітей видатних батьків 977 чоловіків стали згодом знаменитими. Коли ж група дітей обиралась випадковим чином, то обдарованих дітей налічувалось тільки 332. Більше ніж половина охоплених цим дослідженням відомих людей мали одного або більше видатних родичів.

Знамениті люди успадковують не тільки геніальність, а й особливу форму її прояву. *Ф. Гальтон доводив, що успадковуються не лише фізичні, а й психічні особливості, а риси дітей визначаються рівною мірою як спадковістю батька, так і матері.* В той час ці ідеї не здавались очевидними.

Вивчивши біографії 400 талановитих учених, прослідкувавши їхні родинні стосунки, Ф. Гальтон відкинув думку, що обдаровані люди мають слабе здоров'я (тогочасною мовою «слабе тіло»), він доводив, що більшість великих людей — «міцні тварини».

Ф. Гальтон звернув увагу на те, що серед великих учених, які народились у Великій Британії, дуже багато первістків. З того часу дослідження перших та єдиних дітей і впливу порядку народження залишається для психологів привабливою проблемою. Деякі вчені вважають, що перші та єдині діти в сім'ї краще розвиваються, мають вищі оцінки в тестах інтелекту, відзначаються високою потребою досягнень, краще навчаються в школі та вузах [6].

Ф. Гальтон підготував та опублікував із проблеми спадковості понад 30 наукових праць. Учений стверджував, що успадковуються такі риси, як схильність бути п'яницею, пристрасть до мандрів, хвороби, тривалість життя, навіть мораль і релігія. Ф. Гальтон висловив думку про можливість створення науки «євгеніки» (увів у обіг цей термін, що в перекладі з грецької означає «наука про народження блага»). На його думку, така наука мала б сприяти народженню «якісних» осіб і протидіяла б народженню «неякісних». Він вважав, що необхідна суспільна увага до підтримання інтелектуального рівня через продовження роду. Учений міркував досить прямолінійно: якби обрати із загальної маси талановитих людей і поєднати їх шлюбом, то це сприяло б створенню нової високообдарованої людської раси. Ф. Гальтона захоплювала ідея селекційної роботи з відбору талановитих чоловіків та жінок. Для таких людей учений пропонував створити державні проекти та заохочувати їх матеріально. Ф. Гальтон звертав увагу, що представники інтелектуальної еліти мають менше дітей, оскільки пізніше беруть шлюб. Тож гідним членам суспільства слід сприяти в тому, щоб вони створювали сім'ї в молодому віці, мали пільги на придбання хорошого житла. *Втім, сам Ф. Гальтон та його брати, на жаль, не мали дітей* [3-6].

У подальшому євгеніка перетворилась на набір антигуманних ідей, який охоче використовували в своїх реакційних цілях тоталітарні режими, однак у цьому немає провини Ф. Гальтона. Він прагнув лише привернути увагу до того, що чинники спадковості не можна ігнорувати у процесі розвитку особистості. Ф. Гальтон бачив у цьому можливість покращання життя майбутніх поколінь і не схвалював просто «сентименти щодо бідних людей». Ідеї вченого мали суто академічний характер, він романтично мріяв про галактику геніїв.

Завдяки Ф. Гальтону було започатковано видання журналу «Біометрика», він профінансував лабораторію національної євгеніки, в якій посів місце професора. Згодом, на щастя для Ф. Гальтона, це місце зайняв Карл Пірсон. Задум проводити дослідження в сфері євгеніки, безумовно, сьогодні сприймається як досить архаїчний і непереконливий, однак приклад Ф. Гальтона надихнув дослідників у нелегкій справі пошуку наукового ґрунту в психології індивідуальних відмінностей. У сучасному світі медико-психологічне консультування при плануванні народження дитини використовується достатньо широко, оскільки вчені орієнтуються у проблемі спадкової обумовленості набагато точніше [6].

Ознайомившись із працями видатного бельгійського астронома і статистика А. Кетле, який сформулював уявлення про «закон помилок» (нормальний розподіл) і стверджував, що цьому закону підпорядковуються також фізичні характеристики людей, Ф. Гальтон вирішив перевірити, чи підлягатимуть йому виміри інтелектуальних здібностей. Учений провів статистичний аналіз біографій видатних людей і знову дійшов висновку: *здібності успадковуються*, оскільки видатні люди досить часто були родичами по крові.

Ф. Гальтон уперто шукав доказів спадкового характеру індивідуальних відмінностей. З метою отримання таких фактів він організував антропометричну лабораторію на Міжнародній виставці здоров'я в Лондоні в 1884-1885 роках. Відвідувачі виставки сплачували три пенси за різні антропометричні вимірювання (сили, гостроти органів чуття, часу реакції). Саме ці показники Ф. Гальтон вважав ознаками розумових можливостей. Через цю лабораторію, яка працювала 6 років, пройшло понад 9 тисяч досліджуваних.

У лабораторії було створено багато приладів для антропометричних та психометричних вимірювань, методи і показники цієї установи використовуються антрометристами і сьогодні. Зібрані дані через 100 років у 1985 році проаналізували американські дослідники. Провівши подібні вимірювання, вони з'ясували, що між

даними Ф. Гальтона та сучасними показниками існує висока кореляція, що свідчить про надійність даних ученого. Виявилось, що показники ваги, розмаху рук, об'єму легень та сили руки наближені до сучасних, а от темпи розвитку в часи Ф. Гальтона були сповільненими.

Після завершення виставки учений у різних місцях Лондона розміщав філіали своєї лабораторії і накопичував дані про різні виміри людини. В 1885 році Ф. Гальтон відкрив у лондонському музеї Саут-Кенігстон постійну лабораторію, щоб збирати дані про чоловіків, жінок і дітей. У лабораторії проводили вимірювання розмаху рук, об'єму легень, оцінювали швидкість реакції, вміння розрізняти кольори, перевіряли зір та слух. Як ученого Ф. Гальтона перш за все цікавила варіативність психологічних і антропометричних характеристик та її причини. Коли дослідник ознайомився з колекцією відбитків пальців свого приятеля Вільяма Хершела, що її він збирав без усякої мети впродовж 30 років, Ф. Гальтон віддав розпорядження знімати у відвідувачів ще й відбитки пальців. Лабораторія при музеї мала великий успіх, відвідувачі вважали, що пройти всі вимірювання, які робив асистент Ф. Гальтона, сержант Рендл, відповідає правилам хорошого тону. Всі дані потрапляли в архів Ф. Гальтона. Саме на їх основі вчений згодом *відкрив дактилоскопію* [1, 3, 5, 6, 11].

