

**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: [vnkuznesov@i.ua](mailto:vnkuznesov@i.ua)

**Адреса редакції:**

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

Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел./факс: (044) 468-36-11.

Міський науковий інформаційно-мето-  
дичний центр з організації психіатрич-  
ної допомоги.

Тел.: (044) 468-29-32.

**Друк:**

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»

м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а

Тел./факс: (044) 459-48-67

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

Підписано до друку 01/06/2015 р.

Папір офсетний. Тираж 500 шт. Зам. 2397.

**Розлади психіки та поведінки, психосоматика**

*Іванов Д.А., Рычка О.В.* Психопрофилактические мероприятия среди  
военнослужащих, направляемых в зону боевых действий . . . . . 87

*Кутова Н.В.* Особливості прояву та вираженість відхиленої поведінки  
у пацієнтів з хронічним панкреатитом. . . . . 98

*Кутько И.И., Панченко О.А., Линева А.Н.* Психопатология  
церебрального атеросклероза. Операциональная диагностика  
и синдромологические особенности. . . . . 102

*Отрощенко Н.П.* Питання діагностики депресій при психічних  
розладах, пов'язаних з радіаційними аваріями . . . . . 108

**Медична психологія та психотерапія**

*Лісовенко В.Л.* Соціально-психологічні категорії довіри і обману  
в психолого-соціологічному та релігійному контексті . . . . . 113

**Етичні та правові аспекти психічного здоров'я**

*Козерацька О.А.* Дослідження та аналіз наукових розробок в царині  
застосування примусових заходів медичного характеру до психічно  
хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті . . . . . 117

*Войтенко І.С., Прохно О.І., Коваль П.Б., Лежненко І.П., Косенко О.М.*  
Правові взаємовідносини лікаря і пацієнта. (Питання лікарів та  
відповіді юристів) . . . . . 124

**Організація і управління психіатричною допомогою**

*Дзюба Л.О.* Аналіз діяльності дитячого відділення №13  
ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві . . . . . 129

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

*Петрюк П.Т., Петрюк А.П.* Слово об известном американском  
психиатре Адольфе Майере (К 150-летию со дня рождения) . . . . . 132

*Петрюк П.Т., Петрюк А.П.* Рецензия на книгу «Лэмб С.Д.  
Патологоанатом разума: Адольф Майер и происхождение  
американской психиатрии. — Балтимор, МД: Джонс Хопкинс  
Университет Пресс, 2014. — 320 с.» . . . . . 139

*Петрюк П.Т., Петрюк А.П.* Рецензия на книгу «Электросудорожная  
терапия у детей и подростков / Под ред. Neera Ghaziuddin, Garry  
Walter. — Нью Йорк: Изд-во Оксфордского университета США. —  
2013. — 316 с.» . . . . . 141

*Первомайский В.Б.* Компиляция и плагиат (из воспоминаний  
профессора) . . . . . 143

К юбилею лечебно-диагностического отделения «Эпилепсия» №19  
имени Л.Э. Музычук . . . . . 149

**До уваги авторів** (вимоги до написання статей) . . . . . 151

## 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

### Mental and behavioral disorders, psychosomatic

*Ivanov D.A., Rychka O.V.* Psychoprophylactic measures before servicemen deployment to combat zone . . . . . 87

*Kutova N.V.* Features of manifestations and severity of deviant behavior in patients with chronic pancreatitis . . . . . 98

*Kutko I.I., Panchenko O.A., Linjev A.N.* Psychopathology of cerebral atheroscleroses. Operational diagnosis and syndromological estimation . . . . . 102

*Otroshchenko N.P.* Questions diagnosis of depression in psychiatric disorders associated with radiation accidents . . . . . 108

### Medical psychology and psychotherapy

*Lisovento V.L.* Social-psychological categories of trust and fraud in psychosociological and religious context . . . . . 113

### Ethical and legal aspects of mental health

*Kozackaya E.A.* Research and analysis of scientific approaches to the problem of psychiatric aspects of the treatment of persons who have committed sexual offenses . . . . . 117

*Voytenko I.S., Prokhno O.I., Koval P.B., Lezhnenko I.P., Kosenko O.M.* Legal mutual relations of doctor and patient. (questions of doctors and answers of lawyers) . . . . . 124

### Organization and management in mental health care

*Dziuba L.A.* Activity analysis of the children's Department #13 TMA «PSYCHIATRIA» in Kiev . . . . . 129

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

*Petryuk P.T., Petryuk O.P.* Word of the famous American psychiatrist Adolf Meyer (By the 150th anniversary of his birth). . . . . 132

*Petryuk P.T., Petryuk O.P.* (Lamb S.D. Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry. — Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2014. — 320 p.) . . . . . 139

*Petryuk P.T., Petryuk O.P.* (Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents / Edited by Neera Ghaziuddin, Garry Walte. — New York: Oxford University Press USA. — 2013. — 316 p.) . . . . . 141

*Pervomajskij V.P.* Compilation and plagiarism (Professor of memories) . 143

On the anniversary diagnostic and treatment department «Epilepsy» №19 Name L.E. Muzichuk . . . . . 149

**The notice for our authors** (requirements to the articles) . . . . . 151

УДК 616.89

## Психопрофилактические мероприятия среди военнослужащих, направляемых в зону боевых действий



Іванов Д. А.

Іванов Д. А. , Рычка О. В.

НИИ проблем военной медицины Украинской военно-медицинской академии

**Резюме.** Виявлені категорії військовослужбовців, які найбільш схильні до формування психічних розладів в умовах бойових дій. Встановлена залежність розвитку психічних розладів від терміну служби у зоні АТО, визначені провідні зовнішні психотравмуючі фактори в бойових умовах. Запропоновані психопрофілактичні заходи в залежності від домінуючого психотравмуючого фактору у військовослужбовців.

**Ключові слова:** військовослужбовці за контрактом і за мобілізацією, зовнішні психотравмуючі фактори, дезадаптація, психогенні розлади, бойові умови, психопрофілактичні заходи.

### Psychoprophylactic measures before servicemen deployment to combat zone

Ivanov D.A. , Rychka O. V.

Ukraine Military Medical Academy, Research Institute of Military Medicine, Irpin

**Resume.** The servicemen the most susceptible to development of mental disorders in battle environment has been revealed. Correlation between mental disorders rate and terms of military service in antiterrorist operation has been calculated. The leading exterior factors causing psychotrauma among servicemen in battle environment have been pointed out. Psychoprophylactic measures to counter battle stress depending on dominant psychotraumatic factor have been proposed.

**Key words:** contracted and mobilized servicemen, exterior psychoprophylactic factors, disadaptation, psychogenic disorders, battle environment, psychoprophylactic measures.

#### Вступление

В настоящее время сложнейшие социально-политические условия в Украине ставят перед военно-медицинской службой множество глобальных задач. Одной из них является усовершенствование системы психопрофилактики военнослужащих, направляемых в зону боевых действий. Военнослужащие без предварительных психопрофилактических мероприятий (в которые входит и психологическая подготовка) в условиях вооруженного конфликта обнаруживают большую подверженность к воздействию боевого стресса.

Настораживающее количество военнослужащих с психическими расстройствами подтверждают и статистические данные [2, 3, 7]. В психиатрических стационарах страны прошло обследование и лечение значительное количество военнослужащих, вернувшихся из зоны проведения АТО.

В этой связи становится понятным, что в настоящее время своевременная психопрофилактика военнослужащих приобретает особую значимость.

#### Материал и методы исследования

Объект исследования: военнослужащие, психогенные психические расстройства.

Предмет исследования: внешние (связанные с боевыми условиями) психотравмирующие факторы.

Методы исследования: метод экспертных оценок, системный анализ, статистический.

#### Результаты исследований и их обсуждение

На психическое здоровье военнослужащих влияет множество факторов, среди которых немаловажное значение имеют внешние, связанные с особенностями военной службы, факторы (не присущие гражданской среде).

Нами были выделены ведущие внешние психотравмирующие факторы в условиях вооруженного конфликта, что послужило ориентиром при разработке и обосновании мероприятий, нацеленных на предупреждение формирования психических расстройств у военнослужащих.

Психотравмирующих факторов не должно быть очень много (это размывает проблему), но и приумножать их количество тоже не стоит. Исходя из данных литературных источников, проблемных работ по этому направлению, а также личного опыта были выделены 15 факторов.

Для анализа этих факторов использовался метод экспертных оценок [1, 6, 8], когда каждому респонденту предлагалось (с его точки зрения)

проранжировать все факторы в зависимости от их психотравмирующей значимости: последовательно, от наиболее значимого до наименее значимого.

Всего анонимным социологическим опросом (январь-февраль 2015 г.) было безотборно охвачено 347 военнослужащих, пребывавших на лечении в отделениях хирургического и терапевтического профилей, в т.ч. в неврологических и/или психиатрических стационарах ГВМКЦ (г. Киев), ВМКЦ профессиональной патологии личного состава Вооруженных Сил Украины (г. Ирпень), ВМКЦ Центрального региона (г. Винница), 10 военного госпиталя (г. Хмельницкий).

Структура респондентов (военнослужащих, которые в процессе социологического опроса высказывали свое мнение по поводу значимости тех или иных психотравмирующих факторов в условиях боевых действий) и объем исследований представлены в *табл. 1*.

Работа включала в себя 2 этапа:

1. Обозначить ведущие внешние психотравмирующие факторы военнослужащих (связанные с боевыми условиями).
2. Разработать под каждый из психотравмирующих факторов ориентиры психофизиологии военнослужащих.

О степени влияния отдельного фактора на процесс дают информацию ранги факторов, которые были определены и математически обработаны по соответствующей методике [1, 8].

Расхождения в ответах респондентов были обусловлены разным уровнем подготовки по

специальности, особенностями служебной (боевой) географии, занимаемыми должностями, опытом боевых действий и т.д. Погрешность исследования, рассчитанная согласно принятым методикам составила 9,7% ( $p < 0,05$ ).

#### **Внешние психотравмирующие факторы (связанные с боевыми условиями).**

В подсознании каждого конкретного человека в условиях боевой обстановки присутствуют те или иные страхи (переживания), характерные именно для этого человека. Эти страхи являются фоном, формирующим «сюжет» возможной будущей клинической картины психического расстройства. Для одних военнослужащих ведущим страхом является «Страх смерти», для других — «Боязнь плена», для третьих — «Отдаленность и тревога за близких» и т.д.

Катализатором клинических проявлений становится напряженность боевой обстановки (стресс). При этом порог стрессоустойчивости у разных военнослужащих отличается. Для одних личностей достаточно незначительного раздражителя (после чего они обнаруживают острые стрессовые реакции), в то время как для других — необходим более выраженный толчок. Со временем у многих военнослужащих наступает относительная адаптация к жизни в боевых условиях и тогда — на фоне хронического истощения нервной системы на передний план выступают вот эти подсознательные страхи, связанные с войной, которые мы рассматриваем, как «внешние» психотравмирующие факторы у военнослужащих в боевой обстановке.

**Таблица 1**

*Количество респондентов и объем исследований*

Категория респондентов		Объем исследований, количество респондентов, чел.	Всего (абс.) / из них – с психическими расстройствами (%)
Офицерский состав по контракту	без грубых психических расстройств	36	47 / 23,4
	с некоторыми психическими расстройствами	11	
Офицерский состав по призыву в связи с мобилизацией	без грубых психических расстройств	35	48 / 27,0
	с некоторыми психическими расстройствами	13	
Солдаты, сержанты по контракту	без грубых психических расстройств	42	61 / 31,1
	с некоторыми психическими расстройствами	19	
Солдаты, сержанты по призыву в связи с мобилизацией	без грубых психических расстройств	79	138 / 42,7
	с некоторыми психическими расстройствами	59	
Бойцы добровольческих подразделений	без грубых психических расстройств	31	53 / 41,5
	с некоторыми психическими расстройствами	22	
Всего	без грубых психических расстройств	223	347 / 35,7
	с некоторыми психическими расстройствами	124	

В качестве респондентов, оценивающих данные факторы, были задействованы офицеры и солдаты, сержанты по контракту и по мобилизации, а также бойцы добровольческих подразделений (как психически здоровые, так и с некоторыми психическими расстройствами), вернувшиеся из зоны проведения антитеррористической операции — АТО (табл. 2).

Ответы респондентов всех групп были достоверно согласованы ( $p < 0,001$ ).

**Таблица 2**

*Градации внешних психотравмирующих факторов у военнослужащих в боевых условиях (без выраженных психических расстройств — без ПР и с некоторыми психическими расстройствами — с ПР)*

№ п/п	Психотравмирующие факторы, связанные с условиями боевых действий	Офицерский состав по контракту, n = 47 чел.		Офицерский состав по мобилизации, n = 48 чел.		Солдаты, сержанты по контракту, n = 61 чел.		Солдаты, сержанты по мобилизации, n = 138 чел.		Бойцы добровольческих подразделений, n = 53 чел.	
		без ПР	с ПР	без ПР	с ПР	без ПР	с ПР	без ПР	с ПР	без ПР	с ПР
1	Страх смерти	1	3	2	5	1	5	3	4	4	1
2	Боязнь плена	3	4	1	1	2	4	2	1	1	5
3	Страх перед инвалидностью (после ранения)	2	1	4	2	3	1	1	2	2	4
4	Гибель сослуживцев	4	2	3	3	5	2	4	3	3	2
5	Артиллерийские удары — психическое истощение	6	5	6	6	6	6	5	5	5	3
6	Недосыпание — физическое истощение	11	9	9	10	9	9	8	8	10	6
7	Недоедание (в результате нерационального и непостоянного питания)	15	15	14	15	13	13	13	11	12	10
8	Неуверенность в прогнозах командиров; непредсказуемость реального развития ситуации	8	10	5	9	4	3	6	6	6	7
9	Отдалённость и тревога за близких	5	6	7	8	8	8	7	7	9	8
10	Длительное отсутствие сексуальных отношений	14	8	12	11	10	14	10	9	11	9
11	Конфликтные ситуации с сослуживцами (подозрение их в слабости, дезертирстве, измене)	12	14	8	12	11	12	12	15	8	11
12	Социальная изоляция: недоступность к СМИ (ТВ, интернет, пресса) и т.д.	13	13	15	13	14	7	15	13	13	14
13	Неблагоприятные санитарно-гигиенические условия; возможные небезопасные инфекции	10	7	11	14	12	15	11	12	14	13
14	Недостаточность экипировки и мед. снабжения (нехватка индивидуальных мед. аптечек и т.д.)	7	12	10	7	7	10	9	10	7	12
15	Неприятие применения оружия; недостаточность боевого настроя	9	11	13	4	15	11	14	14	15	15
Коэффициент конкордации — W		0,68	0,56	0,58	0,42	0,68	0,23	0,50	0,32	0,52	0,33
Средний срок службы военнослужащих в зоне АТО до момента поступления в лечебное учреждение, мес.		2,6	5,9	2,8	4,6	3,1	5,4	2,7	4,6	3,5	3,9

Как видно из табл. 2 ведущими внешними психотравмирующими факторами в разных группах оказались следующие:

**1. У лиц офицерского состава по контракту:**

- без психических расстройств доминировал фактор: «СТРАХ СМЕРТИ»;
- с некоторыми психическими расстройствами — фактор: «СТРАХ ПЕРЕД ИНВАЛИДНОСТЬЮ».

**2. У лиц офіцерського состава по мобілізації:**

- без психічних розстройств — фактор: «БОЯЗНЬ ПЛЕНА»;
- с некоторими психічними розстройствами — фактор: «БОЯЗНЬ ПЛЕНА».

**3. У солдат, сержантов по контракту:**

- без психічних розстройств — фактор: «СТРАХ СМЕРТИ»;
- с некоторыми психічними розстройствами — фактор: «СТРАХ ПЕРЕД ИНВАЛИДНОСТЬЮ»;

**4. У солдат, сержантов по мобілізації:**

- без психічних розстройств — фактор: «СТРАХ ПЕРЕД ИНВАЛИДНОСТЬЮ»;
- с некоторыми психічними розстройствами — фактор: «БОЯЗНЬ ПЛЕНА».

**5. У бойцов добровольческих подразделений:**

- без психічних розстройств — фактор: «БОЯЗНЬ ПЛЕНА»;
- с некоторыми психічними розстройствами — фактор: «СТРАХ СМЕРТИ».

Анализ полученных результатов показал, что дезадаптация у военнослужащих преимущественно наблюдалась в следующие временные периоды службы в АТО (табл. 3, рис. 1):

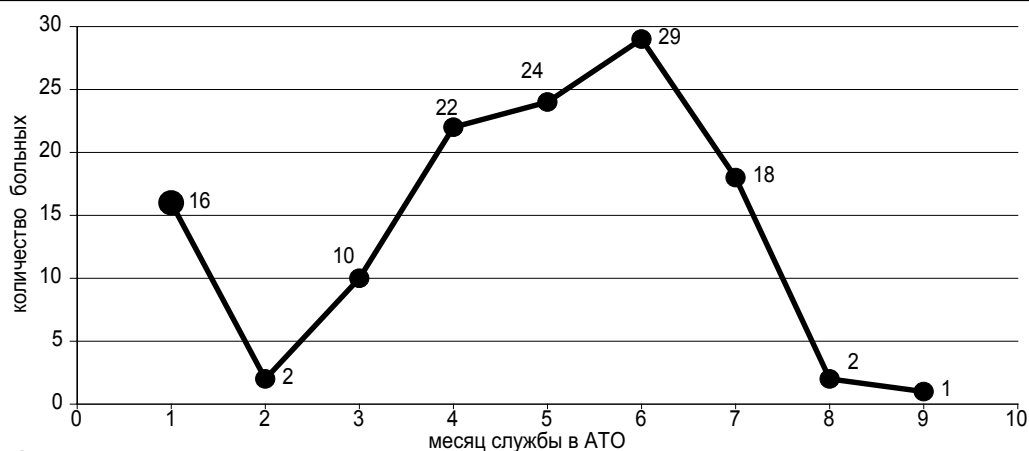
1. В течение 1-го месяца службы (т.е. в самом начале пребывания в условиях боевых действий). К этой группе относились военнослужащие, по-видимому, с исходно очень слабыми внутренними ресурсами стрессоустойчивости к психотравмирующим факторам.
2. В период от 4-х до 6-ми месяцев службы (в результате длительного пребывания в условиях боевых действий и как следствие — истощения нервной системы). В этой группе военнослужащие хоть и обладали определенным запасом внутренних резервов, но его оказалось недостаточно для противостояния психотравмирующим факторам.

Психические расстройства среди военнослужащих с выявленными психическими расстройствами в указанные промежутки времени службы в зоне АТО обнаруживались преимущественно среди солдат, сержантов по мобілізації, а также среди бойцов добровольческих подразделений, на которых следует обращать

**Таблица 3**

Подверженность военнослужащих психическим расстройствам в зависимости от срока службы в зоне АТО

№ п/п	Категория военнослужащих	Количество военнослужащих с психическими расстройствами в зависимости от срока службы в зоне АТО (мес.)									Всего
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Офицерский состав по контракту				2	3	5	1			11
2	Офицерский состав по мобілізації	2			4	2	4	1			13
3	Солдаты, сержанты по контракту	1		1	2	3	4	8			19
4	Солдаты, сержанты по мобілізації	9	1	6	11	12	11	6	2	1	59
5	Бойцы добровольческих подразделений	4	1	3	3	4	5	2			22
Всего		16	2	10	22	24	29	18	2	1	124

**Рис. 1.**

Распределение военнослужащих с психическими расстройствами (124 чел.) в зависимости от срока службы в зоне АТО (мес.)

особое внимание в ходе психопрофилактики (табл. 1).

Снижение уровня психических расстройств у военнослужащих после седьмого месяца службы в зоне АТО, объясняется тем, что в обследуемой выборке количество лиц, прослуживших восемь и более месяцев в зоне боевых действий было незначительным (табл. 3, рис. 1).

Также следует обратить внимание на то, что во всех обследуемых группах военнослужащие с психическими расстройствами отвечали менее согласованно (чем психически здоровые военнослужащие), что может свидетельствовать о том, что психотравмирующие факторы индивидуально повлияли на их состояние и соответственно — мнение при опросе. А это, в свою очередь, подтверждает необходимость (во многих случаях) именно индивидуального подхода в процессе психопрофилактики, на что указывали видные психиатры в разные времена [9].

Военнослужащие всех групп в качестве наиболее дезадаптирующих выделяли такие факторы, как: «Страх перед инвалидностью (после ранения)», «Боязнь плена», «Страх смерти», а наименьшую опасность, по их мнению, вызывали факторы: «Недоедание (в результате нерационального и непостоянного питания)» и «Социальная изоляция: недоступность к СМИ (ТВ, интернет, пресса)».

Таким образом, предлагаемые ниже психопрофилактические мероприятия могут дать ощутимый эффект при работе, прежде всего, с неподготовленными («незакаленными») военнослужащими. Благодаря чему возможные проявления адаптационных срывов у них могут, либо не сформироваться, либо будут отсрочены во времени и протекать в менее выраженной степени.

#### Психопрофилактические мероприятия.

Адекватность и эффективность психопрофилактики военнослужащих (направляемых в зону боевых действий) объясняется самой природой и дезадаптационной сущностью возможных психогенных расстройств, где личностная ориентированность составляет патогенетическую основу психопрофилактики [4]. В свое время В.Н. Мясищев писал, что патогенным бывает такое переживание, которое является значимым в системе ценностей человека, а значимость тех или иных переживаний определяется характерологическим складом личности [9]. Поэтому выбор подходов к предупреждению (снижению риска) развития психогенных расстройств должен основываться не на знании тех или иных методик (даже с учетом опыта и статуса врача и его клинического уровня), а исходя из личностного склада пациента и наиболее значимых для него психотравмирующих

факторов (которые должны являться ведущими отправными точками для психопрофилактических мероприятий) [5].

Исходя из этого, психопрофилактическая работа в предбоевой период должна состоять, прежде всего, из следующих двух этапов:

1. Психиатрический отбор военнослужащих (без признаков психических расстройств).
2. Формирование сопротивляемости психоразрушающему воздействию боевой обстановки.

1-й этап должен реализовываться на уровне специалистов-психиатров военных комиссариатов.

На 2-м этапе существующую систему (в основном подразумевающую лишь просветительскую работу о вреде употребления алкоголя и табакокурения) можно обогатить разработанными нами психопрофилактическими подходами, нацеленными на уменьшение влияния психотравмирующих факторов в боевых условиях (табл. 4).

Психопрофилактика может быть **индивидуальной**, в зависимости от доминирующего психотравмирующего фактора у конкретного военнослужащего, а может быть и **коллективной** в виде обобщенной лекции, когда элементы группового внушения направлены на укрепление стрессоустойчивости личного состава в целом, охватывая все внешние психотравмирующие факторы (или большинство из них).

При психопрофилактической работе с разными категориями военнослужащих целесообразно усиливать акцент на тех факторах, которые являются ведущими в каждой группе военнослужащих, указанных в табл. 2.

По своей сути психопрофилактика в определенной степени будет пересекаться с «опережающей» психотерапией, если так можно выразиться. В нашем случае, психотерапия — это не вариант лечения, а вариант «опережающего» лечения (лечения человека, который ещё не заболел, но может заболеть, и мы знаем, от чего он может заболеть). А это уже профилактика!

Например, мобилизовали молодого парня для направления в зону боевых действий... Какова будет реакция среднестатистического человека в таких условиях? Неосмысленный страх, хаос в сознании — он не знает, что его ждет. Успокаивать его, утверждая, что все будет хорошо — нельзя. Это неправда. А заведомая неправда — вызывает недоверие, что обязательно потом скажется.

Необходимо настроить мобилизованного военнослужащего на то, что **условия службы будут непростые**. Это первое.

**Таблиця 4**  
**Психопрофілактичні орієнтири, що виходять з факторів ризику дезадаптації в бойових умовах**

№ п/п	Фактори ризику дезадаптації	Психопрофілактичні орієнтири (що необхідно робити)	Відповідальний за виконання
1	Страх смерті	<p>Приводити «вигідну» статистику: «з 300 чоловік гине 1». Констатувати, що в результаті ДТП в нашій країні кількість смертельних випадків більше, ніж на війні.</p> <p>Згадувати релігійну традицію: «Захисники Вітчизни очищаються від всіх гріхів»; «Бог бере кращих».</p> <p>Згадувати відомі висловлювання, наприклад: «Якщо Бог з нами, то яка різниця, хто проти нас»; «Робота в районі не пугає».</p> <p>Коректувати мислення з метою послаблення різних фобій: «То, чого ми боїмося, частіше всього не відбувається»; «Страх смерті — це краще життя».</p> <p>Підбадьорити ідеологічно: «За Вами — майбутня країна», «Дійсність служби — це Ваш авторитет в майбутньому».</p> <p>Одразу важливо організовувати спілкування з тими, хто вже побував в зоні бойових дій (непримусові розповіді комбатантів про випадки, в яких місце в розвідці, рейдах, екстремальних боях, об'їх переживань, в т.ч. уже в шутливій формі). Для цих цілей в кожному регіоні країни необхідно створити громадянські організації «Ветеранів АТО».</p> <p>При необхідності — здійснювати індивідуальну психотерапію або психофармакологічну корекцію.</p> <p>А якщо не вдається заспокоїти, то спробувати посприяти відволіканню військовослужбовця, займаючи його корисними справами з урахування інтересів, досвіду, звичок, навчання, підкреслюючи, що це важливо для всієї колективи.</p>	Командування, лікар частини, психолог, бесіди з духовним керівником (капеланом), при необхідності — консультація психіатра
2	Боязнь полону	<p>Приводити відомі, але неефективні фрази: «Буде краще» (наприклад, злокачествена пухлина і т.д.).</p> <p>Убедати, що «Плен — це не ганьба, а крест, який потрібно нести з честю».</p> <p>Роз'яснювати, що допомагає вижити в полоні? — Упевненість в своїй необхідності близьким людям, впевненість в правоті своїх дій.</p> <p>Нагадувати, що завжди є надія вижити, що постійно прикладаються зусилля по обміну полонними. Проводити роз'яснення основних положень Женевських конвенцій в частині звернення до воєннопленних.</p>	Командування, лікар частини
3	Страх перед інвалідністю (після поранення)	<p>Приводити приклади з життя: воєнного льотчика А.П. Маресьєва, відомих автогонщиків, переживших важкі травми і повернувшись в спорт. Вказувати, що мужеству потрібно навчатися у інвалідів, які ставлять світові спортивні рекорди на паралимпійадах.</p> <p>Нагадувати, що у кожного чоловіка є великий внутрішній запас мужества. Завжди є надія. Медицина не стоїть на місці.</p> <p>Націлювати на вироблення психології перемог (перемогти хворобу, поранення, інвалідність і т.д.).</p> <p>Убедати, що ніхто не буде байдужим; держава гарантує соціальну захист усім.</p> <p>Інвалідність — це не кінець, і в такій ситуації можна жити, приносити користь суспільству і займатися собою гідною справою (працюючи в військових закладах, навчальних закладах, надаючи військову допомогу).</p>	Командування, лікар частини, при необхідності — консультація психіатра
4	Гибель сослуживців, товаришів	<p>Нагадувати, що «Наші брати зберігають нашу життя ціною своєї життя». «Горюча втрата тільки мобілізує нас», «Бог бере кращих», «Герої не вмирають».</p>	Командування, лікар частини



Продолжение таблицы 4

№ п/п	Факторы риска дезадаптации	Психопрофилактические ориентиры (что необходимо делать)	Ответственный за выполнение
5	Артиллерийские удары — психическое истощение от ожидания (другие окончания (другие боевые поражения средства)	Просвещать, что реакция на артиллерийские удары — это естественная физиологическая реакция, присущая всем: и нам, и нашим противникам. Напоминать, что всегда есть, где спрятаться от артиллерийских ударов, например, в блиндажах. Сообщать, что в качестве защиты от других поражающих боевых средств уже налажено снабжение бронжилетами, касками и т.д. Убеждать, что у нас тоже есть достойное оружие. Обучать новоприбывших отличию на слух применяемых противником различных видов вооружения (характерный свист, особенности взрывов и т.д.), а также падению при взрывах наименее травмоопасным способом. Приводить примеры потерь противника (пусть несколько завышенные): создать манеру, голос, ауру, похожие на образ диктора Ю.Б. Левитана во время Великой Отечественной войны (о психологической силе слова говорит тот факт, что Ю.Б. Левитан был зачислен в личные враги А. Гитлера под №1).	Командование, врач части
6	Физическое истощение в результате недосыпания, нарушения суточного режима, высокого ритма работы или затишья (ожидания)	Хотя бы ориентировочно соблюдать режим боевой деятельности и отдыха. В отдельных случаях — осуществлять индивидуальный подход. Организовывать повышенное питание с целью компенсации повышенных энергозатрат. Настраивать на тяготы и лишения в состоянии войны (напоминать: «это — война»).	Командование, врач части
7	Недоедание (в результате нерационального и непостоянного питания)	Напоминать: о заместительном питании, помощи волонтеров, местного населения, настраивать на взаимовыгодную с местным населением взаимопомощь.	Командование подразделения
8	Неуверенность в прогнозах командиров; непредсказуемость реального развития ситуации	Доступно разъяснять суть единоначалия, «по товарищески». Пояснять, что командиры владеют большей информацией. Вселять уверенность в правоту выполняемого приказа (логически и идеологически). Для повышения своего авторитета, командиру желательно: а). Периодически подбадривать подчиненных своим присутствием на передовой, личным примером; б). Не всегда обращаться к подчиненным формально — «товарищ солдат» или по фамилии. Нередко, учитывая обстановку, важно обращаться к подчиненным — «брат», «братишка» (аналогично отношениям, распространенным внутри Воздушно-десантных войск); в). Справедливо отмечать заслуги на военной службе, ставить в пример отличившихся; г). Предоставлять необходимую информацию младшим командирам в соответствии с их уровнем для оценки обстановки, принятия решений; д). Подчеркивать, что подчиненные — герои, но в принципиальных вопросах быть твердым, и даже жестким по ситуации и т.д. Важно сохранить баланс.	Командование подразделения

Продолжение таблицы 4

№ п/п	Факторы риска дезадаптации	Психопрофилактические ориентиры (что необходимо делать)	Ответственный за выполнение
9	Отдалённость и тревога за близких (особенно в период бытовых проблем: тяжелое материальное положение, болезни)	Организовывать периодическое общение с близкими по различным средствам связи (мобильному телефону, интернету и т.д.). Приводить положительные примеры (рассказывать) о предшественниках. Вселять уверенность, что государство и общество не забудет о нынешних комбатантах. Содействовать в оказании медицинской помощи родственникам военнослужащих.	Командование подразделения
10	Длительное отсутствие сексуальных отношений	Проводить толковые врачебные консультации (психотерапевтические и общемедицинские по поводу опасности заражения венерическими заболеваниями, ВИП/СПИДом), юридическое информирование (напоминать о криминальной ответственности за изнасилование, издевательства). Осуществлять беседы со священником (о грехе измены и т.п.). Организовывать отвлекающие работы, занятия. При необходимости — проводить психофармакологическую коррекцию (успокоительные, легкие снотворные препараты).	Врач части, священник, при необходимости — консультация психиатра
11	Конфликтные ситуации с сослуживцами (подозрение их в слабости, дезертирстве, измене)	Проводить идеологические беседы. Напоминать о том, что общая патриотическая цель должна сплачивать. Вводить в практику временное замещение младших командиров. Жестко пресекать проявления неуставных взаимоотношений («дедовщины»).	Командование подразделения, священник
12	Социальная изоляция: недоступность к СМИ (ТВ, интернет, пресса) и т.д.	Подбирать в малые коллективы военнослужащих по совместимости. Использовать юмор со стороны командиров. Осуществлять «связь с домом». Организовывать полезные работы на благо части, местного населения.	Командование подразделения
13	Неблагоприятные бытовые и санитарно-гигиенические условия; возможные небезопасные инфекции	Напоминать о временном характере трудностей, что не один «он», а многие переносят боевые тяготы. Осуществлять медицинский контроль за питанием, водоснабжением, отдыхом. Формировать уверенность (надёжность) в эффективности лечебных мероприятий.	Командование подразделения, врач части
14	Недостаточность экипировки и медицинского снабжения (нехватка индивидуальных медицинских аптечек и т.д.)	Внедрять импровизированную экипировку. Проводить постоянные занятия по военно-медицинской подготовке с акцентом на первоочередных мероприятиях, направленных на спасение жизни раненного в порядке само- и взаимопомощи.	Командование подразделения, врач части

