

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 2 (29), 2012 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О. В. Абрамов (відповідальний секретар), І. О. Бабюк, М.П. Бєро, Ю.В. Думанський, Б. Б. Івнєв, В. М. Казаков, Б.В.Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, І.І. Зінкович, Л. Ф. Шестопалова, Л. М. Юр'єва, С.В. Тітєвський

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю. А. Александровський (Росія), О.М. Бачеріков (Україна), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), В.А. Вербенко (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. Є. Казакова (Україна), М. М. Кабанов (Росія), В. М. Кузнєцов (Україна), В.М. Козідубова (Україна), Г.М. Кожина (Україна), Н. О. Марута (Україна), В. Д. Мішієв (Україна), О. К. Напрєєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачніков (Україна), О. О. Фільц (Україна), О.С. Чабан (Україна), А. П. Чуприков (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 15891-4363 ПР від 13.11.2009р.

Наукове фахове видання в якому можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (Затверджено постановою президії ВАК України від 14.04.2010р. № 1-05/3)

Рекомендовано до друку та поширення через мережу інтернет Вченою радою Донецького Національного медичного університету ім.М.Горького (протокол № 6 від 30.08.2012р.).

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, вул. Одінцова, 19. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету. Тел./факс: (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		ORIGINAL INVESTIGATION
Абрамов А.В. Гуманизм и социальное благополучие людей с психиатрическим диагнозом	5	Abramov O.V. Humanism and social well-being of the people with psyhatric diagnosis
Рахман Л.В., Маркова М. В. Особенности патоморфоза терапевтично резистентных депрессий (социо-демографичний та клініко-епідеміологічний аспекти)	10	Rakhman L.V., Markova M.V. Features pathomorphosis of therapeutic resistant depression (socio-demographic and clinical-epidemiological aspects)
Абрамов В.А., Лихолетова О.И., Пуятин Г.Г. Клинический анализ инициального продрома шизофрении во временном и гендерно-возрастном аспектах	15	Abramov V.A., Lykholetova O.I., Putyatin G.G. Clinical analysis of initial prodrome of schizophrenia in temporal, gender and age aspects
Табачников С.И., Рыткис И.С., Васильева А.Ю. К вопросу об эмоциональных нарушениях на начальных этапах формирования табачной зависимости у студентов	30	Tabachnikov S., Ritkis I., Vasylyeva A. To question about emotional violations on the initial stages of tobacco dependence in students
Овчаренко М.О., Сосін І.К., Радченко Т.М. Дискретний модуль первинної медико-соціальної профілактики опіоїдної залежності	35	Ovcharenko M.O., Sosin I. K., Radchenko T.M. Discrete module of primary medico-social prevention of opioid dependence
Сайко Д.Ю. Клинико-психопатологическая структура эндогенных депрессий при болезни Паркинсона	43	Sayko D.Yu. The clinical-psychopathological structure of endogenous depressions in parkinson's disease
Омельянович В.Ю. Взаимосвязь структуры механизмов психологической защиты и синдрома эмоционального выгорания у сотрудников ОВД с нарушениями психической адаптации	47	Omelyanovich V.Yu. Relationship between the structure of psychological defense mechanisms and emotional burnout syndrome among iab employees with psychic adaptation abnormalities
Шекманов М. Г. Особенности психоэмоционального стану та типу реагування на захворювання у хворих з хронічним вірусним гепатитом	56	Shekmanov M. G. Features of psychoemotional condition and type responding to disease in patients with chronic viral hepatitis
Бабюк И.А., Туровская Т.В., Яковленко А.В., Цветкова П.Д., Ушенин С.Г. Эректильная функция у больных артериальной гипертензией	64	Babiuk I.A., Turovskaya T.V., Yakovlenko A.V., Tzvetkova P.D., Ushenin S.G. Erectile function in patients with arterial hypertension
Голоденко О.Н. Качественная и количественная характеристика проявления агрессии у больных шизофренией	69	Golodenko O.N. The qualitative and quantitative characteristic of aggression manifestation at schizophrenics
Денисов Е.М. Клинико-социальные и клинико-психопатологические особенности больных параноидной шизофренией с метаболическим синдромом	76	Denysov E.M. Clinical-social and clinical-psychopathological features the patients with paranoid schizophrenia with metabolic syndrome
Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Иммунотропная и метаболически активная терапия в коррекции интерферонового статуса больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью к нейролептикам	83	Kutko I.I., Frolov V.M., Rachkauskas G.S. Immunotropic and metabolic active therapy in correction of interferon status at the patients with paranoid schizophrenia with therapeutic resistance to neuroleptics
Помилуйко А.А. Стрессонаполняемость жизни и когнитивные репрезентации субъективно значимых событий у больных стенокардией	89	Pomiluyko A.A. Stressfulness of life, and cognitive representation of subjectively significant events in patients with angina pectoris and

напряжения и перенесших инфаркт миокарда
Яворська Т.П. Оцінка якості життя стомо-
ваних онкологічних хворих у післяопераційно-
му періоді

myocardial infarction
Yavorskaya T.P. Quality of life cancer patients
with a stoma in postoperative period

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Ряполова Т.Л. Доказательный подход в ис-
пользовании экспрессивных методов психотера-
пии в ранней реабилитации больных шизофре-
нией

Ryapolova T.L. Evidence-based approach in the
use of expressive psychotherapeutic methods in
the early rehabilitation of the patients with
schizophrenia

ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

FROM CLINICAL PRACTICE

Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Варшав- 109
ский Я.С., Шустерман Т.И., Дугнистый А.А.,
Рокутов С.В., Николенко А.Е. Клинические
особенности психотических расстройств вслед-
ствие употребления современных синтетических
психостимуляторов (метилendioксипировалерон)

Spirina I.D., Leonov S.F., Warshavsky Ya.S.,
Shusterman T.I., Dugnisty A.A., Rokutov S. V.,
Nikolenko A.Ye. Clinical features of psychotic
disorders due to use of modern synthetic stimulants
(methylenedioxyprovalerone)

ДИСКУССИОННЫЕ СТАТЬИ

DISCUSSION ARTICLE

Пехтерев В.А. Проверка Ясперсом судебно- 114
психиатрической теории и практики

Pehterev V.A. Checking by jaspers forensic
psychiatric theory and practice

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008-02-058-083

*А.В. Абрамов***ГУМАНИЗМ И СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛЮДЕЙ С ПСИХИАТРИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова : гуманизм, социальное благополучие, ценностно-центрированный подход, качество жизни, больные с психиатрическим диагнозом.

Качественно новая система психиатрической помощи в Украине предполагает замену традиционно устоявшихся, но мало эффективных форм на научно признанные и этически обоснованные модели, которые, помимо структурной реорганизации, включают новые подходы к условиям оказания и содержанию лечебно-диагностического процесса, реально влияющие на качество жизни пациентов. В основе таких подходов к оказанию психиатрической помощи надлежащего качества лежит гуманное отношение к больному. В то же время, реальная клиническая практика на всех её этапах сопровождается стигматизирующими больного эффектами, снижающими качество его жизни, затрудняющими процесс выздоровления и сохранения идентичности личности.

Гуманизация и стигматизация - взаимоисключающие понятия: стигматизация - прямое следствие дегуманизирующих аспектов психиатрической помощи, а использование ценностно-гуманистических подходов к психиатрическому вмешательству является надёжной преградой стигматизации. Вывод очевиден: недеklarативный путь предупреждения стигмы - это адекватное этико-правовое сопровождение в рамках личностно-ориентированного лечения больного. Такой подход, по нашему мнению, должен быть определяющим элементом функционирования системы психиатрической помощи на всех уровнях её оказания. Поэтому в системе реформирования психиатрической помощи должны быть представлены дестигматизирующие механизмы тех или иных нововведений.

Область ценностей - это вся область человеческого существования. В свете гуманистического мировоззрения главным признаком ценности является наличие в ней благотворных для человека качеств, свойств, возможности исполь-

зовать эту ценность во благо человека, или способность соединиться с положительными качествами индивида. Благотворным же для человека, соответственно его положительными свойствами считается всё то, что способствует жизнедеятельности индивида, его гармоничной жизни. Общей чертой ценности гуманизма является заключенная в них человечность, связанная с утверждением жизни, положительными качествами людей, отношениями добра.

В этой связи возникает вопрос, можно ли рассматривать традиционную для Украины медицинскую модель психиатрической помощи, ориентированную на клинико-биологические особенности психического заболевания и медикаментозное лечение в качестве модели помощи благотворной для жизни человека, а, следовательно, соответствующей его интересам и ценностям? Естественно, что ни психическое расстройство, ни психиатрическая помощь не могут считаться ценностью для пациента. Значимым для него остаётся внутренний мир с его свободами, достоинством, предпочтениями, потребностями, целями и другими человеческими качествами. Однако именно эти качества оказываются наиболее уязвимыми при осуществлении психиатрического вмешательства в его традиционной форме.

С этой точки зрения традиционная психиатрическая помощь, включающая в себя изоляционно-ограничительные атрибуты, такие феномены как стигматизация, патернализм, дискриминация не может оцениваться как благотворная для человека и соответствующая гуманистическому мировоззрению. Это относится и к диагностическим заключениям, не учитывающим индивидуальных особенностей пациента, и к различным формам психиатрического вмешательства, игнорирующим личностный подход к

пациенту и его лечению.

И фактически, и по субъективному впечатлению многих пациентов, психиатрическая помощь содержит крайне мало компонентов, которые могли бы рассматриваться с позиций человечности или ценности. Напротив, начиная с первых контактов с психиатрической службой, в сознании больного формируется система псевдо- или антиценностей, связанных с тотальной их стигматизацией и многочисленными рисками психиатрического вмешательства для последующей жизнедеятельности больного и его личностного функционирования. В частности, использование в качестве диагностической конструкции категориального (нозо-синдромального) диагноза, хотя бы по причине его обезличивающего содержания, не является ценностью, так как он не содержит благотворных для человека качеств и возможности использовать эту конструкцию во благо человека. Псевдоценными являются виртуальные государственные гарантии защиты прав, свобод и интересов пациентов, клинические протоколы оказания психиатрической помощи с приоритетной ориентацией на биологическое лечение, процедуры недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу, патерналистические и манипулятивные отношения к пациентам, декларированные, но не реализуемые на практике рекомендации психосоциальных подходов к лечению.

Такому положению способствует не только содержание самой психиатрической помощи, но и довольно распространенные взгляды на психиатрию как на сферу деятельности, не приносящую положительных результатов. Однако, главным препятствием на пути реализации ценностно-гуманистических подходов к оказанию психиатрической помощи в Украине, на наш взгляд, является её неприоритетность в системе наук и медицинских практик, методологическая и концептуальная неопределенность представлений о сущности психических расстройств и соотношении биологических, психологических, личностных и социальных факторов в их возникновении, а также отсутствие у медицинского персонала психиатрических учреждений желания и способности воспринимать пациента как личность, субъекта переживаний, а не как объекта вмешательства (субъект-объектная позиция между врачом и пациентом).

В то же время ценностный подход к пациенту является базовым принципом, позволяющим реализовать на практике терапевтически правильное взаимодействие (сотрудничество, парт-

нерские отношения) с пациентом, направленное не только на защиту его прав и законных интересов, но и на оптимальное восстановление жизнедеятельности. Ценности пациента, обратившегося за психиатрической помощью, это то, что при сложившихся обстоятельствах является для него субъективно важным, приоритетным. От системы его ценностей зависит как он воспринимает факт установления психиатрического диагноза, госпитализацию в больницу, социальные риски и т.п., а также какие стратегии совладания с болезнью он изберет. При этом терапевтический ресурс врача, уровень его понимания проблем пациента непосредственно определяется тем, насколько совпадают их системы ценностей.

При возникновении психического расстройства с прогнозируемой неблагоприятной его динамикой и социальными ограничениями у пациента возникает конфликт между доболезненным спектром и иерархией жизненных ценностей - целей и ценностями, отражающими вхождение в период «жизни с болезнью» (конфликт ценностей). Этот конфликт, как правило, затрагивает такие ценности человека как активную, деятельную жизнь, здоровье, любовь, материальную обеспеченность, наличие хороших и верных друзей, общественное признание, сферу развлечений, свободу, семейную жизнь, уверенность в себе.