Ф. Гальтона вважають дослідником, який першим використав анкету. Він надіслав анкети членам Королівських наукових товариств, а також звернувся до широкої публіки з проханням надсилати анкети з описом сімейних талантів та обдарувань і за це навіть пропонував спеціальні призи. Зібравши дані на основі цієї дуже детальної анкети, він написав монографію «Англіїські вчені, їх природа та виховання» (1874). Він уперше проаналізував психологічні особливості вчених, зробив особистість ученого об'єктом емпіричного дослідження.

Ф. Гальтон обстежив 800 братів. Він навіть проводив досліди із кроликами, метеликами та горохом, вивчаючи спадковість.

Особливо значущим стало впровадження в психологію нових математичних методів, головним чином статистичних. Улюбленим висловом Ф. Гальтона було: *«Все, що можливо поррахувати, — рахуйте!»*. У своїй новаторській книзі «Спадковий геній» (1869) він дав статистичний аналіз величезної кількості біографічних фактів, стверджуючи прикладеність статистичних закономірностей до розподілу здібностей. Подібно до того, як люди середнього росту складають саму розповсюджену групу, а високі та низькорослі зустрічаються тим рідше, чим більше вони відхиляються від норми, вони відхиляються від середнього і щодо розумових здібностей. Ці

відхилення Ф. Гальтон під впливом дарвінізму вважав строго визначеним фактором спадковості [1, 2, 4].

Збираючи різні дані та проводячи дослідження, Ф. Гальтон також удосконалював методи математичної обробки даних. Він вважав, що статистика — це «єдине знаряддя, яким можна прорубати дорогу в густих хащах труднощів, що перегороджують дорогу тим, хто наполегливо розвиває науку про людину».

Ф. Гальтон відкрив закон регресії як закон успадкування ознак: будь-які ознаки нащадків мають тенденцію більше наближатись до середнього значення в популяції, ніж до значення цього параметра у своїх батьків (ознаки регресують до середнього значення в популяції). В 1888 році учений опублікував працю «Природна спадковість», в якій узагальнив результати всіх своїх емпіричних і статистичних досліджень і пояснив своє нове відкриття — коефіцієнт кореляції (міру зв'язку між ознаками). Книга мала надзвичайне значення для розвитку психологічних досліджень, ідеї Ф. Гальтона були на часі, і дослідники продовжили розробку кореляційного методу. За підтримки Ф. Гальтона його учень Карл Пірсон вивів формулу, яка отримала назву «коефіцієнт кореляції Пірсона». Для позначення коефіцієнта використовується перша буква англійського слова *regression* (регресія), на згадку про відкриття Ф. Гальтона, що спадкові ознаки наближаються (регресують) до середнього значення. Кореляція невдовзі стала поширеним засобом досліджень у різних науках, не лише у психології [2, 4, 6, 12-14].

Ф. Гальтону належить пріоритет у створенні психологічних тестів, хоча вважають, що термін «тест» уперше застосував Джеймс Кеттел, американський психолог, учень Ф. Гальтона. Ідея тесту як методу вимірювання індивідуальних відмінностей і зокрема інтелекту пов'язана з пошуками Ф. Гальтоном доказів такої гіпотези: інтелект можна виміряти, оцінюючи сенсорні здібності людини; чим вище інтелект особи, тим вище повинні бути сенсорні здібності. Ф. Гальтон вважав, що у найбільш обдарованих людей відповідно тонкі й розвинуті відчуття. В сучасних дослідженнях з'ясовано, що розумово відсталі люди часто нездатні розрізняти сенсорні відчуття [15].

Ф. Гальтон, прагнучи знайти докази для цієї гіпотези, розробляв різні прилади для сенсорних вимірювань. Він, зокрема, винайшов особливий свисток, який використовував для постійних експериментів, як із людьми, так і з тваринами. Він полюбляв, прогулюючись по лондонських парках із цим свистком та ще деякими пристосуваннями, спостерігати, яку реакцію викликають звуки, що їх він видобуває зі своїх винаходів. Як багато хто з перших психологів, Ф. Гальтон

винайшов різноманітні прилади: фотометр (для розрізнення кольорів), калібрований маятник (для визначення часу реакції на світло та звук), набір ваг (для оцінки кінетичної або м'язової чутливості), спеціальну рейку з розміткою (для оцінки довжини відрізків), набір пляшок із різними речовинами (для перевірки нюху). Ці прилади пізніше протягом десятиліть використовувались у психологічних лабораторіях, а гальтонівський свисток до 30-х років XX століття був обов'язковим приладом у кожній психологічній лабораторії [1-3, 6, 7].

Ф. Гальтон зацікавився дактилоскопією і надав наукове обґрунтування дактилоскопічному методу як можливому способу розпізнання людей і їх ідентифікації, хоча метод, як уже згадано, розпочав розробляти Вільям Хершел у 1860 році в Індії, а вперше використав у практиці розслідування Генрі Фаулдс. Однак криміналісти не були впевнені в тому, що справді немає двох людей із однаковими відбитками пальців. Ф. Гальтон проаналізував величезну кількість відбитків пальців і математично обґрунтував практичну неможливість їхнього збігу. Він також першим здогадався, що слід створювати систему каталогів і реєстрації відбитків пальців. Спираючись на дослідження Я. Пуркінє, який знайшов основні типи малюнків, що повторювались у папілярних узорах (спіралі, еліпси, кола, подвійні закрутки), Ф. Гальтон вивчив 5 тисяч узорів на пальцях 500 осіб і визначив, що існують чотири основних типи, а від них утворені всі інші комбінації. Він виявив, що вони не змінюються впродовж життя, а у випадку пошкодження (рани, опіки) знову відновлюються. Результати Ф. Гальтона лягли в основу сучасних систем ідентифікації людини за відбитками пальців. Дослідження Ф. Гальтона завершив Едвард Генрі, який створив дактилоскопічну формулу і систему, що має назву Гальтона-Генрі.