Окончание таблицы 4

№ п/п	Факторы риска дезадаптации	Психопрофилактические ориентиры (что необходимо делать)	Ответственный за выполнение
15	Неприятие применения оружия; недостаточность боевого настроя	Проводить тренировки по освоению разных видов оружия до автоматизма: «чтобы оружие смогло спасти тебе жизнь, ты должен уметь с ним обращаться», «Ложку держать можешь, значит сможешь держать и винтовку». Постоянно осуществлять идеологическую и «информационную» поддержку. Проводить психологическую подготовку по данному направлению: «Если не ты, то тебя...», и не только тебя, но и твоих товарищей». Демонстрировать патриотические фильмы, например «В бой идут одни старики», «А зори здесь тихие». Создавать условия для чтения специальных книг с юмором (юморесками), сарказмом, в т.ч., рассчитанные как на детей, так и на взрослых, вызывающие приятную ностальгию, сатирические журналы. Рекомендовать для чтения специальную подборку книг с юмором (юморесками), сарказмом, в т.ч., рассчитанные как на детей, так и на взрослых, вызывающие приятную ностальгию, сатирические журналы. Организовывать массовую отpravку на фронт искренних писем, подарков, посылок от людей (земляков, девушек, детей), желающих поддержать бойцов.	Командование подразделения

Таблица 5

Афоризмы известных личностей, нацеленные на преодоление различных страхов

Афоризмы, высказывания, пословицы	Автор
Некоторые люди так боятся умереть, что не начинают жить	Ван Дейк, фламандский живописец
Человек, боящийся страданий, уже страдает от своего страха	М. Монтень, французский писатель и философ эпохи Возрождения
Постоянная бдительность — такова цена свободы	Т. Джефферсон, 3-й президент США
Величайшее испытание мужества — потерпеть поражение и не пасть духом	Р.Г. Ингерсолл, американский военный, юрист, публицист и оратор
Мужествен тот, кто осмысленно устремляется ради добра в опасность, умеряя свой страх	Аристотель, древнегреческий философ
Мужественный человек обыкновенно страдает, не жалуясь; человек же слабый жалуется, не страдая	П. Буаст, французский лексикограф и поэт
Никогда опасность не преодолевается без опасности	Публий Сир, римский поэт эпохи Цезаря
Осторожность — лучшая часть доблести	Пословица
Страх смерти мучительнее, чем сама смерть	Ж. Лабрюйер, знаменитый французский философ
Насколько человек побеждает страх, настолько он человек	Т. Карлейль, британский писатель, публицист, историк и философ
Страх заражается также, как насморк, и всякий раз делает из единственного числа множественное	И. Гете, немецкий поэт, государственный деятель, мыслитель
Кто смерти боится, тот уже не живет	И. Зейме, немецкий писатель, поэт, публицист
При бегстве всегда гибнет больше солдат, чем в сражении	С. Лагерлеф, шведская писательница
Страх — вот то единственное, чего мы должны страшиться	Ф. Рузвельт, 32-й президент США
Отсутствие страха — глупость; постоянный страх — глупость вдвойне	И. Шевелев, российский писатель, журналист, критик
Если хотите ничего не бояться, вспомните, что бояться можно решительно всего	Сенека младший, римский философ-стоик, поэт и государственный деятель
Трус чаще умиряет от грома, чем от молнии	В. Брусов, российский писатель
Лучше быть вдовой героя, чем женой труса	Д. Ибаррури, деятель испанского и международного коммунистического движения
Только храбрые достойны красивиц	Поговорка
Не жалость, а храбрость до сих пор спасала мир от катастрофы	Ф. Ницше, немецкий мыслитель, композитор, поэт

Таблиця 6

Сравнение психотравмирующих факторов: в мирных и боевых условиях военной службы (психологическая цель — обесценить психотравмирующие факторы в условиях мирного времени в восприятии военнослужащих)

№ п/п	Внешние психотравмирующие факторы, связанные с особенностями военной службы	
	в мирных условиях	в боевых условиях
1	Возможные конфликты с начальниками: сержантами, офицерами — незаслуженные наказания, необходимость выполнения «несправедливых» приказов	Страх смерти
2	Ощущение «бессмысленной потери времени» на военной службе (необходимость «ненужного» освоения военных специальностей)	Боязнь плена
3	Страх ответственности за невыполнение приказов	Страх перед инвалидностью (после ранения)
4	Измена любимой девушки (во время службы)	Гибель сослуживцев, товарищей
5	Страх перед ухудшением состояния здоровья (спортивный травматизм, обострение хронических болезней и т.п.)	Артиллерийские удары — психическое истощение от ожидания их окончания (и другие боевые поражающие средства)
6	Поверхностный сон (в результате уставного распорядка «отбой» — «подъем»)	Физическое истощение в результате недосыпания, нарушения суточного режима, высокого ритма работы или затишья (ожидания)
7	Плохое питание (по сравнению с домашней едой)	Недоедание в результате нерационального и непостоянного питания
8	Необходимость общения с малознакомыми людьми (подчас неприятными), представителями других национальностей в ограниченной среде	Неуверенность в прогнозах командиров, непредсказуемость реального развития ситуаций
9	Отдаленность от близких (родители, жена, дети, любимая девушка)	Отдаленность и тревога за близких людей (особенно в период бытовых проблем: тяжелое материальное положение, болезни)
10	Ограниченность сексуальных отношений	Длительное отсутствие сексуальных отношений
11	Неуставные взаимоотношения (ожидание грубости и унижения со стороны солдат старших призывов)	Конфликтные ситуации с сослуживцами (подозрение их в слабоволии, дезертирстве, измене)
12	Уставной распорядок дня (строевая подготовка, дежурства, тревоги и т.д.)	Социальная изоляция: недоступность к СМИ (ТВ, интернет, пресса) и т.д.
13	Новые условия жизни (ограничение свободы действий, казарма и т.д.)	Неблагоприятные бытовые и санитарно-гигиенические условия (землянки, окопы и т.д.); возможные небезопасные инфекции
14	Обязательное ношение военной формы	Нехватка экипировки (каска, бронежилеты, камуфляжи и т.д.) и медицинского снабжения (индивидуальные медаптечки и т.д.)
15	Страх перед оружием	Неприятие применения оружия; недостаточность боевого настроя

Второе — очень важно **систематизировать его опасения** простым языком (обозначить все, наиболее важные, наиболее распространенные, понятные ему факторы риска). Здесь уместно привести высказывание известного подводника времен Великой Отечественной войны (на счету которого наибольшее количество потопленных фашистских кораблей) П.Д. Грищенко: «Опасность, которая нас подстерегает, страшна только до того момента, пока она неизвестна. А как только она становится ясной — вы мобилизуете все силы на борьбу с ней. Здесь уже не до переживаний» [10].

И третье — **попытаться успокоить** военнослужащего по каждому из этих психотравмирующих факторов (табл. 4).

При этом, успокоение, отвлечение, разубеждение должно преподноситься исподволь, завуалировано, с вкраплением в содержание беседы (лекции) притч, афоризмов, пословиц, поговорок.

Многие афоризмы, поговорки, высказывания известных личностей, будучи лаконичными и объемными по смыслу (и не вызывающие известного духа противоречия), могут оказаться весьма полезными при преодолении различных страхов [5]. На наш взгляд, некоторые

такі афоризми бажано висувати (як ілюстративний матеріал) у вигляді таблиці у кожному бойовому підрозділі (табл. 5).

Слід відзначити, що багато положень, з пропозицій наших психопрофілактичних орієнтирів представляється можливим експлуатувати і в системі психореабілітаційних заходів (відновлення або повернення до психічної норми) комбатантів. При цьому важливо врахувати, що вони (ці заходи) будуть мати найбільший ефект, якщо їх починати проводити, як можна раніше.

В перспективі, після закінчення війни, в умовах мирного життя для конкретного воєннослужбовця терміновим профілактичним стрессоуспокоювачем може стати сам факт порівняння причин дезадаптації в мирних і бойових умовах (табл. 6). Таким чином, у сприйнятті воєннослужбовця може знизитися значущість психотравмуючих факторів мирного часу (у порівнянні з «бойовими» психотравмуючими факторами).

### Висновки

1. Виділені категорії воєннослужбовців, найбільш пошкоджені психічно

расстройствам психогенного характера в условиях военного времени:

- солдаты, сержанты по призыву в связи с мобилизацией;
  - бойцы добровольческих подразделений.
2. Установлена зависимость развития психических расстройств от срока службы в зоне АТО. Наибольшее количество психических расстройств у военнослужащих наблюдалось в начале службы в зоне АТО — в течение 1-го месяца и в период после 4-го месяца участия в боевых действиях.
  3. Определены наиболее значимые внешние (связанные с боевыми действиями) психотравмирующие факторы, среди которых на передний план (с определенными вариациями в зависимости от категории военнослужащих) выступают следующие факторы:
    - страх перед инвалидностью (после ранения);
    - страх смерти;
    - боязнь плена.
  4. Исходя из обозначенных психотравмирующих факторов, предложены целенаправленные ориентиры психопрофилактики (реабилитации) комбатантов.

### Література

1. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок / Издание второе, переработанное и дополненное. — М.: «Статистика», 1980. — 263 с.
2. Друзь О.В. Стан психіатричної допомоги в Збройних Силах України. Бойова психічна травма. Шляхи подальшого розвитку психіатричної допомоги у ЗС України / Доповідь головного психіатра МО України на зборах керівного складу медичної служби Збройних Сил України (24 квітня 2015). — 2015.
3. Иванов Д.А. Особенности организации психиатрической помощи в условиях вооруженного конфликта / Д.А. Иванов, И.А. Лукин, О.В. Друзь, А.Н. Галушка, О.В. Рычка // Наука и практика: міжвідомчий медичний журнал. — 2015. — № 1-2. — С.55-66.
4. Иванов Д.А. Пограничні психічні розлади та дезадаптаційні зриви у військовослужбовців строкової служби. — К., 2006. — 248 с.
5. Иванов Д.А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація. — Чернівці, 2007. — 424 с.
6. Иванов Д.А., Нестеровська С.В., Лопін Є.Б. Виявлення найбільш значущих факторів ризику дезадаптаційних розладів у військовослужбовців строкової служби // Психічне здоров'я. — 2005. — №3 (8).
7. Казмірчук А.П. Роль і місце Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» у наданні медичної допомоги, лікуванні поранених та хворих військовослужбовців Збройних сил України / Доповідь начальника ГВМКЦ на міжвідомчій науково-практичній конференції щодо вивчення, аналізу та узагальнення досвіду організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході проведення антитерористичної операції (18 грудня 2014). — 2014.
8. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — 2-е изд., перераб. и доп. — К.: «Морион», 2001. — 408 с.
9. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 425 с.
10. Щербатых Ю.В. Психология страха / изд. 2-е, испр. и доп. — М.: Эксмо, 2005. — 509 с.

УДК 616.89:616.37-002-052

## Особливості прояву та вираженість відхиленої поведінки у пацієнтів з хронічним панкреатитом

**Кутова Н. В.**

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Резюме.** Исследование особенностей проявления и выраженности отклоняющегося поведения у пациентов с хроническим панкреатитом выявило тенденции к проявлению различных форм девиаций у 7–22% больных с билиарным и 20–38% пациентов с алкогольным хроническим панкреатитом. Среди опрошенных с панкреатитом алкогольной этиологии регистрировались более высокие уровни готовности к преодолению норм и правил, аддиктивному, саморазрушающему поведению, склонности к агрессии и насилию, снижения волевого контроля эмоциональных реакций. Доминирующими были готовность к аддиктивному, саморазрушающему поведению, склонность к нарушению норм и правил. У женщин преобладали тенденции к аддиктивному поведению преимущественно у лиц с билиарным и саморазрушительному — опрашиваемых с алкогольным панкреатитом, тогда как у мужчин — готовность к нарушению норм и правил и аддиктивному поведению.

Наличие тенденций к проявлению различных форм девиаций у больных с хроническим панкреатитом и их влияние на поведение во время лечения указывали на необходимость включения работы с данными дезадаптивными паттернами в программу комплексной медико-психологической помощи.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, отклоненное поведение, психологическая помощь.

## Features of manifestations and severity of deviant behavior in patients with chronic pancreatitis

**Kutova N. V.**

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

**Resume.** Studies of manifestation and severity of deviant behavior in patients with chronic pancreatitis revealed a manifestation of various forms of behavior declined in 7–22% of patients with biliary and 20–38% of patients with alcoholic chronic pancreatitis. In patients with alcoholic etiology of pancreatitis registered higher levels of preparedness to break the norms and rules, addictive, self-destructive behavior, tendency to aggression and violence, forceful reduction of control of emotional reactions. The dominant forms of deviant behavior were preparedness to addictive, self-destructive behavior, preparedness to break the norms and rules. In females was dominant susceptibility to addictive behavior primarily in patients with biliary and self-destructive — respondents with alcoholic pancreatitis, while in males — a willingness to break the rules and addictive behavior.

Tendencies to manifestation of various forms of deviations in patients with chronic pancreatitis and their impact on behavior during treatment pointed to the need for inclusion them in the program of psychological help.

**Key words:** chronic pancreatitis, deviant behavior, psychological help.

На сьогодні хронічний панкреатит (ХП) становить значну медичну проблему, в наслідок неухильного зростання захворюваності та поширеності хвороби, її загрозливих для життя і несприятливих для психосоціального функціонування наслідків. В Україні реєструється близько 230 нових випадків патології підшлункової залози на рік, поширеність становить 2400 на 100 тис. дорослого населення [1–3]. ХП найчастіше діагностується у пацієнтів у віці 30–50 років, які є найбільш працездатною частиною населення [1, 3]. Ускладненнями ХП є панкреонекроз, гастродуоденальні кровотечі, стеноз жовчовивідного протоку та дванадцятипалої кишки, зниження толерантності до глюкози, цукровий діабет, ендокринна недостатність підшлункової залози [4].

Основними причинами розвитку ХП є надмірне вживання алкоголю — алкогольний хронічний панкреатит (АХП), а також хвороби жовчного міхура та дванадцятипалої кишки — біліарний хронічний панкреатит (БХП). Алкогольний панкреатит домінує серед чоловіків, однак в останні роки кількість жінок з даним діагнозом збільшилася на 30% [4]. Біліарний

панкреатит, навпаки, реєструється переважно у пацієнтів жіночої статі.

Лікування ХП включає медикаментозну терапію, орієнтовану в основному на корекцію ендо- та екзокринної недостатності, зменшення больового синдрому, і строгу дієту з виключенням алкогольних напоїв, а також категорій продуктів, які стимулюють панкреатичну секрецію. Дієтичне харчування — це наріжний камінь та один з найважливіших поведінкових компонентів у терапії ХП. Його порушення приводить до збереження етіологічних та патогенетичних факторів, що в свою чергу погіршує перебіг захворювання та знижує ефективність лікування ХП. І якщо на момент встановлення діагнозу хворий може не розуміти власної ролі у розвитку захворювання, то у процесі терапії відступ від лікувального режиму та збереження старих харчових патернів чи вживання алкоголю — це свідоме нанесення собі шкоди, що є варіантом відхиленої поведінки.

Погляд на дії та реакції соматичних пацієнтів через призму відхиленої поведінки є новим перспективним напрямом вивчення змістовних аспектів поводження хворих під час лікувального

процесу, та що особливо важливо корекції неадаптивних девіантних патернів.

Метою дослідження стало вивчення особливостей прояву та вираженості відхиленої поведінки у пацієнтів з ХП біліарної та алкогольної етіології.

Для вивчення девіантної поведінки було застосовано «Методику оцінки схильності до відхиленої поведінки» А. Н. Орла, модифіковану для діагностики дорослих осіб [5].

У дослідженні прийняли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок (ПГ1а) та 49 чоловіків (ПГ1б), і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані жіночої (ПГ2а) та 96 — чоловічої статі (ПГ2б).

У табл. 1 представлені дані вираженості схильності до відхиленої поведінки у пацієнтів з ХП. За службовою шкалою установки соціальної бажаності виявлено помірну тенденцію надавати соціально-бажані відповіді при заповненні опитувальника, що дало можливість інтерпретувати отримані результати як достовірні. Також встановлено, що жінки з БХП були більш схильними давати «привабливі» відповіді у порівнянні з опитуваними з АХП (55,6±4,7 балів у ПГ1а та 53,8±5,7 балів у ПГ2а,  $p<0,05$ ). Середні показники за шкалами у всіх підгрупах знаходилися у межах статистичної норми.

Діагностовано відмінності у вигляді вищих рівнів схильності до подолання норм та правил (39,1±4,7 балів у ПГ1а та 43,0±6,1 балів у ПГ1б; 45,4±5,7 балів у ПГ2а та 47,5±5,8 балів у ПГ2б), аддиктивної поведінки (43,0±7,2 балів у ПГ1а та 41,7±7,2 балів у ПГ1б; 45,5±6,6 балів у ПГ2а та 46,6±6,9 балів у ПГ2б), саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки (40,4±7,8 балів у ПГ1а та 39,7±7,8 балів у ПГ1б; 45,9±6,8 балів у ПГ2а та 46,1±6,4 балів у ПГ2б), готовності до агресії та насилля (35,8±3,7 балів у ПГ1а та 37,9±5,2 балів у ПГ1б; 39,6±5,0 балів у ПГ2а та 41,6±5,1

балів у ПГ2б), зниження вольового контролю емоційних реакцій (38,5±6,4 балів у ПГ1а та 37,7±4,8 балів у ПГ1б; 43,3±7,0 балів у ПГ2а та 45,4±6,1 балів у ПГ2б) у опитуваних незалежно від статі з АХП, та деліквентної поведінки лише у чоловіків з алкогольною етіологією панкреатиту (36,3±3,3 балів у ПГ1б та 38,8±4,4 балів у ПГ2б),  $p<0,05$ .

Виявлено вищий рівень схильності жінок до надання соціально-бажаних відповідей у порівнянні з чоловіками (55,6±4,7 балів у ПГ1а та 52,1±4,8 балів у ПГ1б; 53,8±5,7 балів у ПГ2а та 51,4±3,3 балів у ПГ2б,  $p<0,05$ ). У чоловіків зареєстровано більшу вираженість схильності до подолання норм та правил (39,1±4,7 балів у ПГ1а та 43,0±6,1 балів у ПГ1б; 45,4±5,7 балів у ПГ2а та 47,5±5,8 балів у ПГ2б), агресії та насилля (35,8±3,7 балів у ПГ1а та 37,9±5,2 балів у ПГ1б; 39,6±5,0 балів у ПГ2а та 41,6±5,1 балів у ПГ2б), а також деліквентної поведінки на відміну від осіб жіночої статі (35,1±2,9 балів у ПГ1а та 36,3±3,3 балів у ПГ1б; 35,7±2,2 балів у ПГ2а та 38,8±4,4 балів у ПГ2б),  $p<0,05$ .

У жінок з БХП на 1-му місці за вираженістю знаходилася готовність до аддиктивної поведінки, 2-е займала — схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, 3-є — подолання норм та правил, 4-е — агресії та насилля і 5-е — деліквентної поведінки.

У чоловіків з біліарною етіологією ХП 1-е місце належало схильності до подолання норм та правил, 2-е — готовності до аддиктивної поведінки, 3-є — саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, 4-е — агресії та насилля та 5-е — деліквентної поведінки.

За рейтингом у жінок з АХП на 1-му місці була схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, 2-му — аддиктивної, 3-му — подолання норм та правил, 4-му — готовність до агресії та насилля, 5-му — деліквентної поведінки.

**Таблиця 1**

*Вираженість схильності до відхиленої поведінки у пацієнтів з хронічним панкреатитом,  $\bar{x} \pm \sigma$*

Шкали	Група 1, n=147		Група 2, n=140	
	ПГ1а, n=98	ПГ1б, n=49	ПГ2а, n=44	ПГ2б, n=96
Установка на соціальну бажаність	55,6±4,7*	52,1±4,8*	53,8±5,7**	51,4±3,3**
Схильність до подолання норм та правил	39,1±4,7*	43,0±6,1*	45,4±5,7**	47,5±5,8**
Схильність до аддиктивної поведінки	43,0±7,2	41,7±7,2	45,5±6,6	46,6±6,9
Схильність до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки	40,4±7,8	39,7±7,8	45,9±6,8	46,1±6,4
Схильність до агресії та насилля	35,8±3,7*	37,9±5,2*	39,6±5,0**	41,6±5,1**
Вольовий контроль емоційних реакцій	38,5±6,4	37,7±4,8	43,3±7,0	45,4±6,1
Схильність до деліквентної поведінки	35,1±2,9*	36,3±3,3*	35,7±2,2**	38,8±4,4**

Примітка. \* — позначено достовірність різниці між чоловіками та жінками у групі 1, \*\* — у групі 2, зафарбованими клітинками — між опитуваними однієї статі на рівні  $p<0,05$ .

На 1-му місці у чоловіків з АХП була схильність до подолання норм та правил, 2-му — аддиктивної поведінки, 3-му — саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, 4-му — агресії та насилля, 5-му — деліквентної поведінки (табл. 2).

Таким чином, у всіх підгрупах до першої трійки увійшли схильність до аддиктивної, саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, готовність до порушення норм та правил. При чому у жінок домінували схильність до аддиктивної переважно у осіб з БХП та саморуйнівної поведінки — опитуваних з АХП, тоді як у чоловіків — готовність до порушення норм та правил і аддиктивна поведінка.

Таблиця 2

Вираженість відхиленої поведінки за рейтингом

Ранг	Група 1, n=147		Група 2, n=140	
	ПГ1а, n=98	ПГ1б, n=49	ПГ2а, n=44	ПГ2б, n=96
1	АП	Н та П	СР та СП	Н та П
2	СР та СП	АП	АП	АП
3	Н та П	СР та СП	Н та П	СР та СП
4	А та Н	А та Н	А та Н	А та Н
5	ДП	ДП	ДП	ДП

Примітка. АП — аддиктивна поведінка, ДП — деліквентна поведінка, СР та СП — саморуйнівна та самопошкоджуюча поведінка, Н та П — порушення норм та правил, А та Н — схильність до агресії та насилля.

Таблиця 3

Структура складових відхиленої поведінки за ступенем вираженості ознак у хворих з БХП та АХП, %±т

Шкали	Група 1, n=147					
	ПГ1а, n=98			ПГ1б, n=49		
	До 50 балів	50–59 балів	60 та ↑ балів	До 50 балів	50–59 балів	60 та ↑ балів
1	11,2±3,2*	74,5±4,4	14,3±3,5	30,6±4,6*	57,1±4,9	12,2±3,3
2	92,9±2,6*	7,1±2,6*	-	81,6±3,9*	18,4±3,9*	-
3	78,6±4,1	21,4±4,1	-	85,7±3,5	14,3±3,5	-
4	79,6±4,0	20,4±4,0	-	83,7±3,7	16,3±3,7	-
5	100	-	-	100	-	-
6	92,9±2,6	7,1±2,6	-	100	-	-
7	100	-	-	100	-	-
	Група 2, n=140					
	ПГ2а, n=44			ПГ2б, n=96		
	До 50 балів	50–59 балів	60 та ↑ балів	До 50 балів	50–59 балів	60 та ↑ балів
1	25,0±4,3	59,1±4,9	15,9±3,7*	27,1±4,4	70,8±4,5	2,1±1,4*
2	77,3±4,2*	22,7±4,2*	-	61,5±4,9*	38,5±4,9*	-
3	79,5±4,0*	20,5±4,0*	-	65,6±4,7*	34,4±4,7*	-
4	68,2±4,7	31,8±4,7	-	69,8±4,6	30,2±4,6	-
5	100	-	-	99,0±1,0	1,0±1,0	-
6	81,8±3,9	18,2±3,9	-	80,2±4,0	19,8±4,0	-
7	100	-	-	100	-	-

Примітка.

- 1 — шкала установки на соціальну бажаність, 2 — шкала схильності до подолання норм та правил, 3 — шкала схильності до аддиктивної поведінки, 4 — шкала схильності до саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, 5 — шкала схильності до агресії та насилля, 6 — шкала вольового контролю емоційних реакцій, 7 — шкала схильності до деліквентної поведінки.
- \* — позначено достовірність різниці між чоловіками та жінками у групі 1 та 2, зафарбованими клітинками — між опитуваними однієї статі з різних груп на рівні  $p < 0,05$ .

У структурі складових відхиленої поведінки за ступенем вираженості поміж жінками з різними нозологіями зареєстровано більшу кількість опитуваних серед осіб з АХП, які не приховували свої норми та цінності та не були схильними коректувати свої відповіді у сторону соціальної бажаності (11,2±3,2% у ПГ1а та 25,0±4,3% у ПГ2а),  $p < 0,05$ . У жінок з АХП також була більшою кількість респондентів зі схильністю до неконформної поведінки (7,1±2,6% у ПГ1а та 22,7±4,2% у ПГ2а) та зниженого рівня вольового контролю над емоційними реакціями (7,1±2,6% у ПГ1а та 18,2±3,9% у ПГ2а),  $p < 0,05$  (табл. 3).

Серед чоловіків з АХП у порівнянні з пацієнтами з БХП була більшою кількість опитуваних з тенденцією до некомформіської (18,4±3,9% у ПГ2б та 38,5±4,9% у ПГ2б), аддиктивної (14,3±3,5% у ПГ2б та 34,4±4,7% у ПГ2б) та саморуйнівної поведінки (16,3±3,7% у ПГ1б та 30,2±4,6% у ПГ2б), зниженням вольового контролю за емоційними реакціями (0% у ПГ1б та 19,8±4,0% у ПГ2б) (табл. 3).

У жінок з БХП виявлено меншу кількість опитуваних з дуже низькою тенденцією надавати соціально-бажані відповіді (11,2±3,2% у ПГ1а та 30,6±4,6% у ПГ1б) та більшу з нижчими рівнями готовності до подолання норм і правил у порівнянні з чоловіками даної групи (7,1±2,6% у ПГ1а та 18,4±3,9% у ПГ1б),  $p < 0,05$ .



Чоловіки з АХП на відміну від жінок з даною нозологією у меншій мірі проявляли виражену настороженість до опитування і надавали відповіді в рамках строго дотримання соціальних норм ( $15,9 \pm 3,7\%$  у ПГ2а та  $2,1 \pm 1,4\%$  у ПГ2б),  $p < 0,05$ . Для більшої кількості чоловіків з алкогольною етіологією ХП у порівнянні з жінками з АХП були властивими тенденції до неконформної ( $22,7 \pm 4,2\%$  у ПГ2а та  $38,5 \pm 4,9\%$  у ПГ2б) та аддиктивної поведінки ( $20,5 \pm 4,0\%$  у ПГ2а та  $34,4 \pm 4,7\%$  у ПГ2б),  $p < 0,05$ .

Високі показники за шкалою подолання норм та правил вказували на неконформні установки, готовність ставити власні норми та цінності всупереч груповим. Під час лікування подібні прояви виражалися у орієнтації на індивідуальні інтереси, порушенні правил поведінки у лікувальному закладі, конфліктах з медичним персоналом, іншими пацієнтами, самовільними змінами призначень.

Для посиленої готовності до аддиктивної поведінки були характерними ілюзорно-компенсаторний спосіб вирішення особистісних проблем та відхід від реальності і зміна свого психічного стану через різні види залежностей — вживання алкогольних напоїв, їжа та «заїдання» стресу, колекціонування, роботоголізм.

Схильність до самопошкоджуючої та саморуйнівної поведінки проявлялася у прийнятті ризикованих рішень, пошуку гострих відчуттів, легковажному ставленні до свого здоров'я, знеціненні власного життя, самозвинуваченнях та самобичуванні.

Підвищення показників за шкалою агресії та насилля вказувало на агресивну налаштованість особистості у взаємодії з іншими, тенденцію застосовувати силові методи у вирішенні проблем, приниженні інших задля підняття власного авторитету.

Низький вольовий контроль емоційних реакцій свідчив про проблеми самоконтролю поведінкових проявів емоційних реакцій, реалізації негативних емоцій безпосередньо у поведінці, несформованості здатності до контролю власних потреб і чуттєвих потягів.

Дослідження особливостей прояву та вираженості відхиленої поведінки у пацієнтів з хронічним панкреатитом виявило:

- тенденції до прояву різних форм відхиленої поведінки у 7–22% хворих з БХП та 20–38% пацієнтів з АХП;
- вищі рівні готовності до подолання норм та правил, аддиктивної, саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, схильності до агресії та насилля, зниження вольового контролю емоційних реакцій у опитуваних з ХП алкогольної етіології;
- прагнення проявляти більшу лояльність до соціальних норм та правил у жінок в цілому, в особливості пацієнток з БХП;
- більшу схильність чоловіків до неконформної поведінки, застосування агресії та готовності до деліквентної поведінки;
- домінування тенденцій до появи аддиктивної, саморуйнівної та самопошкоджуючої поведінки, готовності порушувати норми та правила. При чому у жінок превалювали схильність до аддиктивної поведінки переважно у осіб з БХП та саморуйнівної — опитуваних з АХП, тоді як у чоловіків — готовність до порушення норм та правил і аддиктивна поведінка;
- відображення девіацій на лікувальному процесі у вигляді порушення комплаєнсу для неконформних форм відхиленої поведінки; використання алкоголю, «заїдання стресу», роботоголізм з метою зміни психічного стану — аддиктивної; легковажного ставлення до свого здоров'я, знеціненні власного життя, самозвинувачень — схильності до саморуйнівної поведінки; агресивної налаштованості до оточення — готовності до насилля; реалізації негативних емоцій безпосередньо у поведінці — низького вольового контролю.

Наявність тенденцій до прояву різних форм девіацій у хворих з ХП та їх вплив на поведінку протягом лікування вказують на необхідність включення діагностики та психологічної корекції даних дезадаптивних патернів у програму комплексної медико-психологічної допомоги.

## Література

1. Современные подходы к диетическому питанию больных хроническим панкреатитом / Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, И. А. Коруля [и др.] // Здоров'я України. — 2011. — № 4 (22). — С. 17–18.
2. Коваль В. Ю. Особливості хронічних панкреатитів на Закарпатті [Електронний ресурс] / В. Ю. Коваль, Е. Й. Архій, О. О. Болдіжар // Гастроентерологія. — 2013. - №3 (49). — Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/36818#prettyPhoto>.
3. Halloran C. Хронічний панкреатит / С. Halloran // Внутренняя медицина. — 2009. — №4 (16). — С. 44–47.
4. Короткевич О. И. Хронический панкреатит: от патогенеза к терапии [Електронний ресурс] / О. И. Короткевич // Русский медицинский журнал. — 2009. — №19. — Режим доступа : [http://www.rmj.ru/articles\\_6765.htm](http://www.rmj.ru/articles_6765.htm).
5. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — С. 362–370.

УДК 616.89-008.454-055.5:159

## **Психопатология церебрального атеросклероза. Операциональная диагностика и синдромологические особенности**



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.** В статті аналізуються особливості операціональної діагностики та синдромологічної оцінки негативної й позитивної психопатологічної симптоматики при атеросклерозі судин головного мозку. Розвиток негативних синдромів на стадіях дисциркуляторної енцефалопатії. Клінічні прояви позитивних неспсихотичних синдромів. Клінічні варіанти деменції. Співвідношення синдромів негативних та позитивних розладів із рубриками міжнародних класифікацій.

**Ключові слова:** атеросклероз судин головного мозку, психопатологічна симптоматика, негативні й позитивні синдроми, операціональна діагностика, синдромологічна оцінка.

## **Psychopathology of cerebral atheroscleroses. Operational diagnosis and syndromological estimation**

**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 particularities of the operational diagnosis and syndromological estimation of positive and negative psychopathological symphomes of cerebral atheroscleroses. Development of negative syndromes at stages of dyscirculation encephalopathy. Clinical manifestations of positive nonpsychotic syndromes. Clinical variants of dementia. Correlation of syndromes of positive and negative frustrations with rubrics of international categorization.

**Key words:** cerebral atheroscleroses, psychopathological symphomes, positive and negative syndromes, operational diagnosis and syndromological estimation.

### **Актуальность проблемы**

Психопатологическая симптоматика является существенным компонентом клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии при атеросклерозе сосудов головного мозга. Функциональная диагностика психических расстройств с оценкой их тяжести и прогноза представляется значимым компонентом в оказании лечебно-реабилитационной помощи больным с церебральным атеросклерозом [3,7,11,14,16,20].

Ограничение диагностической оценки только констатацией одной из рубрик ICD-10 представляется неоправданной. Развитие психопатологической симптоматики зависит от тяжести, локализации, течения сосудистого поражения

мозга и предрасположенности к развитию определенных симптомокомплексов, обусловленной генетическими факторами и предшествующими церебральными органическими поражениями [1,5,6,11,14,16].

Следует отметить многоосевой характер современных Международных статистических классификаций и диагностических руководств. Это предполагает констатацию не только рубрики текущего психопатологического синдрома, но и диагностику нарушений развития и особенностей органического поражения мозга [3,4,7,8,10,17,23].

При этом раздел «психические расстройства при органических заболеваниях головного

мозга» включает использование не только операционального принципа диагностики рубрик, но и оценку биологической природы, локализации и течения церебрального органического поражения [3,8,10,14,17,23].

### **Цель статьи**

В статье анализируется соотношение данных операциональной диагностики психических расстройств при атеросклерозе сосудов головного мозга и синдромологической оценки их структуры и динамики с учетом локализации и тяжести церебрального поражения.