При оказании психиатрической помощи в традиционно стигматизирующих условиях, способствующих постепенному формированию кризиса идентичности личности, у больных происходит пересмотр («ломка») всей системы ценностей. От многих позитивных, приоритетных до болезни ценностей им приходится (они вынуждены) отказаться из-за трудностей их реализации по причине изменившихся возможностей, жизненных обстоятельств и низкой самооценки. Совокупность этих факторов способствует существенной коррекции выборов пациента, его жизненного пути в направлении формирования зависимости от окружающих, вынужденной социальной отгороженности, утраты ролевых функций.

Формирование новых ценностей (как правило, на сниженном уровне функционирования) происходит через этапы надежды, поиска виновного, паники. Основная терапевтическая задача здесь заключается в противодействии полному разочарования, утрате жизненных стимулов и в поиске новых ценностных ориентиров, позволяющих приспособиться к изменившимся услови-

ям, преодолеть кризис и сохранить приемлемый уровень качества жизни.

Эта задача не может быть решена в рамках традиционной медицинской модели психиатрической помощи, ориентированной не на больного, а на болезнь. В то же время она становится вполне реальной для выполнения при лично-центрированном ценностном подходе к диагностике психического расстройства и непосредственному психиатрическому вмешательству. Его базисными принципами, на наш взгляд, являются:

- информированность (осведомленность) медперсонала о значении ценностей в жизнедеятельности человека.

- признание существенной роли ценностей конкретного пациента, наряду с научными фактами во всех сферах оказания психиатрической помощи.

- включение многообразных ценностей конкретного пациента в качестве ключевого фактора для всех лечебно-диагностических действий при оказании психиатрической помощи:

- центрированность на пациенте, признание его ценностей как важнейшей составляющей психиатрической диагностики и лечебно-реабилитационного вмешательства;

- ориентация на выздоровление как на процесс, опирающийся на сильные стороны личности и положительные ценности пациента и его жизненные ресурсы;

- взаимодействие на личностном уровне между пациентами, членами их семей, микросоциальным окружением и теми, кто оказывает помощь с полным исключением дискриминации;

- использование форм помощи, основанных на многопрофильной бригадной работе.

Практическая реализация такого методологического подхода определяется использованием системных представлений о содержании понятий «здоровье» и «цель психиатрической помощи». Исходя из классического определения здоровья, предложенного ВОЗ (состояние полного физического, психологического и социального благополучия человека, а не только отсутствие болезней и физических дефектов), основополагающей целью медицины (в том числе психиатрической помощи) является биопсихосоциальное восстановление больного. Только при такой ориентации лечебной тактики возможно возвращение пациента к доболезненному уровню жизнедеятельности и реализации привычных ролевых функций. В контексте такого подхода представляется целесообразным проанализировать

особенности социального положения (социального благополучия) пациентов, подвергающихся психиатрическому вмешательству и некоторые причины, затрудняющие процесс социального восстановления, связанные с организацией, условиями и содержанием психиатрической помощи.

Как известно, сущность современных тенденций реформирования психиатрической помощи в значительной степени заключается в парадигме « лечение больных в сообществе » или в развитии общественно – ориентированной психиатрии (1) и поддерживает мировую тенденцию деинституционализации психиатрической помощи, эмансипации и социальной интеграции больных (2). Социальный аспект психиатрической помощи базируется на утверждении, что жизнь с психической болезнью – это еще и жизнь с сопровождающими эту болезнь серьезными социальными потерями и невозможным дефицитом социальных возможностей и перспектив (3). Попытки улучшения социальной жизни пациентов в рамках действующей системы оказания психиатрической помощи оказываются непродуманными и неэффективными. Продолжает иметь место и усиливается диссонанс между возможностью пациентов участвовать в социально значимых проектах и нарастанием различных форм социального исключения пациентов, разрыве и сокращении числа их социальных связей, кризисе идентичности, ведущих к закреплению неравных возможностей социального участия (4).

Эти изменения социального функционирования психически больных в наибольшей мере фокусируются при их инвалидизации с приписыванием больным статуса некомпетентных, безнадежных, девиантов. Выделяя эту группу пациентов как наиболее социально незащищенную, акценты помощи смещаются в сторону предоставления специфических (чаще всего патерналистических) услуг, материальной компенсации и льгот. При этом не предполагается, что само общество должно изменить доминирующее представление о психической болезни и как-либо трансформироваться, учитывая их присутствие.

Важнейшим критерием социального благополучия, объема, и качества психосоциального восстановления больных является уровень их инвалидизации. За последние 10 лет этот показатель вырос на 17,4 %. Удельный вес инвалидов в следствии психических расстройств среди всех больных в Украине является наиболее

высоким среди стран СНГ и Восточной Европы (4,59%) [5].

По данным, полученным нами при анкетировании этого контингента больных, от 62 до 87% респондентов не удовлетворены различными аспектами своей жизни: положением в обществе, сферой общения, реальными социальными возможностями и социальной перспективой. Крайне низку оценку они дают своей социальной полезности, материальному положению, социальной сети и социальной поддержке. Таким образом, низкая удовлетворенность качеством своей жизни, низкий уровень комфорта свидетельствуют о значительной дефицитности по всему диапазону их субъективного благополучия.

Общепризнанным является утверждение что неблагоприятные социальные последствия психиатрической помощи (ПП) связаны не столько с тяжестью болезни, сколько с медицинской практикой оказания ПП, где центральным институтом является психиатрическая больница. Более того, понятие «психически больной» обеспечивает свой социальный и социологический контекст только тогда, когда пациент подвергается госпитализации. При этом считается, что госпитализация не только обеспечивает идентификацию и стигматизацию больного, но и в значительной мере обуславливает его самостигматизацию, сведение всего многообразия социальных ролей индивида к единственной роли – роли пациента с формированием искаженной негативной я-концепции (б). А это не приближает пациента к жизни в соответствии с нормами внешнего социума, что предполагается в связи с идеей нормализации и ресоциализации, а, напротив, отдаляет от него. Ключевым аспектом здесь является радикальная реконструкция прежней идентичности пациента, частично ассоциирующего себя с больничным сообществом и живущим по его правилам (б).

В частности, единообразие и «тусклость» жизненных событий в изолирующих условиях психиатрического стационара, патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы и стратегии преодоления (coping strategies). Для многих, особенно хронически инвалидизированных пациентов, среда их длительного обитания и жизненное пространство с которым они постоянно соприкасаются приобретают черты агрессивности. Об этом наглядно

свидетельствует высокий удельный вес больных, негативно оценивающих как интерьер отделения (56,0%), так и бытовые условия (49,0%). 34% больных считают, что условия психиатрического отделения закрытого типа не соответствуют условиям нормальной жизни, а 81% полагает, что они не способствуют восстановлению социальных навыков и реинтеграции их в сообщество. Для этих пациентов окружающая среда приобретает черты агрессивности, что в сочетании с хроническими социальными трудностями и ролевыми ограничениями способствует закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делает их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Таким образом, понятие «длительно существующая агрессивная среда» применительно к условиям психиатрического стационара и качеству жизни пациентов, подразумевает 3 вектора: а) невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных; б) отсутствие социальной поддержки и в) отсутствие системы преодоления. Можно также выделить 3 группы взаимосвязанных характеристик психиатрических стационаров, негативно оцениваемых пациентами: а) пространственная организация стационара; б) больничные практики; в) социальная организация жизни в отделении.

Среди факторов, неблагоприятно влияющих на уровень последующей социальной адаптации больных, на первый план выступают факторы изоляции, ограничения контактов с другими людьми и длительность госпитализаций. 56,0% пациентов считает, что пребывание в «закрытом» отделении психиатрической больницы содержит значительно больше вредных для здоровья и жизнедеятельности аспектов, чем полезных и считают более предпочтительными амбулаторные формы лечения.

Переживание изоляции в замкнутом, лишенном выхода пространстве – одно из самых сильных неприятных ощущений пациента даже в условиях его добровольной госпитализации. Отсутствие возможности покинуть территорию отделения, ограничение физического перемещения воспринимается как крайняя форма потери самостоятельности и возможности контролировать свою жизнь. Особый порядок, не позволяющий пациенту поддерживать свою социальную идентичность, предполагает локализацию пациентов внутри традиционного психиатрического стационара. Организация дисциплинарного пространства определяет неизбежность концентрации индивидов в отведенных местах, их груп-

повое (в противовес индивидуально – автономному) существование, групповую траекторию перемещений в пространстве стационара.

Атрибутами психиатрического стационара являются так же жесткие распорядок дня, регламентация деятельности пациентов, иерархическая система властных полномочий в больнице. Существенно влияет на уровень последующей социальной жизни пациентов и содержание традиционных медицинских фармакологически ориентированных практик, и законодательно разрешенные формы принуждения, социального контроля и физического сдерживания с «непрерывной постоянной регуляцией времени, деятельности и поступков пациентов» (7).

Приведенные данные о неблагоприятной социальной жизни больных с психическими расстройствами и дегуманизирующих эффектах психиатрической помощи свидетельствуют о необходимости трансформации больничного уклада в направлении ликвидации обстоя-

тельств, формирующих переживание больными социального исключения. Однако «недостаточно развернуться в обратную сторону от ошибки, что бы прийти к истине» (8). Никакие реформы системы психиатрической помощи не будут социально эффективными, пока не трансформируется более широкий социокультурный контекст и социальная политика государства по отношению к проблемам психического здоровья и организации психиатрической помощи. При этом ключевым основанием для определения своего социального положения для пациентов должны стать не факт госпитализации и пребывание в психиатрической больнице, а жизненная ситуация за ее пределами с реальной, а не декларируемой возможностью самореализации и социального участия. Именно это означает подлинное возвращение пациента в сообщество и наличие восстановления его социального благополучия как важнейшей составляющей здоровья человека.

О.В. Абрамов

ГУМАНІЗМ ТА СОЦІАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЛЮДЕЙ З ПСИХІАТРИЧНИМ ДІАГНОЗОМ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Автор розглядає традиційну психіатричну допомогу, що включає ізоляційно-обмежувальні атрибути, такі феномени як стигматизація, патерналізм, дискримінація. Дані анкетування психічно хворих свідчать про несприятливе соціальне життя хворих на психічні розлади та дегуманізуючі ефекти психіатричної допомоги. Автор робить висновок про необхідність трансформації лікарняного укладу у напрямку ліквідації обставин, що формують переживання хворим соціального виключення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 5-9).

O. V. Abramov

HUMANISM AND SOCIAL WELL-BEING OF THE PEOPLE WITH PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

Donetsk National medical university named after M. Gorky

The author considers the traditional psychiatric help with the insulation-restrictive attributes and stigmatization, paternalism, discrimination phenomena. The data of the mental patients questionnaire are evidence of the unfavorable social life of the patients with mental disorders and dehumanistic effects of the psychiatric help. The author put a conclusion about necessity of the transformation of the hospital organization in the direction of the situation which from the patient's experience of the social exclusion. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 5-9).

Литература

1. Марута Н.О. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України / Н.О. Марута, В.А. Демченко, В.В. Домбровська – Київ – Харків. 2012 - 136с.
2. Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов – ООО «Лебедь». Донецк, 2002 - 279с.
3. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе : проблема стигмы / Н.А. Польская // Социологический журнал - №31/2 с. 145-158
4. Литвинова А.С. Вернуть «психически больного» в общество : путь социальных трансформаций или реформ в психиатрии / А.С.

Литвинова // Журнал исследований социальной политики. №8 – 2010 – т.8. - №2. – с.185-201.