Відкриття дактилоскопії було сенсацією кінця XIX століття. Всі європейські газети надрукували фото Ф. Гальтона на першій сторінці. У 1892 році вчений опублікував у Лондоні книгу «Відбитки пальців», у якій виклав результати своїх досліджень. У 1895 році дактилоскопію почав використовувати Скотланд-Ярд, що надзвичайно прискорило розкриття злочинів, а в 1900 році вона стала офіційним методом цієї організації. Особливо оцінили це відкриття в 1911 році, коли з Лувра вкрали знамениту картину Леонардо да Вінчі «Джоконда». На склі рами збереглися відбитки пальців, тож за ними було спіймано злодія. Після цього успішного розслідування метод, який сприймався неоднозначно, поширився по всьому світу [1-6, 11].

Ф. Гальтон постійно проводив експерименти і використовував для цього будь-які можливості.

Прогулюючись вулицями, розглядав предмети та підраховував асоціації і нові ідеї. Провівши відповідний аналіз їх змісту, він був розчарований тим, що асоціації здебільшого стосувалися минулого досвіду і не були шляхом до відкриття нових ідей.

Для дослідження асоціацій Ф. Гальтон провів такий експеримент. Він склав список із 75 слів, кожне з яких записав на окремому листку. Через тиждень, розглядаючи листок, він за допомогою хронометра фіксував час виникнення двох асоціацій, викликаних кожним словом. Асоціації найчастіше були у вигляді одного слова, інколи це були образи, уявні картини, які складно було описати одним або двома словами. Ф. Гальтон проаналізував, що 40% із загальної кількості асоціацій мають своїм джерелом досвід дитинства. Проведений експеримент продемонстрував вплив вражень дитинства на особистість дорослої людини і започаткував одну із ліній вивчення психічного розвитку.

Метод аналізу асоціацій відіграв велику роль у розвитку психології, це був один із перших посправжньому наукових інструментів розкриття психологічної реальності, його удосконалювали і застосовували й В. Вундт, З. Фройд, К. Юнг.

Ф. Гальтон першим почав широко використовувати опитувальники. Він розпитував спочатку переважно своїх знайомих, учених про все, наприклад, що вони пригадують із вражень сьогодення ранку і який це образ, які його характеристики. Відтак, звернувшись до ширшого кола людей із цим самим запитанням, Ф. Гальтон дійшов висновку, що у жінок і дітей образи конкретніші та детальніші, ніж у інших.

Схильність Ф. Гальтона проводити дослідження та його винахідливість народили легенду про одну з його дослідницьких прогулянок. Учений вирішив побути у стані душевно хворої людини, якій здається, що її переслідують. Свої враження від прогулянки він підсумував таким чином: у кінці йому здавалось, що за ним стежить кожна коняка на лондонській вулиці, а коли вона навіть не дивилась у його бік, то він думав, що вона лише приховує своє стеження.

Ф. Гальтон любив підрахунки і використовував для цього будь-яку можливість. В університеті чи в театрі він підраховував кількість покашлювань або позіхань і трактував це як міру знудьгованості публіки. На сеансі у художника він поравував кількість мазків і з'ясував, що для завершення картини художник робить до 20 тисяч мазків.

Учений придумав для підрахунків спеціальну систему, де замість цифр використовувались запахи, а запахам приписував відповідні цифрові значення. В результаті цих інтелектуальних вправ він написав оригінальну статтю

«Арифметика запахів», яку було опубліковано в першому номері «Психологічного огляду» (одному з перших психологічних журналів у США) [6].

Слід зазначити, що почавши своє життя як невдаха-студент, який навчався гірше за інших та не міг виправдати сподівань свого батька, в кінці життя Ф. Гальтон став знаменитістю, до його діяльності була прикута увага всієї Європи, його знали як прогресивного мислителя, пристрасного оратора, невтомного мандрівника, першовідкривача наук та любителя парадоксів, його поважали як вчені, так і представники церкви.

Ф. Гальтон був також надзвичайно активною творчою особистістю, досліджував вплив географічних чинників на особливості населення, моду, атлетику, вплив молитов. Для того, щоб мати можливість розглядати те, що йому цікаво, коли перебуваєш в натовпі, дослідник винайшов спеціальний перископ. Ф. Гальтон також винайшов друкарський пристрій для телетайпу, пристосування для відкривання замків [2, 3, 5, 6].

Ф. Гальтон, як багато хто з перших психологів, був особою ексцентричною, він шукав наукові докази існування бога та мріяв знайти рецепт безсмертя. У 1909 році Ф. Гальтон пройшов посвяту у рицарі. Він був членом престижного лондонського літературного клубу Атенеум.

Учений зробив серйозний внесок у різні науки. В метеорології він визначив явище антициклону і винайшов карти погоди, працював над мапами Західної Африки, у статистиці розробив регресію та кореляційний аналіз, у психології відкрив явище синестезії. Просуватися у різних галузях Ф. Гальтону допомагала його любов до підрахунків та вимірювань. Психологія не належала до основних інтересів ученого, однак його здобутки в цій галузі були значні. Він розгорнув дослідження проблем, які надовго захопили психологів.

Ф. Гальтон був одним із перших дослідників здібностей. У книзі «Дослідження здібностей людини та їх розвиток» (1883) він уперше сформулював ідеї психологічного тестування. Вчений сам розробляв тести для своїх досліджень. Хоча вони і не були вдалими, однак сама ідея розробки тестових випробувань є значним внеском у психологію. Ф. Гальтон також першим почав вивчати однайцевих близнюків.