### **Общие теоретические положения**

Предлагаемые в современных Международных классификациях и диагностических руководствах критерии выделения собственно органических психических расстройств носят общий характер. Это хорошо известное сочетание признаков: наличие симптоматики органического заболевания (неврологической и инструментальной), корреляция развития органической болезни и психопатологических симптомокомплексов, включая редукцию симптоматики психического расстройства после успешной терапии органической патологии [8,10,17,23].

Остаётся принципиально неразрешимой проблема дифференциальной диагностики органических психических расстройств и психических расстройств иных классов, сочетающихся с органическим поражением головного мозга [14,15,16].

Корреляция развития психопатологических расстройств, неврологической симптоматики и инструментальных (в частности нейровизуализационных) признаков церебральной патологии зачастую носит неоднозначный характер [1,2,6,14].

Нередкими являются случаи, когда характерная психопатологическая симптоматика появляется ранее развития типичных неврологических симптомов и инструментальных признаков [1,5,6,14,15,16].

В то же время психопатологические симптомокомплексы при различных органических заболеваниях мозга имеют свои синдромологические статические и динамические особенности, которые нередко помогают диагностировать как нозологический характер, так и локализацию церебральной патологии [1,5,6,14,16].

### **Общепатологические закономерности развития психопатологических синдромов при церебральном атеросклерозе.**

Усложнение психопатологических синдромов (синдромокинез) и смена их (синдромотаксис) всегда осуществляются в соответствии с основными закономерностями общей психопатологии [2,5,6,16,18,21,22].

Имеет место усложнение негативной симптоматики (угнетения, выпадения, дефекта психических функций). На фоне негативных симптомокомплексов возникают и развиваются позитивные синдромы (качественно новые собственно психопатологические феномены) [2,5,6,18,22].

По мере развития церебрального поражения имеет место переход как негативной так и позитивной симптоматики на всё более высокие регистры тяжести [2,5,6,18,21,22].

Можно условно выделить три регистра тяжести негативных синдромов. Самый лёгкий будет включать истощаемость психических процессов в рамках церебрастенических состояний. Средний уровень объединит нарушения эмоционально-волевых характеристик личности и качественных особенностей познавательных процессов в структуре психоорганических синдромов. Проявлением самого тяжелого регистра будут явления грубого когнитивного снижения в рамках лакунарной и тотальной деменции [2,5,6,18,21].

Переходное положение между первым и вторым регистрами будет занимать астенический вариант психоорганического синдрома, а тяжелые варианты этого симптомокомплекса-апатический и эйфорический займут своё место в континууме переходных форм между вторым и третьим уровнями тяжести [2,5,6,16].

В соответствие с отмеченными закономерностями на фоне негативной симптоматики будут формироваться четыре регистра тяжести позитивных синдромов [2,5,6,16,18].

Первый из них будет включать эксплозивно-гиперстенические, гиперестетические и вегетативные астенические проявления в структуре церебрастенического симптомокомплекса [2,5,6,18].

Более тяжелым регистром станут аффективные (преимущественно депрессивные) и коморбидные им невротоподобные (истероформные, сенестопатически-ипохондрические и тревожно-фобические) расстройства [2,5,6,18].

Самый тяжелый регистр составят психотические симптомокомплексы (преимущественно галлюцинаторно-бредовые), как правило включающие эпизоды спутанности сознания [2,5,6,16].

### **Динамика негативных расстройств на этапах развития дисциркуляторной энцефалопатии**

Психопатологическая симптоматика стадий дисциркуляторной энцефалопатии отражает отмеченную этапность смены негативных синдромов, характерную для развития органического поражения головного мозга [2,5,6,14,16,21].

При это для **первой стадии** характерно наличие повышенных истощаемости и утомляемости психических процессов, в сочетании с вегетативной неустойчивостью и метеоплабильностью, что соответствует рубрике F 06.6-органические астенические (церебрастенические расстройства). Эмоционально-волевые нарушения ограничиваются эмоциональной гиперестезией с эксплозивно-гиперстеническими реакциями. Когнитивные нарушения обусловлены снижением подвижности и переключаемости основных нервных процессов, носящими относительно обратимый характер с волнообразной динамикой, усиливающимися при утомлении и эмоциональном напряжении, а после полноценного отдыха редуцирующимися [2,5,6,8,10,14,16,20,21].

**Вторая стадия** характеризуется снижением памяти, инертностью мышления, эмоциональной неустойчивостью с появлением эксплозивной симптоматики. Уровень когнитивных нарушений соответствует рубрике F06.7-легкое когнитивное расстройство. Тяжесть эмоционально волевых нарушений характеризуется рубриками F07-расстройство личности вследствие болезни головного мозга [2,5,6,8,10,14].

При этом более легкие нарушения связанные с локализацией церебрального поражения преимущественно в структурах правополушарных и диенцефальных описываются рубрикой F07.8-другие органические расстройства личности [1,8,10,14].

Более тяжелые расстройства личности с эмоциональными нарушениями апатического или зйфорически-мориоподобного типа и расторможенностью влечений связанные с поражением лобных долей и левополушарно-лимбикоретикулярных структур определяются рубрикой F07.0-органическое расстройство личности [1,2,8,10,14].

Наконец **третья стадия** характеризуется развитием грубой когнитивной недостаточности с утратой способности к самостоятельному функционированию вследствие невозможности усваивать знания, формировать новые навыки и полноценно использовать запас ранее приобретенных знаний и навыков. Такие нарушения характеризуются рубриками F01-сосудистая деменция [1,2,8,10,14,16,18].

Эта группа рубрик позволяет уточнить локализацию церебрального поражения, статику и динамику когнитивных нарушений [3,4,7,8,9,10,14,17,23].

Так рубрика F01.0-сосудистая деменция с острым началом характеризует развитие когнитивной недостаточности сразу после инфаркта мозга [8,10].

Соответственно рубрика F01.1-мультиинфарктная деменция объединяет случаи медленного прогрессирования когнитивных нарушений после повторных инфарктов мозга с преимущественным поражением коры больших полушарий и формированием нарушений высших корковых функций [8,10,14].

Рубрика F01.2-субкортикальная сосудистая деменция описывает характерные для сочетания с артериальной гипертензией случаи достаточно тяжелого когнитивного дефекта с экстрапирамидными нарушениями преимущественно акинето-ригидного типа [8,10,14,23].

Доминируют сочетанные случаи с нарушением гнозиса, праксиса и речи вследствие поражения коры и экстрапирамидной симптоматики в результате субкортикального поражения. Такая клиническая ситуация определяется рубрикой F01.3-смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция [8,10,14,15,23].

Наконец рубрика F01.8-другая сосудистая деменция включает в себя, в том числе, случаи сочетания признаков сосудистой деменции с ранними проявлениями симптомокомплексов характеризующих группу рубрик F00-деменция при болезни Альцгеймера [4,8,10].

При это ограничив клинический анализ только операциональной диагностикой мы не сможем ответить на вопрос о том, являются ли признаки болезни Альцгеймера результатом сосудистого или сенильно-атрофического процесса (в последнем случае более корректным будет использование рубрики F00.2-деменция при болезни Альцгеймера смешанного типа) [8,10,14,16].

Операциональная диагностика сосудистой деменции при наличии в её структуре сочетания амнестической, антероградной и ретроградной амнезий должна включать дополнительную рубрику F04-органический амнестический синдром [4,7,8,10,23].

### **Синдромологическая характеристика начальных проявлений психопатологии церебрального атеросклероза.**

Истощаемость психических процессов составляет основу так называемого **псевдоневрастенического синдрома**, включающего ряд дифференциально-диагностических признаков. Это головокружение при перемене положения тела, ритмический, меняющийся по интенсивности шум в ушах, ощущение «тяжелой головы» как правило в сопровождении сильных утренних головных болей в затылочной области. Имеют место парестезии в области лица, часто по типу невралгии тройничного нерва. Имеют место все три компонента нарушения сна: укороченный сон с частыми пробуждениями и отсутствием

чувства свежести по утрам. Внимание истощается, становится трудно сосредоточиться, снижается объём симультанного восприятия. Замедляется психомоторика. Нарастает ригидность мышления и снижается его уровень. Имеет место ослабление запоминания, репродукции, больные путаются в хронологии. Отмечается слабость, истощаемость, тревожная гипотимия со склонностью к ожиданиям неприятностей и ипохондрическим опасениям, недержание аффекта со слезливостью [2,5,6,16,20,21].

Изменения личности формируют **психопатоподобные** расстройства с заострением преморбидных черт и усилением ригидности. Усиливаются тревожная мнительность, возбудимость, склонность к истерическим реакциям [2,4,15,16,21].

Для начала церебрального атеросклероза в **инволюционно периоде** характерно появление нерешительности, неуверенности в себе, склонности к тревоге, депрессивным и ипохондрическим реакциям [2,5,6,14,16,21].

При развитии атеросклероза сосудов головного мозга в более позднем возрасте (**старости**) отмечается появление огрубения личности, эгоцентризма, эмоциональной отрешенности, мрачного, угрюмого, раздражённого настроения с неприязненностью к окружающим [2,5,6,15,21].

Дальнейшее развитие указанных изменений сопровождается **снижением умственной деятельности**. Имеют место дисмнестические проявления (путают хронологию), неточно оценивают время («нарушение внутренних часов»). Снижаются темп и продуктивность мышления, уровень суждений и критика, оскудевают представления. Уменьшаются объём и четкость восприятия. Формируется психоорганический синдром [2,5,6,14,16,18,20,21].

#### **Синдромологические варианты атеросклеротической деменции.**

Синдромологическая оценка атеросклеротической деменции позволяет дополнить её операциональную диагностику констатацией **психопатологических синдромов** в рамках этой группы состояний [2,5,6,16,18].

Так **лакунарная деменция** включает снижение памяти, замедление и затруднение всех психических процессов, снижение уровня суждений в сочетании с сохранностью «ядра личности», личностных установок и сознания болезни. В структуре эмоциональных нарушений доминируют недержание аффекта, слезливость и слабодушие [2,5,6,14,16,18].

**Постапоплектическая деменция** развивается после инсульта, характерно развитие симптомокомплекса лакунарной деменции на фоне Корсаковского синдрома [1,2,5,6,16].

После острых нарушений мозгового кровообращения и сосудистых психозов часто формируется **Корсаковский синдром** [1,2,5,6,16,18].

**Псевдопаралитический тип** сосудистой деменции возникает у лиц до 65 лет при наличии сопутствующей гипертонической энцефалопатии. Характерны беспечность. Говорливость. Эйфория, расторможенность влечений, резкое снижение уровня суждений и критичности, отсутствие сознания болезни [2,5,6,16,18].

**Псевдотуморозный тип** характеризуется своеобразной загруженностью с оглушенностью и адинамией, снижением двигательной и речевой активности, выраженными трудностями фиксации, восприятия и осмысления [2,5,6,16].

При манифестации сосудистого процесса в старости может формироваться **сенильно-подобный тип** сосудистой деменции с угрюмостью, недовольным, раздражённым настроением, неприязненным отношением к окружающим, идеями отношения. Возникают глубокие, диффузные нарушения памяти, грубое снижение умственной деятельности в сочетании с амнестической дезориентировкой и «сдвигом ситуации в прошлое» [2,5,6,16,18].

**Альцгеймероподобный тип или синдром Гаккебуша-Гейера-Геймановича** характеризуется острым началом с транзиторными психотическими эпизодами по ночам. Характерны очаговые нарушения высших корковых функций [2,5,6,16].

**Пресбиофренный тип** возникает при очагах размягчения в затылочных долях или таламических образованиях. Характерны конфабуляторная спутанность с амнестической дезориентировкой [2,5,6,16].

Следует подчеркнуть, что при отсутствии присоединяющегося сенильно-атрофического процесса (болезни Альцгеймера) тотальная деменция с распадом «ядра личности» и полной утратой сознания болезни при атеросклерозе головного мозга не возникает [2,3,5,6,7,14,16].

#### **Операциональная диагностика и синдромологическая характеристика непсихотических расстройств при церебральном атеросклерозе.**

Определяемые рубрикой F06.3 **органические аффективные расстройства при церебральном атеросклерозе** включают обширный спектр нарушений от гипотимных и дисфорических состояний коморбидных церебральной симптоматике F06.6 до развёрнутых сосудистых деперессий [4,8,10,23].

**Невроподобная симптоматика при атеросклерозе сосудов головного мозга** может быть представлена тревожными и тревожно-фобическими расстройствами, определяемыми

рубрикой F06.4-органические тревожные расстройства и истероформными расстройствами, включёнными в рубрику F06.5-органические диссоциативные расстройства [4,5,6,11,19].

Рубрика F06.5 объединяет как обширную группу конверсионных вегетативных и соматоформных, сенестопатически-ипохондрических нарушений так и более тяжелые неврологические диссоциативные расстройства [4,8,10].

Эти нарушения могут быть коморбидны церебрастеническим расстройствам F06.6, в этом случае они будут носить неразвёрнутый характер [2,5,6,20,21].

Более тяжёлая неврозоподобная симптоматика как правило коморбидна аффективным нарушениям F06.3 и входит в структуру маскированных или соматизированных сосудистых депрессий [2,5,6,16,20].

**Синдромологическая характеристика** этих нарушений включает тревожную гипотию с недержанием аффекта и склонностью к тревожным ожиданиям и ипохондрическим опасениям в структуре **псевдоневрастенического (церебрастенического) синдрома** [2,5,6,16].

На фоне церебрастенической симптоматики могут возникать **реактивные расстройства** в виде депрессивных и тревожно-депрессивных реакций, ипохондрических и фобических симптомов: страх смерти и инсульта [2,5,6,16,21].

Собственно **сосудистые депрессии** чаще манифестируют в позднем возрасте. Синдромологически они неглубокие, нечётко очерченные, протрагированные, колеблющиеся по выраженности. Характерно слезливое, дисфорическое настроение, обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения: «жалующиеся», «ноющие» депрессии [2,5,6,14,16].

Как правило, нет депрессивной самооценки и депрессивного бреда. Соматовегетативные эквиваленты депрессии отсутствуют или слабо выражены [2,5].

Характерны эпизоды тревожно-боязливой возбуждения или страхов, ночные делириозные эпизоды. Нарстают характерные органические изменения личности [14,16].

При наличии артериальной гипертензии депрессивным расстройствам свойственны острые тревожно-депрессивные состояния со страхом [2,5,6,16].

Принципиально возможна дифференциальная диагностика этих состояний с **эндогенными депрессиями в позднем возрасте**

(операционально определяемыми как собственно аффективные расстройства класса F3) [14,16].

При этом характерная депрессивная симптоматика видоизменяется за счёт присоединения нарушений памяти, бестолковости, растерянности, однообразных жалоб, ипохондрических и бредовых включений. Однако эти дополнительные симптомокомплексы сосудистого генеза отчётливо обратимы [3,5,6,7].

В связи с ограниченным объёмом статьи психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга будут анализироваться в отдельном сообщении.

### Заключение

Следует отметить, что диагностика органических психических расстройств в Международных диагностических руководствах и статистических классификациях принципиально включает наряду с операциональной констатацией симптомокомплексов рубрик уточнение этиологии, тяжести и локализации церебрального поражения [4,6,8,23].

Поэтому диагностическая оценка психопатологической симптоматики при атеросклерозе сосудов головного мозга должна носить комплексный, многоосевой характер [9,12,13].

Представляется значимым уточнение рубрик как негативных симптомокомплексов (церебрастенический синдром, лёгкое когнитивное расстройство, органическое расстройство личности, сосудистая деменция), так и коморбидных им позитивных психопатологических синдромов (органические астенические, аффективные, тревожные, тревожно-фобические, диссоциативные, психотические расстройства) [4,8,10,17].

На отдельной оси должна диагностироваться стадия дисциркуляторной энцефалопатии [5,6,14,16].

Операциональная констатация рубрик должна дополняться синдромологической характеристикой статики и динамики психопатологической симптоматики [14,16].

Такая комплексная, функциональная оценка психопатологической симптоматики при церебральном атеросклерозе позволяет оценить особенности течения и прогноз сосудистых психических расстройств, что необходимо для разработки индивидуально адекватной программы лечебно-реабилитационных мероприятий [9,11,12,14,16,19].

### Литература

1. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. — М. Медицина, 1988 — 240с.
2. Бухановский А.О. общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак; 4-е изд.-перераб. и доп. — Ростов-на-дону: Феникс, 1998 — с 141-263

3. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2-х т./ М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — Пер. с англ. — К.: Сфера, 1997 — Т.1. — 297с., Т.2. — 433 с.
4. Діагностичні критерії з DSM — III — R. — Переклад з англ. — К.: Абрис, 1994. — 272 с.
5. Жмуров В.А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. — М.: МЕД пресс-информ, 2008. — 1016 с.
6. Жмуров В.А. Психопатология / В.А. Жмуров — М.: Медицинская книга, 2002 — 668 с.
7. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии. В 2-х томах/ Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок / Перев.с англ. В.Б. Стрелец. — М.: Медицина, 1994. — Т.1. — 672с., Т.2. — 524 с.
8. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост.:Дж.Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: Сфера, 2000 — 414 с.
9. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.]: під ред. П.В. Волошина. — Х.: Арсіс, 2001. — 303 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург: «Адис», 1994. — 304 с.
11. Педак А.А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики — семейной медицины / А.А. Педак. — Николаев: Илион, 2011. — 695 с.
12. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 59 від 2007. м. Київ. — К., 2007 — 36 с.
13. «Про психіатричну допомогу» Закон України м. Київ, 22.02.2000 № 1479-III // Урядовий кур'єр. — 2000 № 11. — с. 5-12
14. 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.
15. Психиатрия / Под ред. Р.Шедера / Перев. сангл. М.В. Ташенкова. — М.: Практика, 1998. — 485с.
16. Руководство по психиатрии в 2 томах / [Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.] / Под.ред. А.С. Тиганова — М.: Медицина, 1999. — Т.1 — 712с., Т.2 — 745 с.
17. Сарториус Н. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: Кишеньковий довідник / Норман Сарториус / Переклад з англійської С.І. Михняка, І.Й. Влох. — Львів: Фенікс, 1999. — 96 с.
18. Снежневский А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский — М.: Медпресс-информ, 2001 — 208с.
19. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії ( 2-ге видання переробл. та доповн.) / за ред. В.С. Підкоритова // Довідник лікаря «Психіатр». — К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. — 292 с.
20. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. — М.: Медицина, 1986. — 384с.
21. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. Изд. второе перераб. и доп. / Г.К. Ушаков. — М.: Медицина, 1987. — 304с.
22. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс, пер. с нем. Л.О. Акопяна. — М.: Практика, 1997 — 1053 с.
23. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision. DSM-IV-TR. American psychiatric association. — Washington: Published by the American Psychiatry Assotiation D.C., 2000 — 943 p.

УДК: 316.6:159.922

## Питання діагностики депресій при психічних розладах, пов'язаних з радіаційними аваріями



Отрощенко Н. П.

Отрощенко Н. П.

Кафедра психіатрії та наркології НМУ імені О.О. Богомольця

**Резюме.** По данным литературы проанализированы клинические проявления депрессий у пострадавших при радиационных катастрофах, алгоритм диагностики и направления улучшения медицинской помощи при непсихотических депрессиях, связанных с Чернобыльской катастрофой.

**Ключевые слова:** депрессии, непсихотические расстройства, радиационные катастрофы, Чернобыльская катастрофа, клинические особенности, диагностика, медицинская помощь.

### Questions diagnosis of depression in psychiatric disorders associated with radiation accidents

Otroshchenko N. P.

**Resume.** In the below literature review the clinical manifestations of depression, resulting in victims with radiation accidents, diagnostic algorithm and medical care for non-psychotic depression associated with the Chernobyl disaster.

**Key words:** depression of the victims as a result of accidents at nuclear power plant, Chernobyl disaster, Clinical Features, diagnostics, treatment.

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я депресія являється одним з найбільш поширених психічних розладів. У світі більш ніж 350 мільйонів людей різного віку страждають на депресивні розлади. Депресія є провідною причиною інвалідності. Жінки хворіють на депресію частіше чоловіків. Депресія часто співіснує з іншими хронічними захворюваннями, як психічними, так і соматичними, що спричиняє значну шкоду здоров'ю. При цьому від 9,3% до 23,0% обстежених з одним або декількома соматичними захворюваннями мали коморбідну депресію [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Бурхливий розвиток атомної промисловості в усьому світі, небезпека аварій, терористичних актів та військових дій на таких об'єктах визначають актуальність вивчення медико-соціальних проблем, які виникли в результаті наслідків надзвичайних ситуацій та техногенних аварій. Прикладами вказаних ситуацій є ядерні бомбардування Хіросіми та Нагасакі, наслідки ядерних випробувань, аварії на АЕС в Три-Майл-Айленді, Чорнобилі, Фукусімі. У постраждалих від зазначених ядерних бомбардувань депресивні прояви в сполученні з апато-адинамічними та іншими негативними симптомами зростали пропорційно дозі опромінення. У віддаленому періоді переважали апатія, порушення міжособистісних стосунків, втрата задоволення від життя. Ядерні аварії з викидами токсичних речовин, як, аварія на атомній електростанції «Трьохмильний острів» в США, мають передбачувані наслідки

впливу на психічне здоров'я людини. До них належать депресія, тривога, страх, неспокій, соматичні симптоми, що не мають чіткої органічної основи, збільшення кількості випадків зловживання алкоголем і наркотичними речовинами. Вказані наслідки, у тому числі, посттравматичний стресовий розлад (ПТСД), надзвичайно взаємпов'язані і зустрічаються у одних і тих самих груп осіб [7, 8, 9].

Чорнобильська катастрофа спричинила цілу низку екологічних, соціальних, психологічних, медичних проблем, що за останні роки не втратили актуальності, а набули ще більшого значення. В учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЛНА на ЧАЕС) і членів їх сімей зросла соматична та психічна патологія. В результаті катастрофи було завдано шкоди психічному здоров'ю людини, її наслідком стали психічні розлади з тривогою, страхом, неспокоєм, які входять до першої десятки основних факторів, що призводять до невідєздатності, та до першої четвірки чинників, які викликають депресію. Порушення психічного здоров'я постраждалих і, зокрема, УЛНА на ЧАЕС, є міжнародно визнаною пріоритетною медико-соціальною проблемою [11, 12].

Значні радіаційні надзвичайні ситуації призводять до виникнення депресивних розладів у хворих, які постраждали в результаті таких катастроф. Разом з тим залишається невиясненим етіологічне значення іонізуючого опромінення в діапазоні «малих доз» в генезі депресії [11,



12,13]. Проблеми діагностики, лікування та профілактики депресивних розладів, не втрачають своєї актуальності для клінічної практики і теоретичної психіатрії. Однак, на сьогодні друкованих праць, присвячених вказаним питанням недостатньо [13, 14, 15].

Метою роботи є вивчення вітчизняної та зарубіжної літератури з діагностики депресій при непсихотичних психічних розладах, пов'язаних з радіаційними аваріями та визначення шляхів підвищення рівня медичної допомоги хворим на депресії при вказаних розладах. Для досягнення мети вивчались клінічні та параклінічні прояви депресії при основних формах непсихотичних психічних розладів, пов'язаних з аварією на ЧАЕС, оцінювалась діагностика та комплексна діагностика депресії у даної категорії хворих.

Етіологічні, патогенетичні, клінічні, діагностичні та лікувальні проблеми при порушеннях здоров'я, в тому числі психічного, що пов'язані з аварією, розроблені в таких напрямках: описані різні аспекти психовегетативних, невротичних, психосоматичних, афективних шизофреноподібних, психоорганічних розладів, патохарактерологічних змін особистості, розладів внаслідок зловживання алкоголем [16, 17, 18].

Депресії у постраждалих в результаті Чорнобильської катастрофи розглядаються як психогенії екстремальних ситуацій, серед яких виділяють непатологічні гіпотимічні реакції зі збереженням критичної оцінки оточуючого та здатністю до цілеспрямованої діяльності, психогенні невротичні депресивні реакції зі зниженням критичного ставлення до оточуючих подій та зниженням здатності до цілеспрямованої діяльності, психогенні депресивні стани з втратою критичного ставлення та втратою можливості цілеспрямованої діяльності, зтяжні депресивні реактивні психози. У віддаленому періоді катастрофи такі розлади не досягають психотичного рівня. Не зважаючи на наявність вираженої депресивної симптоматики, хворі залишаються активними, однак гірше пристосовуються до змін, не вміють скористатися наданими пільгами, погано пристосовуються до нових умов життя. Характерним є відчуття провини перед загиблими близькими, відрази до життя, емоційно-вольові порушення, що виникають на тлі органічного захворювання головного мозку. Нерідко депресивні розлади менш виражені, на перший план виступає соматичний дискомфорт. Поряд з вказаними невротичними розладами спостерігається психопатоподібна симптоматика, декомпенсація органічних розладів [2, 3, 4, 5].

Не залишаються поза увагою вчених виникнення психопатології та депресії в структурі патологічного розвитку особистості, переважно психосоматичного, а також, психосоматичні

аспекти виникнення психічних розладів, вплив радіаційної дози на формування депресії та суттєвий вплив депресії на психосоматичну захворюваність у постраждалих [8].

На жаль, в зарубіжній літературі має місце тенденція всі медичні наслідки Чорнобилью зводити до «жебрацтва та стресу», поряд з недооцінкою загально медичних та нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи [8,17].

В останні роки більшість дослідників визнають багатофакторну етіологію нервово-психічних порушень у постраждалих [6,7,8]. Детальний аналіз нейропсихіатричних ефектів іонізуючих випромінювань, нові дані стосовно нейробіологічних механізмів дії радіації на головний мозок, сучасні докази потогенного впливу „малих доз” іонізуючого опромінення і розгляд дискусійних питань що до ролі радіації і стресу в генезі нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи наведено у ряді монографій і публікацій [9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18].

Значні радіаційні надзвичайні ситуації призводять до виникнення депресивних розладів у постраждалих. Вказані розлади за час, що пройшов після аварії, змінили свій характер під впливом низки зовнішніх та внутрішніх факторів, тобто відбувся їх певний клінічний патоморфоз. Психічна патологія у цих хворих дебютувала вегетативною дисфункцією (астено-вегетативні, вегетосудинні розлади або нейроциркуляторна дистонія у сполученні з субдепресивними розладами) [19, 20, 21, 22, 23]. У ЛПА на ЧАЕС у віддалений період сформувалися гетерогенні за етіологією органічні психічні розлади з дефіцитом вербальної пам'яті, зниженням психічної працездатності, інтелектуальним зниженням, у генезі яких певне місце належить опроміненню: органічні астенічні розлади, органічні афективні розлади, легкі когнітивні розлади, органічні розлади особистості [7, 8, 9]. Депресивна симптоматика доповнюється астенічними проявами, а в деяких випадках апатією, байдужістю, появою тужливого афекту, часто відмічаються тривога і фобії. У 68 % спостережень депресивні розлади невротичного рівня поєднувались з астенічною, тривожною, фобічною, дисфоричною симптоматикою, інтелектуально-мнестичними та емоційно-вольовими порушеннями. Астенодинамічна та астеноапатична депресія діагностується в структурі органічної психічної патології на фоні цереброваскулярних захворювань. У ЛПА на ЧАЕС підвищена поширеність депресивних розладів та рівень суїцидів [24, 25, 26, 27, 28, 29].

При депресіях невротичного рівня у ліківідаторів діагностують ознаки променевої хвороби: мнестичні порушення, погіршення уваги, супутня хронічна соматична патологія (серцево-судинні розлади, бронхіти, пневмонії,

виразкова хвороба шлунку та інші). Є свідчення про прогресивний перебіг цих відхилень з послідовною зміною етапів вегето-судинних і вегето-вісцеральних порушень, церебрально-органічною і соматогенною патологією, що призводить до зниження якості життя, інвалідизації та соціальної дезадаптації хворих і потребує сучасних підходів до лікування та реабілітації. Діагностика вказаних депресій має бути комплексною, включати в себе крім застосування клініко-психопатологічного та патопсихологічних досліджень, визначення дози опромінення понад 0,3 Зіверт, дезорганізованого або пласкового типу ЕЕГ, наявності структурно-функціонального ураження головного мозку переважно лобних відділів і лівої скроневої долі з кірковопідкірковими зв'язками, глибинних структур мозку, порушення церебральної гемодинаміки внаслідок атеросклеротичних змін, гіпертонічного характеру судинного тону, загальної оцінки життєдіяльності <70 балів. Специфічними маркерами депресивних розладів та неспецифічного синдрому дезадаптації у опроміненних являються порушення показників перекисного окислення ліпідів, виявлення в біологічних рідинах змін катехоламінової та серотонінергічної систем [6, 13, 19, 20, 21]. Через 5-8 років після Чорнобильської катастрофи при межах психічних розладах депресивні розлади спостерігались у 25,5% ліквідаторів. У 75,8% хворих депресії зустрічались при неврозоподібних розладах соматоневрологічного ґенезу. Зазначені депресивні порушення нерідко є резистентними до стандартних методів терапії [21, 22, 23].

У ЛПА на ЧАЕС при гострій променевої хворобі (ГПХ) в 1987-1988 рр. депресію виявляли у 20%, а в 2000-2001 рр. — у 54%. Зазначені хворі скаржаться на пригнічений настрій, зниження фізичної активності, загальмованість мислення, думки про власну неспроможність, передчуття нещастя, відчуття дискомфорту в грудній клітині. Зменшено відчуття задоволення від життя, похмуро сприймається минуле, теперішнє та майбутнє, знижена самооцінка та віра у власні сили. Загальмованість психічних процесів супроводжується послабленням потягів, зниженням апетиту, порушенням сну. При більш тяжкій ГПХ депресивні прояви супроводжуються в'ялістю і виснаженням, тобто перебігають у вигляді астено-адинамічної депресії, при легкій ГПХ депресивні розлади супроводжуються подразливістю та гнівливістю [24].

У ліквідаторів після зовнішнього опромінення в дозах 0,0003–2,87 Грей на тлі психічної і соматоневрологічної патології за механізмом «замкненого психосоматичного кола» вторинно виникає зловживання алкоголем і залежність від нього (СЗА), клініко-нейрофізіологічні особливості яких

знаходяться у коморбідності із органічними, депресивними, невротичними, соматоформними і пов'язаними зі стресом психічними розладами. В той же час проблеми депресій при вживанні психоактивних речовин залишаються нерозробленими [27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34].

Депресивні розлади, пов'язані з радіаційними катастрофами, вважаються результатом комплексного впливу психогенних, радіаційних факторів катастроф та впливом традиційних факторів ризику, соматоневрологічної патології, генетичного та преморбідного чинників. Зазначені депресії не тільки погіршують якість життя та перебіг інших супутніх хвороб, а також можуть призвести до самогубства, тобто являються потенційно життєво небезпечними. У ЛНА на ЧАЕС збільшена смертність від самогубств: в Україні у постраждалих частота депресивних розладів та суїцидальної поведінки складає 13,9% [35, 36].

За вираженістю клінічних проявів виділені депресії помірного ступеня вираженості у 57,8% УЛНА, легкої — у 34,0%, важкої — у 8,2%. У переважній кількості випадків депресія в УЛНА діагностована в межах психічних розладів внаслідок пошкодження або дисфункції головного мозку, або внаслідок фізичної хвороби (МКХ-10: F06), розладів особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження і дисфункції головного мозку (МКБ-10: F07), а також судинної деменції (МКБ-10: F01). У клінічній картині депресивних розладів у ліквідаторів переважає астенодинамічна і астенопатична депресія з байдужістю, апатією, звуженням кола інтересів, відсутністю мотивації, адинамією, анергією (в 81% випадків). Депресивна симптоматика у 46% пацієнтів супроводжується тривогою, відчуттям постійного внутрішнього напруження і дискомфорту. Ступінь і глибина депресивних розладів асоційовані з суб'єктивним сприйняттям аварії, власною оцінкою свого стану здоров'я та сприйняттям отриманої дози опромінення. У віддалений період Чорнобильської катастрофи продовжується підвищення частоти депресивних розладів. Для покращення медичної допомоги хворим на депресії при радіаційних надзвичайних ситуаціях та збереження психічного здоров'я постраждалим необхідним вважається створення спеціалізованих бригад, мереж кризових центрів для попередження суїцидів, вдосконалення системи надання невідкладної та довготривалої допомоги, застосування чітких алгоритмів надання вказаної допомоги на всіх її етапах, створення системи державної та міжнародної спеціалізованої психіатричної та психологічної допомоги [37].