5. Хобзей М.К. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2001 – 2010 рр.) М.К. Хобзей та ін. – Київ – Харків - 2011 – 173 с.
6. Goffman E. Essays on the social situation of mental patients and other inmates / E. Goffman – N.Y. – Anchor Books. – 1961
7. Фуко, М. Психиатрическая власть / М. Фуко – М. СПб. : Наука. 2007
8. Бурдые П. Социология политики/ П. Бурдые – ЛЛ - Socio – Logos-1993

Поступила в редакцию 03.05.2012

УДК: 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

*Л.В. Рахман¹, М.В. Маркова²***ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ
(СОЦІО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ТА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ)**¹Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, ²Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: терапевтично резистентні депресії, патоморфоз, соціо-демографічні аспекти, клініко-епідеміологічні аспекти

Проблеми психічного здоров'я, згідно статистично-епідеміологічних даних ВООЗ, відносяться до числа найбільш розповсюджених причин погіршення/втрати якості життя. В структурі психіатричної патології вже довгий час чільне місце посідають депресивні розлади (ДР) [2, 9, 10, 11, 12, 14]. Проспективні епідеміологічні дослідження дозволяють зробити висновок, що в результаті підвищення інтенсивності соціально-стресових факторів, збільшення тривалості життя, стійкої зміни патогенетичних механізмів і проявів хвороб існує висока ймовірність того, що розповсюдженість та частота ДР будуть зростати. Натомість, за даними багатьох дослідників, найбільшою проблемою в подоланні депресії є зростання терапевтично резистентних станів, які спостерігаються в середньому у 40-60 % хворих з ДР. На сьогоднішній день у 60-70 % пацієнтів з ДР після лікування виявляються залишкові ознаки депресивної симптоматики, що свідчить про лише частковий ефект терапії, а у 5-10 % таких хворих зовсім не спостерігається ефекту [1, 2, 8, 9, 14, 15]. Виходячи із сучасних загально прийнятих критеріїв, депресія є резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3-4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50%) [1, 2, 9, 11, 15, 16, 17]. Дані наукових

досліджень останніх років свідчать про суттєвий патоморфоз багатьох психічних хвороб [3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 18]. В основному в зміст поняття патоморфозу вкладають значні стійкі зміни патогенетичної сутності процесу захворювання, які з'являються під дією комплексу внутрішніх і зовнішніх факторів [2, 3, 4, 8, 11]. Видозмінилася клінічна картина більшості психічних захворювань, характер їх перебігу, накопичилися нові наукові здобутки, які призвели до істотних змін в поглядах на природу психічних розладів, напрацьовані алгоритми терапії патології психіки з врахуванням новітніх патогенетичних підходів [2, 3, 6, 7, 10, 14, 17, 18]. Вивчення проблеми патоморфозу терапевтично резистентних депресивних розладів набуває особливої актуальності в сучасній психіатричній практиці [2, 3, 4, 6, 8, 10, 12]. Дослідження особливостей видозміни клініко-динамічних параметрів терапевтично резистентних депресій, визначення серед них найбільш стабільних, патогномонічних проявів дозволяє уточнити закономірності їх патоморфозу на різних рівнях (психологічному, психопатологічному, етіологічному, патогенетичному, клінічному, нозологічному, лікувальному), що в свою чергу дозволить вирішувати актуальні задачі в питаннях покращення діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на ДР із резистентністю до проводимого лікування.

Матеріал та методи дослідження

Мета дослідження полягала в ідентифікації особливостей патоморфозу терапевтично резистентних депресій на основі співставлення і порівняльного аналізу соціо-демографічних та клініко-епідеміологічних показників. Методом ретроспективного аналізу було опрацьовано 165 медичних карт стаціонарних хворих із ДР по-

мірного або вираженого ступеня з тривалістю епізоду не менше 16 тижнів, у яких відмічалася резистентність до проводимого лікування, за період 15 років (1996 – 2010 роки). Робота виконувалася на базі архіву Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Всі хворі були розподілені на 2 групи: пер-

ша група в кількості 72 пацієнтів проходили стаціонарне лікування в 1996 – 2000 роках, в другу групу (93 хворих) були включені пацієнти, які лікувалися стаціонарно в період 2001 – 2010 років. Клініко-статистична оцінка даних проводилася з допомогою пакету програми Statistica 6.0. Стан пацієнтів верифіковано згідно з відповідними критеріями за МКХ-10. В групи дослі-

дження включалися хворі, яким було встановлено такі діагнози: депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу різного ступеня важкості (F31.3 – F31.5), депресивний епізод (F32), рекурентний депресивний розлад (F33), дистимія (F34.1), та які виявляли ознаки резистентності щодо лікування (відсутність або частковий ефект від проводимої терапії).

Отримані результати та їх обговорення

Перша група досліджених (72 хворих) за гендерними ознаками розподілилася наступним чином: пацієнтів з депресивним епізодом в структурі біполярного афективного розладу – 22 особи, з них чоловіків – 10, що становить 45,5%, жінок – 12 осіб, що становить 55,5%. Кількість хворих з діагнозом депресивний епізод з помірним та важким ступенем становила 15 осіб, з них чоловіків – 4, що становить 26,7%, жінок – 11, що становить 73,3%. Серед хворих, які проходили курс стаціонарного лікування з приводу рекурентного депресивного розладу (24 пацієнти), чоловіків було 7 (29,2%), а жінок – 17 (70,8%). Пацієнтів з діагнозом дистимія виявлено 11 осіб, серед них – 9 жінок та 2 чоловіків, що відповідно становить 81,8% та 18,2%. Вік пацієнтів на етапі встановлення резистентності до проводимої терапії становив відповідно: при депресивному епізоді БАР – 25 – 39 років, при депресивному епізоді різного ступеня важкості (від помірного до важкого) – 30 – 52 роки, при рекурентному депресивному розладі – 21 – 41 років, при дистимії – 37 – 51 років. В ході аналізу архівних медичних карт стаціонарного хворого за період 1996 – 2000 років виявлено, що при резистентних формах ДР вік маніфестації захворювання по різних нозологіях становив: при біполярному афективному розладі – захворювання маніфестувало в основному в 30 – 39 років (в 10 осіб, що становило відповідно 45,4%), в 36,4% (8 осіб) захворювання почалося в 20 – 29 річному віковому проміжку, в 2 випадках (9,1%) ознаки маніфестації виявлено у віці до 20 років, а також в 2 пацієнтів (9,1%) в старшому віці (40 – 49 років). У випадку депресивних епізодів помірного та важкого ступенів в 33,3% (5 пацієнтів) випадків захворювання маніфестувало в 30-39 річному віці, такі ж показники у віковій категорії 40-49 років (5 пацієнтів-33,3%), в 26,7% випадків (4 хворих) в 20 – 29 річному віці, а в 1 випадках початок захворювання припав на вік 50-59 років, що відповідно становить 6,7%. Пацієнти з діагнозом рекурентний депресивний розлад у 12 випадках (50,0%) вперше захворіли в 30 – 39 років, 6 хворих демонстрували маніфестацію симптоматики в проміжку 40 – 49 років (25,0%), на віковий

період 20-29 років припадає 16,7% випадків (4 пацієнтів), 2 пацієнтів (8,3%) захворіли у віці до 20 років. У випадку дистимії за віком початку захворювання пацієнти розташувалися наступним чином: 3 випадки у віці 20 – 29 років, що становить 27,3%, 6 випадків у 30 – 39 річному віці – 54,5%, 1 хворий у віці 40 – 49 років – 9,1%, 1 пацієнт захворів в молодому віці (до 20 років), що в відсотковому співвідношенні становить 9,1%. Тривалість захворювання до виникнення резистентності становила в переважній більшості випадків більше 10 років. Виникнення явищ відсутності ефекту антидепресивної терапії в даній групі пацієнтів спостерігалось найчастіше після 7 епізоду захворювання.

Друга група була представлена архівними медичними картами 93 пацієнтів, серед них 59 жінок (63,4%) та 34 чоловіки (36,6%), які проходили стаціонарне лікування в Комунальному закладі Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня з приводу резистентних депресій наступних нозологічних категорій: F31. Депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу – 28 хворих (30,1%), з них жінок-19 (67,9%), а чоловіків-9 (32,1%); F32. Депресивний епізод – 19 пацієнтів (20,4%), серед них 11 жінок (57,9%) та 8 чоловіків (42,1%); F33. Рекурентний депресивний розлад – 32 особи (34,4%), в даній категорії було вивчено медичні карти 21 жінки (65,6%) та 11 чоловіків (34,4%); F34. Дистимія – 14 хворих (15,1%), з них 8 жінок (57,1%) та 6 чоловіків (42,9%). При аналізі архівних медичних карт в даній групі пацієнтів було встановлено, що при резистентній депресивній симптоматиці в структурі біполярного афективного розладу маніфестація захворювання відбулася в період до 20 років в 3 пацієнтів (10,7%), в віковому проміжку 20 – 29 років в 19 випадках (67,9%), в 30 – 39 років в 4 випадках (14,3%) та в 40 – 49 років в 2 випадках (7,1%). При депресивному епізоді початок захворювання в більшості випадків припав на вік 30 – 39 років – в 7 пацієнтів (36,8%), 40 – 49 років – в 5 пацієнтів (26,3%), 20 – 29 років – в 4 пацієнтів (21,1%), в 2 випадках (10,5%) маніфестація депресивної симптоматики

відмічалася у віці 50-59 років, в 1 випадку, що становило 5,3%, захворювання почалося до 20 років. Резистентність до депресії формувалася при біполярному афективному розладі у віці 25 – 32 роки при тривалості захворювання 3 – 11 років, при депресивному епізоді – в 28 – 35 років при тривалості захворювання 5 – 9 років, при рекурентному депресивно-

му розладі – в 23 – 33 роки при тривалості захворювання 2 – 8 років, при дистимії – в 26 – 33 років при тривалості хвороби 4 – 8 років. Резистентність депресивної симптоматики в даній групі виявлялася в середньому на 5 епізоді захворювання.

Узагальнені дані про проведений аналіз архівної медичної документації наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Соціо-демографічні та епідеміологічні показники пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями, які проходили стаціонарне лікування на базі Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» в 1996 – 2010 роках

Показник		Групи досліджених			
		Група 1, n=72		Група 2, n=93	
		Абс.	%	Абс.	%
Вік	До 20 років	14	19,4	12	12,9
	21 – 30 років	31	43,1	42	45,2
	31 – 40 років	23	31,9	33	35,4
	41 – 50 років	3	4,2	6	6,5
	51 – 60 років	1	1,4	-	-
	Більше 60 років	-	-	-	-
Стать	Чоловіки	23	31,9	34	36,6
	Жінки	49	68,1	59	63,4
Місце проживання	Місто	44	61,1	72	77,4
	Село	28	38,9	21	22,6
Соціальний статус	Фахівець керівник	4	5,5	11	11,8
	Фахівець-виконавач розумової праці	12	16,7	23	24,8
	Фахівець-виконавач фізичної праці	10	13,9	12	12,9
	Некваліфікований робітник	2	2,8	1	1,1
	Тимчасово не працює	10	13,9	4	4,3
	Довгостроково не працює	9	12,5	15	16,1
	Пенсіонер	2	2,8	-	-
	Інвалід	23	31,9	27	29,0
Освіта	Незакінчена середня	11	15,3	20	21,5
	Середня	31	43,1	28	30,1
	Вища	30	41,6	45	48,4
Сімейний стан	Одружений (а)	48	66,7	36	38,7
	Розлучений (а)	18	25,0	35	37,6
	В шлюбі не перебували	6	8,3	22	23,7
Спадкова обтяженість за родичами	Немає інформації	23	31,9	27	29,0
	Відсутня	14	19,5	12	12,9
	Спадковість за психічними розладами	35	48,6	54	58,1
Нозологічна приналежність	Біполярний афективний розлад, депресивний епізод (F 31)	22	30,6	28	30,1
	Депресивний епізод (F 32)	11	20,8	19	20,4
	Рекурентний депресивний розлад (F 33)	17	33,3	32	34,4
	Дистимія (F34)	9	15,3	14	15,1
Ступінь вираженості депресивних проявів	Легкий	13	18,1	19	20,4
	Помірний	31	43,1	36	38,7
	Важкий	28	38,8	38	40,9
Вік манифестації захворювання	< 20	5	6,9	11	11,8
	20 – 29	19	26,4	37	39,8
	30 – 39	33	45,8	26	28,0
	40 – 49	14	19,5	11	11,8
	50 – 59	1	1,4	8	8,6
	> 60	-	-	-	-

При порівнянні отриманих результатів вивчення архівної медичної документації хворих із депресивними розладами із ознаками резистентності до проводимої терапії, які проходили стаціонарне лікування за період 15 років (з 1996-по 2000 рік та з 2001-по 2010 роки) вдалося встановити наступне:

1. За віковими параметрами в досліджених групах пацієнтів спостерігається тенденція до встановлення діагнозу в більш молодому віці, так за період 2001-2010 років більше 80% пацієнтів припадає на вікову категорію 21-40 років, що становить істотну соціальну проблему, оскільки захоплює найбільш соціально значиму категорію населення.

2. В досліджувані періоди відмічається незначне зниження виникнення резистентності депресивних станів в жінок: 68,1% в кінці 90-х років та 63,4% в період 2001-2010 років. Натомість зростає кількість резистентних депресій в чоловіків: з 31,9% в 90-х роках до 36,6% в періоді 2001-2010 років.

3. В розрізі показника місця проживання дані проведеного дослідження засвідчують зростання терапевтично резистентних депресій серед жителів міст. Так, в пацієнтів першої групи кількість сільських жителів становить 38,9%, в другій групі-22,6%. Міське населення серед пацієнтів першої групи становить 61,1%, другої-77,4%.