Учений винайшов низку експериментальних приладів та психологічних методів (метод близнюків, метод аналізу образної пам'яті, асоціативний метод), які вважають класичними у психології. На основі цих методів проведено неймовірну кількість сучасних досліджень і отримано цінні результати. Ф. Гальтон провів, можливо, перші дослідження, в яких був одночасно експериментатором і досліджуваним, вивчаючи асоціацію ідей та візуальні образи. Розробки вченого лягли в основу нової

психологічної науки — диференційної психології. Запропонувавши статистичний метод, ідею розробки тестових методів, Ф. Гальтон змінив загальний вигляд тогочасної психології. Він перетворював її на сучасну науку. А от створення теорії безсмертя він не встиг завершити [6].

На початку XX століття Ф. Гальтон, стомлений від дактилоскопії, залишив криміналістику і знову зайнявся генетикою і антропологією. М.А. Черносвитова справедливо підкреслює, що дороговказною зіркою для Ф. Гальтона було *credo* («мене, скільки я себе пам'ятаю, завжди хвилювали три загадки, на які я ніяк не можу знайти відповіді, хвилювали не менше, аніж відомі дві, І. Канта: 1) що таке обдарованість? 2) чи є вроджені злочинці? 3) що таке однайцеві близнюки? Боюся, що розгадки перших двох загадок, що не дають моїй душі спокою, перебувають у третій!») [16].

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

У 1909 році Ф. Гальтон захворів на туберкульоз. Але його першим суворим випробуванням була його глухота, яка виключила його з наукових зібрань, де свого часу він завжди був

знайомою фігурою. Через деякий час він втратив здатність ходити. Він дуже любив свіже повітря і часто сидів у своєму відкритому балконі, коли більшість людей його віку було б не проти сісти біля теплого вогню [2, 5].

Весь час на протязі хвороби він публікував свої метафізичні роботи про безсмертя і спадкування генів геніальності. Наукову діяльність Ф. Гальтон продовжував до глибокої старості. Але вченому не вистачило часу для втілення своєї теорії безсмертя. Ф. Гальтон помер 17 січня 1911 року в маєтку Хейлзмір (Haslemere) (графство Суррей) близько Лондона. Його тіло лежить у фамільному склепі на відгородженому сімейній ділянці кладовища Claverdon [5].

Коли Ф. Гальтон помер, його учень Карл Пірсон опублікував генеалогічне дослідження про свого учителя. Виявилось, що серед предків Ф. Гальтона були імператор Карл Великий, декілька англійських королів, зокрема Вільгельм Завойовник, та київський князь Ярослав Мудрий.

Таким чином, Ф. Гальтон, як вчений-енциклопедист, зробив вагомий науковий внесок у розвиток багатьох галузей світової науки, в тому числі і світової психології, збагативши її найбільшими досягненнями. Його висока принциповість як громадянина і вченого, широта наукових інтересів і оригінальність мислення, сумлінність і наполегливість у роботі є найкращим прикладом для молоді, яка вирішила присвятити себе науці.

Поза сумнівом, творча біографія та наукові досягнення Ф. Гальтона мають великий інтерес для вітчизняної психологічної та психіатричної науки і потребують подальшого ретельного дослідження.

Література

1. Френсис Гальтон [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.psy-center.com.ua/rus-classic/view-049/galton-frensis-chelovek-uchenyy-lyudi.html>.
2. Francis Galton: From Wikipedia, the free encyclopedia [Electronic publishing] // Access mode: http://en.wikipedia.org/wiki/Francis_Galton.
3. Канаев И. Фрэнсис Гальтон / Иван Канаев. — Л.: Издательство «Наука», Ленинградское отделение, 1972. — 136 с.
4. Рудкевич И. Френсис Гальтон выдающийся ученый-энциклопедист (К 175-летию со дня рождения) / И. Рудкевич [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.biometrika.tomsk.ru/history/galton.htm>.
5. Петрюк П.Т. Слово об известном психологе Фрэнсисе Гальтоне: биографические и научные аспекты (К 190-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2014. — № 3 (44). — С. 76-82.
6. Копець Л. Класичні експерименти в психології: навч. посібник для студ. вищ. навч. закл. / Людмила Копець. — К.: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2010. — 283 с.
7. Шульц Д.П. История современной психологии / Д.П. Шульц, С.Э. Шульц / Пер. с англ. А.В. Говорунов, В.И. Кузин, Л.Л. Царук / Под ред. А.Д. Наследова. — СПб.: Изд-во «Евразия», 2002. — 532с.
8. Степанов С.С. Ф. Гальтон (1822-1911) / С.С. Степанов // Психология в лицах. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — С. 9-19 с.
9. Яровицкий В. Гальтон Френсис / автор-составитель Владислав Яровицкий // 100 великих психологов — М.: Вече, 2004 — С. 205-208 («100 великих»).
10. Психология: словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд. испр. и доп. — М.: Политиздат, 1990. — 495 с.

11. Непомнящий Н.Н. 100 великих событий XX века. 1892-1905. Открытие дактилоскопии / Н.Н. Непомнящий [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.rumvi.com/products/ebook/100>.
12. Rodgers J.L. Thirteen ways to look at the correlation coefficient / J.L. Rodgers, W.A. Nicewander // The American Statistician. — February 1988. — № 42 (1). — P. 59-66.
13. Stigler S.M. Francis Galton's Account of the Invention of Correlation / S.M. Stigler. — Statistical Science. — 1989. — № 4 (2). — P. 73-79.
14. Stigler S.M. Darwin, Galton and the Statistical Enlightenment / S.M. Stigler // Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society). — July 2010. — Vol. 173. — № 3. — P. 469-482.
15. Loevinger J. Paradigms of personality / Jane Loevinger. — New York: W.H. Freeman and Company, 1987. — 269 p.
16. Черносивтова М.А. Философия родства или prolegÓmena новейшей теории наследственности / М.А. Черносивтова [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://chernosvitov.narod.ru/rps_2012_2_Debri1.html.

РЕЦЕНЗИЯ

**на книгу «Наркологія: Національний підручник /
За ред. проф. І.К. Сосіна, доц. Ю.Ф. Чуєва. —
Х.: Колегіум, 2014. — 1500 с.»**

REVIEW

**the book «Narcology National Textbook / Ed. prof. IK Sosin,
Assoc. YF Chueva. — H. : College, 2014. — 1500 p.»**

Рецензоване наукове видання є першим національним підручником зі спеціальності «Наркологія», котрий підготовлений до друку державною мовою провідними спеціалістами України в галузі наркології та суміжних дисциплін за редакцією професора І.К. Сосіна та доцента Ю.Ф. Чуєва, який став підсумком багаторічних наукових досліджень, здійснених на кафедрі наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО).