Таким чином, діагностика депресій при не-психотичних психічних розладах, пов'язаних з радіаційними аваріями, виявляє різноманітні

за клінічними проявами легкі, середньої важкості та тяжкі поліетіологічні депресивні розлади невротичного та дефекто-органічного рівнів (МКХ-10: F01, F06, F07). Депресії при непсихотичних розладах у віддаленому періоді характеризуються астено-динамічними та астено-апатичними рисами з байдужістю, апатією, звуженням кола інтересів, відсутністю мотивації, адинамією, анергією, або тривогою, внутрішнім напруженням, відчуттям дискомфорту, дисфоричними та obsесивно-фобічними симптомами. Діагностика та диференційна діагностика вказаних депресій має бути комплексною, з урахуванням радіаційних (даних дозиметрії), психогенних, соматогенних, судинних, інтоксикаційних, інших чинників та характерної динаміки, включати в себе крім клініко-психопатологічного дослідження, дані клінічних діагностичних шкал, лабораторно-інструментальних методів,

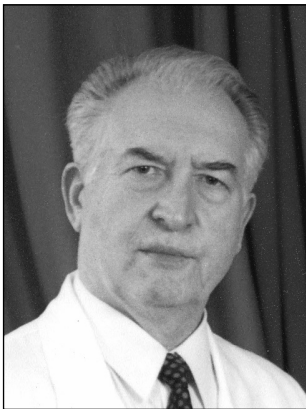
зокрема біохімічних, ЕЕГ, РЕГ, КТ, МРТ, результати обстеження лікарів різних спеціальностей. Суїцидальна поведінка вказаних хворих зумовлена психопатологічними закономірностями формування депресивних розладів, їх тяжкістю, перебігом, провідною симптоматикою, дозовим навантаженням, психотравмуючою складовою, особливостями особистості, соматичного стану, залежністю від психоактивних речовин, рівнем мікро- та макросоціальної адаптації. Питання діагностики депресій при психічних розладах, пов'язаних з радіаційними аваріями, вимагають проведення подальших теоретичних досліджень та практичних розробок, що дозволить провести своєчасну діагностику, запобігти підвищенню частоти депресій, застосувати ефективну лікувальну та реабілітаційну стратегію, зменшити ризик негативних наслідків депресій для здоров'я та життя пацієнтів.

### Література

1. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень.-К.: Державна служба статистики України, 2012. — 89 с.
2. Александровский Ю.А. Предболезненные психические состояния и пограничные психические расстройства /Александровский Ю.А.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-272с.
3. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях/ Смулевич А.Б. — М.: ИА, 2007. — 425с.
4. Нециркулярні депресії / [Напреєнко О.К., Логановський К.Н., Сиропятов О.Г. та ін.]; за ред. проф. О.К. Напреєнка. — К.: Софія-А, 2013. — 624с.
5. Логановський К.М. До висновків Чорнобильського форуму щодо нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи/ К.М. Логановський // Здоров'я України.-2006. — №7(140). — С.12-13.
6. Логановський К. М. Дискусійні питання щодо ролі іонізуючого випромінювання і стресу в генезі нейропсихіатричних наслідків Чорнобильської катастрофи / К.М. Логановський // Ж. АМН України. — 2006. — Т.12, №1.-С.185-195.
7. Нейропсихіатричні ефекти в УЛНА на ЧАЕС. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції. [Возіанов О.Ф., Бебешко В.Г., Базики Д.А. та ін.]; За ред. О.Ф. Возіанова, В.Г. Бебешка, Д.А.Базики. — Київ: ДІА, 2007. — С.251-262.
8. Логановський К.М., Чупровська Н.Ю., Антипчук К.Ю. Діагностика і лікування пацієнтів з органічними психічними розладами внаслідок радіаційного впливу після аварії на Чорнобильській АЕС / К.М. Логановський, Н.Ю. Чупровська, К.Ю. Антипчук //Укр. мед. часопис. — 2005. — Т. 47, № 3. — С. 69-75.
9. Логановський К. М. Депресивні розлади при радіаційних надзвичайних ситуаціях / К. М. Логановський // Новая медицина тысячелетия. — 2012. — № 5. — С. 18–26.
10. Логановський К.М., Антипчук К. Ю., Бомко М.О. "Малі дози" іонізуючого опромінення і нейропсихіатричні ефекти: огляд сучасних доказів / К.М. Логановський, К. Ю. Антипчук, М.О. Бомко // Журнал практичного лікаря. — 2005. — №4.-С. 19-29.
11. Loganovsky K. Suicides and exposure to low doses of ionising radiation / K. Loganovsky // Int. J. Low Radiation. — 2007. — Vol. 4, №3,-P. 176-183.
12. Loganovsky K. Mental health of the Chernobyl accident clean-up workers (liquidators) critical review of the current epidemiological evidences/K. Loganovsky// Health of Liquidators (Clean-up Workers), 20 Years after the Chernobyl Explosion: Proc. of Int. Simposium, Bern, November 12, 2005. — Bern, 2005. — P. 11-14.
13. World Health Organisation. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl Forum Expert Group "Health" (EGH)[Eds. B. Bennet, M. Repacbolo, Zb. Carr. et al. ]– Geneva, WHO, 2006.-160 p.
14. Діагностика і лікування нервово-психічних розладів в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС: Методичні рекомендації/ МОЗ, АМН, МНС України. — К., 2005. — 39 с.
15. Risk for schizophrenia spectrum disorders following exposure to ionizing radiation: current state and future prospects Loganovsky K, Volovik S, Bazyka D, Flor-Henry P [ et.al.]. — Проблеми радіаційної медицини. — 2005. — Вип. 11. — С. 244-251.
16. Challenges to explore schizophrenia spectrum disorders following exposure to ionizing radiation Loganovsky K, Volovik S, Bazyka D, Flor-Henry P. [ et.al.]. — Contributed papers to The International Conference Twenty years after Chornobyl accident future outlook, Kyiv, April 24-26, 2006. — K: HOLTEH, 2006. — P. 62-67.

17. Напреєнко О.К. Окремі питання реабілітації хворих на психічні розлади, які пов'язані з аварією на ЧАЕС/ О.К. Напреєнко, Н.П. Отрощенко//Реабилитация и абилитация человека. Интегративно-информационные технологии. — Киев, 2004. — С 278-280.
18. Potential neuropsychiatric effects of «low doses» of ionizing radiation / K.Loganovsky, Ye Antipchuk, M. Bomko [et al]// Contributed papers tho The International Conference Twenty yers after Chernobyl accident future outlook, Kyiv, April 24-26, 2006. — K: HOLTEH, 2006. — P. 56-52.
19. The mental health of clean\_up workers 18 years after the Chernobyl accident / K. Loganovsky, J. M. Havenaar, N. L. Tintle [et al.] // Psychol. Med. — 2008. — Vol. 38, No. 4. — P. 481–488.
20. Морозов А. М. Клиника, динамика и лечение пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / А. М. Морозов, Л. А. Крыжановская. — К. : Чернобыльинтеринформ, 1998. — 330 с.
21. Loganovsky K.N. Mental, psychological and central nervous system effects: critical comments on the Report of the UN Chernobyl Expert Group “Health” (EGH)/ ECRR, Chernobyl: 20 Years On. Health Effects of the Chernobyl Accident. European Committee on Radiation Protection. Documents of the ECPP, 2006, No1/ K.N. Loganovsky C.C. Busby, A.V. Yablokov// (Eds). — Aberystwyth, UK: Green Audit Press, 2006. — P. 61-89.
22. Логановский К. Н. Депрессия и ионизирующее излучение /К. Н. Логановский, З.Л. Василенко //Проблеми радіаційної медицини та радіобіології. 2013. Вип. 18. С. 200–219.
23. Отрощенко Н.П. Особливості реабілітації хворих на депресивні розлади, пов'язані з аварією на Чорнобильській АЕС/ Н.П. Отрощенко // Актуальні проблеми психології/ За ред. Академіка С.Д. Максименка — Т.7. — Вип.14, Київ, 2008. — С.200-206.
26. Отрощенко Н.П. Возможности фармакотерапии в реабилитации хворих на органічні психічні розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією/ Н.П. Отрощенко //Психічне здоров'я. — ТЗ-4(40-41). — Київ,2013. — С.54-57.

# Соціально-психологічні категорії довіри і обману в психолого-соціологічному та релігійному контексті



Лісовенко В. Л.

**Лісовенко В. Л.**

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

**Резюме.** Розглядаються соціально-психологічні категорії довіри і обману з психолого-соціологічного і релігійного погляду та їх соціальне значення для функціонування суспільства.

**Ключові слова:** Соціальні зв'язки і відносини, феномени довіри і обману, психолого-соціологічний і релігійний погляд.

## Social-psychological categories of trust and fraud in psychologo-sociological end religionus context

**Lisovenko V. L.**

**Resume.** In this article is examine social - psychological categories of trust and fraud in psychologo-sociological and religionus context and they important social meaning for function of society. And in spite of opposite maintenance and different view of religion and psychologo — sociological sciences the world end person, they is carry aunt the function socio — ethies norms and self organization of socium and also another important functional.

**Key words:** social connections and relations, phenomenons of trust and fraud, psychologo-sociological and religions sights

Соціально-психологічні категорії довіри і обману є продуктом соціуму, внаслідок виникнення, становлення і послідовного розвитку суспільних зв'язків і відносин між індивідами, спільнотами та різними суб'єктами соціальної взаємодії.

За своєю сутністю та соціальною дією вони відносяться до методологічних соціальних категорій протилежного змісту, що певним ченом асоціюються з філософськими законами суспільного розвитку, зокрема, законом єдності і боротьби протилежностей гегелівської діалектики.

Виникнення і існування цих соціальних феноменів пов'язано головним чином з виконанням ними функцій суспільно-етичних норм та самоорганізації суспільства, а також психічними властивостями внутрішньої структури особистості людини, що визначають динаміку їх проявів у відносинах з іншими партнерами.

Природно також, що проблеми довіри і обману завжди викликали значний інтерес у суспільстві та знайшли своє відображення у працях представників найрізноманітніших наук, в тому числі, філософії, психології, релігієзнавства, соціології, тощо.

Вагомий вклад у дослідження і вивчення цих соціально-психологічних явищ належить Н. Луману, А. Селігмену, Дж. Коулмену, Е. Ерік-сону, Є. Гідденсу, Т. Парсонсу, Ф. Фукуямі, І. Канту, М. Веберу, Н. Смітлеру, К. Хорні, П. Штомпці, П. Екману, Є. Головасі, П. А. Бердяєву, Д. І. Дубровському, Б. Шалютіну, О.М. Чекушкіній та багатьом іншим.

Проте доцільно зауважити, що як інші, так і вищезазначені автори публікацій в основному аналізували вплив та соціальну дію кожного з цих соціальних чинників окремо, не пов'язуючи їх між собою.

Зокрема, Т. Парсонс, досліджуючи значення почуття довіри, вказував на те, що вона є однією з найважливіших умов для забезпечення стабільності суспільних зв'язків і відносин, а Ф. Фукуяма вважає, що довіра є не лише безпосередньою складовою побудови суспільних стосунків і інтересів соціуму, а і його основним соціальним капіталом, завдяки якому виявляються очікування правильної та чесної поведінки партнерів.

Аналогічні погляди стосовно різних аспектів поняття довіри висловлюють і більшість вчених, основним лейтмотивом якої є очікування від суб'єктів взаємодії добрих намірів, розуміння і виконання обіцянок, чесної поведінки і т. п. Крім того звертається увага на те, що довіра громадян до влади як правило передбачає успішне функціонування політичної системи, соціальних зв'язків і взаємовідносин та демократично-правових принципів управління державою.

Що ж стосується проблематики феномену обману як соціально-психологічного явища та його ролі в життєдіяльності як кожної окремої людини, так і суспільства в цілому, то обман, на думку його дослідників в основному застосовується для задоволення особистих амбіцій і інтересів, досягнення певних цілей і завдань, в тому числі як засіб боротьби за владу та для ухилення від відповідальності, а також в

діяльності самих різних інституцій суспільства і держави, включаючи політику, економіку, культуру, інформацію, право, сім'ю і т.п., часто виконуючи при цьому функцію подвійної моралі, що звичайно прямо протирічить змісту і функціям поняття довіри.

Разом з тим сама інтерпретація термінології обману, починаючи з його етимології (*etymologia* гр., — істина, основне значення слова) в російсько-українських словниках, викликає деякі неточності і навіть розбіжності щодо розуміння його змісту. Власне і сам термін обман, який зазвичай тлумачиться як неправда чи брехня, сприймається також неоднозначно, а саме: як викривлене відображення дійсності, навмисна дезінформація, ошуканство, кривда, омана, помилка і т.п.

Але ще більше питань виникає в загальнолюдській і релігійній свідомості стосовно доцільності розширеного вживання цього поняття.

Так, аналізуючи особливості застосування обману в життєдіяльності суспільства, Д. І. Дубровський зазначає, що обман(брехня) охоплює всі сфери людського побуту, а людський світ в свою чергу не лише створює умови для обману, а і є одним із його початків. А на думку відомого психолога П.Екмана, обман є фактично дозволенням суспільним явищем. Тому він вважає, що люди, обманюючи інших, діють фактично в межах існуючих суспільних норм.

І лише деякі неординарні особистості, скажімо, такі як видатний німецький філософ І. Кант, притримуючись прямо протилежної точки зору, стверджують, що навіть в крайніх випадках обман ні якому разі не може бути морально виправданим.

В той же час, як свідчить історичний досвід, погляд на почуття обману як нормальне соціально — психологічне явище у самосвідомості переважної більшості членів сучасного суспільства є звичайним соціальним фактом.

В зв'язку з цим, як зазначає філософ О.М. Чекушкіна, в людській уяві склалася думка, що люди сприймають обман, як такий феномен міжособистісної, міжгрупової і міжнаціональної комунікації, з яким практично неможливо боротися і його потрібно сприймати як данину. Тому, вона справедливо засвідчує, що його неможливо уникнути, а проблема обману, залишається одним із найменше досліджених соціально-психологічних напрямків філософсько-етичної думки.

І незважаючи на те, що поняття довіри і обману є невід'ємною складовою людських стосунків, визначення ступеня їх психологічного впливу та соціальної дії на формування людських зв'язків і відносин залишається до кінця не з'ясовано. Це напевно, крім всього іншого пояснюється, з одного боку дефіцитом належних

критеріїв виміру вірогідної соціальної дії цих феноменів в кожному конкретному випадку, а з іншого — відсутністю можливості достовірного прогнозування очікуваних результатів. Проте є достатньо підстав для пояснення цих прогалин недосконалістю соціально — психологічних засад існуючої системи суспільних відносин і інтересів та морально-соціальних норм сучасного суспільства.

І як уже частково зазначалось, випадки обману чи зловживання довірою найчастіше застосовується в діяльності політичних, фінансово-економічних, банківських, торговельних, розвідувальних, дипломатичних та інформаційно-пропагандистських закладів і установ, а також різних спортивних, розважальних, екстрасенсорних і релігійних організацій, зокрема, неорелігійного напрямку.

Тому для з'ясування і визначення психологічного — соціологічних проблем взаємозв'язку та взаємозалежності соціально-психологічних факторів довіри і обману в їх різноманітних проявах і співвідношеннях з іншими властивостями людських взаємовідносин необхідно більш предметне вивчення цих соціальних феноменів як психологами, педагогами, соціологами, філософами, так і політологами, економістами, юристами, релігієзнавцями та іншими спеціалістами суміжних дисциплін.

Всебічне дослідження цих соціально — психологічних явищ і процесів на нашу думку конче потрібно, бо як зазначається в основах нового гуманістичного Маніфесту — 2000, суспільство має усвідомити необхідність встановлення більш прагматичних принципів взаємовідносин між людьми, заснованих на ідеях реальності, гуманізму та науково-обґрунтованих фактах, а не засадах містики чи релігії.

Власне на такий підхід до пізнання соціальних явищ і проблем вказував, ще і засновник соціології Огюст Конт, який в 30-х роках XIX ст. запропонував при вивченні соціальних проблем керуватись принципами позитивізму (лат. *positivus* — ґрунтовний, справжній, заснований на досвіді), а не гіпотетичними філософськими чи релігійними міркуваннями, відмовившись від абстрактних тлумачень законів суспільного розвитку.

І, як справедливо наголошуються в Маніфесті — 2000, саме нове планетарне мислення та соціальна поведінка людей повинні будуватись на засадах науки, емпіричного досвіду, ідеях гуманізму, правдивості, дотримання обіцянок, чесності, щирості, надійності, відповідальності, а також недопустимості досягнення мети шляхом хитрості чи насильства, завжди пам'ятаючи відоме золоте правило Ісуса Христа: «не робити іншим того, чого не бажаєш собі».

На наш погляд вище зазначенні поради і рекомендації мають особливо важливе значення для України насамперед тепер, коли відбуваються модернізація суспільства та значні соціальні зміни в структурі суспільного устрою соціальних відносин і інтересів людей, а також, коли держава повинна уникати застосування обману і примусу, як і насильницьких методів управління у взаємовідносинах між людьми, владою і суспільством. Бо саме насильницькі дії та заходи обману, що можуть використовуватися в процесі трансформації суспільного ладу при проведенні важливих для суспільства реформ, породжують недовіру людей і як наслідок протистояння та боротьбу проти влади. На жаль подібна соціально — політична ситуація наразі характерна для українського соціуму, що потребує своєї подальшої консолідації та подолання теперішньої державної кризи.

Якщо ж розглядати соціально-психологічні категорії довіри і обману в психолого-соціологічному та релігійному вимірі, то незважаючи на різне бачення світу і природи людини з погляду соціології і релігії, суспільна значимість проблеми довіри і обману в людській життєдіяльності не лише в цілому співпадає, але і певною мірою обумовлюється спільними закономірностями її функціонування та соціальними зв'язками і відносинами в суспільстві. Крім того, важливо пам'ятати, що релігія існує з появою людини і є одним із найважливіших виховних і духовних чинників українського суспільства впродовж багатьох тисячоліть. Вона також тісно пов'язана із народними звичаями і обрядами людей, поєднуючи духовні зв'язки з особливостями національних, соціокультурних, громадських та сімейних традицій, а Декалог християн разом з дев'яттю блаженствами Нагірної проповіді Ісуса Христа являється моральною доктриною християнства.

Як відомо, релігійний підхід до пізнання природи людини, її життя і діяльності пояснюється божественним началом, що перебуває за межами людського сприйняття і не потребує доказів, тоді як психолого-соціологічний світогляд, як уже зазначалось, ґрунтується на принципах позитивізму, тобто практичного досвіду та соціальної реальності подій і фактів.

В зв'язку з цим довіра (лат. *credo* — символ віри чи особлива форма віри) згідно з Біблією (Святим Письмом) може бути лише до одного Бога. Це передбачено другою Божою заповіддю Декалогу чи Божого Закону, який повинен сприйматись віруючими як абсолютна істина разом з церковними канонами і ритуалами без будь-яких заперечень. Тому, як наголошує друга Божої заповідь Декалогу, довіряти можна лише одному Богу, щоб «не створити собі кумира» і запобігти можливості зловживанню почуттям довіри чи

застосуванню обману з боку небагочестивих людей в особистісних стосунках з іншими індивідами. У випадку ж не виконання цієї Заповіді, нею передбачається Боже покарання в формі прокляття аж до «третього і четвертого роду».

Декалог також забороняє «свідчити неправду на свого ближнього», що засвідчується дев'ятою Божою заповіддю, яка між іншим, тлумачиться богословами як заборона обману взагалі. Проте подібне пояснення цієї тези знайшло своє підтвердження в Біблії (Лев, 19, 12, 13), а також у зверненні св. Апостола Павла до віруючих ефосян і колосян Римської імперії, «щоб відкинути говорити неправду своєму ближньому» та «стерегтися обману». В зв'язку з цим очевидно відпадає потреба коментувати таке поняття як «благодійний обман» чи «обман заради спасіння», яке взагалі спростовується християнською церквою і трактується ніби як випадкова помилка при переведенні слов'янського тексту Біблії.

Отже релігія, як система вірувань, ритуалів та інституцій закликає всіх віруючих людей не лише любити і довіряти одному Богу, а і правдиво, щиро, чесно і шанобливо відноситись один до одного та намагатися позбутися негативних людських звичок і властивостей, що порушують норми поведінки, суспільну солідарність, злагоду та рівновагу суспільних відносин.

В свою чергу психолого-соціологічні науки про психіку людини та Закони розвитку і функціонування суспільства зосереджується не лише на вивченні основ кожної з них, а і на проблемах дослідження їх взаємодії та належного соціального впливу в людській життєдіяльності.

При цьому як релігія, так і психолого-соціологічні науки виконують вкрай важливе завдання, здійснюючи у відповідності з загальноприйнятими правилами і нормами суспільства інформаційну, діагностичну, комунікативну, консолідуючу, регулюючу та функцію соціального контролю у взаємовідносинах між людьми.

Звичайно, що соціологія як і соціальна психологія таких випадках спираються на емпірично встановлені факти шляхом проведення психолого-соціологічних досліджень, які дозволяють не лише визначати конкретні соціальні явища, факти чи події, а і причини, що їх породжують та умови виникнення, а релігія — на притаманні для неї релігійні віровчення та культові заходи.

Отже, незважаючи на певну різницю в психолого-соціологічному і релігійному баченнях соціальної ролі феноменів довіри і обману в життєдіяльності людини і суспільства, вони як і раніше постають вкрай важливим чинником суспільних зв'язків і відносин між людьми та потребують подальших досліджень, вдосконалення і застосування на практиці.

**Література:**

1. Н.А. Бердяев. Парадокс лжи. Человек, 1999,2
2. М.Вебер. Избранные произведения. М. Прогресс, 1990
3. Гуманистический манифест, 2000, Free Inquiry, 1999
4. Д.И. Дубровський. Обман. Философсько-психологічний аналіз. М.,изд.РЕЙ, 1994
5. Закон Божий. Руководство для семьи и школы. Свято-Успенская Почаевская Лавра, 2000
6. В. Кравченко. Особливості дослідження довіри у соціально-психологічному дискусії. Психологія в.2: К, НПУ ім. Драгоманова М.П., 2012
7. В.Л. Лісовенко. Права і свободи людини в контексті канонів православ'я. Проблеми гуманізації навчання та виховання у ВНЗ освіти, Ірпін, 2012
8. Ресурс: [http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc\\_gum/ppp/2008\\_7/28%20-%20Nikonenko.htm](http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppp/2008_7/28%20-%20Nikonenko.htm)
9. Д. Майерс. Социальная психология. СПб, 1997
10. Т. Парсонс. Система современных обществ. М. Аспект-Пресс, 1998
11. Д. Роджерс. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М, 1998
12. А. Селигмен. Проблема доверия. М, 2002
13. В.А. Скрипкина. Психология доверия. Уч. пособ. для вузов. М. Академия, 2000
14. К. Хорни. Невроз и развитие личности. М.,Смысл, 1998
15. Шеремета В.Ю. Соціальні функції довіри. Т. 9. К, 2007
16. Ресурс:[http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc\\_gum/Nsspp/2011\\_26/Yavors'kiy.htm](http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Nsspp/2011_26/Yavors'kiy.htm)
17. Е.Н. Чекушкина. Феномен лжи (обмана) Философсько-етический аналіз. AlmaMater, 2012
18. Яблонко В.Я. Психолого-педагогічні основи формування особистості. Нав. посіб., К, Центр уч.літ., 2008



УДК : 616.89-008.442-008.12:340.63

# Дослідження та аналіз наукових розробок в царині застосування примусових заходів медичного характеру до психічно хворих, які скоїли правопорушення на сексуальному підґрунті



Козерацька О. А.

Козерацька О. А.

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи

**Резюме.** Проведен аналіз научних підходів к решению проблемы применения принудительных мер медицинского характера к психически больным, которые совершили сексуальные преступления.

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

## Research and analysis of scientific approaches to the problem of psychiatric aspects of the treatment of persons who have committed sexual offenses

Kozerackaya E. A.

**Summary.** A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment and treatment of persons who have committed sexual offenses.

**Key words:** forensic psychiatric examination, responsibility – limited responsibility – irresponsibility, sexual offenses, compulsory medical measures, sexual desire disorder.

**Актуальність:** Питання лікування осіб, що скоїли сексуальні злочини, продовжують дискутуватися науковцями в усьому світі. Відмічають певну неадекватність підготовки фахівців щодо оцінки і лікування сексуальних відхилень в медичних і психіатричних закладах, і навіть в судових психіатричних асоціаціях, тобто розуміння, що лікування сексуальних злочинців доступне і може бути успішним та ефективним потребує подальшого обґрунтування [1].

Для системи примусового лікування найбільш значимою є проблема критеріїв соціальної небезпеки, яка нерозривно пов'язана з розробкою об'єктивних показників актуальності девіантних потягів, що диктує необхідність створення комплексної програми динамічної діагностики патологічних сексуальних потягів [2].

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

**Об'єкт дослідження** — психічні та поведінкові розлади у осіб, які скоїли злочини на

сексуальному підґрунті; психічні та поведінкові розлади у потерпілих внаслідок даного виду правопорушень.

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

**Матеріал дослідження.** Дисертаційна робота, що виконується, ґрунтується на основі аналізу суцільної вибірки з підекспертних, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та знаходилися на судово-психіатричній експертизі в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2000р. по 2015р, на теперішній час досліджено 290 підекспертних. Також проводиться дослідження потерпілих у рамках СПЕ за даний проміжок часу для вивчення питання можливої віктимної поведінки з боку потерпілих, їх характерологічних особливостей, що допоможе в вивченні питання відносно мотивації противоправного діяння та можливих заходів профілактичного характеру, на теперішній час досліджено 70 потерпілих.

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

За даними наукових досліджень оцінкою і лікуванням осіб, які вчинили сексуальні злочини і які перебувають у місцях позбавлення волі, займаються в основному психологи і службовці пенітенціарних установ, тоді як у міжнародній спільноті це зазвичай покладається на посадових осіб, які здійснюють нагляд над умовно засудженими. Клінічні психологи та посадові особи, які здійснюють нагляд над умовно засудженими та працюють з особами, що скоїли статеві злочини, рекомендують також участь і психіатрів, які б надавали висококваліфіковану допомогу.

Накопичено досвід роботи за місцем проживання з особами, що скоїли сексуальні злочини, в лікарнях суворого режиму і, хоча і в меншій мірі, в установах посиленого режиму і в спеціалізованих районах підрозділах, таких як клініка Portman в Лондоні і Відділення сексуальної поведінки в Ньюкаслі.

Лікування і реабілітація ув'язнених відбувається на основі даних, отриманих в результаті психологічного та психіатричного обстежень [3]. Зміна сучасної концепції від «оцінки небезпеки» до «оцінки ризику» розширило спектр оцінки, включивши до нього середовищні, ситуаційні і соціальні впливи [4, 5], оскільки вплив психічного розладу на поведінку людини в юридично-значущій ситуації опосередковується через особистісні і соціально-ситуаційні чинники. Водночас, досліджень, присвячених вивченню особливостей примусового лікування психічно хворих у закладах з різноманітними режимами нагляду (у тому числі з посиленням), комплексній оцінці впливу соціально-середовищних та клінічних чинників на тривалість та успішність примусового лікування, якості життя і особливостей соціального функціонування пацієнтів бракує; не систематизовані дані про передумови та чинники скоєння СНД, не виділені індивідуально-психологічні маркери соціальної небезпеки хворих, відсутня однозначна оцінка ролі дефіцитарних і продуктивних психопатологічних розладів як найбільш ймовірних клінічних механізмів повторних СНД. Потребує удосконалення система реабілітації цього контингенту хворих з урахуванням тенденції до гуманізації і правового регулювання психіатричної допомоги [6, 7].

Згідно Котову В.П. і Мальцевой М.М. (2006), поняття «характер суспільно небезпечного діяння» (СНД) включає і оцінку ситуації, в якій воно здійснене, з врахуванням ролі додаткових зовнішніх чинників, що провокують СНД [8]. Автори пропонують підрозділяти негативно-особистісні психопатологічні механізми СНД на ініціативні СНД і ситуаційно-спровоковані. При ініціативних механізмах СНД ймовірність здійснення діянь є безумовною і може досягати максимальної вираженості, такі хворі схильні до

систематичного їх здійсненню. При сексуальних суспільно небезпечних діяннях такий механізм найбільш характерний при синтонічному відношенні до аномального сексуального потягу, коли критика наявних сексуальних розладів, а отже й боротьба з виникаючими потягами, відсутні. Миттєва готовність таких пацієнтів до небезпечних дій повинна впливати на вибір примусових заходів медичного характеру [8]. Аналіз, проведений Басинською І.А. (2010), показав, що при ситуаційно спровокованих механізмах СНД обумовлене афективною нестійкістю, а також нездатністю хворих із-за інтелектуальної недостатності прийняти найбільш раціональне рішення [8].

Практично всі дослідники сходяться в думці, що анамнестичні дані повинні служити основою оцінки ризику насильства у психічно хворих. Такі параметри, як насильство у минулому, молодий вік на момент першого епізоду насильства, нестабільність взаємовідносин в сім'ї або її відсутність, проблеми з працевлаштуванням, зловживання психоактивними речовинами, наявність психотичної або психопатоподібної симптоматики, повинні враховуватися в прогнозуванні насильства і СНД в майбутньому. Психопатоподібні стани розглядаються як один з найбільш стійких криміногенних розладів.

Андрєвим Ю.Г. та Петровою І.С. (2008) проведено вивчення хворих, що вчинили СНД, визнаних неосудними і направлених на примусове лікування в психіатричну лікарню із загальним і спеціальним типами спостереження [9]. Автори порівнювали нозологічну приналежність і правопорушення, здійснені хворими, розподіл скоєних протиправних діянь по статевій приналежності. За результатами дослідження зроблений висновок, що чоловіків, що вчинили насильство проти особистості (вбивство, нанесення тілесних ушкоджень, сексуальне насильство), більше, ніж жінок. Жінки з шизофренією здійснювали СНД по усіх видах злочинів, але переважали вбивства і тілесні ушкодження, також часто тілесні ушкодження зустрічалися у жінок з діагнозом деменції. Чоловіки з шизофренією беруть участь в усіх видах правопорушень з переважанням вбивств, тілесних ушкоджень і крадіжок, тоді як хворі з розумовою відсталістю найчастіше беруть участь в крадіжках і не рідко помічені у скоєнні насильницьких дій [9].

На ранніх етапах примусового лікування, коли в психічному статусі переважають розлади, що привели хворого (n=144) до скоєння СНД, Хамітов Р.Р. (2003) спостерігав більш пластичні, обумовлені феноменологією психічного розладу і тому підвергнені редукції (у тому числі при терапевтичному впливі) особистісні функції [10]. На більш віддалених етапах лікування пластичні

функції особистості відходили на другий план, поступаючись стійкішим властивостям індивідуума. У зв'язку з цим характер СНД визначають, на думку автора, переважно стійкі, у тому числі патологічно змінені властивості особистості, тоді як психопатологічний механізм залежить від знов виникаючих у динаміці хвороби особистісних проявів (наприклад, у рамках загострення). Такі властивості особистості обстежених хворих, як наявність деструктивної агресії у поєднанні з дефіцитарною тривогою можуть бути використані як предиктори психопатологічного механізму реалізації СНД, так і самого характеру СНД [10].

Психічні розлади у рамках осудності вимагають диференційованої оцінки і обліку їх у кожному конкретному випадку. Неможливо передбачити всю різноманітність життєвих ситуацій, які у кожному конкретному випадку могли бути розцінені як пом'якшувальні. Тільки у тому випадку, коли психічні аномалії є істотним елементом в причинному зв'язку, який привів до скоєння злочину і настанню злочинного результату, суд, враховуючи усі обставини справи, може визнати їх пом'якшувальною обставиною. У справах осіб з психічним розладом, що не виключає осудності, при встановленні стану «обмеженої осудності», суди враховують при призначенні покарання психічні розлади, пом'якшують покарання і можуть призначати примусові заходи медичного характеру. Таким чином, основне покарання може призначатися в сукупності з примусовими заходами медичного характеру [11].

Як було наведено вище, суд виносить постанову про звільнення особи від кримінальної відповідальності і про застосування до нього примусових заходів медичного характеру тільки після визнання доведеним, що діяння, заборонене кримінальним законом, здійснене цією особою в стані «неосудності» [12]. «Обмежена осудність», за умови її зазначення в обвинувальному вирокі, надає можливість застосувати до суб'єкта злочину (добровільно чи примусово) відповідні корекційні заходи — як загальновиховні чи психологічно-корекційні, так і психіатрично-лікувальні [13]. Тобто, обмежена осудність є підставою для визначення умов тримання засуджених в місцях позбавлення волі та призначення примусових заходів медичного характеру [14].

Застосування особливого порядку кримінального судочинства у справах цієї категорії обумовлено, з одного боку, необхідністю передбачити додаткові гарантії захисту прав осіб, що страждають важким психічним розладом і не здатних внаслідок цього самотійно захищати свої права та інтереси, що охороняються законом, а з іншого — своєрідністю предмета

доказування і цілей застосування примусових заходів медичного характеру [15]. У предмет доведення включено велике число фактів, встановлення яких необхідно для визначення ступеню, глибини і характеру психічного розладу особи, а також характеристики його особистості [16]. Наявність психічного розладу, його ступінь і характер, наскільки він є небезпечним для самої особи та інших осіб, можливість спричинення іншого суспільно небезпечного діяння може бути встановлено тільки за наявності висновків дослідження цих питань експертами-психіатрами [17].