4. За соціальним статусом в останні 10 років серед пацієнтів із резистентними депресіями досліджених нозологічних категорій переважають особи із переважно розумовою працею (16,7% в першій групі та 24,8% в другій), зростає кількість довгостроково не працюючих пацієнтів (на 3,6%).

5. Вивчення рівня освіти в дослідженому архівному матеріалі виявило, що пацієнти із резистентними депресіями в основному мають середню спеціальну або вищу освіту. Зокрема, в період 1996-2000 років 15,3% та в період 2001-2010 років 21,5% пацієнтів мали незакінчену середню освіту. Проте після 2001 року резистентні депресії в основному спостерігалися в хворих із вищою освітою (48,4%), до 2001 року таких пацієнтів було 41,6%.

6. За сімейним станом пацієнти із депресивними розладами, резистентними до проводимої терапії, в основному були одруженими: 66,7% в першій групі та 38,7% в другій групі. Проте в останні 10 років відмічається зростання кількості випадків резистентних депресій серед розлучених осіб (37,6% в другій групі та 25,0%

в першій групі).

7. Спадкова обтяженість за психічними захворюваннями в досліджених групах є істотною, на протязі останніх 10 років частка хворих із спадковою обтяженістю становить 58,1% проти 48,6% за період 1996-2000 років.

8. Маніфестація резистентності у депресивних хворих припадає в основному на вік 26-32 роки, причому в другій групі пацієнтів визначається істотне зниження віку пацієнтів із ознаками резистентності депресії, останніми роками резистентність розвивається в період 20-29 років (39,8%), істотним є зростання випадків резистентності депресивних розладів у віці до 20 років (на 4,9%).

9. Проведений аналіз архівних медичних карт стаціонарних хворих засвідчив скорочення періоду розвитку резистентності, так, в пацієнтів першої групи резистентність розвивалася в основному на 7 епізоді захворювання, тоді як в пацієнтів другої групи вже на 4 епізоді спостерігається резистентність депресивної симптоматики.

Таким чином, проведений ретроспективний аналіз 165 медичних карт стаціонарних хворих із депресивними розладами, у яких відмічалася резистентність до проводимого лікування, за період 15 років (1996-2010 роки) дозволив ідентифікувати наявність патоморфологічних змін резистентних депресій в соціально-демографічному та клініко-епідеміологічному аспекті. Серед негативних соціально-епідеміологічних тенденцій виявлено зростання терапевтично резистентних депресивних станів загалом, переважання пацієнтів із високим освітнім рівнем, значна частка хворих серед міського населення, істотне зростання резистентних депресій у розлучених осіб, наявність спадкової схильності у переважній більшості осіб, істотне зменшення віку пацієнтів із ознаками резистентності до антидепресивної терапії, розвиток резистентності в ранні терміни після маніфестації захворювання. Результати, отримані в ході проведеного дослідження, дозволили підтвердити наявність патоморфозу резистентних депресій, виявивши істотні соціо-демографічні та клініко-епідеміологічні ознаки, що відкриває подальшу перспективу у вивченні інших видів патоморфологічних змін: патопсихологічних, клінічних та терапевтичних, що в свою чергу дозволить вирішувати актуальні задачі в питаннях покращення діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на ДР із резистентністю до проводимого лікування.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ (СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)

Львовский национальный медицинский университет им. Д.Галицкого, Харьковская медицинская академия последипломного образования

В результате изучения архивной медицинской документации больных с депрессивными расстройствами с признаками резистентности к проводимой терапии за период 15 лет (с 1996-по 2000 год и с 2001-по 2010 годы) идентифицировано наличие патоморфологических изменений резистентных депрессий, изучены особенности социо-демографических и клинико-эпидемиологических показателей, которые позволяют установить закономерности патоморфоза терапевтически резистентных депрессий. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 10-14).

L.V.Rakhman, M.V.Markova

FEATURES PATHOMORPHOSIS OF THERAPEUTIC RESISTANT DEPRESSION (SOCIO- DEMOGRAFIC AND CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS)

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

As a result, the study of archival medical records of patients with depressive disorders with signs of resistance of therapy over the 15 years (from 1996 to 2000 and from 2001 to 2010) identified the presence of pathomorphological changes in resistant depression, studied specific socio-demographic and clinical epidemiological indicators that allow you to set patterns pathomorphosis therapeutically resistant depression. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 10-14).

Література

1. Балашов А. М. К вопросу о резистентности к фармакотерапии / А. М. Балашов // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. — 2009. — № 1 (109). — С. 90 – 91.
2. Быков Ю. В. Резистентные к терапии депрессии / Ю. В. Быков. — Ставрополь. — 2009. — 77 с.
3. Вандыш В. В. Патоморфоз психических расстройств / В. В. Вандыш, И. М. Пархоменко // Российский психиатрический журнал. — 1997. — № 3. — С. 11 - 17.
4. Вертоградова О. П. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия)/ О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 4(15). — С.18–23.
5. Ковалев В. В. Патоморфоз психических болезней: его типы и причины / В. В. Ковалев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — № 89 (12). — С. 51 – 55.
6. Лобачева Л.С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэндогенных депрессий в последние десятилетия / Л.С. Лобачева // Мат.Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области (14–15 сентября 2005 г.). — Иркутск.- 2005. — С. 217–219.
7. Любов Е. Б. Депрессивные расстройства: фармакоэпидемические и клинико-экономические аспекты. / Е. Б. Любов, Г. Р. Саркисян //Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006.—№ 2(16). —С. 93–100.
8. Мазо Г. Э. Терапевтические резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г.Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — В. 2.— С. 87 – 96.
9. Минутко В. Л. Депрессия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 320 с.
10. Михайлов Б.В. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств. / Б.В. Михайлов, Т.Е. Яковцова // Проблемы медицинской науки та освіти. 2006. —№ 2. — С. 65-69
11. Підкоритов В. С. Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2(63). — С. 55 — 57.
12. Пшук Н. Г. Психологічні кореляти маскованих депресій / Н. Г. Пшук // Патоморфоз психічних та психосоматичних розладів на сучасному етапі. — Вінниця, 2009. — С. 34 - 36.
13. Хохлов Л. К. Социокультуральные факторы и патоморфоз психических заболеваний / Л. К. Хохлов, М. И. Воробьев, Л. Н. Савельева // Журнал невропатологии и психиатрии им Корсакова. — 1972. — №12. — С. 1841 - 1847.
14. Чабан О.С. Депресія: пошук ефективної антидепресивної терапії триває/ О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Медицина світу. Спеціальний випуск: психіатрія (додаток). — 2006. — С. 34-40
15. El-Mallakh R. S. Chronic depression in bipolar disorder/ R. S. El-Mallakh, A. Karipoot // Am J Psychiatry. —2006 . —№163(8) . — P.1337–1341.
16. Fava M. Diagnosis and definition of Treatment - Resistant Depression / M. Fava // Biol Psychiat. - 2003. —Vol. 53. —P. 649 - 659.
17. Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. // J Clin Psychiatry.— 2005.—Vol. 66 (suppl. 8) .—P.5–12.
18. Nemeroff C. B. Prevalence and management of treatment-resistant depression / C. B. Nemeroff // J Clin Psychiatry. — 2007. — Vol.68 (suppl. 8). — P. 17 – 25.

Поступила в редакцию 24.05.2012

УДК 616.895.8-021.3-031-036.4-039.13-053-055

*В.А. Абрамов, О.И. Лихолетова, Г.Г. Пуятин***КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНИЦИАЛЬНОГО ПРОДРОМА ШИЗОФРЕНИИ ВО
ВРЕМЕННОМ И ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТАХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: инициальный продром шизофрении, первый психотический приступ

О времени начала шизофрении в литературе нет единого мнения: некоторые авторы под началом шизофрении понимают уже ярко выраженные клинические проявления болезни, непосредственно приведшие в психиатрическое учреждение, другие же авторы отмечают еще в отдаленном анамнезе те или иные психопатологические проявления и характерологические изменения личности больного [1-4]. В клинической практике при оказании психиатрической помощи больным шизофренией особенности симптоматики доманифестного этапа не принимаются во внимание, нивелируя, тем самым, значение для дальнейшего течения процесса длительности существования, динамического преобразования и последовательности появления симптомов доманифестного периода.

Выдвинутая гипотеза о нейротоксичности начальных этапов шизофрении постулирует, что длительное присутствие симптомов, не леченных с помощью нейролептиков, приводит к нарушениям, которые не могут быть полностью устранены последующим лечением [5], что ухудшает клинические и функциональные исходы болезни [6-11]. В связи с этим, для минимизации ущерба для больного, сформировался определенный подход к первому эпизоду психоза, целью которого является как можно более раннее выявление начинающегося психоза и подбор оптимальной терапии на этом этапе. В основе этого еще не оформившегося окончательно подхода лежит также гипотеза «критического периода» [12], согласно которой больные в первые 2–5 лет после начала заболевания считаются наиболее уязвимыми к биологическим, психологическим и социальным воздействиям, а патологические процессы обнаруживают максимальную пластичность.

Некоторые программы раннего вмешательства делают упор на продромальном периоде, в надежде предотвратить начало острого психического приступа у лиц из группы риска

формирования психоза. В других исследованиях влияние длительности существования симптоматики доманифестного периода на последующее течение и прогноз болезни, не доказано [13-17].

Причины таких неоднозначных, противоречивых результатов научных изысканий могут объясняться артефактами ретроспективного анализа, неоднородностью выборок, методических подходов, акцентом на разной длительности камамнеза при оценке исходов. Однако, все авторы сходятся во мнении о необходимости наиболее раннего выявления и внедрения лечебно-превентивных мероприятий, что делает актуальным исследование клинико-динамических особенностей продрома шизофрении.

В клинической практике продром психоза является ретроспективным понятием, относящимся ко времени от появления самого первого симптома (признака) болезни до первого заметного психотического симптома [18]. Эти показатели по оценкам различных исследователей варьируют в пределах 2–2,2 лет [19-21]. Период же, от момента появления первого клинически очерченного психотического симптома до периода максимума психотических симптомов, когда обычно происходит госпитализация в стационар, в литературе носит название психотической подфазы (префазы) [18]. Длительность этого периода колеблется от 1,3 лет до 2 месяцев [10]. Однако, далеко не все исследователи доманифестного этапа болезни строго отграничивают эти фазы, относя всю психопатологическую симптоматику (неспецифическую, негативную, позитивную) к продромальному этапу, что вносит классификационные расхождения.

Сам термин «продром», часто используемый в общесоматической медицине, не совсем точен в отношении обозначения начала шизофрении, так как симптомы продрома не всегда трансформируются в развернутую клиническую картину болезни и могут определять различные исходы.

По этой причине тип популяции с риском шизофрении, у которых фиксируются признаки продромальной фазы, в некоторых источниках называют группой лиц «высокого клинического риска» [22]. Так, по одним данным, только в 40% случаев симптоматика продрома реализуется в психоз, в остальных случаях она может приводить к формированию аффективной или невротической патологии, по другим данным, длительное (более 6 месяцев) наличие среди симптомов продрома когнитивной дисфункции в виде снижения продуктивности мышления, нарушения концентрации внимания и ухудшения рабочей памяти свидетельствует о точности прогноза развития шизофрении на уровне 74% [23].

Безусловно повышает шанс развития болезни семейный отягощенный анамнез. Результаты исследования «Copenhagen High Risk Project», продолжающегося в течение 1962 – 1989 гг. показали, что дети с больной матерью заболевали шизофренией в 13%, а с больными обоими родителями – в 24% случаев; если же рассматривать совокупность заболеваний шизофренического спектра (шизофрению+шизофренические психозы и шизотипическое расстройство), то болезнь развивалась в 38% и 55% случаев соответственно [22].

По мнению ряда ученых [24-27], еще до возникновения признаков продрома болезни, то есть в преморбидном периоде, у будущих больных шизофренией наблюдаются аномальные явления, называемые психопатологический диатез, критериями которого являются непсихотический уровень проявлений, различной степени психическая дезадаптация обратимого характера и наличие признаков нозотропности, но не нозоспецифичности [25]. В качестве таких дисфункциональных состояний рассматриваются переходящие отклонения в состоянии здоровья в виде эпизодов нервно-психических нарушений, отставленных по времени от начала аутохтонного развития процесса, неспецифических по характеру и лишенных структурно-динамической связи с наступающими позднее продромальными проявлениями шизофрении [28].