Слід підкреслити, що даний підручник «Наркологія» ухвалено Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України як єдиний національний підручник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти IV рівня акредитації.

Основу авторського колективу складають високодосвідчені фахівці кафедри наркології ХМАПО та залучені високопрофесійні співробітники інших установ, а саме: ДУ «Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Луганського та Гомельського державних медичних університетів, медичного підрозділу Міністерства оборони України, Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я та Міжнародної академії тверезості.

Необхідно наголосити, що рецензований підручник містить актуальні енциклопедичні знання в контексті із системою післядипломної підготовки лікарів-наркологів у нашій державі. Викладені дані стосовно патогенезу, клініки, діагностики, лікування, профілактики, експертизи та реабілітації при станах патологічної залежності від психоактивних речовин (ПАР). Представлені сучасні погляди на епідеміологічні тенденції поширення, клінічний патоморфоз аддиктивної патології, нові форми залежності, а також перспективні наукові напрямки наркології майбутнього.

Національний підручник «Наркологія» складається із переліку колективу авторів, змісту, передмови, переліку основних умовних скорочень, вступу, восьми основних частин, бібліографії,

що включає 288 джерел, в тому числі 196 вітчизняних та 92 іноземних.

У передмові та у введенні автори обґрунтовують актуальність наукової дисципліни «Наркологія», яка за минулі десятиліття перетворилася на самостійну галузь медичної науки зі своєю методологією, науковими програмами й школами, перспективними напрямками дослідницької діяльності та сформованими міждисциплінарними зв'язками. Особливо наголошується, що еволюційно розбудовуючись, наркологія, як у прикладному, так і в концептуальному плані постійно зміцнювала наукові зв'язки зі спорідненими з нею науками, зокрема психіатрією, неврологією, психотерапією, сексопатологією, судовою фармацією, токсикологією, психофармакологією, фармацевтичним і медичним правом. Описується історія кафедри наркології, яка була відкрита в структурі ХМАПО в січні 1981 року (засновником і завідувачем є доктор медичних наук, професор, заслужений винахідник України І.К. Сосін), та стала першою з даної спеціальності і нині продовжує бути єдиною в Україні, котра, окрім цього, затверджена Наказом МОЗ України як опорна (головна) в державі.

Автори знайомлять читачів з науковими напрямками діяльності кафедри наркології, в основу яких покладено пошук нових методів лікування наркопатології, використання фармакологічних препаратів, різних штучних та природних біофізичних чинників (кріогенних, лазерних, ультрафіолетових, ультразвукових, електромагнітних, кисневих тощо). Розроблені діагностичні, лікувально-реабілітаційні новачки відкрилися необмеженими можливостями для науково-практичних розробок на рівні винаходів та патентів України.

Акцентується, що рецензоване видання є текстовим відтворенням лекційних, семінарських і практичних занять циклів спеціалізації «Наркологія» та «Загальна фармація», передатестаційного циклу «Наркологія», циклів тематичного удосконалення «Немедикаментозні

методи лікування в наркології», «Замісна терапія в наркології», «Діагностика станів сп'яніння», «Рефлексотерапія в наркології», «Тютюнопаління», «Проблеми організації та функціонування приватних наркологічних закладів», а також «Медичне і фармакологічне право», які затверджені МОЗ України і проводяться кафедрою наркології та кафедрою медичного і фармацевтичного права ХМАПО.

В частині 1 «Соціальні та медичні аспекти сучасної наркології» зловживання ПАР розглядається як багатоаспектна проблема сучасного громадянського суспільства, а увага читачів концентрується на тому, що відмінною рисою клініки сучасних форм залежності від ПАР є брутальна злоякісність формування основних синдромів аддикції з одночасним наростанням деструктивно-органічних розладів усіх рівнів життєдіяльності, навіть до їх повного розпаду та згасання.

З позицій статистичних досліджень МОЗ України описуються сучасні реалії зловживання ПАР в Україні, приводяться дані про масштабність алкоголізації, існуючі виклики наркотизації, наслідки тютюнової інтоксикації, аналізується алкогенез смертності, проблематика зв'язку вживання ПАР з фатальними хворобами і станами, приводяться сучасні дані про наркотики та смертність, суїцидальні прояви наркопатології, досліджується негативний вплив алкоголю на дітей та підлітків, розглядається криміногенна ситуація, пов'язана із вживанням алкоголю та наркотиків в нашій країні.

Наводяться особливості організації наркологічної служби в Україні, яка має мережу спеціалізованих закладів з надання лікувально-профілактичної, медико-соціальної та медико-юридичної допомоги наркохворим, надається перелік державних базових нормативно-правових актів, які забезпечують надання наркологічної допомоги хворим у наркологічних закладах нашої держави. Приводяться особливості сучасних вимог до діяльності наркологічних закладів охорони здоров'я, нормативно-правова регламентація державної та приватної наркологічної практики, основні показники діяльності наркологічної служби, принципи ведення медичної документації в наркологічних закладах України.

Великий розділ присвячений аналізу епідеміологічних проявів психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР та статистика наркологічної служби МОЗ України, де нарколог-фахівець знайде будь-яку інформацію щодо динаміки та перебігу наркологічних захворювань у нашій країні.

У частині 2 «Загальна наркологія» автори надають своє бачення з позицій МКХ-10 семіотики наркологічних захворювань, знання якої

дозволяє лікарю-наркологу здійснити перехід до вивчення основних, стрижневих синдромів аддикції та їх видозмін у процесі перебігу наркологічної хвороби. Розглядаються облігатні, факультативні та патогномонічні психопатологічні феномени в клініці наркологічних захворювань, які є невід'ємними складовими основних наркологічних синдромів — гострої інтоксикації ПАР, синдрому залежності, синдрому відміни та постінтоксикаційного синдрому, що вражає соматичну, неврологічну та психічну сферу. Детально описуються форми вживання ПАР, становлення та перебіг толерантності в клініці наркологічної залежності, захисні реакції організму, клінічні прояви сп'яніння, синдром патологічного потягу до ПАР, стан відміни та синдром психічної деградації. Клінічне бачення картини стану аддикції з позицій клінічної психіатрії надає лікарю можливості діагностувати та рубрифікувати особливості психічних і поведінкових розладів, обумовлених використанням ПАР.