В Англії суд при вирішенні питання про звільнення обвинуваченого від кримінальної відповідальності і направлення його в спеціальний заклад використовує правила M<sup>h</sup>Naghten, суть яких полягає в наступному [18]:

1. Кожна людина презюмується душевно здоровою і володіє достатнім ступенем розумності для того, щоб нести відповідальність за скоєні злочини, поки зворотне не буде достовірно доведене.
2. Для звільнення від відповідальності через душевну хворобу повинно бути встановлено, що під час здійснення дій, з приводу яких він притягується до відповідальності, звинувачуваний діяв під впливом дефекту свідомості, що походить саме від душевної хвороби, що був не в змозі усвідомлювати природу і властивості дії, що ним здійснювалася, або (якщо усвідомлював) не був в змозі зрозуміти аморальність вчинку. Якщо обвинувачений усвідомлював, що не повинен був діяти таким чином і що його поведінка порушує закон, він повинен бути покараний. Таким чином, критерієм є не здатність розрізняти хороше і погане взагалі, а ця здатність саме до вчиненої дії.
3. Якщо злочинне діяння було здійснено обвинуваченим під впливом маячних ідей про оточуючих, які затемнили для нього справжнє значення здійснюваної ним дії, обвинувачений підлягає відповідальності, якій він підлягав би, якщо б факти відповідали його уявленням про них [18].

Особи, що звільняються від кримінальної відповідальності на підставі правил M<sup>h</sup>Naghten, поміщаються в спеціальні лікувальні заклади психіатричного профілю, нерідко довічно. При цьому, англійське право розрізняє дві групи психічнохворих: 1) особи, на яких заборони кримінального права нездатні впливати, і відносно яких застосування покарань, передбачених в кримінальних законах є безглуздою жорстокістю; 2) особи, душевна хвороба яких така, що вони не дали б своїй хворобі волі, якби біля них знаходився полісмен. Відповідно, тільки перша група осіб звільняється від кримінальної

відповідальності, для другої групи — можливо використання зменшеної кримінальної відповідальності [19, 18].

На території США співіснують два види вироків по відношенню осіб, в законному порядку визнаних «неосудними». В одних штатах ухвалюється вирок: «невинен з причини неосудності», а в інших формулювання вироку має інший характер — «винен, але психічно хворий». Вирок «невинен з причини неосудності» вважають більш небезпечним, ніж «винен, але психічно хворий», оскільки особи, засуджені по першому виду вироків, не несуть ніякої кримінальної відповідальності і через деякий час можуть залишити психіатричні установи і знову здійснити СНД [20]. Це відбувається через два чинники: 1) особи, засуджені до примусового лікування по «неосудності», звільняються відповідно до тих же умов, що й інші громадяни, і мають право на відповідний процес і судові процедури. Їх права відповідають правам цивільних пацієнтів, що створює труднощі для більш тривалого утримання індивідуума у лікарні; 2) ефективність психіатричного лікування [21]. Тому американське суспільство менш сприйнятливо відносно до вироку «невинен з причини неосудності», оскільки тривалість примусового лікування в цьому випадку може бути виключно короткою, і звільнена людина може користуватися всіма правами звичайного громадянина, тому що формально — юридично вона не здійснювала злочин. Винесення вердикту «невинен унаслідок неосудності» спричиняє направлення особи в психіатричний заклад закритого типу, умови в якому майже не відрізняються від тюремних. Саме тому обвинувачувані рідко користуються посиленням на «неосудність», а ті, що роблять це (в основному у разі загрози смертного вироку або довічного тюремного ув'язнення), рідко досягають успіху [22].

Питання про конституційність застосування формулювання «винен, але психічно хворий» відносно осіб, визнаних неосудними в законному порядку, в США залишається відкритим. В цьому разі людина, що вчинила злочин, визнається винною, не зважаючи на психічне захворювання. Залишається незрозумілим, яким чином людина може бути визнана винною, якщо вона у відповідності із законом вже визнана неосудною. Для присяжних такий вирок є певним компромісом. Вони визнають, що особа вчинила протиправне діяння і заслуговує покарання. Але, розуміючи, що йдеться не про звичайного підсудного, жюри виносить не вердикт про повну винність: людина хоча й визнається винною, в той же час його психічна хвороба не дозволяє йому нести повну відповідальність за скоєне [23, 24]. На думку деяких американських авторів, при

винесенні вироку «винен, але психічно хворий», особи, визнані неосудними, не проходять ніякого спеціального курсу лікування і реабілітації, а залишаються ув'язненими протягом тривалого часу [25, 26].

Направлення особи, що страждає на психічний розлад, в психіатричний стаціонар в недобровільному порядку переслідує дві мети: медичну і правову. При цьому пріоритетним є лікування психічно хворих осіб або покращення їх психічного стану. Правовий аспект питання полягає в запобіганні скоєнню нових злочинних діянь. Проте у практичній діяльності останнє положення часто має визначальний характер при призначенні примусового лікування, а саме у виборі його виду і визначенні терміну [27].

Рішення питань про термін застосування примусових заходів медичного характеру і наслідків застосування цих заходів відрізняється у законодавстві різних країн. Наприклад, у Російській Федерації час застосування примусових заходів медичного характеру не встановлюється і не обмежується певним терміном. Проте, кожні 6 місяців особа, до якої ці заходи застосовуються, оглядається комісією лікарів-психіатрів для вирішення питання про наявність підстав для припинення цих заходів або зміну їх виду. Припинення або зміна примусової міри медичного характеру має місце при такому психічному стані особи, коли відпадає необхідність в застосуванні раніше призначеної міри або виникає необхідність в призначенні іншої примусової міри медичного характеру. Відміна примусових заходів медичного характеру відбувається у двох випадках: 1) повного одужання хворого, 2) при такій зміні характеру хвороби, коли зникає небезпека хворого для себе або оточуючих щодо можливості спричинення серйозної шкоди. Особа, що одужала після примусового лікування, може підлягати кримінальній відповідальності [28, 29].

У США звинувачувані, відносно яких винесений виправдувальний вердикт з причини «неосудності», не підлягають звільненню. У штаті Коннектикут у справах, де особа звільняється від кримінальної відповідальності за «неосудністю», суддя визначає термін, протягом якого вона повинна знаходитися у психіатричному закладі, поки не буде визнана адекватно сприймаючою обставини вчиненого злочину. У цьому випадку суддя передає контроль над засудженим наглядовій раді штату до закінчення призначеного терміну. В інших штатах такі особи повинні утримуватися в психіатричній лікарні до тих пір, поки їх психічний стан не перестане бути суспільно небезпечним [24, 25]. У деяких штатах створені наглядові ради (review boards), на які покладаються піклування і відповідальність за

осіб, що знаходяться на лікуванні після визнання їх «неосудними». Ради спостерігають за лікуванням і можуть встановлювати умови, які мають бути виконані для того, щоб людина була відпущена з установи [30]. Слід зазначити, що в США навіть якщо підсудний засуджений і відбув призначений термін покарання, він може бути поміщений в психіатричну лікарню.

Зазвичай обґрунтуванням для утримання осіб у режимній установі не в кримінальному порядку служить те, що там їх лікуватимуть. Проте, відносно осіб, що здійснюють злочинні дії сексуального характеру, встановлено, що багато з них лікуванню не підлягають. В таких випадках у деяких штатах влада направляє цих людей до режимних установ — в інтересах безпеки суспільства [31].

За своїм змістом сфера виконання примусового лікування складна і різноманітна. Вона охоплює окрім власне лікувальної роботи також організацію періодичних лікарських оглядів для постановки перед судом питання про продовження призначених заходів або зміну їх видів; організацію системи безпеки психіатричних стаціонарів, що здійснюють примусове лікування; систему документації, необхідної для належного здійснення примусового лікування тощо [15, 32].

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку може надаватись «обмежено осудному» засудженому як у спеціальному медичному закладі, так і в медичних частинах спеціальних установ Державного департаменту з питань виконання покарань України, якщо засуджений відбуває покарання, пов'язане з обмеженням чи позбавленням волі. У цих установах особи проходять також медико-соціальну реабілітацію, оскільки унаслідок психічних розладів вони потребують створення умов для адаптації до режиму виправних установ [14, 33].

Примусове лікування в психіатричному стаціонарі загального типу може бути призначено особам: що скоїли СНД і знаходяться зараз в психотичному стані, у випадках відсутності виражених тенденцій до порушень лікарняного режиму і сприятливого прогнозу щодо терапевтичного купірування психозу; особам з явищами недоумства, іншими психічними розладами, що вчинили СНД, спровоковані зовнішніми обставинами; особам з тимчасовим психічним розладом, що розвинувся після скоєння СНД, але до оголошення вироку; особам, що пройшли примусове лікування в психіатричних стаціонарах спеціалізованого типу, у тому числі з інтенсивним спостереженням (в порядку зміни міри медичного характеру); хворим, що демонструють під час амбулаторного примусового лікування погіршення психічного стану і зростання суспільної небезпеки [6, 7].

Лікування в стаціонарі спеціалізованого типу рекомендується особам з хронічними психічними розладами чи недоумством, що виявляють схильність до повторних СНД; особам, що страждають на тимчасовий психічний розлад, що розвинувся після здійснення СНД, але до винесення вироку, у разі загрози здійснення нових діянь; особам з хронічними психічними розладами після примусового лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням; особам, що виявили під час застосування менш строгої міри погіршення психічного стану і зростання небезпеки скоєння СНД [6].

Примусове лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням рекомендоване особам, що представляють особливу небезпеку: з хронічними психічними розладами або недоумством, що виявляють тенденцію до скоєння повторних тяжких або особливо тяжких СНД; виявляють стійкі анти-соціальні тенденції, що проявляється у скоєнні багатократних СНД і грубих порушеннях лікарняного режиму; особам, що страждають на тимчасовий психічний розлад, що розвинувся після здійснення СНД, у разі загрози здійснення ними нових тяжких діянь; при погіршенні психічного стану після попереднього лікування та/або при виникненні небезпеки, якщо це робить неможливим проведення призначених їм лікувально-реабілітаційних заходів в попередніх умовах і вимагає їх переведення в умови стаціонару спеціалізованого типу з інтенсивними умовами спостереження [34, 35].

У країнах, де по судовому рішення направляють на лікування, зазвичай діє правило, за яким особа, що поміщається до психіатричної установи, у тому випадку, коли вона визнана «неосудною», не може знаходитися там більше, ніж вона б отримала при покаранні у вигляді позбавлення волі за це правопорушення.

Водночас, сьогодні значна частина питань, що стосуються виконання примусових медичних заходів, не може вирішуватися з опорою на чинне законодавство [36]. Так, вважається необхідним, в першу чергу, законодавчо проголосити загальне правило, що до осіб, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, застосовуються ті ж медичні методи обстеження і лікування, що й до всіх психічно хворим з аналогічними формами психічного розладу. Іншими словами, спочатку потрібно легалізувати принцип своєрідного «терапевтичного рівноправ'я» всіх без виключення психіатричних пацієнтів, і щоб подібного роду правові норми були викладені в законі, спеціально присвяченому виконанню примусових медичних заходів, а не були розсіяні у вигляді окремих норм по всьому медичному законодавству [37].

«Обмежено осудній» особі, на думку Зайцева О.В., може бути призначена тільки амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку або госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом. «Неосудність» особи слугуватиме підставою для призначення і застосування альтернативних примусових мір, передбачених Розділом XI КК України [38].

У деяких країнах немає такого поняття як примусові заходи медичного характеру. Частіше там використовується визначення заходів безпеки, що набагато ширше по своєму охопленню, ніж примусові заходи медичного характеру.

Заходи безпеки застосовуються не лише до осіб, що скоїли злочини в стані порушеної психіки, але і до страждаючих на хронічний алкоголізм та наркоманію.

### Висновки

Таким чином численні дослідження демонструють, що визначення критеріїв вибору виду примусових заходів медичного характеру, тобто обґрунтованість і достатність рекомендованої примусової міри медичного характеру, необхідно для підвищення якості профілактичних заходів в умовах примусового лікування [39, 40].

### Література

- Bradford J. M. Can sexual offenders be treated? / J. M. Bradford, P. Fedoroff, S. Gulati // *Int. J. Law Psychiatry*. — 2013. — Vol. 36, N 3/4. — P. 235–240.
- Щерба С. П. Передача лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения в странах СНГ / С. П. Щерба, М. А. Фролова. — М. : Юрлитинформ, 2012. — 238 с.
- Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed metaanalysis / D. Andrews, I. Zinger, R. D. Hoge [et al.] // *Criminology*. — 1990. — Vol. 28, N 3. — P. 369–404.
- Llewellyn D. J. The psychology of risk taking: toward the integration of psychometric and neuropsychological paradigms / D. J. Llewellyn // *Am. J. Psychol.* — 2008. — Vol. 121, N 3. — P. 363–376.
- Taylor-Gooby P. Current directions in risk research: new developments in psychology and sociology / P. Taylor-Gooby, J. O. Zinn // *Risk Anal.* — 2006. — Vol. 26, N 2. — P. 397–411.
- Никифоров Ю. В. Клініко-психопатологічні і соціально-психологічні особливості хворих на шизофренію, які знаходяться на примусовому лікуванні з посиленням наглядом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Никифоров Юрій Васильович ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. — Харків, 2004. — 19 с.
- Клініко-соціальні критерії суспільної небезпеки хворих на шизофренію : метод. рекомендації / уклад. : В. І. Мельник, А. В. Мельник, Я. В. Щеглова ; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи. — К., 2007. — 17 с.
- Котов В. П. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики / В. П. Котов, М. М. Мальцева // *Рос. психiatr. журнал*. — 2006. — № 2. — С. 10–14.
- Андреев Ю. Г. Противоправные действия психически больных, находящихся на стационарном принудительном лечении / Ю. Г. Андреев Ю, И. С. Петрова // *Сиб. вестн. психиатрии и наркологии*. — 2008. — № 4. — С. 90–92. Хамитов Р. Р. Личностные функции психически больных, находящихся на принудительном лечении / Р. Р. Хамитов // *Казан. мед. журнал*. — 2003. — № 3. — С. 193–195. Особенности назначения наказания и принудительных мер медицинского характера психически аномальным лицам / Н. Г. Осадчая, И. А. Семенцова // *Юрист-Правовед*. — 2013. — № 4. — С. 59–62.
- Долгова С. В. Проблемы установления невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние / С. В. Долгова // *Вестн. Балтийск. федерал. ун-та им. И. Канта*. — 2007. — № 9. — С. 66–73.
- Цепінь М. Й. Обмежена осудність осіб із психопатичними розладами: юридико-психологічна характеристика : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 19.00.06 / Цепінь Микола Йосипович ; Київ. нац. ун-т внутр. справ. — К., 2007. — 17 с.
- Марчак В. Я. Юридико-психологічний зміст обмеженої осудності : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 19.00.06 / Марчак ; Нац. акад. внутр. справ. — К., 2011. — 36 с.
- Мищенко Е. В. Принудительные меры медицинского характера в уголовном судопроизводстве / Е. В. Мищенко. — М. : Юрлитинформ, 2010. — 143 с.
- Федорова Е. А. Принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным / Е. А. Федорова. — Красноярск : СибЮИ МВД России, 2010. — 227 с.
- Мищенко Е. В. Проблемы досудебного производства по делам о применении принудительных мер медицинского характера / Е. В. Мищенко // *Вестн. Оренбург. гос. ун-та*. — 2006. — № 3. — С. 114–117.
- Allnutt S. The insanity defence: from wild beasts to M/Naghten / S. Allnutt, A. Samuels, C. O'driscoll // *Australas Psychiatry*. — 2007. — Vol. 15, N 4. — P. 292–298.
- Уголовное право зарубежных стран. Общая и особенная части : учебник / под ред. И. Д. Козочкина. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Волтерс Клувер, 2010. — 1034 с.
- Бутов В. Н. Уголовный процесс современных зарубежных стран (Великобритании, США, Франции, ФРГ и Австрии) : учеб. пособие / В. Н. Бутов. — Челябинск : Рекпол, 2008. — 176 с.
- Zinkler M. Legal regulation of coercion in psychiatry—a task for the professional association? / M. Zinkler // *Psychiatr. Prax.* — 2013. — Vol. 40, N 3. — P. 115–116.
- Reid S. T. Criminal law / S. T. Reid. — 7th ed. — New York : Oxford University Press, 2007. — 503 p.

21. AAPL practice guideline for forensic psychiatric evaluation of defendants raising the insanity defense. American Academy of Psychiatry and the Law / D. Giorgi-Guarneri, J. Janofsky, E. Keram [et al.] // J. Am. Acad. Psychiatry Law. — 2002. — Vol. 30, N 2, suppl. — P. S3–S40.
22. Felthous A. R. Psychopathic disorders and criminal responsibility in the USA / A. R. Felthous // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 2010. — Vol. 260, suppl. 2. — S137–S141.
23. Brakel S. J. Crime, psychiatry and the insanity defence: a report on some recent reforms in the United States / S. J. Brakel, J. L. Cavanaugh // Aust. NZ J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 30, N 1. — P. 134–141.
24. Appelbaum P. S. Law & psychiatry: Does the constitution require an insanity defense? / P. S. Appelbaum // Psychiatr. Serv. — 2013. — Vol. 64, N 10. — P. 943–945.
25. Греку В. П. Медицинские и юридические свойства принудительных мер медицинского характера / В.П. Греку // Соврем. фундамент. и прикладн. исследования. — 2013. — № 1. — С. 102–109.
26. Комментарий к Уголовно-процессуальному кодексу Российской Федерации / науч. ред. : В. Т. Томин, М.П. Поляков. — 7-е изд., перераб. и доп. — М. : Юрайт, 2014. — 1087 с.
27. Вилкова Т. Ю. Уголовно-процессуальное право Российской Федерации. Практикум : учеб. пособие / Т.Ю. Вилкова, Т. Ю. Маркова. — М. : Юрайт, 2014. — 527 с.
28. Structure and practice of institutional review boards in the United States / J. S. Jones, L. J. White, L. C. Pool, J.M. Dougherty // Acad. Emerg. Med. — 1996. — Vol. 3, N 8. — P. 804–809.
29. Шумилов В. М. Правовая система США : учеб. пособие / В. М. Шумилов. — 3-е изд. — М. : Междунар. отношения, 2013. — 405 с.
30. Спасенников Б. А. Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве России / Б.А. Спасенников, С. Б. Спасенников. — М. : Юрлитинформ, 2012. — 189 с.
31. Марчак В. Я. Особливості застосування примусових заходів медичного характеру до обмежено осудних осіб / В. Я. Марчак // Вісн. академ. прокуратури України. — 2007. — № 4. — С. 51–55.
32. Лень В. В. Примусові заходи медичного характеру: цілі і підстави застосування / В. В. Лень, М. М. Книга. — Запоріжжя : Дніпров. металург, 2011. — 91 с.
33. Fährdrich E. Commitment of mentally ill and community psychiatry / E. Fährdrich, G. Eichler // Psychiatr. Prax. — 1995. — Vol. 22, N 4. — P. 150–153.
34. Греку В. П. Проблемные (основные) вопросы применения принудительных мер медицинского характера по российскому уголовному законодательству / В. П. Греку. — Кисловодск : Учебный центр Магистр, 2013. — 212 с.
35. Греку В. П. Проблемные (основные) вопросы применения принудительных мер медицинского характера по российскому уголовному законодательству / В. П. Греку. — Кисловодск : Учебный центр Магистр, 2013. — 212 с.
36. Зайцев О. В. Співвідношення осудності, неосудності та обмеженої осудності / О. В. Зайцев // Держава і право : зб. наук. праць. Юрид. і політ. науки. — К., 2003. — Вип. 20. — С. 395–399.
37. Трубецкой В. Ф. О применении принудительных мер медицинского характера к осужденным за преступления / В. Ф. Трубецкой // Человек: преступление и наказание. — 2010. — № 3. — С. 49–52.
38. Назаренко Г. В. Принудительные меры медицинского характера / Г. В. Назаренко // Ленингр. юрид. журнал. — 2008. — № 1. — С. 77–83.

УДК: 614.23:616-052:340

## Правові взаємовідносини лікаря і пацієнта. (Питання лікарів та відповіді юристів)



Войтенко І. С.



Прохно О. І.

**Войтенко І. С.<sup>1</sup>, Прохно О.І.<sup>2</sup>, Коваль П. Б.<sup>3</sup>, Лежненко І. П.<sup>4</sup>, Косенко О. М.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Податкова міліція НУДПС м. Ірпінь, Україна

<sup>2</sup> Національний Медичний Університет імені О.О.Богомольця м. Київ, Україна

<sup>3</sup> Клінічна лікарня «Феофанія» м. Київ, Україна

<sup>4</sup> Податкова міліція НУДПС м. Ірпінь, Україна

<sup>5</sup> «Київська обласна клінічна лікарня» м. Київ, Україна

**Резюме.** В данній статті представлений огляд законодавчої бази юридическої точки зрення співробітництва доктора и пацієнта.

Несмотря на значительное колличество нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, медицинскому работнику не всегда удается разобратсья со всеми требованиями действующего законодательства для надлежащего поддержания прав пациентов и защиты своих прав, как доктора, для урегулирования должным образом вопроса взаимоотношений с пациентом. К сожалению, на сегодня, в украинском законодательстве отсутствует единственный нормативный акт, который местил бы в себе четкий перечень прав и обязательств непосредственных участников лечебного процесса. Согласно Конституции Украины, статья 49: Каждый имеет право на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование. Но, основу взаимоотношений в системе «доктор – пациент», все-таки должны составлять такие человеческие качества, как уважение друг к другу, а также эмпатия — способность к сочувствию и индивидуальный поход к пациенту со стороны доктора; доверие к доктору и сотрудничество с ним со стороны пациента.

Ведь качество сотрудничества, взаимного осознаного принятия активного участия в лечебном процессе, зависит от обеих сторон.

**Ключевые слова:** законодательная база, юридический аспект, права, обязательства, доктор, пациент.

## Legal mutual relations of doctor and patient. (Questions of doctors and answers of lawyers)

**Voytenko I. S.<sup>1</sup>, Prokhno O. I.<sup>2</sup>, Koval P. B.<sup>3</sup>, Lezhnenko I. P.<sup>4</sup>, Kosenko O. M.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Tax militia of NUPDS Irpen, Ukraine

<sup>2</sup> National Medical University of the name of O.O.Bogomoletch Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup> Clinical hospital «Feofaniya» Kyiv, Ukraine

<sup>4</sup> Tax militia of NUPDS Irpen, Ukraine

<sup>5</sup> «Kyiv regional clinical hospital» Kyiv, Ukraine

**Resume.** In this article the review of legislative base is presented concerning the legal point of view of collaboration of doctor and patient.

Without regard to the far of normatively-legal acts in the field of a health protection, not always it is succeeded to understand a medical worker with all requirements of current legislation for the sake of the proper observance of rights for patients and protection of the rights as a doctor for a settlement properly of question of mutual relations with a patient.

Unfortunately, for today an only normative act that would contain the clear list of rights and duties of direct participants of curative process is absent in the Ukrainian legislation. According to the Constitution of Ukraine, article 49: Everybody has a right on a health protection, medicare and medical insurance. But, basis of mutual relations in the system «doctor - patient», however must fold such human qualities, as respect to each other, and also an empathy — a capacity for sympathy — and individual approach to a patient from the side of doctor; a trust to the doctor and collaboration with him from the side of patient.

In fact quality of collaboration, that is the mutual realized acceptance of active participation in a curative process, depends on both parties.

**Key words:** legislative base, legal aspect, rights, duties, doctor, patient.



Незважаючи на значну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, на сьогодні, в українському законодавстві відсутній системний підхід до прав і обов'язків як пацієнтів, так і лікарів. Немає єдиного нормативного акта, який містив би чіткий перелік прав і обов'язків безпосередніх учасників лікувального процесу.

**Мета:** вивчення прав і обов'язків обох сторін, які, на нашу думку, повинні доповнювати одна одну і стати основою взаємовідносин в системі «лікар — пацієнт». Для того, щоб розібратися в правових взаємовідносинах лікар-пацієнт, ми звернулися за допомогою до юристів.

**Лікар:** Ми знаємо, що одним із основних прав пацієнта є: право на **полегшення болю, пов'язаного із захворюванням і (або) втручанням, доступними способами та засобами** (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. *Право на охорону здоров'я*).

**Юрист (пояснення):** Дане право пацієнт може використати в будь-якому компетентному медичному закладі за зверненням, а якщо це стосується межі «життя — смерть» — незалежно від того, чи є даний заклад комерційним.

**Лікар:** Яку відповідальність несе лікар за умови відмови надання послуг? Чи є різниця в юридичній відповідальності лікаря в залежності від статусу медичного закладу (державна або комерційна)? Хто саме несе юридичну відповідальність за умови відмови надання послуг в залежності від статусу медичного закладу (державний чи комерційний)?

**Юрист (відповідь):** **За умови відмови надання послуг лікар несе відповідальність** (стаття 139 Кримінального кодексу України). Ця стаття передбачає кримінальну відповідальність за ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого. Суб'єкт злочину тут спеціальний — медичний працівник. Відповідальними за цією статтею можуть бути працівники медичних та фармацевтичних закладів, установ, незалежно від того, безоплатно чи за плату вони надають допомогу хворим, а також ті особи, які займаються у встановленому законом порядку індивідуальною медичною діяльністю. Тобто, різниці в юридичній відповідальності лікаря в залежності від статусу медичного закладу (державний заклад чи комерційний) немає. Незалежно від статусу медичного закладу, за відмову від надання послуг без поважних причин несе той лікар, який зобов'язаний, згідно з встановленими правилами, надати таку допомогу, і якщо йому

відомо, що відмову від надання допомоги може мати тяжкі наслідки для хворого. Причому сказане стосується не тільки безпосередньо лікарів. Так, згідно закону **«Про екстрену медичну допомогу»** (стаття 12 і 15 Закону України) — за ненадання без поважних причин на місці події домедичної допомоги або необґрунтовану відмову у її наданні несуть відповідальність рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, працівники органів та підрозділів міліції, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги.

Відшкодування моральної та матеріальної шкоди, заподіяної внаслідок ненадання відповідної допомоги або неналежного виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками чи іншими особами, у випадках, передбачених законом, здійснюється відповідно до норм *Цивільного кодексу України та іншого законодавства України*. Так, відповідно до *статті 1172 Цивільного кодексу України*: юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Тобто, матеріальну та моральну шкоду, завдану при ненаданні лікарем допомоги, повинен відшкодовувати медичний заклад, у якому працює лікар. Проте у цьому випадку медичний заклад має право на зворотну вимогу (регрес) до лікаря.

**Лікар:** Пацієнт має право на **вільний вибір закладу охорони здоров'я** (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. *Право на охорону здоров'я*), а також: **кожний пацієнт, який досяг 14-ти років, має право на вільний вибір лікаря** (частина перша статті 38 в редакції закону № 997-V від 27.04.2007. *Вибір лікаря і лікувального закладу*; (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. *Право на охорону здоров'я*). **Пацієнт має право відмовитися від лікування** (Стаття 43 доповнена частиною згідно із Законом №997-V від 27.04.2007). **Пацієнт також вправі вимагати заміни лікаря.**

**Юрист (пояснення):** Згідно з чинним законодавством: **лікар обирається безпосередньо пацієнтом або призначається керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу** (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 34. *Лікуючий лікар*).

Пацієнт має право знати ступінь акредитації медичного закладу, стаж роботи лікаря, його ступінь та наукове звання, має право на ознайомлення з родом наукової діяльності.

При виборі лікаря пацієнт має право керуватися іншими факторами, такими як відгуки інших пацієнтів, особисті враження від спілкування з лікарем.

Пацієнт, який не бажає продовжувати лікування у конкретного лікаря, повинен звернутися з відповідною письмовою заявою на ім'я головного лікаря закладу охорони здоров'я. Заява обов'язково має містити: прізвище, ім'я, по батькові; місце проживання; суть прохання з обґрунтуванням необхідності заміни лікаря та має бути підписана пацієнтом із зазначенням дати.

Керівник лікувального закладу зобов'язаний відреагувати на таке звернення у терміни, передбачені чинним законодавством, а саме *статтею 20 Закону України «Про звернення громадян» від 2 жовтня 1996 р, № 393/96-ВР*. Звернення, які не потребують додаткового вивчення, розглядаються невідкладно. Заміну лікуючого лікаря, залежно від обставин, бажано здійснити у термін, що не перевищує 15 днів.

**Лікар:** Чи має лікар право відмовитися від пацієнта? Якщо так, то в яких випадках? І чи несе лікуючий лікар відповідальність за хворого, який сам відмовився від лікування?

**Юрист (відповідь):** *Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожує життю хворого і здоров'ю населення (Закон України №2801-XII від 19.11.1992р. стаття 34. Лікуючий лікар). А також, лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р. стаття 34. Лікуючий лікар).*

Необхідною умовою для відмови лікаря від подальшого лікування пацієнта є невиконання пацієнтом приписів лікаря або порушення ним затверджених у лікувальному закладі Правил внутрішнього розпорядку. Факт невиконання приписів має бути зафіксований. Призначаючи пацієнтові дату прийому, потрібно зробити запис у медичній карті і взяти від пацієнта відповідний підпис, що він ознайомлений.

**Лікар:** *Пацієнт має право на поважне й гуманне ставлення з боку медичного персоналу, обстеження та лікування в умовах, що відповідають гігієнічним нормам (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. Право на охорону здоров'я), а лікар обов'язок: дотримуватися вимог професійної етики і деонтології (стаття 78. Основи законодавства України про охорону здоров'я).*

**Юрист (пояснення):** Медична етика є важливою складовою в діяльності медичних працівників. Лікар повинен розуміти моральність, чітко відрізнити категорії добра й байдужості у стосунках з пацієнтом і його родиною. Співчуття визначено як розуміння і відношення до страждань іншої особи, необхідне для практики в медицині. Для того, щоб мати справу з проблемами хворого, лікар повинен ідентифікувати симптоми, які турбують хворого та причини, що лежать в їхній основі, а також повинен прагнути допомогти хворому досягти полегшення. Хворі краще піддаються лікуванню, якщо вони помічають, що лікар цінує їхнє ставлення і лікує їх, а не тільки їхнє захворювання.

Відповідно *Закону України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення»* у будь-якому лікувальному закладі повинні бути створені належні санітарно — гігієнічні умови праці.

**Лікар:** Чи має право лікар на поважне ставлення пацієнта? Яка тактика лікаря при зневажливому та недовірливому відношенні пацієнта?

**Юрист (відповідь):** Безпосередньо, про право на поважне ставлення пацієнтів до лікарів у законодавчій базі не відзначено, але медичні і фармацевтичні працівники мають право на належні умови професійної діяльності, а також на судовий захист професійної честі та гідності (*стаття 77. Основи законодавства України про охорону здоров'я*).

**Лікар:** *На застосування методів діагностики, профілактики та лікування пацієнт повинен дати згоду (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 34. Згода на медичне втручання). Пацієнтам віком до 14 років (малолітні пацієнти), а також пацієнтам, визнаним недієздатними, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників, в установленому законом порядку (Частина перша статті 43 в редакції Закону № 1489 –III від 22.02.2000, зі змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-V від 17.05.2007, № 997-V від 27.04.2007).*

**Юрист (пояснення):** Необхідною передумовою будь-якого лікування є отримання відповідної поінформованої згоди пацієнта. Перед початком лікування лікар повинен надати пацієнту у доступній формі інформацію про стан здоров'я пацієнта, мету проведення запропонованих досліджень або лікувальних заходів, наявність ризику для життя і здоров'я. Після з'ясування та узгодження всіх питань щодо плану лікування, підписується угода (контракт) про надання медичної допомоги, згідно з якою одна сторона — лікар — бере на себе доручення іншої сторони — пацієнта або його представника про надання медичної допомоги на умовах,

передбачених угодою, а інша сторона — пацієнт або його представник зобов'язується дотримуватися і виконувати норми та правила, відповідні розпорядження й рекомендації лікаря чи лікувально-профілактичного закладу.

**Лікар:** Як діяти, якщо життя пацієнта знаходиться під загрозою і він не може надати згоду на медичне втручання? Або це дитина і родичів близько немає?

**Юрист (відповідь):** *У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна (Закон України №2801-XII від 19.11.1992р.стаття 43. Згода на медичне втручання).*

**Лікар:** *Пацієнт має право на проведення на його прохання консилиуму й консультацій фахівців (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. Право на охорону здоров'я).*

**Юрист (пояснення):** Реалізація цього права припускає істотне розширення можливостей і забезпечення належного рівня якості лікувально-діагностичного процесу.