По признаку динамики было выделено три формы психопатологического диатеза: эпизодическая, представленная относительно короткими дисфункциональными состояниями с неглубоким уровнем психопатологических нарушений и отставленностью от аутохтонного развития болезни; промежуточная, характеризующаяся проявлениями реактивной лабильности: психогенно обусловленные непродолжительные

изменения самочувствия и поведения невротического характера с чрезмерным масштабом реагирования относительно вызвавшей их причины; константная, базирующаяся на диссоциированности и дефицитарности психической деятельности и характеризующаяся тотальностью или парциальностью нарушений [25].

Рассмотрение шизофрении, как диатез-стрессового заболевания, объясняет индивидуальные закономерности ее течения через призму адапционно-компенсаторных механизмов, по-разному проявляющих себя в ответ на воздействие внешнего стрессора [29,30]. Такой взгляд в некоторой степени проясняет различия в клинической картине продрома, длительности продромального периода до момента перехода болезни на психотический этап, а также социальном функционировании больного в этот период.

На этапе инициального продрома шизофрении по сравнению с преморбидом, постепенно происходит отчетливое обеднение всей психической жизни [21].

По мнению отечественных исследователей [25,30,31,32] основу инициального продрома шизофрении составляет «шизофреническая» триада: интенциональные расстройства (ослабление психической активности, редуцированность энергопотенциала), что проявляется в малоинициативности, готовности мириться с неудобствами, что связано с некоторой слабостью побуждений и влечений, и нежеланием прилагать усилия к исправлению или улучшению ситуации; первичный аутизм (утрата или снижение потребности в общении, избегание общения, погружение в мир внутренних переживаний) и дискордантность (расщепление, рассогласованность мышления и аффектов, побуждений, чувств). Кроме того, присутствуют аутохтонная эмоциональная лабильность, эпизодические астенические проявления и эпизоды депрессии с ее соматовегетативными эквивалентами, что рассматривается авторами, как унифицированный вариант реагирования на стрессовые ситуации.

В более раннем исследовании [1], охватившем выборку из 251 человек, в клинической картине первых признаков шизофрении в 34,2% случаев автором отмечены нарушения мышления; в 22,7% случаев – изменение характера в одних случаях по типу «вползания в болезнь», в других – в виде резкого заострения (изменения) черт характера; у 21,6% отмечались эпизоды неадекватного поведения; 5,5% больных имели соматические жалобы, часто необычного содержания; у 5,2% больных имело место нарушение

восприятия в виде метаморфоз или эпизодов зрительных галлюцинаций.

Схожие данные получены и в другом исследовании [33], где к критериям шизофренического продрома относят нарушения мышления (динамические, структурные, семантические), двигательно-волевой сферы (немотивированные поступки, двигательное возбуждение), эмоциональные расстройства (страхи, негативное отношение к близким), нарушения восприятия (иллюзии, метаморфозии, зрительные и слуховые галлюцинации), заострение черт характера в виде апатии, замкнутости, безинициативности, пассивного поведения.

Ряд работ [21,31] указывает на доминирующее положение негативных симптомокомплексов в картине продромов шизофрении, реализуемых чаще на субклиническом уровне, и нарушений круга концептуальной дезорганизации мышления (нецеленаправленность, непоследовательность, излишняя детализация или поверхностность, паралогичность, резонерство, соскальзывание, шперрунги). Дефицитарность когнитивной сферы, как и сферы эмоций и влечений, аутизация личности, дисфорические проявления, а также снижение толерантности к обыденным стрессовым факторам, выступающие в качестве «почвы», отражают в основном негативную симптоматику продрома шизофрении. По мере нарастания прогрессивности, на стадии, предвещающей дебют, происходит усложнение клинических проявлений за счет субпродромальных позитивных расстройств, что знаменует начало психотической подфазы [10, 34].

Исследования, посвященные проблеме функционирования пациентов в социуме в период продрома, показали снижение функциональной активности и признаки социальной дезадаптации в различных сферах. Так, 30,4% пациентов не работали; 3,5% - теряли прежнюю квалификацию; 17,4% - оставляли учебу; 47% - ограничивали круг общения, утрачивали прежние дружеские и профессиональные связи; у 1,7% пациентов произошел распад семьи; сохраняли свои социальные позиции 55,8% больных [35]. Было отмечено, что у лиц, имеющих во время продрома трудности «уживания» с другими людьми, завязывания или поддержания дружбы, нехватку дружеских отношений и сложности контактов с незнакомыми людьми, прогностически чаще продром переходил в психотический эпизод [36].

Результаты исследований продрома шизофрении немногочисленны и достаточно противопо-

речивы, что можно объяснить сложностью исследования доманифестного периода болезни, различным пониманием авторов термина «продром», классификационными расхождениями в разграничении стадий развития болезни, предшествующих первой госпитализации в стационар, различными методическими подходами при изучении клиники продромов, отсутствием четких клинических критериев и унифицированных диагностических инструментов их выявления. В одних исследованиях подчеркивается субклинический уровень нарушений, в других – прослеживаются четкие симптомы болезни; часть исследователей отмечают в продромальном периоде в основном негативную, неспецифическую симптоматику и изменение характера, а появление позитивных симптомов относят к переходу продрома в психотическую префазу, другие же исследования весь спектр симптомов до первого психотического эпизода определяют в продромальную фазу болезни. Во многих исследованиях нет ясного понимания и критериев отнесения болезни к той или иной фазе, нет временного соотношения между собой ранних признаков (симптомов) шизофрении, также остается неясным прогностическое значение симптоматики инициального периода болезни и длительности ее существования для тяжести первого психотического эпизода, дальнейшего течения и клинико-функциональных исходов шизофрении.

Исследование инициального продрома психоза – процесс трудоемкий, что обусловлено следующим: 1) для их изучения в реальном времени нужна выборка, состоящая из высоко уязвимого населения, которое обладает более чем средним риском появления психоза; 2) учет того факта, что продром не всегда заканчивается психозом, так как симптомы продрома зачастую не являются патогномичными для шизофрении (F2), и могут быть схожими с симптомами будущего аффективного расстройства (F3) и даже тревожного расстройства (F4); 3) в нашей стране наиболее ранняя психиатрическая помощь больным шизофренией ориентирована на период уже клинически диагностируемого психоза и периода непосредственно за ним следующего, что вынуждает относиться к продрому, как к ретроспективному периоду; 4) отсутствие программ по активному выявлению лиц с продромальными симптомами среди группы лиц высокого риска развития психоза, продромальных клиник и несовершенство унифицированных стандартов оказания специализированной помощи на продромальном этапе болезни; 5) нераз-

работанность стандартного диагностического инструментария для выявления наиболее характерных для шизофренического психоза симптомов продрома.

Настоящее исследование посвящено анализу доманифестного этапа шизофрении (ретроспективно) с акцентом на продромальный период и период психотической префазы, и ставит перед собой задачи определения наиболее специфического спектра продромальных симптомов, времени их появления, динамики и особенностей синдромаформирования, а также выделения наиболее типичных вариантов течения

Материал и методы исследования

Было проведено клиническое обследование 227 больных мужского и женского пола в возрасте 18–35 лет с впервые диагностированным психотическим расстройством шизофренического спектра, находящихся на стационарном лечении в отделениях Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка, и проходящих лечение в дневном стационаре Областного психоневрологического диспансера г. Донецка. Среди них лица мужского пола составили 61% (138 человек), лица женского пола – 39% (89 человек). Распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с МКБ–10 [37] было следующим: шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.09) – 61 человек, шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года (F20.29) – 5 человек, острое полиморфное психотическое расстройство (F23) – 15 человек, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 75 человек, острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 12 человек, шизоаффективное расстройство (F25) – 48 человек; шизотипическое

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении продромального периода шизофрении необходимо различать продром, относящийся к препсихотическому периоду первого эпизода шизофрении, то есть инициальный продром, и продром, предшествующий повторному психотическому эпизоду болезни. Инициальный продром имеет большую длительность, что делает возможным его обнаружение и использование с профилактической целью, в то время как повторный продром обычно длится часы или дни. С другой стороны, риск появления психотического приступа при повторном продроме

продромального периода шизофрении.

Реализация указанных задач позволит в последующих исследованиях достичь цели наиболее ранней диагностики болезни путем разработки на основе ретроспективного интервью пробного инструмента для выявления лиц с продромальными симптомами шизофрении, разработки превентивных мероприятий относительно динамического развития симптоматики продрома и прогнозирования течения первого психотического эпизода, ремиссии, а также клинико-функциональных исходов болезни во временной матрице.

расстройство (F21) – 11 человек. В исследование не включались пациенты с повторными госпитализациями и с наличием первого эпизода психоза вследствие органических причин (посттравматического, сосудистого, интоксикационного генеза); пациенты с аффективной патологией с психотическими симптомами и психозами, вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ; пациенты с индуцированными психозами и сочетанием шизофрении с умственной отсталостью; пациенты, которые не дали информированного согласия на исследование.

При проведении настоящего исследования использовался клинический метод, включающий в себя оценку психического статуса пациента, изучение архивных историй болезни и амбулаторных карт, а также ретроспективный сбор информации у пациента и его социального окружения с использованием разработанной «Карты ретроспективного обследования больного с первым психотическим эпизодом шизофрении» и «Опросника определения клинико-динамического варианта продрома шизофрении».

известен, что делает больных более бдительными, а при инициальном продроме риск психоза сомнителен, поэтому опасность часто игнорируется.

В настоящем исследовании мы рассматривали клинические особенности инициального продрома шизофрении в их динамическом течении путем тщательного ретроспективного сбора данных, с целью выявления общих закономерностей формирования продромальной симптоматики. Для удобства описания клинической картины продрома мы воспользовались общеизвест-

ным в психиатрии дименсиональным подходом, который предполагает возможность дифференцировки отдельных симптомокомплексов для оценки их динамики и взаимодействия между собой. На наш взгляд для изучения симптоматики шизофренического продрома целесообразным было выделение трех категорий симптомов: неспецифических, негативных и позитивных. В данном исследовании мы детально рассмотрели временные и динамические соотношения указанных категорий.

1. Категория неспецифических симптомов включала неврозоподобные (аффективные, псевдоастенические, обсессивные, истерические, ипохондрические, деперсонализационные) и психопатоподобные нарушения, которые часто проявлялись на субклиническом уровне расстройств, то есть были нозологически еще менее специфичны, чем симптомы, и по своей природе, вероятно, являлись неосознаваемыми личностными реакциями на исподволь развивающийся процесс в головном мозге. Указанные дисфункции длительное время не нарушали социального функционирования пациентов и квалифицировались нами, как относящиеся к процессуальному заболеванию только в тех случаях, если они появлялись и продолжали свое существование наряду с другими категориями симптомов вплоть до первичной госпитализации в стационар, или же стереотипно повторялись, обостряясь и сглаживаясь в течение всего инициального периода, обнаруживаясь в психопатологической структуре продромального и психотического этапов болезни.

2. Категория негативных симптомов включала группы признаков, продолжающихся, однажды возникнув, в течение всего инициального периода и периода первого психотического приступа, или же имеющих тенденцию к преходящему, но возвратному течению, появляясь на протяжении всего инициального периода с различной степенью выраженности. Сюда мы относили трудности с мышлением и концентрацией внимания, падение психической активности со снижением успеваемости, плохую работоспособность, нехватку энергии, инициативы, утрату прежних интересов, появление медлительности, неуверенности в себе, бездеятельность, отчуждение, избегание социальных контактов.

3. Категория позитивных симптомов включала в себя рудиментарные, стертые или клинически оформленные позитивные симптомы болезни. Они были отнесены к текущему шизоф-

реническому процессу инициального периода в том случае, если продолжительно существовали, имели возвратный характер или же появились единожды. Эти симптомы существовали в виде нестойких или стабильных паранойяльных идей, рудиментарных идей отношения, особого значения или влияния со стороны, ощущения своей особой значимости, слышания странных звуков, появления несвойственной ранее недоверчивости и подозрительности, изменений зрительного восприятия.

На рисунке 1 представлены средние значения возраста обследованных нами больных по основным позициям динамики психопатологической симптоматики от момента появления первого признака инициального продрома болезни до первичного поступления в психиатрический стационар. Данные были получены из трех источников информации: пациента, его ближайшего окружения и медицинской документации с использованием разработанной нами «Карты ретроспективного обследования больного с первым психотическим эпизодом шизофрении». Удобным, с нашей точки зрения, было выделение нескольких клинических категорий симптомов (признаков), основанных на специфичности начального периода шизофрении.