У частині 3 «Методи дослідження в наркології» детально описується алгоритм клінічного та психометричного обстеження наркологічного хворого, наведені в підручнику підстави вчать лікаря-нарколога своєчасно визначати соматичний, неврологічний та психічний стан хворого. Приводяться прикладні аспекти застосування базових параклінічних методів обстеження наркохворого (ЕКГ, РЕГ, ЕЕГ, комп'ютерна томографія (КТ), різні види ангиографії, пульсометрія, метод внутріклітинного мікроелектрофорезу, УЗД, клінічні та біохімічні аналізи крові, їх розшифрування та нормальні величини показників, серологічні реакції, обстеження на ВІЛ/СНІД, скринінгові дослідження, шкала Гамільтона для оцінювання депресії (HDRS), методика діагностики самооцінювання Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна, опитувальник «САН», госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та багато інших). Наводяться сучасні методи статистичного опрацювання науково-дослідницького матеріалу у наркології.

Частина 4 «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» присвячена огляду сучасних досліджень з питань етіології та патогенезу алкогольної та наркотичної залежності. Обґрунтованим видається погляд, згідно з яким залежність від ПАР можна вважати мультифакторіальним захворюванням, яке визначається як спадковою схильністю, так і впливом середовища.

Розкриваючи у підручнику тематику алкогольної залежності, автори підкреслюють наявність величезного діапазону клінічних проблем, обумовлених гострою та хронічною алкогольною інтоксикацією. Описуються трансформація клініки алкогольної залежності, зміна структури споживання алкогольних напоїв, формування

запійних форм пияцтва, деякі регіональні особливості алкоголізації, тенденція формування алкоголізму в молодому віці, збільшення частоти залежності в осіб жіночої статі, вікові особливості алкогольної залежності, симптоматичні форми алкогольної залежності, поява більш злоякісних, терапевтично резистентних різновидів алкогольної залежності та алкогольних психозів, надаються особливості невідкладних наркологічних станів. У зв'язку із «міждисциплінарною міграцією» контингенту хворих на алкоголізм обґрунтовується нагальна потреба тісної наукової інтеграції та практичної взаємодії клінічної наркології із реаніматологією, анестезіологією, токсикологією, медичною службою швидкої допомоги, які стали зараз для наркології фактично суміжними клінічними дисциплінами.

У рецензованому підручнику робиться акцент на дебютних видах першого алкогольного ексклюзиву підлітків та молоді, коли енергетико-пиво-винна релаксація та ейфорія поступово заповнює аддиктивну нішу у свідомості юного покоління, з подальшим пошуковим «моніторингом» уже інших, більш міцних алкогольних напоїв, з усіма характерними інтоксикаційними етапами становлення залежності.

Автори описують сучасні тенденції розвитку та розповсюдженості залежності від речовин з наркогенним потенціалом, детально зупиняючись на питаннях діагностики, клініки, перебігу та прогнозу усіх форм наркотизму, згідно рубрифікації МКХ-10. Представляє великий інтерес для лікарів-наркологів розділ, присвячений проблемам лікарської аддикції («аптечної наркоманії»), де автори описують нові види залежності в клінічній наркології, котрі формуються при систематичному прийманні лікарських засобів і хімічних субстанцій, що одержують шляхом кустарної реконструкції широко застосовуваних у медицині препаратів загальнотерапевтичної, спазмолітичної, анальгетичної та холінолітичної дії.

Нехімічні види залежності у авторському трактуванні представлені як особливий вид поведінкових розладів, що відбивають весь спектр аддиктивного способу життя, абсолютно подібного за клінічними проявами (інтоксикація, потяг, синдром скасування, соматоневрологічні та психопатологічні кореляти) до формування і перебігу хімічної залежності. Підкреслюється, що у клінічній картині хімічної та нехімічної залежності досить багато клінічно схожих поведінкових і психічних девіацій.

У 5 частині підручника «Психопатологічні та соматоневрологічні кореляти наркологічних захворювань» автори описують питання клініки асоційованих супутників наркологічних захворювань з урахуванням нових даних клініки і патоморфозу психопатологічних синдромів і

симптомів (алкогольні (метаалкогольні) психози, алкогольні енцефалопатії, афективні розлади в клініці наркологічних захворювань, судомний синдром, епілептичний статус, ВІЛ/СНІД у наркохворих, асоційовані постінтоксикаційні соматичні та неврологічні розлади при алкогольній та наркотичній залежності). Підкреслюється, що сучасні форми алкогольної залежності відрізняються масштабними постінтоксикаційними неврологічними ураженнями периферичної нервової системи, що досить швидко призводять до формування алкогольної полінейропатії з високими ризиками непрацездатності та передчасної інвалідизації.

У частині 6 «Профілактика наркологічних захворювань та реабілітація» детально обґрунтовується потреба в формуванні профілактичного та реабілітаційного напрямку сучасної наркології, який особливо посилюється у зв'язку з вибухом демографічної кризи та зростаючої депопуляції населення, що значною мірою було пов'язане з галопуючим зростанням залежності від ПАР в різних вікових групах. Розглянуті важливі проблеми профілактичної та реабілітаційної наркології, зокрема різні тренінгові профілактичні програми, які визначають сутність індивідуального здоров'я, його структури, ієрархії, методи оцінки, його зміцнення та відновлення переважно немедикаментозними методами. Описуються детально питання реабілітації наркохворих та робота багатьох альтернативних центрів реабілітації наркохворих в Україні.