**Лікар:** В чий компетенції обирати фахівців для проведення консилиуму?

**Юрист (відповідь):** *Медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я (стаття 78. Основ законодавства України про охорону здоров'я). Надання консультативної медичної допомоги передбачено також статтями 7, 8 Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Консилиум скликають у складних випадках за ініціативою лікуючого лікаря або за проханням пацієнта (його законних представників). Консилиум також може бути скликаним за постановою судово-слідчих органів для з'ясування питань пов'язаних зі злочинами проти здоров'я людини, тобто за необхідності судово-медичної експертизи.*

**Лікар:** А якщо погляди лікаря та пацієнта в напрямку вибору фахівців не сходяться? Що можна застосувати для того, щоб попередити скликання консилиуму за постановою судово-слідчих органів? Питання залишається відкритим...

**Лікар:** *Пацієнт має право на одержання інформації про свої права й обов'язки та стан свого здоров'я, а також на вибір осіб, яким в інтересах пацієнта може бути передана інформація про стан здоров'я (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. Право на охорону здоров'я).*

**Юрист (пояснення):** Пацієнт має право ознайомитись із внутрішнім статутом медичного закладу. Пацієнт має право безпосередньо (власноруч та на власні очі) ознайомитись із медичною документацією, яка стосується його здоров'я (медичною картою).

**Лікар:** Чи має право пацієнт виносити документацію, що стосується його здоров'я за територію лікувального закладу, або робити копію документів? Хто ще, окрім самого пацієнта має право на ознайомлення із документацією, що стосується здоров'я даного пацієнта? Чи несе відповідальність пацієнт, якщо він виніс медичну картку, або зробив з неї копію без відома лікуючого лікаря? Якщо так, то яку?

**Юрист (відповідь):** Виносити документацію за територію лікувального закладу пацієнтам забороняється. Копію медичних документів пацієнт може зробити лише за дозволом його лікуючого лікаря, на власний розсуд останнього. Якщо інформація, що знаходиться в медичній документації, необхідна пацієнту для будь-яких своїх цілей, він має право вимагати консультаційний висновок або виписку з даного лікувального закладу.

Мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник за наявності відповідних документів.

У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків у судовому порядку.

**Лікар:** *Пацієнт має право на збереження в таємниці інформації про факт звернення за медичною допомогою, про стан здоров'я, діагноз та інших відомостей, отриманих при його обстеженні та лікуванні (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 40. Лікарська таємниця).*

**Юрист (пояснення):** Передача відомостей, що становлять лікарську таємницю, іншим громадянам, у тому числі посадовим особам, в інтересах обстеження і лікування пацієнта, для проведення наукових досліджень, публікації в науковій літературі, використання цих відомостей у навчальному процесі, або в інших цілях допускається тільки за згодою пацієнта.

**Лікар:** Чи існують виключення із даного правила?

**Юрист (відповідь):** Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя

громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків:

- запит судово-слідчих органів у зв'язку із проведенням розслідування або судовим розглядом;
- у випадку надання допомоги неповнолітнім для інформування батьків або законних представників;
- при загрозі поширень інфекційних захворювань, масових отруєнь і уражень;
- з метою обстеження, лікування, а також з метою запобігання шкоди здоров'ю пацієнта, не здатного через свій стан виразити свою волю (пацієнти із психічними розладами).

**Лікар:** *Пацієнт має право на оскарження неправомірних рішень і дій медичних працівників і лікувально-профілактичних закладів (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. Право на охорону здоров'я). Відшкодування збитків у випадку заподіяння шкоди його здоров'ю при наданні медичної допомоги (Закон України №2801-XII від 19.11.1992 р., стаття 6. Право на охорону здоров'я).*

**Юрист (пояснення):** Щоб скористатися таким правом і отримати відшкодування, пацієнтові необхідно довести причинно-наслідковий зв'язок між діями медичного працівника (у зазначеному випадку вони мають бути неправомірними) та настанням негативних наслідків у пацієнта, заподіянням шкоди його здоров'ю.

Для підтвердження своїх сумнівів щодо некомпетентності лікаря, а також для доведення факту завдання матеріальної шкоди пацієнт повинен мати ряд документів, що підтверджують витрати, пов'язані зі сплатою за лікування, призначене для ліквідування наслідків шкоди, що була завдана здоров'ю пацієнта недбаліми діями медичних працівників, з необхідністю додаткового обстеження, діагностування або санаторно-курортного лікування, яке було призначено, а також рішення консилиуму лікарів з

приводу його захворювання для доказу неправомірного лікування.

Для доведення факту завдання моральної шкоди пацієнт повинен мати консультаційний висновок невропатолога, щодо погіршення стану здоров'я на нервовій основі.

**Лікар:** Чи має право лікар на відшкодування моральних збитків, при неправомірному дискредитуванні лікаря?

**Юрист (відповідь):** *Медичні і фармацевтичні працівники мають право на судовий захист професійної честі та гідності (стаття 28 Конституції України, стаття 77 Основи законодавства України про охорону здоров'я, стаття 297 Цивільного кодексу України). Моральна шкода полягає, поряд з іншим, у душевних стражданнях, яких фізична особа зазнала у зв'язку з протиправною поведінкою щодо неї самої, членів її сім'ї чи близьких родичів (стаття 1167 Цивільного кодексу України).*

**Лікар:** Так, моральні збитки можливо відшкодувати. Але ми всі знаємо, що навіть якщо лікар довів свою правоту, довіра інших пацієнтів буде підірвана. І цей факт не загладити відшкодуванням моральних збитків... «Лікар, якому не довіряє хворий, лікувати не може. — Б. Вотчал»

#### Висновок

*Згідно з Конституцією України, стаття 49: Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.*

*Якість співробітництва лікаря з пацієнтом базується на людських якостях: насамперед — довіри та поваги один до одного. І це зрозуміло, адже не можливо поставити в рамки «так — ні» живих істот, які в кожному віці мають різний характер та темперамент. Лікар повинен мати співчуття та індивідуальний підхід до кожного пацієнта — це допомагає в лікуванні. Адже: «Лікар не що інше, як вітих для душі. — Петроній Арбітр».*

#### Література

1. Биомедицинская этика / Ред. В.И. Покровский. — М.: Медицина, 1997. — 224 с.
2. Бобров О. Є. Про лікарську таємницю та клятву Гіппократа / О.Є. Бобров // Нова медицина. — 2004. — №6. — С. 4-7.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII (зі змінами і доповненнями).
4. Закон України «Про звернення громадян» від 2 жовтня 1996 р. № 393/96-ВР (зі змінами і доповненнями).
5. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине: (философские очерки) / А. Я. Иванюшкин. — М.: Медицина, 1990. — 222 с.
6. Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР (зі змінами і доповненнями).
7. Лікарська етика та медична деонтологія: невід'ємні складові частини навчально-виховного процесу у вищих медичних навчальних закладах: Тези доповідей навчально-методичної конференції (12 березня 2003 року) / ВНМУ. — Вінниця: ВНМУ, 2003. — 97 с.
8. Москаленко В.Ф., Бардов В.Г. / Основи стоматологічної діяльності // В.Ф. Москаленко — Видання 2-е. — Вінниця. — Нова книга, 2011. — 440с.
9. Назар П. С. / Основи медичної етики: навч. посібник // П.С. Назар, Ю.Г. Віленський, О.А. Грандо. — К.: Здоров'я, 2002. — 344 с.
10. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435-ІУ (зі змінами і доповненнями).

## ЮВІЛЕЇ

В березні 2016 року відділення медико-соціальної реабілітації дітей з порушенням психічного розвитку та вадами мовлення територіально-медичного об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві (см. [психіатрія.укр/html/](http://психіатрія.укр/html/)) буде відзначати десятю річницю своєї діяльності.

Десятирічний ювілей — це ще невеликий шлях в дитячій психіатрії, але саме той його відрізок, який дозволяє проаналізувати свою роботу, підрахувати успіхи і прорахунки, залишити тут свої невдалі плани та неухильно йти далі, втілюючи корисні ідеї та дії на благо психічного здоров'я дітей України.

Вітаємо вас, шановні колеги, з ювілеєм, радіємо вашим успіхам та бажаємо всім здоров'я і подальшої ефективної праці!

Слово завідуючій відділенням, лікарю-психотерапевту вищої категорії, Людмилі Дзюбі:

### Аналіз діяльності дитячого відділення № 13 ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві



Дзюба Л. О.

Дзюба Л. О.

ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві

**Резюме.** Описана комплексная работа специалистов, направленная на реабилитацию детей с психическими и речевыми расстройствами. Отмечена эффективность используемых методик, в том числе, совместная работа с Посольством Японии в Украине по проекту «Кусаноне». Особое внимание в отделении уделяется детям, больным аутизмом, который может стать главной причиной инвалидности детей. Заболеваемость аутизмом в Украине повысилась с 2006 года по 2014 год в 2,5 раза, а распространенность — 3,5 раза.

**Ключевые слова:** анализ работы, реабилитация детей, психические и речевые расстройства, методики, результаты, аутизм.

### Activity analysis of the children's Department # 13 TMA «PSYCHIATRIA» in Kiev

Dziuba L. A.

**Summary.** Described complex work of specialists, aimed at the rehabilitation of children with mental and speech disorders. Noted the efficiency of the methods used, including cooperation with the Embassy of Japan in Ukraine Projects «Kusanone». Special attention at the Department is given to children that suffering from autism, which can be a major cause of children's disability. Starting from 2006 year incidence of autism is growing. From 2014 year it has increased up by 2,5 times, and prevalence by 3,5 times.

**Key words:** Analysis of the work, children with mental and speech disorders, methods, results, autism.

Відділення медико-соціальної реабілітації дітей з вадами мовлення та психічними розладами починає свою історію з березня 2006 року. Робота відділення ведеться за мультідисциплінарною моделлю. З дитиною та батьками працюють фахівці різних профілей: дитячий психіатр, психологи, логопеди, педагоги. В роботі застосовуються численні актуальні методики: мовна, поведінкова, сенсорно-інтегративна терапія, психолого-педагогічна корекція, поведінковий менеджмент батьків (психоосвітня робота).

Першими пацієнтами були інваліди дитинства, члени Федерації бадмінтону України, учасники та призери багатьох спортивних змагань. І ось уже вісім років ми ведемо

лікувально-діагностичну діяльність з амбулаторними хворими, яких направляють дитячі психіатри ПНД м. Києва.

У штаті відділення лікарі-психіатри, лікар-психотерапевт, психологи, логопеди, педагог. Працюють кабінети фізіотерапії, масажу, сенсорної інтеграції.

Наші хворі — це діти з мовленнєвими проблемами та розладами психіки, а саме:

- з розладами аутистичного спектру;
- синдромом дефіциту уваги та гіперактивності;
- змішаними специфічними розладами розвитку — дисграфії, дислексії, дискалькулії, затримкою мови;

- легкими когнітивними порушеннями унаслідок органічної поразки ЦНС.

З маленькими пацієнтами працюють спеціалісти високого рівня, більшість з яких мають вищу та першу кваліфікаційні категорії. Сучасні методики лікування та реабілітації, які застосовуються у відділенні, дають хороші результати. За весь період роботи відділення понад 2000 маленьких пацієнтів пройшли курси медико-соціальної реабілітації. Більше половини дітей було виписано зі значними покращеннями інтелектуальних і мовленнєвих функцій.

Щомісяця у відділенні лікується до 25 хворих дітей (це 300-350 відвідувань), більшість з яких мають розлади зі спектра аутизму (РСА). Це один із найпоширеніших видів розладів психічного розвитку у дітей, який характеризується порушеннями соціального розвитку дитини, розвитку мовлення, здатності спілкуватися та стереотипною обмеженою поведінкою.

Поширеність цих розладів у світі швидко зростає і за оцінками ВООЗ наближується до одного відсотка дитячої популяції.

За прогнозами Всесвітньої асоціації дитячої та підліткової психіатрії до 2020 року аутизм може стати головною причиною дитячої психіатричної інвалідності в Європі. Захворюваність на розлади спектра аутизму зросла в Україні з 2006 по 2014 рік в 2,5 рази, а поширеність розладу аутистичного спектру зросла в 3,5 рази.

В роботі з хворими дітьми психологи нашого відділення проводять цілий ряд заходів, зокрема: корекційну програму, засновану на спеціальних методах дослідження та спеціальних принципах складання індивідуальних програм розвитку дітей. Йдеться про три основні принципи:

- дослідження, орієнтоване на психологічний розвиток (охоплює здібності та недоліки дитини в різних функціональних сферах);
- дослідження, що формує основу для розробки стратегій розвитку дитини, за допомогою яких можна досягти короткострокових і довгострокових цілей у вихованні та лікуванні дітей;
- індивідуальні програми розвитку з тренувальними завданнями, спеціально пристосованими до кожної дитини. Вони і є підсумком основної лінії роботи з хворими.

Реабілітаційна програма ґрунтується на психодіагностиці. Включає в себе різні заходи, в залежності від потреби:

- тренінг навичок соціальної взаємодії, комунікативних функцій;
- розвиток пізнавальної активності дитини;
- навчання навичкам самообслуговування у побуті;
- тренінг тонкої мілкої, крупної моторики;
- тренінг уваги;

- когнітивний тренінг сфери мислення, пам'яті;
- профілактику соціально небезпечних дій, основи безпеки життєдіяльності;
- формування сенсорного сприйняття різних модальностей;
- розвиток розуміння мови;
- розширення активного та пасивного словникового запасу;
- тренінг батьківської тактики;
- поведінковий тренінг.

Перелічені методи використовують у залежності від проблем та завдань, які розв'язуються при психокорекції.

Діагностичний інструментарій психологів дуже багатий і включає:

1. CHAT (контрольний список діагностичних ознак аутизму у малюків);
2. M-CHAT;
3. Шкали психомоторного розвитку дітей від народження до 42 місяців Ненсі Бейлі (2 версія);
4. Рейтингову шкалу аутизму CARS;
5. Австралійську шкалу оцінки для синдрому Аспергера.
6. Тест ASSQ для діагностики дітей від 6 до 16 років;
7. Діагностичний сенсорний опитувальник;
8. Мюнхенську функціональну діагностику розвитку від 18 до 36 місяців;
9. Патопсихологічне обстеження сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, моторики;
10. Методику «Орієнтовний тест шкільної зрілості Керна-Ірасека»;
11. Шкалу оцінки симптомів поведінкових розладів у дітей з ГРДУ Nicho Vandertitt;
12. Опитувальник по дитячій агресії для батьків А.А. Романова;
13. Анкету для батьків, розроблену Лаврент'євою Г.П., Титаренко О.М., з виявлення тривожностей.

Скрупульозна корекційна робота логопедів відділення спрямована на:

- Розвиток слухової уваги;
- Розвиток розуміння мовлення;
- Розвиток звукової сторони мовлення;
- Розвиток складової структури;
- Розвиток просодики (темп, ритм, інтонація);
- Розвиток граматичної будови;
- Накопичення словникового запасу;
- Розвиток фразового мовлення;
- Розвиток зв'язного мовлення;
- Корекція порушень читання і письма;
- Розвиток/встановлення комунікації у парі;
- Розвиток/встановлення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації.

При обстеженні та корекції використовують методики: Т.Н. Новікова, О.М. Косинова,

Д.В. Кожевникова, А.Я. Малярчук, Т.О. Датешдзе, О.Р. Лурія, Г.А. Волкова, Є.Ф. Соботович, Г.В. Чиркіна, Е.С. Бейн, К.Г. Дяченко, Е.В. Мазанова, С.С. Морозова, М.М. Лібліні, О.А. Янушко, О.Р. Баєнська, Морі, О.С. Нікольської, Л.Г. Нурієва, Ловаса, Фроста/Бонді (PECS), Карда, елементи АВА, Льюїсса, Л.П. Голубєва, С.А. Міронова, І.О. Поварова, А.В. Ястребова, Т.В. Волосовець, А.Г. Іполітова, Е.Ф. Архипова та інші.

Професіоналізм, чуйність, увага, індивідуальний підхід до кожної дитини — ось основні принципи роботи колективу нашого відділення.

Відділення активно співпрацює з кафедрою дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО ім. П.Л.Шупика.

Спеціалісти постійно удосконалюють свій професійний рівень на курсах підвищення кваліфікації, беруть активну участь у семінарах, нарадах, що відбуваються як у нашій лікарні, так і в інших медичних закладах міста.

Так, на Міжнародній конференції з проблем дитячого аутизму, яка проходила в Києві 13-14 жовтня 2015 року, під патронатом благодійного фонду Євгенії Тимошенко, поряд зі спеціалістами із США й Ізраїлю, активну участь брали і лікарі, логопеди і психологи нашого відділення.

Окрім медичної діяльності, відділення проводить величезну роботу з різноманітними суспільними фондами. Так, завдяки Дитячому Християнському Фонду та Фонду «Україна 3000», у відділенні з'явилися медичне обладнання та побутова техніка.

З 2010 року ми працюємо в тісному контакті з Посольством Японії в Україні. Результатом цієї співпраці став проект «Кусаноне». «Кусаноне» — це облаштований сенсорний кабінет, який складається з основних компонентів:

- басейну з шарами, використання якого створює масажний ефект із глибокою м'язовою релаксацією, розвиває тактильні відчуття, корегує рухи, розвиває моторику і т.п.;
- повітряної колони, яка корегує зорово-моторну координацію, стимулює, підтримує, переключає увагу і т.п.;
- дзеркальних сфер, які стимулюють розвиток пізнавальної активності;
- панно «Зіркове небо» для розвитку зорового сприйняття;
- сенсорної доріжки для ніг, використання якої розвиває тактильні відчуття;
- панелей для розвитку тактильної чутливості, яка розвиває моторику;
- сухого душу, який вчить сприйняттю тіла у просторі.

Крім цього є ще багато нейрофізіологічного обладнання, яке також використовується нашими спеціалістами з конкретними цілями.



Посол Японії неодноразово відвідував відділення. А цього літа наше відділення відвідала дружина Прем'єр — міністра Японії пані Акіе Абе. Відбулася дружня зустріч із керівництвом лікарні та співробітниками кафедри дитячої психіатрії.

Висока гостя була присутня на лікувально-реабілітаційних заняттях з маленькими пацієнтами (См. психіатрія.укр./news.html).

В 2013р, за підтримки Литовського посольства, було знято фільм про наше відділення «Друге народження». Цей фільм дає змогу батькам дітей більше дізнатися про діяльність нашого підрозділу. За період нашої праці було дуже багато подяк від батьків маленьких пацієнтів, стан яких змінився на краще, формується довготривала співпраця.

Наше відділення є єдиним у місті Києві медичним підрозділом комунального медичного закладу ТМО «Психіатрія» у м. Києві, яке оснащено спеціальним високоефективним обладнанням для роботи з дітьми хворими на аутизм: сенсорна кімната, кімната сенсорної інтеграції і т.п.

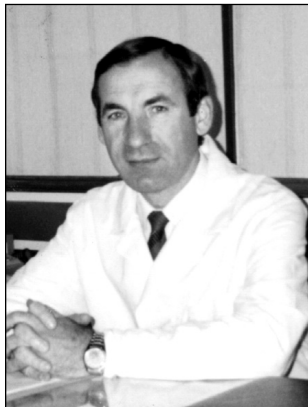
Високий кваліфікаційний рівень наших фахівців, які працюють з такими дітьми, забезпечують можливість 50% дітей зі спектром аутизму після курсу занять у нашому відділенні, відвідувати середню школу. Дійсно, ці діти займаються в шкільних закладах різного рівня, близько 20% навчаються індивідуально.

Внаслідок високого рівня спеціалізованої реабілітаційної допомоги результати роботи відділення є досить ефективними і відповідають сучасним європейським підходам до надання допомоги дітям з розладами розвитку.

За останні роки, на превеликий жаль, кількість таких хворих зростає, це вимагає збільшення штату спеціалістів відділення, яке б дозволило проводити лікувально-діагностичну діяльність з більшою кількістю маленьких пацієнтів.

Співробітники відділення сподіваються на більш пильну увагу управлінських структур міста до нашого медичного закладу, це б забезпечило можливість допомогти ще більшій кількості хворих дітей, працювати за сучасними європейськими принципами.

## Слово об известном американском психиатре Адольфе Майере (к 150-летию со дня рождения)



Петрюк П. Т.



Петрюк А. П.

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

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

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

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

**Резюме.** На основі джерел спеціальної літератури наведено нові дані про біографічні, наукові та психіатричні аспекти життєвого та наукового шляху професора А. Майєра — відомого американського психіатра швейцарського походження, невролога, нейроанатома, нейрофізіолога, творця вчення про психобіологію, автора терміна психогігієна та її розробника як дисципліни, котрий описав «петлі Майєра», який своїми науковими досягненнями зробив вагомий внесок у розвиток світової науки. Висвітлено питання психіатричного аспекту, який мав суттєвий вплив на розвиток американської психіатрії, життєвий і творчий шлях видатного вченого.

**Ключові слова:** професор А. Майєр, біографічні та наукові аспекти, наукова спадщина.

## Word of the famous American psychiatrist Adolf Meyer (By the 150th anniversary of his birth)

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

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

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

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

**Resume.** On the basis of the sources of literature provides new data on the biographical, scientific and psychiatric aspects of the life and scientific career of Professor A. Meyer – known American psychiatrist of Swiss origin, neurology, neuroanatomy, neurophysiology, the founder of the doctrine of psychobiology, the author of the term mental hygiene and its developer as a discipline, described «Mayer loop», whose academic achievements contributed to the development of world science.

It is noted that A. Meyer was president of the American Psychiatric Association and a member of the American Eugenics Society. Working in the mental health institutions, he concluded that mental disorders are defined not only the cerebral pathology, but also personality dysfunction. He recognized the influence of the social environment on the onset and course of mental disorders. Created psychobiological direction in psychiatry, according to which any kind of mental disorder is purely individual and can not be classified. Proposed taxonomy of mental disorders not nosological principle, but by types of reactions. He had a profound influence on the theory and practice of modern American psychiatry. Created ergaziologii concept on which proposed taxonomy of psychopathological disorders, corresponding to different ergasticheskim reactions. To emphasize the dynamic nature of mental illness, he invented a new classification system, «ergasiology», based on the Greek root erg (from ergon, work). Typical conditions in this system were «ergasiatry» (psychiatry), «oligergasia» (insanity) and «merergasia» (hysteria). He developed the concept of mental health.

When covering other issues psychiatric aspects, which have a significant impact on the development of American psychiatry, life and creative path of the eminent scientist.

**Key words:** Professor A. Meyer, biographical and scientific aspects, scientific heritage.





Адо́льф Майер

*Каждому человеку  
назначена судьбой  
единственная  
дорога.*

*М. Пьюзо*

Адо́льф Майер (Мейер, Meyer) (1866-1950) — американский психиатр швейцарского происхождения, известный специалист в области нейроанатомии и нейрофизиологии, чьи работы

оказали серьезное влияние на развитие теоретических и практических основ психиатрии в англоязычных странах. Он был президентом Американской психиатрической ассоциации (1927-1928) и членом Американского евгенического общества. Работая в психиатрических лечебных заведениях, А. Майер пришел к заключению, что психические нарушения определяются не только мозговой патологией, но и дисфункцией индивидуальности. Он признавал влияние социальной среды на возникновение и течение психических расстройств. Создал психобиологическое направление в психиатрии, согласно которому любое психическое расстройство чисто индивидуально и не может быть классифицировано. Предложил систематику психических расстройств не по нозологическому принципу, а по видам реакций. Оказал глубокое влияние на теорию и практику современной американской психиатрии. Создал концепцию эргасиологии, на основе которой предложил систематику психопатологических расстройств, соответствующих различным эргастическим реакциям. Чтобы подчеркнуть динамичный характер психических расстройств, он изобрел новую систему классификации, «*ergasiology*», основанную на греческой корневой *эрг* (от *эргона*, *работы*). Типичные условия в этой системе были «*ergasiatry*» (психиатрия), «*oligergasia*» (маразм) и «*merergasia*» (истерия). Разработал концепцию психической гигиены [1-12].

А. Майер — доктор медицинских наук, профессор, был доминирующей фигурой в американской психиатрии в течение первых четырех десятилетий XX века. Он был главной влиятельной силой в формировании психиатрии в её нынешнем виде, его научные достижения были прочно включены в американские психиатрические теории и практику. Он дал американской психиатрии свою плюралистическую и инструментальную ориентацию; его целостный подход к проблемам человека; его осмысление психических расстройств, включая шизофрению, как

разновидности типа реакции, а не дискретной единицы болезни; его обеспокоенность в связи с психотерапией психозов. Он представил психиатрию с фундаментальной научной ориентации, которая соответствовала традиционной науке того времени, а также открыла путь для включения данных о человеческом опыте и биографии в биологическое мышление. К месту упомянем, что его научный вклад в то время затмил, но не сместил господства психоанализа З. Фрейда.

А. Майер впервые использовал идеи З. Фрейда в американской психиатрии, предполагая, что психическое заболевание следует понимать как расстройство личности, а не мозговой патологии. Он аргументировано подчеркивал необходимость сбора подробных историй болезней пациентов, признавая роль социальной среды в развитии психических расстройств. Его работа и работа его жены с посещением и интервьюированием семей своих пациентов, было началом психиатрической социальной работы. Хотя усилия А. Майера по введению новой терминологии, за исключением термина «психогигиены», не были успешными, многие из его идей остаются актуальными по сей день. К примеру, по его мнению, пациента нужно рассматривать как всего человека, физического и психического, что в диагностике и лечении является основополагающим для успеха комплексных подходов в области психического здоровья [1-12].

Адо́льф Майер родился 13 сентября 1866 года в Нидервенингене (Niederweningen), недалеко Цюриха, Швейцария, в семье пастора Zwinglian. Он учился в Университете Цюриха. Психиатрию изучал в университетской психиатрической клинике Бургхельцли в Огюста Анри Фореля (Auguste-Henri Forel). Исключительную подготовку приобрел в области нейроанатомии и невропатологии под руководством Константи́на фон Мо́накова (Constantin von Monakow). 16 декабря 1892 года А. Майер в упомянутом университете защитил докторскую диссертацию по неврологии на тему: «*Über das Vorderhirn einiger Reptilien*» («О переднем мозге некоторых рептилий») под научным руководством Огюста Анри Фореля.

Во время своего пребывания в университете, он учился также за границей в Париже, Лондоне и Эдинбурге, работая под руководством таких известных учёных как Джон Хьюлингс Джексон (John Hughlings Jackson) и Жан-Мартэн Шарко́ (Jean-Martin Charcot), что дало ему возможность впоследствии начать свою профессиональную карьеру в качестве невропатолога. Позже А. Майер посетил Гейдельберг, где он наблюдал психиатрическую практику Эмиля Крепелина (Emil Kraepelin) с использованием подробных записей своих пациентов.

В связи с тем, что А. Майер не смог найти работу в Университете Цюриха, он в 1892 году был вынужден эмигрировать в США, будучи уже известным специалистом в области нейроанатомии и нейрофизиологии. После переезда в США, он в первую очередь практикует в качестве невропатолога, и короткое время преподает в Университете Чикаго, где знакомится с идеями функционализма. Так как он не мог найти оплачиваемую штатную должность в Университете Чикаго, то его пребывание в университете было недолгим. С 1893 по 1895 годы он служил в качестве патологоанатома в новой психиатрической больнице в Kankakee, штат Иллинойс, после чего работал в государственной больнице в Worcester, штат Массачусетс (1895-1902). За этот период он опубликовал много статей по неврологии, невропатологии и психиатрии [2, 6, 7, 9-12].

В 1902 году он стал директором Патологического института, позднее переименованного в Психиатрический институт (Нью-Йоркский институт психиатрии), государственной госпитальной системы Нью-Йорка, где был связан с подготовкой психиатров. Он оказал результативное влияние на американскую психиатрию, в котором подчеркивал важность внедрения системы классификации психических заболеваний Э. Крепелина, сохранения подробных записей о пациентах в историях болезней и возможности использования психоанализа. А. Майер принял идеи З. Фрейда о важности сексуальности и формирующего влияния ранних детских переживаний на взрослую личность. Следует отметить, что хотя А. Майер находил идеи З. Фрейда интересными, он никогда не практиковал психоанализ и со временем все больше отдалялся от него.

А. Майер стал профессором психиатрии в Корнельском университете (Cornell University) в 1904 году, где он оставался до 1909 года. В 1909 году Гранвилл Стэнли Холл (Granville Stanley Hall), выдающийся американский психолог и бывший студент отца современной психологии Уильяма Джеймса (William James), пригласил А. Майера в Кларк колледж в Вустере (Clark College in Worcester), штат Массачусетс, по случаю двадцатой годовщины колледжа, где он впервые встретился с Зигмундом Фрейдом и Карлом Юнгом.

С 1909 (по некоторым источникам с 1910) по 1941 годы А. Майер был профессором психиатрии в Университете Джонса Хопкинса (Johns Hopkins University) в Балтиморе и директором его психиатрической клиники Генри Фиппс (Henry Phipps Psychiatric Clinic) с момента её создания в 1913 году. Это была клиника в больнице США для людей, страдающих

психическими заболеваниями. А. Майер был одним из членов Американской психиатрической ассоциации и выступал в свое время в качестве её президента. Под его руководством клиника стала всемирно известным центром подготовки психиатров. Будучи профессором психиатрии в Университете Джонса Хопкинса, он учил, что при диагностике и лечении психических заболеваний, пациента всегда следует рассматривать в контексте его отношений с внешней средой.

А. Майер в 1927 году был избран членом Германской академии естествоиспытателей «Леопольдина» (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina; Deutsche Akademie der Wissenschaften), ныне — «Германская академия наук» (German Academy of Sciences), среди академиков которой числится более 157 лауреатов Нобелевской премии [2, 6, 7, 9-14].

А. Майер был одним из самых влиятельных американских психиатров в начале XX века, и он сыграл ключевую роль в популяризации дисциплины. Он эмпирически обозначил и утверждал, что психиатрия будет иметь лучший лечебный эффект, если симптомы пациентов будут тщательно и скрупулезно регистрироваться. Он составил подробные тематические исследования и жизненные истории своих пациентов, при содействии его жены, Мэри Поттер Брукс (Mary Potter Brooks), которая была в то время пионером в психиатрической социальной работе. Жена А. Майера участвовала в его работе. Она была той, кто собирал данные о больных, посещала их в своих домах, наблюдала за их повседневной жизнью, разговаривала с их семьями и делала подробные записи в медицинских документах. Таким образом, А. Майер впервые проложил первые *пути психиатрической социальной работы*, которая является существенной частью психиатрического лечения сегодня [9, 10].

В своей психобиологической концепции А. Майер утверждал, что социальные, психологические и биологические факторы всегда являются актуальными для благополучия пациента, и что психическое заболевание может вытекать из эмоциональных переживаний человека. Его взгляды отличались от широко распространенного тогда предположения, что поведенческие расстройства — это продукт неврологических нарушений или поражений мозга.

А. Майер обратил внимание на существовании связей между физическими факторами и психологическими реакциями, и эти взгляды существенно повлияли на те разделы психиатрии, где необходимо включать психотерапевтические методы лечения. Он считал, что психические проблемы в результате проблем с личностью, часто взаимосвязаны в начале травмы с

вопросами охраны окружающей среды или социальными проблемами. Он утверждал, что в повседневной жизни человека окружающая среда и привычки могут повлиять на психическое здоровье, и он выступал за общественные услуги, предназначенные помочь людям справиться со стрессами повседневной жизни. Несомненно, А. Майер был убежденным сторонником использования психиатров в тюрьмах, школах и других общественных учреждениях.

Активным противником наследственности и нозологического направления в психиатрии был А. Майер, который считал, что все психические расстройства — это реакции на неблагоприятное воздействие среды. Он считал, что диагноз — это не название болезни, а особенность реакции, характерная для данной личности пациента. Эта точка зрения нашла отражение в американской классификации DSM-V и проникла в МКБ-10.

А. Майер был настолько влиятельным на своей новой родине, что он был известен как «декан американской психиатрии», а его работа, как уже нами отмечено выше, оказала широкое влияние на психиатрические теории и практику. Он подчеркивал, что диагностика и лечение психических расстройств должна включать в себя полное понимание пациента как целостной личности. Этот подход, который бы сегодня можно было бы назвать «целостным», связан с изучением пациента из различных аспектов — медицинских, биографических, образовательных и даже художественных. Именно эта цель, которая привела его к внедрению использования индивидуальных историй болезни, объединяя в одном месте информацию о физическом состоянии пациента, анамнезе, семейной жизни, рабочей ситуации и других фактов, которые могут иметь отношение к лечению. Он также впервые указывал на необходимость внедрения визитов в семьи пациентов для того, чтобы понять психиатру среду, в которой пациент жил, и в которую он вернется, когда лечение будет закончено [10, 11].