Анализ динамики этих трех категорий симптомов в гендерно-возрастном аспекте у обследованных больных показал, что появление первых признаков начала болезни отставлено на несколько лет от времени первичной госпитализации, при этом у мужчин средний возраст начала болезни составил 18 лет, что опережает на 2 года средний возраст появления первых признаков болезни у женщин (19,9 лет, $p < 0,05$). Средние значения возраста больных на момент госпитализации составили 25,1 лет у мужчин и 27,1 лет у женщин ($p < 0,05$).

Одна из уже имеющихся классификаций [38] фаз инициального периода шизофрении определяет продром, как период от появления первого признака шизофрении (начало болезни) до появления первого позитивного симптома; с его появления начинается период психотической префазы, который перерастает в максимум выраженности позитивных симптомов, что именуется первым психотическим эпизодом. В настоящем исследовании для удобства использования терминологии мы подразумевали под понятием «продром» истинный продромальный период плюс период психотической префазы до выраженной клинической картины психотического приступа, а при необходимости уточняли более

детальное время появления той или иной симптоматики. Такой подход был обусловлен доста-

точно ранним появлением позитивных симптомов в части случаев.

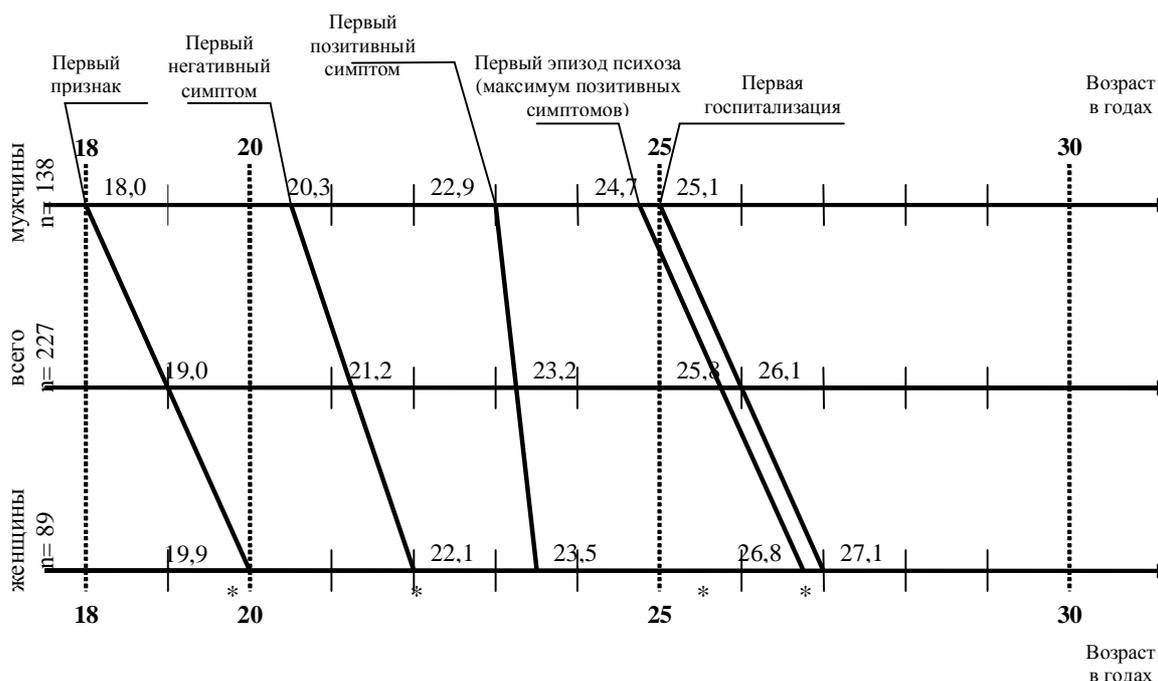


Рис.1 Гендерные различия среднего возраста появления продромальных симптомов шизофрении

Примечание: *- имеются статистически значимые различия при $p < 0,05$

Стереотип развития симптоматики инициального периода шизофрении не зависел от гендерного признака, при этом у мужчин имелась тенденция к более длительному периоду продрома (4,9 лет) и более короткому по сравнению с продромом периоду психотической префазы (1,8 лет), в то время как у женщин длительность продрома и психотической префазы составила 3,6 и 3,3 года соответственно. У лиц обоих полов время от появления максимума позитивных симптомов до момента госпитализации составило в среднем 3–4 месяца.

Следует акцентировать внимание на том, что на рис.1 представлены лишь средние значения возраста появления той или иной категории симптомов у обследованных пациентов, что не является отражением динамики последовательности появления симптоматики. Так, по нашим данным, первым признаком болезни мог быть симптом любой категории, как неспецифический, так и негативный, и даже позитивный. Таким образом, данный рисунок не отражает индивидуального течения инициального периода болезни.

Представленный нами фазовый характер течения инициального периода шизофрении (фаза продрома, психотическая префаза, первый психотический эпизод) предполагает умение разгра-

ничивать фазы, несмотря на то, что данное разграничение все же условно, и границы фаз размыты. Так, можно гипотетически предположить, что при появлении первых признаков продрома (точка 1) только сам пациент замечает в себе некоторые изменения, которые еще нельзя назвать симптомами (например, неопределенное чувство беспокойства, трудности совладания с обычными стрессорами, появление глубоких размышлений о жизни, самоанализ), затем (точка 2) изменения в пациенте становятся заметными для окружающих, но еще не укладываются в рамки психоза (например, появление задумчивости, раздражительности, капризности, суетливости, нехарактерных для данного больного поступков – расточительности или наоборот, сверхбережливости), в последующем (точка 3) в высказываниях пациента появляются описания, которые можно квалифицировать, как позитивные признаки (например, нарушение зрительного и слухового восприятия, чувство отнесения к себе всего происходящего, управления извне и т. д.), и затем только (точка 4) ближайшее окружение пациента замечает у него симптомы психоза. В этом случае, при получении информации от пациента «точка 3» означает окончание периода продрома и начало психотической префазы, а при получении информации от ближайшего окруже-

ния, временной границей перехода в психотический период будет «точка 4».

Ряд исследователей, описывая симптомы продрома шизофрении, выделяли наиболее часто встречающиеся признаки, объединяя их в группы, но не учитывая динамических особенностей смены и видоизменения симптомов во времени [1,25,31]. В то же время, именно динамические характеристики симптомов инициального периода шизофрении имеют прогностическую значимость, определяют дальнейшее течение заболевания и социальное функционирование пациента на последующих этапах и являются потенциально важными для диагностики, профилактики и использования тех или иных лечебно-реабилитационных программ.

Существует несколько взглядов на течение симптоматики инициального периода шизофрении. Рассмотрим основные из них.

Некоторые ранние исследования [40] констатируют следующую последовательную смену симптомов инициального периода: сначала появление неспецифических (неврозоподобных) симптомов с последующим присоединением препсихотических и, затем, выраженных психотических симптомов, при этом каждый период болезни сопровождается ухудшением ролевого функционирования и поведенческими изменениями в виде гипофункционирования (уединение, изоляция) или гиперфункционирования (нервозность, беспокойство, суетливость). С одной стороны, такая закономерность развития синдромов с почти параллельным их существованием, но с задержкой формирования категории позитивных симптомов, поддерживает общие основы формирования психопатологических синдромов, но с другой стороны не является общим для всех случаев унифицированным вариантом течения инициального периода шизофрении.

Согласно исследованиям других авторов [39], фундаментально ранними являются специфические симптомы в виде нарушений внимания (фильтрация и концентрация информации), приводящими к нарушению перцепции (видение объектов измененными в размере, форме, движении) с последующей блокировкой процессов мышления, нарушением речевой продукции, моторных функций. Длительное существование указанных нарушений через несколько месяцев или лет приводит к появлению выраженных психотических симптомов, а невротические симптомы и поведенческие изменения являются вторичными по отношению к специфическим, и появляются, как реакция на них, то есть явля-

ются поверхностными индикаторами более глубоко протекающего процесса.

Рядом других исследователей в структуре инициального продрома шизофрении были описаны форпост синдромы [40], которые включали в себя появляющиеся симптомы продрома (жалобы пациента на нарушение познавательной, эмоциональной, двигательной и вегетативной сфер, телесные сенсации, нарушение перцепции и толерантности к обычным стрессорам), которые, однако, не прогрессировали сразу в психоз, а спонтанно разрешались. Однако, форпост синдромы являются спутниками далеко не каждого инициального периода шизофрении, поэтому данная модель может быть только одним из вариантов течения продрома, но не объединяет общие закономерности симптомо и синдромообразования на данном этапе.

Одной из последних концепций клинико-динамических изменений продромального периода является гибридная (интерактивная) модель [38], которая делает попытку соединения предыдущих моделей, не отрицая ни одну из них, с целью объединения в одной концепции возможных вариаций течения симптоматики шизофренических продромов (Рис.2). Согласно данной модели, шизофренический продром включает в себя комбинации различных симптомов, также может включать форпост синдромы. При этом на протяжении одного продрома пациент может входить в «симптоматический» период, включающий неспецифические или стертые психотические симптомы, переходя затем непосредственно в клинически выраженный психоз или же в «асимптоматический» период. Возможно также появление форпост синдромов со спонтанным их разрешением. Реактивные неспецифические симптомы (например, тревога) и поведенческие изменения могут быть вторичными в ответ на любые из вышеуказанных групп симптомов. Таким образом, гибридная модель является самой гибкой, обратимой, показывающей, что биологическая уязвимость на инициальных этапах может двигаться в разных направлениях между «асимптоматическим» и «симптоматическим» состояниями.

С нашей точки зрения гибридная модель является наиболее универсальной, предлагает хорошие возможности для исследования прогностической значимости различных вариантов динамического течения симптоматики шизофренических продромов, что позволило нам использовать ее, как методологическую и концептуальную платформу для дальнейшего изучения кли-

нических характеристик инициального продрома шизофрении.

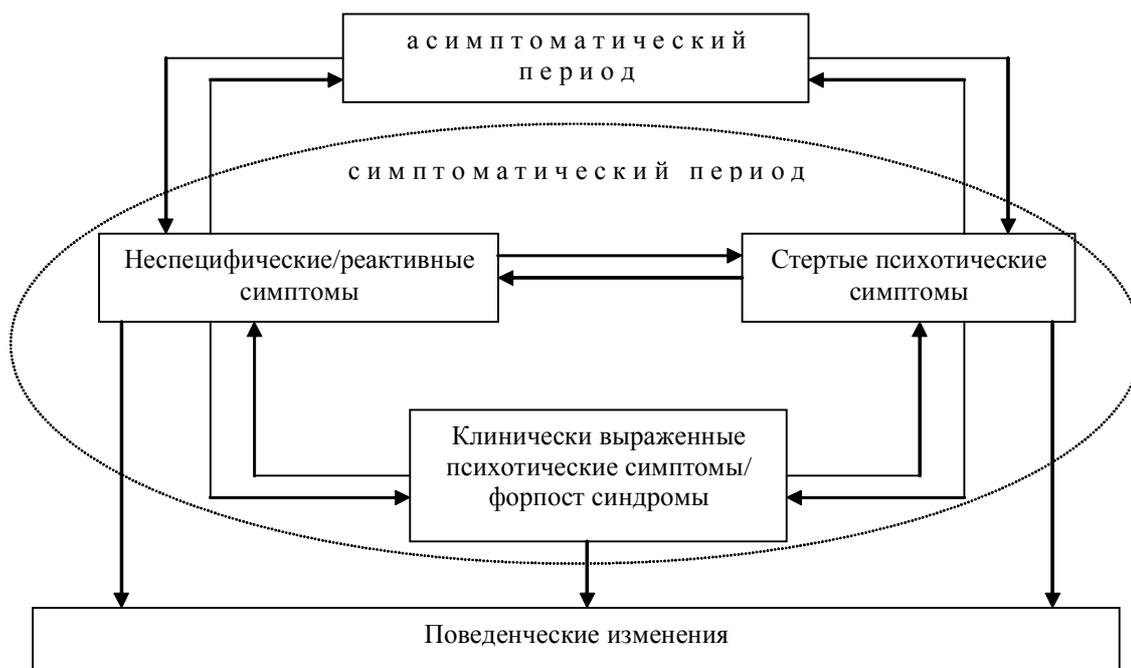


Рис.2. Гибридная (интерактивная) модель течения инициального продрома шизофрении (Yung, McGorry, 1996)

На основе ретроспективного обследования больных с первым психотическим эпизодом шизофрении, проходивших стационарное лечение в отделениях Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка, а также анализа 300 архивных историй болезни пациентов той же диагностической категории, госпитализированных впервые, нами были выделены наиболее типичные для инициального периода шизофрении клиничко-динамические, возрастные и социальные характеристики, что легло в основу разработки «Опросника определения клиничко-динамического варианта продрома шизофрении». В процессе анализа было обнаружено, что шизофренический продром отличается клиничко-динамической неоднородностью, различной глубиной поражения и мерой специфичности симптоматики. Кроме того, наблюдалась преемственность симптомов продрома с развивающейся впоследствии клиничко-динамической картиной шизофрении. В результате анализа полученной информации было установлено, что продром не является статическим явлением, это динамический процесс, симптоматика которого видоизменяется с течением времени, обнаруживая различную скорость своей трансформации и различные временные границы. Основополагающее значение, в этой связи, принимают такие понятия, как «клиничко-динамическое течение продрома», «степень прогрессивности», «глубина поражения», «времен-

ной фактор».