Особливо слід виділити 7 частину підручника «Лікування наркологічних захворювань», в якій надзвичайно цікаво, корисно для лікарів різних суміжних спеціальностей і детально описується застосування сучасних терапевтичних технологій у наркологічній практиці, які захищені численними патентами на винаходи і не мають аналогів у світовій практиці при лікуванні хворих з алкогольною, наркотичною та тютюввою залежністю. Розкриті іновативні терапевтичні підходи, що передбачають використання комплексу немедикаментозних і медикаментозних методів у комплексній терапії наркопатології, які стали основоположним напрямком діяльності кафедри наркології ХМАПО. Описується застосування лікувально-реабілітаційних комплексів на основі апаратних технологій на всіх етапах інтенсивної терапії наркологічних захворювань, методи тандемної інтенсивної терапії, які базуються на використанні взаємно потенційованих лікувальних ефектів різних немедикаментозних методів (гемосорбції, лазеротерапії, мембранного плазмаферезу, електрохімічної детоксикації та інших) з включенням лікарських засобів антидепресивної, антиконвульсивної, анальгетичної, ноотропної дії. Лікар-нарколог у даній частині

підручника познайомиться із сучасними детоксикаційними програмами, які застосовуються при курації невідкладних станів в клініці наркопатології. У даному розділі представлені й описані немедикаментозні та медикаментозні методи, які знайшли широке застосування в комплексному лікуванні наркологічних захворювань.

Великий розділ підручника присвячений опису методів рефлексотерапії в наркологічній практиці в усьому її різноманітті з урахуванням класичних методик, а також вдало розроблених модифікацій, що дають стійкий терапевтичний ефект. Розроблені на кафедрі наркології методи високоефективні, надійні, безпечні, економічні, легко відтворюються, як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах. Вражає широта й активність винахідницької діяльності співпрацівників кафедри наркології ХМАПО.

Вперше у вітчизняній наркології у 8 частині підручника «Експертно-правові проблеми клінічної наркології» підсумовані експертно-правові проблеми, пов'язані з наявністю алкогольного, наркотичного сп'яніння або постінтоксикаційних станів у пацієнтів і здорових осіб. Наведені основні клінічні, диференційно-діагностичні, лабораторні й експертно-правові критерії гострої алкогольної та наркотичної інтоксикації та синдрому відміни алкоголю, аналізується коло юридичних, правових, виробничих, морально-етичних, професійних питань, які виникають при проведенні експертних досліджень. Також вперше надається така важлива складова сучасної наркології, як медичне та фармацевтичне право (судово-фармацевтичні аспекти наркології), що нерозривно пов'язані із захистом прав і безпеки наркозалежних осіб та лікарів-наркологів.

Слід підкреслити, що ця частина підручника вдало доповнена витягами особливостей Конституції України, Законів України «Про міліцію», «Про оперативно-розшукову діяльність», «Про прокуратуру», «Про боротьбу з корупцією», «Про адвокатуру та адвокатську діяльність» та інших нормативно-правових актів, котрі необхідні для вирішення поточних експертно-правових проблем.

В завершенні слід зауважити, що було б доцільніше вказувати прізвища та ініціали авторів перед назвою кожної частини рецензованої книги, що пришвидшувало б, ймовірно, пошук необхідного матеріалу та сприяло б кращому

його сприйманні. Здається, що підручник із-за великого об'єму не є зручним при його транспортуванні та використанні в роботі. На нашу думку, при черговому перевиданні підручник слід видати в 2 або 3 томах, що зробить його зручнішим. Безперечно, даний підручник має свою надзвичайно позитивну та значну новаторську оригінальність, котра його краще та позитивніше відрізняє від подібних попередніх видань (Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х. із співавт., 2000; Буркин М.М., Горанская С.В., 2002; Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М. із співавт., 2003; Шабанов П.Д., 2003; Скрипніков А. М., Напреев О.К., Сонник Г.Т., 2005; Пятницкая И.Н., 2008; Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2008 та інших).

Не можна не відмітити деякі огріхи в приведеному списку використаних літературних джерел, котрі не відповідають вимогам бібліографічного опису відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання».

Разом з цим слід відмітити, що виявлені технічні недоліки в книзі, що рецензується, не применшують її теоретичної та практичної цінності. Національний підручник призначається для наркологів, психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів, лікарів-судово-психіатричних експертів, реабілітологів, лікарів-інтерністів, в тому числі сімейних лікарів та лікарів невідкладної медицини. Поза всяким сумнівом, книга буде корисною для професорсько-викладацького складу медичних вузів та закладів (факультетів) післядипломної підготовки лікарів, наукових співробітників, а також лікарів-інтернів та студентів-медиків, які обрали наркологію своєю майбутньою спеціальністю.

Таким чином, рецензована книга заслуговує високої оцінки, знаменує собою новий етап у розвитку наукової дисципліни «Наркологія», як однієї з нейронаук, а автори — похвали у зв'язку з виходом у світ нового фундаментального наукового видання на державній мові.

Рецензенты: доцент, кандидат медицинских наук, врач-психиатр П.Т. Петрюк, врач-психиатр А.П. Петрюк.

г. Харьков, 01.11.2015 года

РЕЦЕНЗИЯ

**на книгу «Алан Ф. Шацберг, Чарльз ДеБаттиста.
Руководство по клинической
психофармакологии. — 8-е изд. — Вашингтон,
округ Колумбия; Лондон, Англия: Американское
психиатрическое издательство, 2015. — 795 с.»**

REVIEW

**the book «Alan F. Schatzberg, Charles DeBattista. Manual of
Clinical Psychopharmacology. — Eighth Edition. — Washington, DC;
London, England: American Psychiatric Publishing, 2015. — 795 p.»**

Рецензируемая монография является 8-й редакцией «Руководства по клинической психофармакологии», которая посвящена памяти известного психофармаколога Джонатана О. Коуле (Jonathan O. Cole) и продолжает давнюю традицию предоставления превосходного руководства для клинического использования психотропных препаратов, первое издание которого было осуществлено в 1986 году. Она подготовлена и издана на английском языке известными американскими психиатрами: Аланом Ф. Шацбергом (Alan F. Schatzberg), доктором медицинских наук, профессором кафедры психиатрии и поведенческих наук Стэнфордского университета, Школы медицины в Стэнфорде, штат Калифорния и Чарльзом ДеБаттиста (Charles DeBattista), доктором медицинских наук, профессором психиатрии и поведенческих наук, директором клиники депрессий и научной программы, директором студенческого медицинского образования по психиатрии на кафедре психиатрии и поведенческих наук Стэнфордского университета, Школы медицины в Стэнфорде, штат Калифорния.