А. Майер считал, что составные элементы человеческого существования активно взаимосвязаны, от самого низкого биохимического уровня до высокого когнитивного уровня. Он утверждал, что психологические факторы могут быть важны так же, как и неврологические в генезе психического заболевания. Поэтому А. Майер выступал за интеграцию исследований психологии человека и биологии в единую систему, которую он назвал *психобиологией*. Целью психобиологической терапии должна быть успешная интеграция различных биологических аспектов пациента и личности. Шаги, участвующие в этом, в частности, психотерапии, должны

включать анализ психологических, социологических и биологических факторов, относящихся к болезни пациента; работу с пациентом на сознательном уровне, оставаясь близко к первоначальному жалобам; и используя комбинацию методов лечения, приемлемых для обеих сторон — психиатра и пациента [10, 11].

Через терапию А. Майер обращался к краткосрочным и долгосрочным проблемам с целью помочь пациенту урегулировать их, а также для возможности осуществить необходимые перемены в жизни. Часть процесса терапии состояла в пособничестве пациенту в изменении нездоровых коррективов в его ситуации через руководство, предложения и перевоспитания, которые А. Майер называл «привычками обучения». «Привычка обучения», настаивал он, «является основой психотерапии». Его акцент на привычки расширен, чтобы включить шизофрению, которую он рассматривает как вызванную вредными привычками, приобретенными в течение длительного периода времени, в сочетании с биологическими факторами, в том числе и наследственностью. Неврозы, по мнению А. Майера, отличались от психоза в том, что только часть личности была вовлечена в болезнь. Он рассматривал невротических пациентов, как страдающих от нереалистичных ожиданий и неспособности принять себя такими, какими они есть [10, 11].

Следует отметить, что А. Майер сделал ряд принципиальных научных вкладов в нейроанатомию и невропатологию, а именно: это открытие обходных оптических пучков (зрительной лучистости) в височной доле головного мозга, получивших название «петли Майера»; и его исследования по вопросам центральных невритов и афазии; он также разработал и представил построенные модели из пластилина для преподавания нейроанатомии. Тем не менее, он все больше обращал свое внимание к проблемам, касающихся по существу человеческих аспектов поведенческой интеграции [6].

Необходимо остановиться на *Майера эргазии* (греч. *ergasia* — работа, действие, деятельность; *logos* — слово, понятие, учение), которую он описал ещё в 1908 году. Основная концепция психобиологии, созданная А. Майером в 1915 году, заключается в эклектической прагматической теории. Человек рассматривается как некое интегрированное единство биологических, социальных и психологических факторов. Нозологический принцип в психиатрии, основанный на изучении этиологии психозов, подменяется проводимым с позиций кондиционализма исследованием условий возникновения так называемых эргастических реакций. Последние рассматриваются как психобиологические

нарушения адаптивной реакции личности. Само понятие психического заболевания рассматривается как результат непрерывно текущих эргазий, суммирования и взаимодействия ряда факторов, ни один из которых не является ведущим. Изучение болезни сводится к анализу биографии больного. Различают шесть типов реакций, как бы вбирающих в себя всю психическую патологию: 1) органический; 2) делириозный; 3) аффективный; 4) параноидный; 5) ущербный, регрессивный, протекающий с бредом и галлюцинациями; 6) временные реакции при вытеснении конфликтов. Типы 1-2 соответствуют соматогенным психозам, 3 — циркулярному психозу, 4-5 — шизофрении, 6 — неврозам [15].

Известен также *Майера симптом* [А. Мейер, 1910] — расширение зрачков при надавливании на живот в точке Мак-Бурнея, который может наблюдаться при различных психических заболеваниях [15].

Кроме этого, А. Майер, вместе с Клиффордом Бирсом (Clifford Beers), был основателем движения психической гигиены и тем, кто предложил это название. Целью этого движения было информировать общественность о психических заболеваниях и добиться более гуманного обращения в учреждениях с пациентами [16].

Развитие психиатрии на протяжении последних нескольких десятилетий в основном опиралось на биомедицинскую модель, которая рассматривала лекарственную терапию как панацею от множества проблем. Английский психиатр D.B. Double скептически относится к этому подходу и полагает, что психиатрия должна ограничивать и дополнять биологический взгляд на психические заболевания пониманием психологических и социальных проблем, признавая, таким образом, неопределенность, присущую клинической практике [17].

Попытки сделать психиатрический диагноз более надежным сопровождались возвращением к биомедицинской модели психического заболевания. Такой подход был назван неокрепелиновским, поскольку он поддерживает многие идеи, связанные со взглядами Э. Крепелина, которого считают основателем современной психиатрии. Неокрепелиновский подход включает девять убеждений: 1) психиатрия — это область медицины; 2) психиатрия должна использовать современные научные методы и основывать свою практическую деятельность на научном знании; 3) психиатрия лечит людей, которые больны и нуждаются в лечении по поводу душевного заболевания; 4) существует граница между нормальными и больными людьми; 5) психическое заболевание — это не миф; существует много психических заболеваний.

Задача научной психиатрии — исследовать причины, диагноз, а также методы лечения этих психических заболеваний; 6) психиатры должны сосредоточиваться на биологических аспектах психического заболевания; 7) необходима явная и целенаправленная заинтересованность в диагностике и классификации психических расстройств; 8) диагностические критерии должны быть систематизированы, необходима также обоснованная и значимая сфера научных исследований, подтверждающих правильность таких критериев с помощью различных техник. Кафедры психиатрии в медицинских учебных заведениях должны обучать студентов этим критериям и не умалить их значение, как это происходило в течение многих лет; 9) следует использовать статистические методы в научных исследованиях, направленных на повышение надежности и валидности диагноза и классификации [18-20].

А. Майер утверждал, что «диагноз обычно отражает только одну часть фактов и используется лишь из соображений удобства систематизации». Диагноз не нужно ставить исходя исключительно из биомедицинской модели психического заболевания. Он может нести в себе сведения о причинах появления у пациента симптомов. На самом деле сосредоточение на органическом происхождении предполагаемого основного расстройства обычно отрицает пациента как личность и объективизирует его так, что он становится лишь организмом, который нуждается в лечении. Хотя очень важно понимать, какие органические изменения лежат в основе расстройства, поскольку головной мозг ответствен за процессы познания, эмоциональную сферу и поведение, понимание действий личности не становится лучше при исключении содержания, а также психологических и социальных истоков трудностей, испытываемых личностью.

Обычно в психиатрической теории всегда доминировала соматическая модель, но около 50 лет назад более общепринятыми были психологические и психодинамические объяснения. А. Майер, выдающийся американский психиатр первой половины XX столетия, настаивал на том, чтобы рассмотреть его философский подход к психиатрии с её акцентом на понимании личности как более передовой по сравнению с механистической философией XIX века [3]. В настоящее время его работа в значительной степени игнорируется в современной биологической психиатрии, основывающейся на согласованности функций различных органов тела. Он предостерегал, что нельзя выходить за рамки представлений о человеке и переходить к желаемой «неврологизирующей тавтологии» в отношении головного мозга [21].

Биопсихологическая модель А. Майера включает следующие предположения: 1) граница между психически здоровыми и психически больными людьми подвижна, так что нормальные люди могут заболеть, если подвергнутся достаточно тяжелой психологической травме; 2) психическое заболевание можно представить в виде континуума степени тяжести — невроз, пограничные состояния и психоз; 3) неблагоприятное сочетание вредно действующих факторов окружающей среды и душевного конфликта вызывает психическое заболевание; 4) механизмы развития психического заболевания у индивида «запускаются» психологическими факторами; 5) постмодернизм предоставляет врачам благоприятную возможность переопределить свои роли и обязанности [21-24].

На протяжении своей долгой и весьма плодотворной жизни А. Майер опубликовал более 250 научных работ, в том числе много статей в различных журналах США и Европы. Кроме того общеизвестно, что он был непрозрачным человеком и не всегда мог четко выражать свои мысли [2]. Многие его работы были собраны и опубликованы в виде сборников статей и отдельных книг. Приводим некоторые из его публикаций: «Pathological report [print/digital]: Illinois Eastern Hospital for the Insane» (1896); «The Anatomical Facts and Clinical Varieties of Traumatic Insanity» (1904); «The Nature and Conception of Dementia Praecox» (1910); «Notes of clinics in psychopathology» в савт. с G.H. Kirby (1910); «Dementia praecox» (1911); «The right to marry: what can a democratic civilization do about heredity and child welfare» (1916); «Constructive Formulation of Schizophrenia» (1922); «Birth control, facts and responsibilities; a symposium dealing with this important subject from a number of angles» (1925); «Scope and teaching of psychobiology» (1935); «The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer / Edited by Alfred Lief. — Consists of 52 selected papers» (1948); «Collected Papers / Edited by Eunice Winters. — 4 vols» (1950-1952); «Psychobiology: a Science of Man. This posthumous book was based on the first Thomas W. Salmon Lectures, which Meyer gave in 1931» (1957) и многие другие [2, 3-6, 9-11, 13-14, 25].

А. Майер умер 17 марта 1950 года в Балтиморе, штат Мэриленд, США, через несколько месяцев после перенесенного инсульта. Похоронен на кладбище Друид-Ридж (Druid Ridge) небольшого городка Пайксвилль (Pikesville) округа Балтимор. За годы, прошедшие после смерти А. Майера в 1950 году, психиатрия разработала новые сложные методы терапии психических заболеваний. И все же, оценки А. Майера остаются неизгладимыми.

«Многие американские психиатры сегодня отвергают основные, жесткие теории и принимают вместо этого «биопсихосоциальный подход», отмечает профессор Университета Джонса Хопкинса Пол Р. Макхью (Paul R. McNHugh), почетный председатель департамента Хопкинса. «Но биопсихосоциальная идея не нова. Это довольно простая концепция психобиологии Адольфа Майера» [16].

Таким образом, влияние А. Майера на развитие американской психиатрии было оказано путем публикации большого количества его научных работ, а также многочисленных работ его учеников, в частности, сотрудников Университета Джонса Хопкинса. Большинство из основателей Нью-Йоркского психоаналитического общества работали под руководством А. Майера в государственной больнице Манхэттена, в том числе и его главный архитектор Абрахам Арден Брилл (Abraham Arden Brill, 1874-1948) — психиатр, который первым познакомил англоязычный мир с трудами З. Фрейда.

Вне сомнения, вклад А. Майера в развитие американской психиатрии очевидный. Его основной вклад в развитие психиатрии заключается в развитии учения о психобиологии, которое он всегда использовал в работе с душевнобольными пациентами (имеется ввиду использование всех доступных соответствующих биологических, психологических и социальных факторов). Он сделал особый акцент на создании подробных историй болезней, в которых были изучены социальные и другие, связанные с окружающей средой, патогенетические факторы возникновения психических заболеваний. Он предложил термин «психогигиены» и внедрил его в медицинскую практику [26]. S.D. Lamb [2] справедливо подмечает, что сегодняшние психологи и психиатры будут очарованы её доказательствами того, что А. Майер более 100 лет тому назад опередил свое время, полагая, что жизненный опыт изменил физиологию мозга.

Вместе с этим в биографии и научном творчестве известного учёного-психиатра имеется много неясных вопросов (например, почему быстро исчез учёный из поля зрения психиатрической общественности, почему его научное наследие стремительно рухнула после его смерти, как объяснить «его странное исчезновение» из американской психиатрии, почему свои научные достижения не публиковал в виде монографий, какой вклад сделал учёный в развитие евгеники и многие другие вопросы), которые нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании. Поэтому понятно, почему всеобъемлющий пересмотр жизни, карьеры и влияния А. Майера на развитие психиатрии как науки уже давно назрел.

## Литература

1. Lamb S. Social, Motivational, and Symptomatic Diversity: An Analysis of the Patient Population of the Phipps Psychiatric Clinic at Johns Hopkins Hospital, 1913-1917 / Susan Lamb // Canadian Bulletin of Medical History. — 2012. — Vol. 29. — No. 2. — P. 243-263.
2. Lamb S.D. Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry / S.D. Lamb. — Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2014. — 320 p.
3. The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer / Edited by Alfred Lief. — New York: McGraw-Hill, 1948. — Consists of 52 selected papers
4. The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty-Two Selected Papers, With Biographical Narrative by Adolf Meyer (Author), Alfred Lief (Editor). — Whitefish, Montana: Kessinger Publishing, LLC, 2010. — 700 p.
5. Guide to The Adolf Meyer Collection / Organized and Cataloged under the Direction of Ruth Leys, Ph.D.; Guide Encoded by Arch. Proteus; Encoding Project Coordinated by Lisa A. Mix. — Baltimore, MD: The Johns Hopkins Health System and The Johns Hopkins University, 1999 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.medicalarchives.jhmi.edu/sgml/amg-d.htm> (дата обращения 18.10.2015).
6. Lidz T. Meyer, Adolf / Theodore Lidz // International Encyclopedia of the Social Sciences. — 1968 [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://www.encyclopedia.com/topic/Adolf\\_Meyer.aspx](http://www.encyclopedia.com/topic/Adolf_Meyer.aspx) (дата обращения 18.10.2015).
7. Lidz T. Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry / Theodore Lidz // The Journal of Psychiatry. — September 1966. — Vol. 123. — No. 3. — P. 320-332.8. Davidson L. The Strange Disappearance of Adolf Meyer / Lawrence Davidson // Orthomolecular Psychiatry. — 1980. — Vol. 9. — No 2. — P. 135-143.
9. Adolf Meyer / New World Encyclopedia [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Adolf\\_Meyer](http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Adolf_Meyer) (дата обращения 20.10.2015).
10. Адольф Майер (1866-1950) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.goodtherapy.org/famous-psychologists/adolf-meyer.html> (дата обращения 19.10.2015).
11. Adolf Meyer / Psychology Encyclopedia [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://psychology.jrank.org/pages/418/Adolf-Meyer.html> (дата обращения 17.10.2015).
12. Кондаков И.М. Психология. Иллюстрированный словарь / И.М. Кондаков. — СПб.: Прайм-Еврознак, М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2003. — С. 198 (Проект «Психологическая энциклопедия»).
13. Campbell C.M. Adolf Meyer / C. Macfie Campbell // Archives of Neurology and Psychiatry. — 1937. — Vol. 37. — No 4. — P. 715-724.
14. Ebaugh F.G. Adolf Meyer: The Teacher / Franklin G. Ebaugh // Archives of Neurology and Psychiatry. — 1937. — Vol. 37. — No 4. — P. 732-741.
15. Майера эргазиялогия // Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995 [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://psychiatry.academic.ru/1508/Майера\\_эргазиялогия/](http://psychiatry.academic.ru/1508/Майера_эргазиялогия/) (дата обращения 20.10.2015).
16. Worthington J.F. When Psychiatry Was Very Young / J.F. Worthington // Hopkins Medicine magazine. An online version of the magazine. — Winter 2008 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.hopkinsmedicine.org/hmn/W08/annals.cfm> (дата обращения 20.10.2015).
17. Double D. The limits of psychiatry / Duncan Double // British Medical Journal. — 2002 (Published 13 April). — Vol. 324. — P. 900-904.
18. Klerman G.L. The evolution of a scientific nosology / G.L. Klerman // Schizophrenia: Science and Practice / Ed. J. C. Shershow. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978. — P. 99-121.
19. Double D.B. Adolf Meyer and the myth/reality of mental illness: implications for current understanding [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.critpsynet.freeuk.com/Meyermyth.htm> (дата обращения 17.10.2015).
20. Double D.B. What Would Adolf Meyer Have Thought of the Neo-Kraepelinian Approach? / D.B. Double [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.uea.ac.uk/~wp276/meyer.htm> (дата обращения 17.10.2015).
21. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history / M. Wilson // American Journal of Psychiatry. — March 1993. — Vol. 150. — No 3. — P. 399-410.
22. Double D.B. The Biopsychological Approach in Psychiatry: The Meyerian Legacy / D.B. Double // Double D.B. (ed.) Critical Psychiatry: The Limits of Madness. — Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006. — P. 165-188.
23. Psychobiology: a Science of Man, compiled and edited by Eunice E. Winters and Anna Mae Bowers. Springfield, IL: Charles C Thomas (1957). This posthumous book was based on the first Thomas W. Salmon Lectures, which Meyer gave in 1931.
24. Bleuler M. Early Swiss Sources of Adolf Meyer's Concepts / M. Bleuler // American Journal of Psychiatry. — September 1962. — Vol. 119. — No 3. — P. 193-196.
25. Collected Papers / Edited by Eunice Winters. — 4 vols. — Baltimore: Johns Hopkins Press, 1950-1952. — Volume 1: Neurology. Volume 2: Psychiatry. Volume 3: Medical Teaching. Volume 4: Mental Hygiene.
26. Adolf Meyer (Psychiatrist) [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://de.wikipedia.org/wiki/Adolf\\_Meyer\\_\(Psychiatrist\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Adolf_Meyer_(Psychiatrist)) (дата обращения 20.10.2015).

## РЕЦЕНЗИЯ

**на книгу «Лэмб С.Д. Патологоанатом разума: Адольф Майер и происхождение американской психиатрии. — Балтимор, МД: Джонс Хопкинс Университет Пресс, 2014. — 320 с.»**

## REVIEW

**the book (Lamb S.D. Pathologist of the Mind: Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry. — Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2014. — 320 p.)**

Рецензируемая монография, изданная на английском языке, посвящена ключевой фигуре в американской психиатрии — американскому психиатру швейцарского происхождения Адольфу Майеру (Adolf Meyer, 1866-1950), известному специалисту в области нейроанатомии и нейрофизиологии, чьи работы оказали серьезное влияние на развитие теоретических и практических основ психиатрии в англоязычных странах. Работая в психиатрических лечебных заведениях, А. Майер пришел к заключению, что психические нарушения определяются не только мозговой патологией, но и дисфункцией индивидуальности. Он признавал влияние социальной среды на возникновение и течение психических расстройств, разработал концепцию психобиологии и психогигиены.

Подчеркивается, что в первой половине XX века, А. Майер был наиболее авторитетным и влиятельным психиатром в Соединенных Штатах Америки (США), но сегодня он почти забыт. В рецензируемой книге её автор С.Д. Лэмб, доктор философии, историк медицины из Института истории медицины при Университете Джонса Хопкинса пытается объяснить «его странное исчезновение» из американской психиатрии и что нужно предпринять для подъёма известности А. Майера.

Сообщается, что А. Майер родился в 1866 году в Нидервингенге, недалеко Цюриха, Швейцария. Он учился в Университете Цюриха. Психиатрию изучал в университетской психиатрической клинике Бургхельцли в Огюста Анри Фореля. Исключительную подготовку приобрел в области нейроанатомии и невропатологии под руководством Константина фон Монакова. Во время пребывания в университете, он учился также за границей в Париже, Лондоне и Эдинбурге, работая под руководством таких известных учёных как Джон Хьюлингс Джексон и Жан-Мартэн Шарко, что дало ему возможность впоследствии начать свою профессиональную карьеру в качестве невропатолога. Позже А. Майер посетил Гейдельберг, где он наблюдал психиатрическую

практику Эмиля Крепелина с использованием подробных записей своих пациентов.

По окончании медицинского образования, А. Майер принимает роковое решение. В то время как З. Фрейд считал США страной варваров и интеллектуально безнадежных провинциалов, А. Майер видел её как землю новых возможностей. В возрасте 26 лет А. Майер эмигрировал в США, где его карьера быстро расцвела. После переезда, он в первую очередь практикует в качестве невропатолога, и короткое время преподаёт в Университете Чикаго, где знакомится с идеями функционализма. С 1893 по 1895 годы он служил в качестве патологоанатома в новой психиатрической больнице в Канкаее, штат Иллинойс, после чего работал в государственной больнице в Worcester, штат Массачусетс (1895-1902). В 1902 году он стал директором Патологического института, позднее переименованного в Психиатрический институт, государственной госпитальной системы Нью-Йорка, где был связан с подготовкой психиатров. Он оказал действенное влияние на американскую психиатрию, в котором подчеркивал важность внедрения системы классификации психических заболеваний Э. Крепелина, сохранения подробных записей о пациентах в историях болезней и возможности использования психоанализа. А. Майер принял идеи З. Фрейда о важности сексуальности и формирующего влияния ранних детских переживаний на взрослую личность. Следует отметить, что хотя А. Майер находил идеи З. Фрейда интересными, он никогда не практиковал психоанализ и со временем все больше отдалялся от него.

Отмечается, что А. Майер стал профессором психиатрии в Корнельском университете в 1904 году, где он оставался до 1909 года. С 1909 по 1941 годы А. Майер был профессором психиатрии в Университете Джонса Хопкинса в Балтиморе и директором его психиатрической клиники Генри Фиппса с момента её создания в 1913 году. А. Майер был одним из членов Американской психиатрической ассоциации

и выступал в свое время в качестве её президента. Под его руководством клиника стала всемирно известным центром подготовки психиатров. Будучи профессором психиатрии в Университете Джонса Хопкинса, он учил, что при диагностике и лечении психических заболеваний, пациента всегда следует рассматривать в контексте его отношений с внешней средой. Поэтому А. Майер выступал за интеграцию исследований психологии человека и биологии в единую систему, которую он назвал *психобиологией*. Однако, несмотря на его акцент на биологию, он критически объяснял наследственность психических болезней. Автор рецензируемой книги приводит убедительный аргумент, что А. Майер принимал эту позицию потому, что его мать была серьезно больна, из-за психотических расстройств она была госпитализирована в университетскую психиатрическую клинику Бургхельцли. На одном из этапов своей жизни он считал свою мать «неизлечимой», хотя она со временем восстановилась. А. Майер чувствовал в себе необходимость осудить генетический подход как нигилистический в терапии пациента. Он также был поражен тем, что случай матери был ему психологически понятен. В своей работе он всегда подчеркивал, что жизненные испытания пациента играют ключевую роль в развитии симптомов психического расстройства. Экспертиза архивных материалов, в том числе и подобных случаев, проведенная С.Д. Лэмб, показывает насколько старательно он руководствовался этой заповедью.

Показано, что А. Майер использовал свою влиятельную позицию, чтобы установить психиатрию как клиническую науку наряду с другими академическими дисциплинами. Он успешно выступает за научно-биологический подход в психиатрии, внедряет порядок сертификации психиатров, готовит сотни специалистов, которые, в конечном счёте, заняли лидерские позиции и внесли значительный вклад в психиатрию, неврологию, психологию, экспериментальную социальную работу и, следовательно, в охрану здоровья населения.

Многие психиатры знают, что А. Майер является важной фигурой в американской психиатрии, но, как правило, не знают почему. Рецензируемая монография С.Д. Лэмб дает четкие ответы на это. К счастью тех, кто желает узнать об идеях А. Майера и их влиянии на развитие американской психиатрии, автор монографии разыскала его неопубликованные документы и корреспонденцию для выяснения истин, которые стали непрозрачными, когда он превратил их в эссе. Очень важно, что она также прочла более 1800 дотошных записей пациентов, созданных А. Майером и его сотрудниками

в психиатрической клинике Генри Фиппса, которые показывают его в работе в качестве врача и учителя. Эти записи являются ключом к пониманию того, как учёный создавал американскую психиатрию с его идеями в руководимом им психиатрическом центре. В результате складывается цельное впечатление о психобиологии А. Майера и захватывающий взгляд на опыт лечения пациентов, их страдания и условиях лечения психически больных в начале XX-го века.

Автор рецензируемой монографии пытается провести подробный анализ жизни и деятельности А. Майера, его учения о психобиологии. Подчеркивает, что в течение своей долгой жизни А. Майер никогда не писал монографий и учебников. Кроме того, общеизвестно, что он был непрозрачным «писателем». Даже самые преданные его читатели должны стараться, чтобы уловить его смысл. С.Д. Лэмб признает, что его документы полны таинственных «дисплеев словесной гимнастики»; что он был известен, как человек, который «неспособен выразить себя четко» и что «запутывающее влияние этих особенностей усугублялось трудностями его предмета и эпидемией неологизмов», которые характеризуют его научную продукцию. Многие ученики А. Майера считали стиль его письма отвратительным. Он не мог правильно передать свои идеи в научных работах, что ставило даже поклонников в недоумение относительно того, что он пытался сказать.

Приходится сожалеть, что автор данной работы ограничилась лишь исследованием периода между медицинской подготовкой А. Майера в Швейцарии, Париже и Лондоне и вступлением США в Первую мировую войну в 1917 году.

Таким образом, рецензируемая монография, написанная в несколько сухом, академическом стиле, тем не менее, представляет собой бесценную попытку автора переоценить новаторский вклад психиатра А. Майера в американскую психиатрию и ставит его в контекст психиатрической культуры своего времени. Книга С.Д. Лэмб, полная интересной информации о том, как профессор А. Майер, швейцарский психиатр и невропатолог установил основы современной психиатрии США, она предлагает убедительный новый взгляд на интегральное, но не всегда понятое наследие А. Майера.

Сегодняшние психологи и психиатры будут очарованы доказательством автора книги о том, что А. Майер более 100 лет тому назад опередил свое время, полагая, что жизненный опыт изменил физиологию мозга.

*Рецензенты: Доцент, кандидат медицинских наук, врач-психиатр П.Т. Петрюк, врач-психиатр А.П. Петрюк  
г. Харьков, 17.10.2015 года*



## РЕЦЕНЗИЯ

**на книгу «Электросудорожная терапия у детей и подростков / Под ред. Neera Ghaziuddin, Garry Walter. — Нью Йорк: Изд-во Оксфордского университета США. — 2013. — 316 с.»**

## REVIEW

**the book (Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents / Edited by Neera Ghaziuddin, Garry Walte. — New York: Oxford University Press USA. — 2013. — 316 p.)**

Рецензируемая монография является новаторской и первой в истории книгой, посвященной исключительно применению электросудорожной терапии (ЭСТ) у детей и подростков в возрасте до 18 лет. Она подготовлена и издана на английском языке известными в этой области медицинской науки редакторами-специалистами: Neera Ghaziuddin, доктором медицинских наук, адъюнкт-профессором детской и подростковой психиатрии в Университете штата Мичиган Анн-Арбор (США), которая готовит будущих детских психиатров по вопросам использования ЭСТ у молодых пациентов до 18 лет, и Garry Walter, доктором медицинских наук, профессором детской и подростковой психиатрии в Университете Сиднея, клиническим директором детской и подростковой психиатрических служб в районе Северного Сиднея (Австралия) и адъюнкт-профессором Университета Далхаузи (Dalhousie University), (Канада).

Следует отметить, что ЭСТ была предложена ещё в 1938 году в Риме итальянскими врачами У. Черлетти и Л. Бини и с 1940 до 1950 годов использовалась во всех возрастных группах. Исследования многих авторов продемонстрировали эффективность ЭСТ для лечения таких заболеваний как мания, меланхолия и детская шизофрения, но имидж ЭСТ, к сожалению, необоснованно взял крутое пикирование вниз в 1960 году, которое особенно усилилось после таких фильмов, как фильм режиссера Милоша Формана «Пролетая над гнездом кукушки» (1975), снятому по роману американского писателя Кена Кизи «Над кукушкиным гнездом» (1962). Тем не менее, в мире в последнее десятилетие наблюдается возрождающийся интерес к использованию ЭСТ при лечении детского и подросткового контингента психически больных.

Заметим, что применение ЭСТ у взрослых и молодых людей отличается определенными особенностями. Исследования, проведенные в США и Австралии, показывают, что менее 1%

всех пациентов, получавших ЭСТ, являются детьми и подростками. Дети имеют более низкий порог реагирования, что увеличивает риск продолжения припадков. При этом важно отметить, что в специальной литературе не было никаких сообщений о случаях смерти в результате ЭСТ. Побочные эффекты у молодых людей, как правило, мягкие и преходящие.

Редакторы отмечают, что несколько лет назад, например, издание книги такого объема было бы немыслимым. Для ЭСТ в этой возрастной группе было сделано разными специалистами вместе немало, но нередко, иногда тайно, и почти извиняющимся тоном. Таких случаев больше нет. Публикация рецензируемой монографии в итоге выводит ЭСТ для педиатрической популяции из тени. Их работы за последние 2 десятилетия заложили клиническую и научную основу для справедливого тезиса, что серьезно болеющие психически больные дети и подростки заслуживают возможности эффективно лечиться, и в случае необходимости, с использованием одного из самых драматически эффективных методов лечения во всей медицине. Уместно подчеркнуть, что на фронтисписе книги указано: «Посвящается молодым людям, которые никогда не должны быть лишены возможности преодолеть проблемы и процветать». В предисловии редакторы правильно отмечают, что эта книга возникла из клинических наблюдений авторов и чувства несправедливости.

В подготовке данной монографии приняли участие многие ученые-психиатры и практические врачи из разных стран мира (США, Австралии, Канады, Великобритании, Израиля).

Монография состоит из предисловия, введения, информации об авторах, 12 основных разделов, каждый из которых дополнен таблицами, примерами из практики и списком современной использованной специальной литературы, а также из указателя использованных понятий и фамилий. Разделы книги посвящены следующим темам: 1. История детской ЭСТ (Edward Shorter,

Канада). 2. Механизм действия ЭСТ (Max Fink, США). 3. ЭСТ и стигма (Andrew McDonald, Garry Walter, Австралия). 4. Этические и согласительные аспекты (Michael Robertson, Joseph M Rey, Garry Walter, Австралия). 5. Практическое руководство по использованию ЭСТ у несовершеннолетних (Neera Ghaziuddin, Elise Hodges, Polly Gipson, США). 6. ЭСТ у молодых людей с сопутствующими соматическими и неврологическими расстройствами (Daniel F. Maixner, США). 7. Анестезия (Daniel E. Gih, Bernard Biermann, США; Emma Taylor, UK). 8. Побочные эффекты (Angèle Consoli, Angèle Consoli, David Cohen, Франция). 9. ЭСТ для подростковых расстройств настроения (Neera Ghaziuddin, США). 10. ЭСТ для расстройств шизофренического спектра (Yuval Bloch, Daniel Stein, Израиль; Garry Walter, Австралия). 11. ЭСТ для кататонии при аутизме (Dirk M. Dhossche, Lee E. Wachtel, США). 12. ЭСТ для самоагрессивного поведения (Lee E. Wachtel, Dirk M. Dhossche, США).

В этой монографии авторы глав систематически решают проблемы стигмы, обучения, согласия и практики. Процедуры и практика все время совершенствовались и в настоящее время используются современные анестезирующие методы ЭСТ. Обращается внимание на тщательное обследование пациентов перед проведением сеансов ЭСТ. При этом учитывают показатели результатов как общих, так и частных, в том числе когнитивных оценочных шкал, нейропсихологических тестов; электрокардиографии, электроэнцефалографии и сканирования мозга. Казалось бы, что нет абсолютных медицинских или неврологических противопоказаний для проведения ЭСТ. Однако, отдельные главы посвящены исследованиям и процедурам ЭСТ для определенных нарушений лечения с сопутствующими тематическими виньетками.

В заключение на основании открытых исследований и серии случаев для ЭСТ у детей и подростков обосновываются убедительные доказательства эффективности данного метода. Врачи, которые в ходе своей врачебной деятельности имеют дело с выраженными депрессиями у детей и молодых людей, которые не реагируют на лечение; молодыми людьми с угрожающими жизни кататоническими расстройствами или серьезно самоагрессивными детьми с расстройствами аутистического спектра, несомненно, должны рассмотреть возможность

применения ЭСТ после обращения к этой книге. Многие врачи нуждаются в обучении методам проведения ЭСТ. Безусловно, при обсуждении с пациентом и членами его семьи всех «плюсов и минусов» метода ЭСТ врач должен ознакомиться с данными рецензируемой работы.

Бесспорно, эта книга предназначена как для повседневной работы практикующих врачей, так и для научных библиотек. Вместе с этим, она специально написана, чтобы быть практическим и ориентированным на политику науки инструментом. По-видимому, она также будет очень полезной для ученых, топ-менеджеров, психиатров и организаторов охраны здоровья.

Из-за своей международной компетенции, оно имеет очевидный потенциал для читательской аудитории во всем мире, но вполне может быть также полезна для аспирантов и научных работников, занимающихся исследованиями и научными разработками в этой области.

Примечательно, что данная монография действительно является книгой международного масштаба и является внимательным теоретическим и практическим вариантом, открытым для всех стран, которые в настоящее время используют или будут использовать ЭСТ в указанного контингента пациентов.

В заключении хочется ещё раз подчеркнуть, что рецензируемая книга является первой в мире книгой по применению ЭСТ у детей и подростков до 18 лет; авторы получали практический опыт применения данного метода из первых рук, т.е. на основании собственного опыта; книга включает цельный обзор научной литературы по ЭСТ у детей; в монографии описаны некоторые признаки, которые привлекали мало внимания ранее, в том числе к кататонии, аутизму и самоагрессии. Неудивительно, что высокую оценку данной монографии дает и специализированный журнал «*The Journal of ECT*» (September 2014. — Vol. 30. — № 3).

Хочется надеяться, что рецензируемая монография вскоре может быть по достоинству оценена в Украине и будет осуществлен её перевод и издание на государственном языке.