Учитывая данные параметры, нами было обследовано 227 больных, впервые госпитализированных в психиатрический стационар с первым психотическим эпизодом шизофрении, в анамнезе у которых были обнаружены различные варианты клиничко-динамического течения инициального периода. Детально проанализировав клиничко-динамическую структуру продрома во временном аспекте, с учетом степени прогрессирования, глубины поражения и симптоматической завершенности, возраста начала болезни и длительности продромального периода, у нас обозначилось три варианта течения продрома, каждый из которых имел свои общие закономерности преобразования симптомов и обладал различным прогностическим потенциалом.

Так, шизофренические продромы имели различный характер течения – в одних случаях непрерывный, в других – волнообразный по типу приступов/эпизодов, между которыми наблюдался асимптоматический период с абсолютно ненарушенным функционированием больного и отсутствием личностных изменений (эпизодический вариант), или же приступов/эпизодов, между которыми сохранялась симптоматика, менялся характер/склад личности больного, и в той или иной степени изменялось функционирование больного в обществе (смешанный вариант).

Обратил на себя внимание такой важный фактор, как степень прогрессивности болезненного процесса на стадии продрома, который в сочетании с индивидуальными для каждой личности компенсаторно-приспособительными механизмами создавал условия для различной клинической картины продрома и ее временной протяженности.

Среди обследованных больных у 39 (17,2%) наблюдался непрерывный вариант течения продрома, у 103 (45,4%) имел место эпизодический и у 85 (37,4%) – смешанный вариант инициального продрома (из них у 36 (15,9%) больных длительность продрома составляла от 1 до 3х

месяцев, у 49 (21,6%) больных – свыше 3–6 месяцев).

На основе данных, полученных при обследовании больных, нами был проведен анализ взаимосвязи варианта доманифестного течения шизофрении с клиническими особенностями течения болезни в период манифестации и в постгоспитальный период протяженностью в 2 года. Все указанные больные получали медикаментозное и, при необходимости, психосоциальное лечение, общепринятое в настоящее время условиях психиатрического стационара и диспансеров. Анализ полученных данных приведен в таблице 1.

Таблица 1

Сопоставление вариантов течения инициальных продромов шизофрении с психопатологическими характеристиками синдромального и нозологического уровней

Вариант продрома	Ведущий синдром при 1-й госпитализации	Диагноз при 1-й госпитализации	Тип течения болезни (2-х летний катамнез)
Непрерывный	- Бредовые (паранойяльный, параноидный); - Галлюцинаторно-бредовые; - Аффективно-бредовые (депрессивно-бредовый, депрессивно-галлюцинаторный); - Депрессивно-обсессивный; - Депрессивно-деперсонализационный; - Неврозоподобный (фобический, обсессивный, истерический, ипохондрический, сенестопатический, деперсонализационный); - Психопатоподобный (со сверхценными изменениями поведения возбудимого, истерического, психастенического типов); - Дефицитарная симптоматика (с когнитивным, эмоционально-волевым снижением)	- Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года; - Шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года; - Шизотипическое расстройство	- Непрерывный; - Неполная ремиссия; - Приступообразно-прогрессивный (эпизодический с нарастающим дефектом, эпизодический со стабильным дефектом)
Эпизодический	- Депрессивно-бредовый - Маниакально-бредовый - Кататоно-онейроидный	- Шизоаффективное расстройство депрессивный тип; - Шизоаффективное расстройство маниакальный тип; - Шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года	- Рекуррентный (эпизодический ремиттирующий, эпизодический со стабильным дефектом); - Полная ремиссия (интермиссия)
Смешанный (длительность 1–3 мес.)	- Бредовые (паранойяльный, параноидный); - Галлюцинаторно-бредовые; - Аффективно-бредовые (депрессивно-бредовый, депрессивно-галлюцинаторный); - Депрессивно-обсессивный; - Депрессивно-деперсонализационный	- Острое полиморфное психотическое расстройство; - Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении; - Острое шизофреноподобное психотическое расстройство; - Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года	- Приступообразно-прогрессивный (эпизодический с нарастающим дефектом, эпизодический со стабильным дефектом); - Неполная ремиссия; - Полная ремиссия (интермиссия)
Смешанный (длительность более 3–6 мес.)	- Бредовые (паранойяльный, параноидный); - Галлюцинаторно-бредовые; - Аффективно-бредовые (депрессивно-бредовый, депрессивно-галлюцинаторный); - Депрессивно-обсессивный; - Депрессивно-деперсонализационный	- Острое шизофреноподобное психотическое расстройство; - Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года; - Шизофрения кататоническая, период наблюдения менее года	- Непрерывный; - Неполная ремиссия; - Приступообразно-прогрессивный (эпизодический с нарастающим дефектом, эпизодический со стабильным дефектом)

Общая клиническая характеристика эпизодического варианта течения продрома шизофрении (Рис. 3):

1. Наличие отчетливых, аутохтонно возникающих нередко с сезонной цикличностью периодов неустойчивого аффекта, длящегося от нескольких дней до нескольких месяцев. Между данными периодами – длительные, измеряемые месяцами, «светлые» промежутки, во время которых не наблюдаются изменения личности, не нарушается социальное функционирование пациентов, не изменяется их образ жизни, характер, поведение.

2. Аффективные нарушения носят субклинический характер и проявляются в виде: а) субдепрессивного аффекта с рассеянностью, неуверенностью в себе, капризностью, чувством неполноценности, повышенной чувствительностью к внешним социальным воздействиям; б) периода гиперактивности с повышенными энергично-

стью и самооценкой; в) состояния, когда пациент не может четко определить, что чувствует в аффективной сфере, испытывая при этом субъективный эмоциональный дискомфорт, так называемый «неопределенный» тип аффекта.

3. Часто сочетание аффективных нарушений с а) неспецифической симптоматикой в виде непостоянных соматовегетативных жалоб на головную боль, парестезии, неприятные ощущения в теле, астению; б) фрагментарными страхами, отличающимися нелепостью и приобретающими сверхценный характер, на фоне которых появляются единичные, abortивные бредоподобные высказывания, феномены де жа вю, измененности своего «Я» и окружающего; в) носящими транзиторный характер трудностями концентрации внимания и ассоциативной деятельности на фоне умственной нагрузки или в стрессогенных ситуациях.

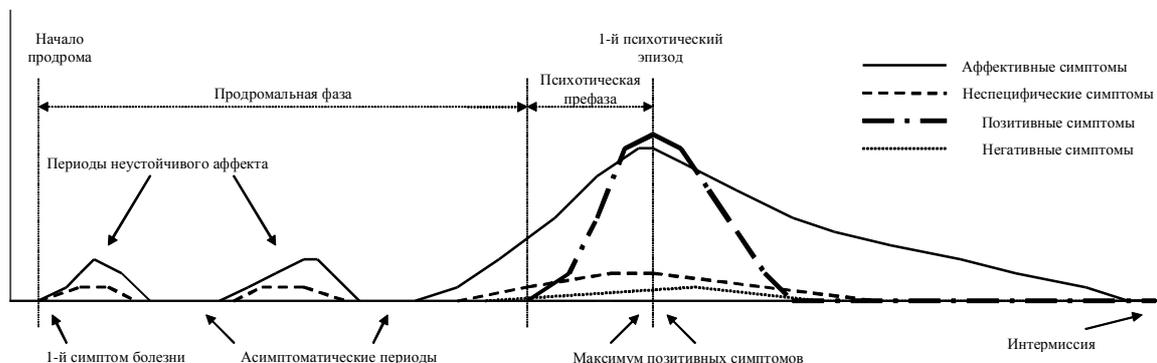


Рис.3. Клинический профиль эпизодического варианта течения инициального продрома шизофрении

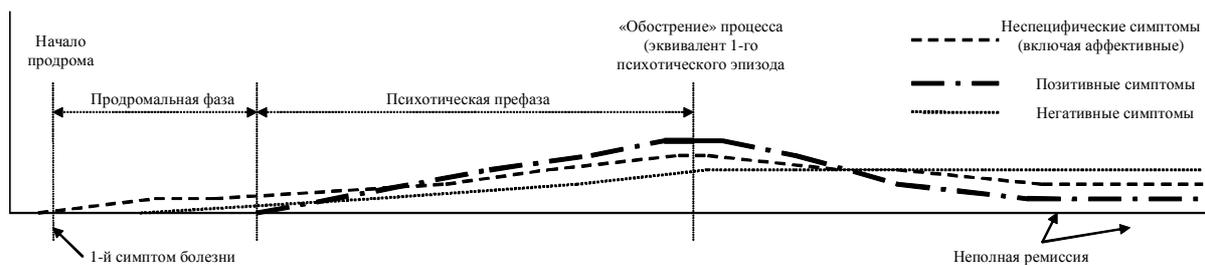


Рис.4. Клинический профиль непрерывного варианта течения инициального продрома шизофрении

4. Наличие тенденции к спонтанному обратному развитию аффективной и сопутствующей ей симптоматики с появлением длительных «светлых» промежутков обычного самочувствия и функционирования.

5. Наличие взаимосвязи между клиническими проявлениями продромального периода, клинически выраженным психотическим приступом и межприступными промежутками.

Общие характеристики первого психотического приступа при эпизодическом варианте продрома: 1. начало психотического приступа знаменуется появлением аффективных нарушений, на фоне которых, или вместе с которыми достаточно остро нарастает продуктивная симптоматика; 2. четкое прослеживание в продроме периодов ухудшения самочувствия с изменениями аффективной сферы, при сочетании этих нару-

шений с другими неспецифическими и/или субпсихотическими симптомами, а также значительный удельный вес аффективных нарушений в структуре первого психотического приступа и наличие остаточных аффективных расстройств после купирования психотических симптомов; 3. отсутствие видимого личностного сдвига в период становления ремиссии после первого психотического приступа (при возможном наличии остаточных субдепрессивных симптомов), и наличие достаточно полного уровня социального функционирования, что определяет высокое качество ремиссии и функционального восстановления пациентов.

Следует отметить сложность отграничения эпизодического варианта шизофренического продрома от симптоматики начального периода биполярного аффективного расстройства, в связи с наличием при шизофреническом продроме этого типа, периодов чисто аффективных нарушений, без примеси иных симптомов. В то же время, уже в продромальном периоде будущих больных шизофренией можно отметить признаки процессуального расстройства в виде транзиторных нарушений когнитивной сферы, фрагментарных субпсихотических расстройств.

У обследованных нами больных негативная симптоматика в доманифестном периоде отсутствовала или появлялась в нерезком виде на фоне аффективных нарушений, но никогда не предшествовала им.

В большинстве своем в связи с большим удельным весом в клинической картине психотического приступа аффективной симптоматики наряду с психотическими и специфическими шизофреническими симптомами, приступы первого психотического эпизода расценивались нами, как шизоаффективные. Вопрос об отсутствии изменений личности больного после шизоаффективного приступа был спорным, так как в сути самого процессуального заболевания заложено наличие хотя бы минимального специфического для шизофрении сдвига личности. Однако, данные личностные изменения после первого приступа в нашем исследовании не были заметными и не отражались на функционировании больных.

На длительность эпизодического варианта шизофренического продрома оказывал воздействие возрастной фактор: при начале продрома до 18 лет, он оказывался более продолжительным, в то время как более позднее появление симптомов сочеталось с более коротким продромом.