Монография состоит из предисловия и раскрытия конкурирующих вопросов, 12 глав (1. Общие принципы психофармакологического лечения. 2. Диагностика и классификация. 3. Антидерессанты. 4. Антипсихотические препараты. 5. Стабилизаторы настроения. 6. Анксиолитические агенты. 7. Снотворные. 8. Стимуляторы и другие быстродействующие препараты. 9. Дополнительные стратегии лечения резистентных расстройств. 10. Отдел неотложной терапии. 11. Фармакотерапия использования психоактивных веществ. 12. Фармакотерапия в особых ситуациях), приложений и индекса. Кроме этого, книга хорошо иллюстрирована, она содержит 16 рисунков и 38 таблиц.

Безусловно, стандарты медицинской помощи в психиатрии требуют, чтобы практикующие врачи были в курсе новых препаратов (агентов), их взаимодействия, побочных эффектов и дозирования. Известное «Руководство по клинической психофармакологии» было надежным спутником для психиатров-практиков и научных работников в течение почти трех десятилетий, а новое 8-е издание предоставляет передовую и новую информацию для врачей как бы «сверху в низ» — от научной к практической психиатрии, чем содействует интеграции биологической и психофармакологической информации на практике. Основная цель книги заключается в полезном выборе и назначении соответствующей лекарственной терапии для отдельных пациентов, опираясь на клинический опыт авторов, а также на научную литературу. Подметим, что рецензируемая книга будет также очень полезной студентам при изучении психиатрии и психофармакологии, где они найдут полезную информацию, подробные дозировки фармакологических препаратов и необходимые ссылки.

8-е издание рецензируемого руководства сохраняет многие из его наиболее популярных предыдущих функций при добавлении других, более новых, для повышения охвата проблем и содействия пониманию.

Некоторые разделы, касающиеся реже используемых препаратов (например, барбитуратов) были сокращены или ликвидированы, что освободило пространство для огромного количества новых препаратов, которые были утверждены (например, vortioxetine) или, скорее всего, получили одобрение от Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) США. Авторы сохранили коллегияльный, удобный для чтения стиль, который характеризует руководство во всех его изданиях. Продолжено предоставление

сводных таблиц и рисунков с ключевой информацией о классах психотропных препаратов и другой полезной информацией. Это делает объем рецензируемой книги незамысловатее и удобнее в использовании.

Рецензируемая монография была тщательно обновлена, чтобы отразить внедрение пятого издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5), которое вводит квантификационные меры ключевых аспектов (например, тревоги и депрессии) по всех диагностических категориях, чтобы лучше описать расстройства пациентов. Отмечается, что на протяжении многих лет немало внимания уделялось более строгой нозологии, что было вызвано достижениями как в области биологии, так и в области лечения различных психических расстройств. В главе о диагностике и классификации, авторы рассматривают эти основные изменения и последствия для точной диагностики психических расстройств.

Особенности конкретной утилиты для студентов включают вводную главу об общих принципах лечения и психофармакологические таблицы резюме лекарств, которые служат в качестве быстрого справочника по классам психотропных средств.

Уместно подчеркивается, что в настоящее время антидепрессанты являются наиболее часто предписываемыми лекарствами в США для лиц в возрасте от 12 до 44 лет и третьим самым общим классом лекарств, предписываемым во всех возрастных группах, наряду с анальгетиками и антибиотиками в общемедицинской сети. Необходимо заметить, что в последние годы такие препараты, как ламотриджин, оланзапин, кветиапин и арипипразол были одобрены как тимостабилизаторы для предотвращения мании и депрессии биполярного аффективного расстройства.

Кроме того справедливо отмечается, что транквилизаторы назначают для широкого круга пациентов, которые не имеют первичного тревожного расстройства, а именно пациентам, которые представляют для врачей первичного звена клинику с соматическими жалобами или истинного соматического заболевания.

Подчеркивается, что 10% населения имеет клинически значимую бессонницу. Женщины

и пожилые люди являются демографическими группами с наибольшим риском для значительной бессонницы, но, конечно, переходящие состояния бессонницы могут повлиять на любого человека. Очень полезная информация о сочетании различных лекарственных препаратов для лечения многих психических расстройств.

К сожалению, некоторые пациенты с четкими синдромами (например, депрессии, биполярного расстройства, шизофрении) продолжают злоупотреблять незаконно наркотиками, даже когда отмеченные синдромы в полной или частичной ремиссии, хотя другие исследователи показывают улучшение в обоих условиях с соответствующей лекарственной терапией.

Два приложения рецензируемой книги предлагают показания для клиницистов, пациентов и их семей, а также дают информацию о силе и расходах антидепрессантов и антипсихотических препаратов.

Обсуждаются вопросы, когда в клинической практике врачи часто сталкиваются с пациентами, страдающими психическими расстройствами, которые также являются беременными, несовершеннолетними, престарелыми, у которых имеются признаки повреждения мозга или сопутствующих соматических заболеваний, но которые нуждаются в особенной коррекции фармакотерапии. За последнее десятилетие ученые многое исследовали и разработали рекомендации для улучшения лечения отмеченной категории душевнобольных психотропными средствами.

Таким образом, 8-е издание рецензируемого руководства, как и более ранние его издания, является выдающимся ресурсом для всех заинтересованных специалистов, которые назначают психотропные препараты для лиц с психическими расстройствами или симптоматическими психическими нарушениями. Рецензируемое «Руководство по клинической психофармакологии» вполне заслуженно снизило свою репутацию в мире, как классическое в этой области, и заслужило достойное место на рабочем столе каждого психиатра.

Рецензенты: доцент, кандидат медицинских наук, врач-психиатр П.Т. Петрюк, врач-психиатр А.П. Петрюк.

г. Харьков, 16.11.2015 года