*Рецензенты: Доцент, кандидат медицинских наук, врач-психиатр П.Т. Петрюк, врач-невролог О.П. Иваничук (Харьков)*

*19.12.2014 года*

## В.Б. Первомайский, доктор мед наук, профессор

# КОМПИЛЯЦИЯ И ПЛАГИАТ

### (из воспоминаний профессора)

С началом работы в Институте Специализированного Ученого совета по защите кандидатских и докторских диссертаций первое, с чем я столкнулся, будучи оппонентом, а затем, в течение 10 лет, заместителем председателя Совета, были компиляция и плагиат, присутствовавшие в публикациях и тексте диссертации отдельно либо в совокупности. Тесно к этой проблеме примыкала еще одна. Я имею ввиду случаи, когда диссертант, желая, видимо, произвести на ученых Совета неотразимое впечатление, еще до защиты издавал диссертацию в виде монографии. При этом видимо, в качестве благодарности, в авторский коллектив вписывал фамилию оппонента и (или) кого-либо из членов совета (очевидно по предложению председателя).

Столкнувшись с такими случаями (более подробно о них я расскажу ниже), в декабре 2001 года я обратился в ВАК Украины с просьбой дать официальные разъяснения. Через 1.5 месяца пришел ответ (от 15-02-2002 №01-81-01/272) за подписью Председателя ВАК Скопенко В.В., в котором исчерпывающе изложены особенности правового статуса оппонентов и правовые основы предотвращения плагиата и компиляции в диссертациях. Не могу не отметить тщательное и детальное разъяснение по поставленным вопросам, в отличие от обращений в Министерства, ответы которых представляют собой либо формальную отписку, либо вообще извращают смысл обращения.

Приведу цитату из письма ВАК в переводе на русский язык: «Действующее законодательство Украины от 23 декабря 1993 г. «Об авторском праве и смежных правах» в п.в.) ст.50, дает определение плагиата — оприлюднення (опубликование), полностью или частично, чужого произведения под именем лица, которое не является автором этого произведения. Такое определение законодательно закреплено, а значит должно применяться относительно всех правоотношений, в том числе связанных с получением научных степеней. Поскольку в соответствии с п.11 Порядка присуждения научных степеней диссертации выполняются лично — то есть под собственным именем соискателя, положения диссертации свидетельствуют о **личном** вкладе соискателя, а рукопись диссертации публикуется, то наличие в диссертации текстовых заимствований, использование идей, научных результатов и

материалов других авторов без **ссылок на источник** следует квалифицировать как **плагиат**. То есть законодательство в этой части не делает исключений и для «частей чужого произведения» распространяя и на них режим правовой охраны. Таким образом, объем заимствований для квалификации такого действия в качестве плагиата значения не имеет». Таким образом, с точки зрения закона плагиата немножко не бывает. Плагиат либо есть, либо его нет. Запомним это утверждение. Оно нам поможет оценить приведенные ниже примеры.

Приведу еще одну важную цитату: «В случае обнаружения оппонентом плагиата, последний обязан отобразить этот факт в своем отзыве. В таких случаях применяется ч.2 п.16 Порядка присуждения научных степеней и присвоения ученых званий: **«В случае текстовых заимствований, использования идей, научных результатов и материалов других авторов без ссылок на источник диссертация снимается с рассмотрения независимо от стадии прохождения без права ее повторной защиты»**. Единственное, что спасает диссертанта в подобных случаях — это срок давности 10 лет установленный ч.3 п.16 цитируемого «Порядка...».

Следующий важный вопрос — это наличие плагиата в статьях, которые должны отражать основные научные результаты диссертации. Мнение ВАК Украины по этому вопросу следующее: «Если плагиат в материалах статьи использован в рукописи диссертации, то это квалифицируется, как факт плагиата в диссертации с соответствующими правовыми последствиями».

Наконец последний вопрос — компиляция. Обратимся опять к письму ВАК: «Действующее законодательство Украины нормативно не закрепляет понятие компиляции в понимании неоригинальной, несамостоятельной научной работы построенной на использовании чужих произведений». И далее ВАК перечисляет ряд требований относительно **новизны** научных положений диссертации, которые в совокупности представляют собой механизм устранения компиляции в диссертациях. Речь идет о **новизне** результатов, **ранее не защищенных** научных положениях и **личном вкладе** соискателя в науку. Установление всех этих фактов возлагается на оппонента.

Теперь, когда мы вооружены правовыми основами понимания плагиата и компиляции обратимся к конкретным примерам.

Некий ученый, регулярно изучающий статьи по «чернобыльской проблеме», публикуемые журналом «Врачебное дело», находит статью А.А.Ревенка «Структурно-динамическая характеристика реактивных психозов у лиц, подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения в результате аварии на Чернобыльской АЭС» (Врачебное дело, №8, 1991, с.83-85). Поскольку этот ученый интересуется реактивными психозами, да еще читает лекции по проблеме, а, значит, хорошо знает специальную литературу по этой теме, то изучение этой статьи

вызвало у него феномен *deja vu*. Подняв соответствующую литературу, ученый убеждается, что нечто подобное уже опубликовано задолго до Чернобыльской катастрофы. Не веря глазам своим, он составляет следующую таблицу, сопоставляя цитаты из двух источников.

Авторство текста в первой колонке принадлежит А.А.Ревенку, а во второй — А.Б.Смулевичу. Их сопоставление однозначно показывает их совпадение не только по смыслу, но и текстуально. Факт плагиата очевиден. И в этом смысле статья в плане научной новизны ничтожна. Единственный вывод, который мог бы быть сделан в случае открытого сопоставления клинических проявлений у чернобыльцев

Врачебное дело, №8, 1991, с.83-85	Руководство по психиатрии, под ред. Акад. А.В.Снежневского, Т.2, М.,1983, с.371-377.
Наиболее распространенным был реактивный параноид ... так как данный вариант психогении относится к сравнительно редким формам реактивных психозов и <b>чаще наблюдается в военной обстановке при значительном эмоциональном перенапряжении, нервном и соматическом истощении, связанным с длительным лишением сна, недоеданием и другими причинами</b> (ссылка на автора отсутствует)	Психогенные параноиды относятся к сравнительно редким формам реактивных психозов. <b>Чаще параноидные реакции наблюдаются в военной обстановке...</b> Развитию психогенного параноида может способствовать <b>длительное эмоциональное напряжение, нервное и соматическое истощение, связанное с длительным лишением сна, недоеданием и другими причинами.</b>
Клиническая картина психоза характеризовалась простотой, образностью, эмоциональной насыщенностью бреда и резко выраженным аффектом тревоги и страха.	Клинической картине острого психогенного параноида свойственны простота, элементарность, образность, эмоциональная насыщенность бреда и резко выраженный аффект страха и тревоги.
<b>Заболевание протекало остро.</b> Длительность его у большинства пациентов составляла от 3 до 5 недель. Бредовые расстройства исчезали через 27 дней после госпитализации, <b>однако наблюдалась остаточная симптоматика (тревога в вечернее время, нарушение сна, боязнь повторного возникновения психопатологических расстройств и др.)</b>	<b>Заболевание протекает остро,</b> и в большинстве случаев через несколько дней после госпитализации бредовые расстройства исчезают. <b>Однако на протяжении последующих 2-4 недель бывает остаточная симптоматика — тревога по вечерам, боязнь появления прежних преследователей.</b>
Реактивная депрессия диагностирована у двух больных. <b>На первый в ее клинической картине на фоне аффективно-суженного сознания выступала двигательная и идеаторная заторможенность,</b> сопровождавшаяся чувством тревоги, подавленности, тоскливого настроения	<b>Двигательная и идеаторная заторможенность может выступать на первый план</b> в клинической картине реактивной депрессии лишь на начальном ее этапе.
<b>Тревожные опасения имели окраску фобий ипохондрического содержания (радиофобий, кардиофобий и др.) и сочетались с выраженными астеновегетативными нарушениями.</b> Наблюдалась повышенная истощаемость и астеническая адинамиа.	Тревожные опасения, преобладающие в клинической картине, могут приобретать окраску фобий, чаще ипохондрического содержания (кардиофобия, канцерофобия и др.) и сочетаются с массивными астеновегетативными нарушениями.
<b>Длительность реактивной депрессии не превышала двух месяцев. Выход из нее носил постепенный, литический характер. Полному выздоровлению предшествовал период астении с явлениями физической и психической истощаемости, гиперестезией и аффективной лабильностью.</b>	<b>Длительность реактивной депрессии обычно не превышает 2-3 месяца,</b> однако возможны и затяжные психогенные аффективные реакции. <b>Выход из реактивной депрессии обычно постепенный. Полному выздоровлению может предшествовать период астении с явлениями физической и психической истощаемости, гиперестезией и аффективной лабильностью.</b>

с имеющимися в литературе описаниями реактивных психозов это отсутствие существенных различий между ними. А значит, чернобыльский фактор в психогенном смысле находится в одном ряду с другими реактивными факторами и подверженность воздействию ионизирующего излучения здесь ни при чем. Но тогда ставится под сомнение диссертательность темы. Тем не менее, эта статья указана под № 2 в списке опубликованных по теме диссертации работ. Но ведь темой диссертации является характеристика органического поражения головного мозга, а не реактивных психозов. И это только одна статья вызывает столько вопросов. А ведь в списке есть статьи о непсихотических, неврозоподобных расстройствах, эпидемиологии, патологических развитиях личности, суицидентах, психосоматических расстройствах и даже о *«Значении нейрофизиологического исследования сна в дифференциальной диагностике нарушений при эпилепсии»*. Их изъятие из списка сразу ставит вопрос о полноте опубликования результатов исследования, поскольку количество работ резко сокращается. Кстати в цитированной статье отражена еще одна особенность. На стр. 84 автор указывает *«нами было изучено 30 историй болезни лиц...»*. Обратите внимание «историй болезни», а не больных. А на стр. 85 автор пишет: *«Это подтверждает и тот факт, что из 148 человек реактивные психозы отмечены лишь у 11»*. Так сколько же и каких историй болезни изучил автор?

Весьма широкое поле деятельности для оппонентов. Предположим, они не знали о факте плагиата, но факт наполнения списка работ статьями прямо не имеющими отношения к теме диссертации очевиден. Такое впечатление, что диссертант стремился впопыхах выполнить нужный объем публикаций за счет любой статьи, где звучало ионизирующее излучение, да и не только. Но как оппоненты могли поднять эти вопросы, если научным консультантом диссертации был директор института А.П. Чуприков, он же председатель совета. Не по этой ли причине один из официальных оппонентов, уже указанных в автореферате диссертации в последний момент отказался от оппонирования. Ученый, знавший о плагиате, так же сохранил все в тайне, хотя он мог и не быть членом совета. Тем не менее, создается впечатление, что информация о дефектах работы была известна. Иначе не объяснить три голоса против работы и четвертый после голосования в личной беседе сообщил мне, что хотел проголосовать против и в этом случае диссертация однозначно не прошла бы, создав неприятный прецедент для института.

В целом совокупность негативной информации по данной работе свидетельствует о

личностной нечистоплотности и научной недобросовестности исполнителя, а попросту говоря об аморальности. Естественно свою долю ответственности должен нести и научный консультант, если конечно он отдавал себе отчет в том, что делает диссертант. Об этом и пойдет речь дальше.

Эта публикация, о которой я хочу рассказать, не заслуживала бы внимания, если бы она была за подписью только второго автора — начинающего психиатра. Тогда все можно было бы отнести на счет его неопытности и безответственности редакционной коллегии журнала, которая, видимо, не проводила (думаю, не проводит и сейчас) научного рецензирования публикуемых материалов. Но автором статьи был главный редактор журнала «Архив психиатрии» известный специалист в области латеральной физиотерапии психических и соматических расстройств профессор А.П.Чуприков.

Будучи тогда директором одного из двух психиатрических НИИ Украины, он представлял лицо украинской психиатрии. По трудам за его подписью читатели судили о научном уровне психиатрии в стране. Что же они прочитали в обзоре литературы с интригующим названием «Психопатология и психология серийных преступлений на сексуальной почве»?

Предваряя последующий текст, укажу, что не преследую цель научной дискуссии. Прежде всего, потому, что не с кем дискутировать. Позиция А.П.Чуприкова и Б.М.Цупрыка по проблеме после прочтения обзора не становится известной. По этой же причине это и не рецензия, потому, что пришлось бы высказываться по поводу содержания всех статей, названия которых приложены к рассматриваемому обзору литературы. То, что я пишу скорее выражение недоумения и вопрос авторам: каков жанр их публикации *«Психопатология и психология серийных преступлений на сексуальной почве»?* («Архив психиатрии», №10-11, 1996, с.129-138).

Анализируемая публикация представляет собой набор абзацев на 10 журнальных страницах, из которых только 4 не завершаются ссылкой на источник и поэтому можно предполагать, что именно в них отражаются мысли авторов. Приведу некоторые наиболее интересные цитаты.

*«Крайне важна правильная дифференциация парафилий (перверсий) на истинные и псевдоперверсии»* (с.130). Бесспорное утверждение. Неплохо было бы еще указать для специалиста какого профиля, для какой цели и удивиться неужели это не было сделано ранее.

В следующем за этим утверждением тексте даются ссылки на авторов К. Имелинского,

В.В. Молохова (в жизни В.В. Мохов) и Г.С. Васильченко. Причем из этих ссылок совершенно не понятно, чем же все таки отличаются истинные и псевдоперверсии. Но похоже что это авторов и не интересует, поскольку после этих ссылок они пишут: *«При изучении психопатологических особенностей расстройств влечений было выделено три основных психопатологических варианта — навязчивый, компульсивный и импульсивный. Клинически наиболее ярко выраженным является компульсивный вариант»*. Позвольте спросить: кем выделено — А.П. Чуприковым и Б.М. Цупрыком? Или упоминаемыми далее по тексту обзора Э. Крепелиным, С.С. Корсаковым и К. Ясперсом, работы которых почему то не приведены в списке литературы?

Следующая цитата: *«К вызывающим причинам можно отнести травмы головы, поражение цнс другого генеза. Повреждение головного мозга у сексуальных преступников чаще встречается слева»!!!* Судя по отсутствию литературных ссылок, в том числе и на работы авторов «обзора», можно предположить, что это светлая мысль пришла к ним в голову в момент написания текста. Что это? Неоломброзианство? Как относится к этому утверждению авторов, которое сравни заявлению одного из них о перспективе «чернобыльского слабоумия» для населения Украины? Поскольку специалистом в области «латерализма» является А.П.Чуприков, то следует думать, что этот уникальный вывод принадлежит ему. Уникальный потому, что в его подтверждение не приведено ни единого факта или ссылки на такой факт. Хотя то, что мы читаем, называется «обзор литературы». А может А.П.Чуприков наблюдал серийных преступников ставших таковыми после перенесенного левостороннего инсульта? Или имевших левостороннюю субдуральную гематому после черепно-мозговой травмы? И вообще где он исследовал или хотя бы видел такое количество серийных сексуальных преступников, чтобы утверждаемый им «факт» имел статистическую достоверность? Что это такое? Гениальная догадка? Озарение? Что делать читателю? Беречь на всякий случай от травм и повреждений левую половину головного мозга? Складывается такое впечатление, что «обзор» был написан ради этой одной фразы.

Попробуем поискать что-либо по этой теме у реальных ученых, профессионально занимающихся проблемами функциональной асимметрии. Например работа Брагиной Н.М. и Доброхотовой Т.А. *«Функциональные асимметрии человека»* (М.,1981,288 с.). Детально описана патология левого полушария и ее

проявления в моторной, сенсорной сферах, психическая асимметрия с нарушением эмоций, речи и основанных на ней психических процессов, мышления, памяти, сознания, нарушениях личности. Ни слова о сексуальных расстройствах. То же относится и к другим работам этих авторов (Доброхотова Т.А. *Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга*. М.,1974,160 с., Доброхотова Т.А., Брагина Н.М. *Асимметричный мозг — асимметричное сознание* // Журн. Высш. нервн. деят., Т.43, 1993, с.256-261).

Можно обратиться к другим авторам (С. Спрингер, Г. Дейч *Левый мозг, правый мозг. Асимметрия мозга*. М.,1983,256 с., В.Л. Деглин *Лекции о функциональной асимметрии мозга человека*. К., АПУ,1996,152 с.). Ни слова о связи сексуальных нарушений с левосторонним повреждением. Может авторы просто не касались этой специфичной темы? Пожалуйста, А. Нохуров (*Нарушения сексуального поведения. Судебно-психиатрический аспект*, М.,1988,224 с.) посвятил целую 3 главу экзогенно-органическим заболеваниям головного мозга с нарушениями сексуального поведения. Опять ни слова о связи сексуальной «маньячности» с левым мозгом.

Из всех этих авторов А.П. Чуприков, следует полагать, лично знаком с Т.А. Доброхотовой. Иначе она не оказалась бы в списке председательствующей на юбилейной конференции А.П.Чуприкова 24 декабря 1997 г. и в списке членов организационного комитета. Хотя и это не факт, поскольку, насколько мне известно, многие из заявленных в программе серьезных ученых, как из Украины, так и из России, даже не знали, что их вписали участниками конференции и включили в члены оргкомитета. По крайней мере, так об этом мне сообщил сотрудник института, который разносил лично приглашения украинским академиком. Запомним этот попутно возникший факт. Он нам еще понадобится.

Можно предположить, что либо авторы не знают, как пишутся обзоры литературы, либо один из них охвачен идеей, которая по своей природе не нуждается в доказательствах и даже в ссылках на литературу и в силу этого на все это нужно смотреть совсем по другому. Можно было бы думать, что более правильно второе утверждение. Однако дальнейшее изучение рассматриваемой публикации дает достаточно оснований для признания обоснованным и первого.

Все абзацы заканчивающиеся ссылками на номер источника поданы таким образом, что невозможно понять, кому принадлежат изложенные в абзаце мысли. Поскольку абзац состоит из нескольких предложений, неясно все ли они принадлежат источнику, на который

дается ссылка. Или ссылка относится только к последнему предложению. Поскольку текст абзаца дается без кавычек и номер источника не сопровождается ссылкой на страницу, можно думать, что это мысли авторов статьи, которые просто совпадают с мыслями автора, на которого идет ссылка.

Разрешить эту задачу можно только одним способом — сличить тексты. И если читатель это сделает, то легко убедится, что рассматриваемый обзор состоит из цитат, в том числе и без указания авторства. Так каков же жанр этого произведения? Есть ли сомнения что это не научный обзор? В литературе, в том числе и научной, во все времена, для облегчения работы «ученого» используются два основных приема: **компиляция и плагиат**. Похоже, в данном случае мы столкнулись с их комбинацией — **компилятивным плагиатом**.

Итак, что же мы узнали из рассмотренной статьи? Новость о том, что **повреждение головного мозга у сексуальных преступников чаще встречается слева**, абсолютно ничем не подтвержденную, и то, что А.П.Чуприков склонен манипулировать авторитетом других лиц «втемную», т.е. не ставя их в известность. Возникает вопрос, что это за феномен и какую цель преследуют такие действия? Вот об этом мы поговорим в следующей главе. Пока же ответим на риторический вопрос: может ли лицо, которое так вольно обращается с понятием «обзор литературы» быть ответственным научным консультантом и предотвратить плагиат и прочие нарушения при подготовке диссертации? Думаю, что ответ может быть только негативным. И дальше по тексту мы будем иметь возможность в этом убедиться. Пока же перейду к третьему, самому фантастическому примеру плагиата.

Как то один из сотрудников института сообщил мне, что директор института научный вор и промышляет плагиатом. В частности присвоил целую главу докторской диссертации некой Колюцкой Е.В. Я естественно не поверил, предположив какую-то ошибку. Пришлось поднимать монографию *Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика: Монография.-Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005, 348 с.* И электронную версию докторской диссертации *Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра (Психиатрия — 14.00.18)* защищенной в 2001 году в Научном центре психического здоровья РАМН в г. Москве при научном консультировании академика РАМН, проф. А.Б.Смулевича.

Сопоставление текстов выявляет практически дословную идентичность (за исключением

окончания) текста на стр.141-157 главы 5 указанной монографии «*Особенности клинических проявлений фобического синдрома в структуре эндогенных психических заболеваний*» (с.141-164) за авторством С.И.Табачникова и главы 1 диссертации Е.В. Колюцкой (*Обзор литературы, с.6-43*). Продолжая не верить своим глазам, я обратился к нескольким известным в Украине и на постсоветском пространстве ученым-психиатрам. Они не только назвали это бесспорным плагиатом, но и сообщили аналогичные истории из своей практики. Как, например, рядом работающий профессор публикует статью коллеги под своим именем с единственным отличием — в украинском переводе. При этом меня удивило достаточно спокойное отношение к таким фактам. Видимо глубоко в сознании укоренилась привычка не считать кражей присвоение книги из общественной библиотеки или взятой у друга почитать.

Чтобы окончательно прояснить этот вопрос для себя, поскольку речь идет о председателе совета по защите диссертаций, которые должны проверяться, в том числе и на плагиат, я направил запрос в ВАК Украины с просьбой **поручить специалистам сравнить** представленные тексты и прояснить, нет ли в них признаков плагиата. Через месяц я получил ответ, в котором было дословно следующее: «*Профессор Табачников С.И. подтвердил, что взял материалы монографии «Фобический синдром при невротических и соматоформных расстройствах (диагностика, клиника, профилактика и лечение)» из обзора литературы Колюцкой Е.В., на что есть ссылка на с. 157-160. Профессор Табачников С.И. был ее научным консультантом и сделал это с ее согласия. Д.м.н. Колюцкая Е.В. подтвердила, что они готовили литературный обзор вместе*».

Было очевидно, что никаким специалистам сравнение текстов не поручалось. А месяц понадобился, чтобы обеспечить «алиби» С.И. Табачникова. Об этой версии говорит следующее.

Первое. В ответе имеется подпись председателя ВАК, но нет реквизитов лица готовившего ответ, как того требует делопроизводство.

Второе. Неправильно названа монография. Вместо названия «**Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика**» указано название «**Фобический синдром при невротических и соматоформных расстройствах (диагностика, клиника, профилактика и лечение)**». Это название докторской диссертации В.С.Первого, которую вряд ли поднимали в ВАКе, поскольку мой запрос не касался В.С. Первого.

Третье. На стр.157-160 нет ссылки, что С.И. Табачников взял материалы своей главы из докторской диссертации Е.В. Колюцкой. На этих страницах приводятся данные исследования самой Е.В. Колюцкой, как одного из авторов цитируемых С.И. Табачниковым на предыдущих 16 (141-156) страницах своего текста. Как говорится «почувствуйте разницу».

Четвертое. Если С.И.Табачников сделал ссылку на Е.В.Колюцкую, то для этого ему не нужно ее согласие. Но эта ссылка сделана на 157 стр. и только в отношении последующего текста. На стр. 141 такая ссылка отсутствует и последующий текст по стр.157, который фактически принадлежит Е.В. Колюцкой, выглядит как вклад в науку именно С.И. Табачникова.

Пятое. Если С.И. Табачников был научным консультантом по диссертации Е.В. Колюцкой, то кем тогда был академик А.Б. Смулевич, чье имя указано на титульном листе диссертации Е.В. Колюцкой?

Шестое, самое интересное. О чем свидетельствует фраза: **«Д.м.н. Е.В.Колюцкая подтвердила, что они готовили литературный обзор вместе»?** Прежде всего, это признание Е.В.Колюцкой (если такое признание действительно было, правда неизвестно в какой форме, устной или письменной, и кому — Табачникову или председателю ВАКа?) в собственной несостоятельности как доктора наук, поскольку она не в состоянии самостоятельно подготовить обзор литературы. Тогда ей нужно было это совместное авторство отразить в диссертации и сообщить в свой ВАК. А теперь попытайтесь представить материализацию этой фразы. Е.В. Колюцкая в Москве, а С.И. Табачников в Донецке или Киеве. Кто в этом случае работал в библиотеке и изучал первоисточники? Как физически осуществлялась совместная работа? С помощью видеоконференции? Или «со-авторы» попеременно приезжали друг к другу и сидели вместе работая над текстом как Ильф и Петров. Как это эти уважаемые авторы не додумались издать свои романы отдельно под собственными именами?

Как говорит логика: «Кто много доказывает, тот ничего не доказывает». Поэтому этот ответ представляется ложью, составленной во свое спасение скорее всего самим

С.И. Табачниковым, возможно, совместно с В.С. Первым. И никакие специалисты ВАК эти тексты не сравнивали. Косвенным подтверждением такой версии являются так же указанная выше ошибка в названии монографии содержащей плагиат, замена его на название докторской диссертации В.С.Первого и молчание Е.В. Колюцкой, которой я послал ответ ВАК и поставил все эти вопросы.

Поскольку вся эта переписка неизвестна читателю, то фактом остается существование двух идентичных текстов опубликованных под разными фамилиями. Поскольку же ВАК принял такой ответ, то читатель, очевидно, будет считать С.И. Табачникова научным «вором в законе».

Остается только поздравить академика А.Б. Смулевича, с тем, что в первом случае у него украли мысли, во втором — диссертанта. Такие же поздравления Украинскому НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии с достойными представителями украинской науки.

Вывод простой. При таком отношении ВАК к плагиату вряд ли это позорное неуважение к интеллектуальной собственности в обозримом будущем будет преодолено. Оно продолжает существовать, в том числе из-за элементарной неграмотности «ученого». Ему просто никто никогда прямо в глаза не говорил, что присваивать чужие мысли, тексты, произведения нельзя. Это в первую очередь не этично. А если и говорили или он слышал о чем то подобном, но не понимал что такое этика, то оказалось, что у него просто не развиты мозговые структуры, отвечающие за мораль. Эдакий «homo amoralis». К сожалению таких людей вокруг нас гораздо больше, чем мы можем предполагать. Вполне может возникнуть предположение, что это отдельная порода людей, которая упорно воспроизводит себе подобных, если позволяют условия. Человек ведь животное по происхождению, а все животные имеют породы, разновидности, наконец, тупиковые ветви. Их природное биологическое свойство это чувство коллективизма или вернее стадности. Они как капельки ртути удивительно быстро находят друг друга. Эдакая стая «homo amoralis». Как, например, в природе стая волков или лучше — шакалов.



## К юбилею лечебно-диагностического отделения «Эпилепсия» №19 имени Л.Э. Музычук

В апреле 2016 года лечебно-диагностическому отделению «Эпилепсия» №19 исполняется 50 лет. Отделение было и остается неотъемлемой частью ТМО «Психиатрия», история которого насчитывает более 200 лет. Достойный повод, чтобы вспомнить историю создания отделения, его роль в становлении эпилептологической службы в Украине, потому что масштабы его деятельности выходят за региональные рамки.

Идея создания противозепептического отделения принадлежит А.Д.Ревенку — главному врачу Киевской городской психо-неврологической больницы №1 в те годы.

Воплощена эта идея была Людмилой Эдуардовной Музычук. Она — первая заведующая противозепептического отделения, а затем, с 1996 по 2000 годы — директор ЛДНЦ «Эпилепсия». Вся профессиональная деятельность Л.Э. Музычук была напрямую связана с КГПНБ № 1, Центром и направлена на улучшение организации помощи больным эпилепсией как в СССР (многие годы она являлась членом Всесоюзной проблемной комиссии по эпилепсии), так и в Украине.

Ученица и воспитанница школы профессора Я.П. Фрумкина, в 1961-64 гг. — аспирантка кафедры психиатрии Киевского медицинского института, в январе 1966г. Л.Э. Музычук защитила диссертацию по актуальной в клинической эпилептологии теме «О бредовых симптомах при эпилепсии», а в апреле 1966 г. уже возглавила противозепептическое отделение. В тот период созданное отделение являлось едва ли не единственным по многочисленности коечного фонда (120 коек) в тогдашнем СССР. И в настоящее время, даже после нескольких последовательных сокращений — это одно из самых больших (на 90 коек) медицинских учреждений подобного профиля в Украине.

Но, конечно же, речь не может идти только о количественных характеристиках. Важны те принципы, на которых базировалась работа отделения, и которые продолжают сохраняться до сих пор. Эти принципы заложены Л.Э. Музычук и базируются на плановости госпитализации, строгом отборе пациентов для лечения с учетом характера психопатологических расстройств, формировании коллектива больных в отделении в целом и в каждой палате, создании атмосферы уважения решений врача, медсестры, компетентности каждого



сотрудника. С первых лет создания отделение (не имея амбулаторной службы), по сути, работало как Центр. Больные имели возможность прийти и получить консультацию по вопросам лечения, дальнейшего наблюдения, обсудить личные, семейные, профессиональные и многие другие проблемы.

В настоящее время отделение насчитывает 90 коек. В его задачи входят обследование, лечение и реабилитация больных эпилепсией и больных с органическим поражением ЦНС различной этиологии с эпилептическими припадками; проведение организационно-методической работы и повышения квалификации врачей по вопросам оказания медицинской помощи больным эпилепсией; научно-исследовательская деятельность по проблемам эпилепсии.

На качество лечебно-диагностической работы отделения, несомненно, оказывают влияние такие новации, как создание в 1995 году по инициативе Л.Э. Музычук Украинской противозепептической Лиги (УПЭЛ), основание и издание журнала УПЭЛ (2001 год), что позволило значительно расширить научные контакты и информационное обеспечение; создание ЭЭГ-лаборатории в структуре отделения (1999 год) и ее оборудование системой для длительного ЭЭГ-мониторинга (2002 год).

В Центре «Эпилепсия» все эти годы велись и продолжают вестись научные исследования по актуальным проблемам практической и теоретической эпилептологии.

Л.Э. Музычук разрабатывались вопросы психопатологии при эпилепсии, в первую очередь — эпилептических психозов, особенностей эпилепсии в пожилом возрасте,

псевдоэпилептических припадков и других функциональных проявлений при эпилепсии, эпилептического синдрома в рамках пострадиационной энцефалопатии, структуры эпилептического слабоумия. Более 50 научных работ вышли из-под ее пера, важнейшие из них: «О бредовых состояниях при эпилептической болезни» (1964), «Ориентированные» сумеречные состояния и их место в клинике эпилепсии» (1980), «Співвідношення функціонального та органічного в клініці епілепсії» (1996), «Особенности пароксизмальных станів у осіб, що перебували під впливом середовищних факторів в результаті аварії на ЧАЕС» (1996), «Клинические и нейропсихологические аспекты эпилептической деменции» (1998), «Припадки и пароксизмальные расстройства сознания при спонтанных гипогликемиях» (2000), «Особенности течения эпилепсии в позднем возрасте» (2000), статьи по принципам медикаментозного лечения больных эпилепсии и практическому применению отдельных антиконвульсантов, по социальным вопросам эпилепсии, организации медицинской помощи.

Все работающие в Центре врачи в той или иной степени занимались научно-исследовательской работой. Темой научных исследований врача Р.Л. Рутицкого было «Особенности течения эпилепсии в позднем возрасте»; В.В. Ратманской — возрастные и социальные аспекты при эпилепсии; Р.А. Яшан — вопросы психопатологии у больных эпилепсией.

Ежегодно сотрудники Центра принимали и принимают участие в международных и региональных научных конференциях, публикуются в научных изданиях.

В разные годы сотрудниками Центра защищены кандидатские диссертации по актуальным вопросам эпилепсии: Зеликман И.Я. «Влияние сыворотки крови больных эпилепсией на дыхание мозговой ткани крысы (методом Варбурга)»; С.М. Харчук «Использование препаратов

вальпроевой кислоты в комплексном лечении больных эпилепсией в условиях специализированного стационара» (1999); Сорокина Е.А. «Особенности преодоления больными эпилепсией стрессовых ситуаций, связанных с болезнью» (2002); Марек Г.Л. «Обоснование дифференцированной терапии резистентной эпилепсии в психиатрической практике» (2002); Завязкина Н.В. «Влияние антиэпилептических препаратов на познавательные функции больных эпилепсией» (2003). В настоящее время в Центре работает 2 кандидата наук.

Научная деятельность отделения была отражена в практических рекомендациях: Муzychuk Л.Э., Харчук С.М. «Современные аспекты применения средств улучшающих мозговой кровотока и нейротропных препаратов в неврологии и психиатрии» (1997 г.); Харчук С.М., Щеглова Я.В. «Общие подходы к проведению клинических испытаний противосудорожных лекарственных средств у больных эпилепсией» (2004 г.).

В 1995 году по инициативе Л.Э. Муzychuk и под ее руководством была создана Украинская противозепилептическая Лига (УПЭЛ). Деятельность УПЭЛ существенно увеличила возможности украинских эпилептологов. Она способствует их профессиональному росту, улучшению качества лечения больных эпилепсией, стимулирует научные исследования в области эпилептологии. В 1997 году УПЭЛ стала членом Международной противозепилептической Лиги, а в 2002 году был основан и с тех пор успешно издается журнал УПЭЛ «Вісник епілептології».

И деятельность Лиги и издание журнала УПЭЛ имеют непосредственную связь с работой отделения. Л.Э. Муzychuk — создатель и первый президент Лиги, руководила отделением от начала его истории до последнего дня ее жизни.

Сейчас отделение заслужено носит ее имя.

---

### **До уваги авторів:**

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

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