Общая клиническая характеристика непре-

рывного варианта течения продрома шизофрении (Рис. 4):

1. Поступательное развитие симптоматики со стереотипным формированием продуктивных симптомов (бредового, галлюцинаторного), которым предшествуют симптомы неспецифического круга – неврозоподобного, психопатоподобного регистров, при отсутствии истинных фазовых аффективных симптомов (депрессивного, маниакального) и неизбежном наличии негативных расстройств, связанных с нарушениями когнитивного, эмоционально-волевого и социального функционирования;

2. Отсутствие тенденции к спонтанному обратному развитию симптоматики продрома, то есть отсутствие «светлых» промежутков внутри продрома при различной скорости прогрессирования процесса;

3. Видимая преемственность между симптоматикой продрома и симптоматикой последующих этапов болезни со стертыми границами перехода одного этапа в другой, отсутствием периода остро нарастающих продуктивных расстройств, что дает основание к более правильной трактовке периода с выраженными психотическими симптомами, как периода «обострения» текущего процесса, а не психотического «приступа/эпизода»;

4. Инертность и относительная стабильность клинической картины как продрома, так и «обострения» процесса, связанного с закономерной трансформацией имеющихся симптомов, или появлением новых, с возможностью прослеживания на всех этапах, как категории позитивных симптомов, так и негативных, и неспецифических, в связи с их достаточной выраженностью.

Наличие общих закономерностей непрерывного продрома шизофрении, не исключало и наличие различий в его течении.

Так, непрерывно протекающий шизофренический продром имел различную степень прогрессивности, что уже было заметно на этом раннем этапе. Эта степень прогрессивности определялась соотношением позитивных и негативных симптомов продрома, при этом значительный удельный вес негативной симптоматики и раннее их появление свидетельствовали о большей степени прогрессивности болезни, в то время как наличие более выраженных неспецифических симптомов неврозоподобного и психопатоподобного круга сообщали о лучшей работе адаптационно-компенсаторного звена, и, следовательно, о более благоприятном течении и прогнозе.

У части больных симптоматика продрома разворачивалась медленно, характеризовалась сначала появлением рудиментарных неврозоподобных (псевдоастенических, обсессивных, ипохондрических, сенестопатических, деперсонализационных), рудиментарных паранойяльных нарушений с идеями сверхценного уровня, психопатоподобных расстройств. Спустя несколько лет появлялась нерезко выраженная негативная симптоматика в виде нарушений мышления, сужения круга интересов, аутизации, то есть своеобразного личностного сдвига, что, однако, не сопровождалось значительным снижением психической продуктивности и на длительный срок сохраняло способность удовлетворительного функционирования больного в обществе. Продуктивные симптомы носили здесь транзиторный характер, отличались отрывочностью и отсутствием тенденции к усложнению или дальнейшему развитию, часто были ассоциированы со стрессогенными событиями, являясь свидетельством «обострения» процесса.

У другой части больных непрерывное течение продрома имело большую степень прогрессивности, что отражалось в более раннем появлении на фоне неспецифической симптоматики симптомов негативного ряда. В дальнейшем, присоединялись продуктивные симптомы, знаменуя начало психотической подфазы. Причем, уже на этом этапе возможным было распознавание бредового варианта развития продуктивной симптоматики, или галлюцинаторного.

Стереотип бредового варианта на стадии продрома характеризовался появлением недоверчивости к окружающим, что часто сочеталось с эпизодами тревоги и беспокойства, на фоне которых появлялись отрывочные высказывания по типу идей отношения. Общий стереотип развития бредового синдрома на инициальном этапе шизофрении характеризовался появлением паранойяльного, затем параноидного и, на дальнейших этапах – парафренного бреда. Появление рудиментарных паранойяльных идей с последующей их систематизацией протекало на фоне личностных изменений и негативных симптомов, и изначально проявлялось persecutory фобией (преследования, отравления), в отличие от непрерывного варианта течения продрома с малой прогрессивностью, где фабула носила сверхценный характер (ревности, изобретательства) и более благоприятное дальнейшее течение. Последующее присоединение галлюцинаторной симптоматики, малосистематизированных бредовых идей, психических автома-

тизмов свидетельствовало о трансформации синдрома в параноидный.

Стереотип развития галлюцинаторного варианта непрерывного продрома характеризовался появлением на фоне неврозоподобных расстройств или рудиментарных идей отношения простых, а затем сложных вербальных галлюцинаций, которые вскоре приобретали черты псевдогаллюцинаций с последующим появлением психических автоматизмов и бредовой их трактовки. На фоне выраженных психотических симптомов отмечались негативные симптомы в виде нарушений когнитивного функционирования, изменений эмоционально-волевой сферы и нарушений социального функционирования больного в обществе.

Общая клиническая характеристика смешанного варианта течения продрома шизофрении (Рис. 5,6):

1. Вариабельный по длительности и волнообразный по течению продром шизофрении включает наличие постоянных неспецифических расстройств неврозоподобного, психопатоподобного спектра или паранойяльных, но рудиментарных расстройств, имеющих поступательное развитие, на фоне которых возникают достаточно очерченные вспышки («приступы», «форпост синдрома») полиморфной симптоматики, включающей субпсихотические, стертые аффективные, abortивные деперсонализационно-дереализационные симптомы.

2. Имеется тенденция к спонтанному обратному развитию продромальных «приступов» с наличием в промежутках между ними все той же неспецифической симптоматики, а также прогрессирующих с различной скоростью личностных изменений.

3. Картина «приступов» полиморфна, рудиментарна, клинически неоднородна, отличается временной вариабельностью от нескольких недель до нескольких месяцев, с достаточной сохранностью общей психической продуктивности и функционирования в обществе.

4. Уже на стадии продрома отмечается различная степень прогрессивности процесса, что определяется удельным весом в период между продромальными «приступами» негативных симптомов и изменений личности.

5. Острое начало первого психотического эпизода с быстрым нарастанием продуктивных психотических симптомов, когнитивных нарушений, различных по степени выраженности аффективных расстройств, поведенческих изменений, что несколько заслоняет негативную и

неспецифическую симптоматику, которая встает на первый план при купировании острых на-

рушений, вместе с постпроцессуальными изменениями личности.

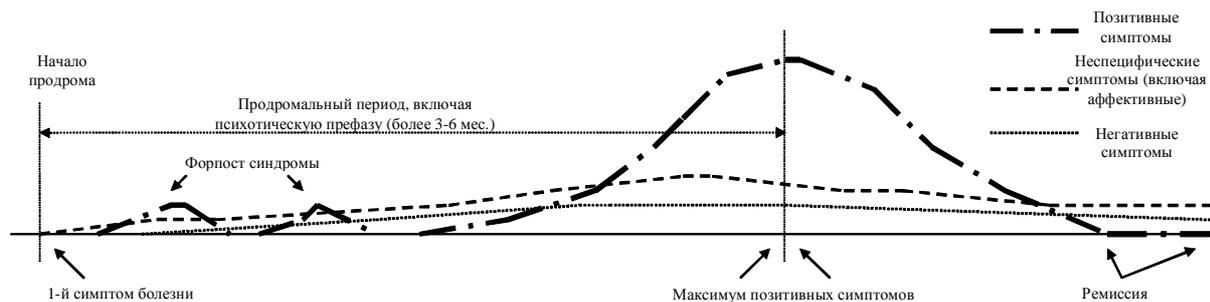


Рис.5. Клинический профиль смешанного варианта течения инициального продрома шизофрении с длительностью продромального периода более 3–6 месяцев

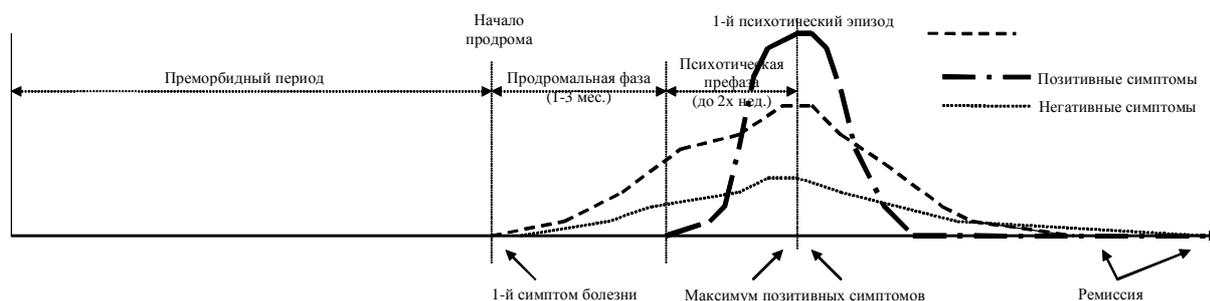


Рис.6. Клинический профиль смешанного варианта течения инициального продрома шизофрении с длительностью продромального периода 1–3 месяца

Смешанный вариант течения продрома характеризовался не только клинической полиморфностью, различной степенью прогрессирования специфической симптоматики, но и различными временными границами. Представлялось различным течение болезненного процесса в случае короткого, до 2–3-х месяцев продромального периода и продрома, длящегося более 3–6 месяцев.

Так, смешанный вариант развития клиники заболевания с продромом 2–3 месяца характеризовался острым, до 2-х недель переходом в четкое психотическое состояние. Такое развитие процесса на современном этапе – нередкое явление, при котором создается впечатление практического отсутствия продромального этапа, где в ходе течения болезни фиксируется сразу период психотической префазы. Такой непродолжительный по времени смешанный вариант течения продрома отмечался тогда, когда первое появление психотической симптоматики не заканчивалось субклиническим уровнем нарушений, а нарастало, усложнялось и достигало клинически выраженных форм в виде первого психотического эпизода.

При рассмотрении динамического взаимоот-

ношения трех рассматриваемых категорий симптомов, в большей части случаев, преобладало появление на продромальном этапе сначала неспецифических симптомов, среди которых наиболее часто встречались аффективные (тревога, беспокойство, депрессия, страхи) и характеропатические (усиление имеющихся или появление несвойственных черт характера). Эти симптомы вторично сопровождалось нарушением функционирования больного в семье и обществе, появлялось неуместное поведение, импульсивные поступки, которые не поддавались объяснению. Выраженность дефицитарных симптомов ограничивалась когнитивными нарушениями в виде неустойчивого внимания, нарушения его концентрации, а также постепенно нарастающими нарушениями мышления и, вторично, речи. Появление психотических симптомов сопровождалось усилением аффекта страха, растерянностью, бессонницей, нелепым поведением и проявлялось формированием нестойких, отрывочных бредовых идей (отношения, преследования, воздействия), сложных, конгруэнтных аффекту страха слуховых галлюцинаций. В ряде случаев на первый план выступали симптомы психического отчуждения в виде элементов де-

персонализации-дереализации, которые, усложняясь, в последующем формировали психические автоматизмы.

У части обследованных больных острота появления психопатологических симптомов не давала возможность четкого разграничения последовательности возникновения тех или иных симптоматических категорий, и создавалось впечатление одновременности их появления.

Наличие очерченных продромальных «приступов» с симптоматикой субклинического уровня, а также ярко выраженного первого психотического приступа, отличало данный вариант течения шизофренического продрома от непрерывного варианта, а наличие в межприступные периоды продрома неспецифической, негативной, характеропатической симптоматики, и различной степени выраженности личностный сдвиг после первого психотического эпизода – отличали смешанный вариант течения продрома от эпизодического.

Различия в течении продромов шизофрении обусловлены неодинаковой глубиной биогенетической уязвимости индивида, различной степенью прогрессивности процесса, длительности продрома и временем (возрастом) начала болезни, а также индивидуально-психологическими особенностями личности больного, социальными факторами, экзогенными вредностями. Уязвимость индивида, включающая его конституциональные особенности, связанные с наличием патогенетических механизмов потенциально возможного развития шизофрении, которые при определенных условиях «оживают» и запускают уже патокинетический болезненный процесс, является величиной константной. Тогда как такие факторы, как возраст начала болезни, степень прогрессирования процесса и длительность

продромального периода связаны с различными взаимоотношениями между биологическим фактором (включая скорость самого болезненного процесса, если бы ему ничего не противостояло) и силой адаптационно-компенсаторного ресурса (включая физиологический, психологический и др.) личности больного в данный момент времени, взаимодействующих на фоне существующей «почвы» или биологической уязвимости индивида. Социальные и экзогенные факторы могут служить пусковым толчком, дополнительным стрессом или «почвой» для усугубления болезненного процесса, но в то же время, социальные факторы могут «играть» на стороне адаптационных ресурсов личности, усиливая их. Следовательно, такие параметры, как возраст начала болезни, степень прогрессивности процесса и длительность продрома не являются предуготовленными, незыблемыми, а могут быть изменены. Отсюда следует, что внедрение в процесс на инициальных стадиях может изменить те параметры болезни, от которых зависит ее дальнейшее течение, клинический и социально-трудовой прогноз.

Таким образом, рассмотрение симптоматики инициальных шизофренических продромов не в поперечном срезе ее статического существования, а динамического видоизменения, и нахождение закономерностей динамики симптомов, позволило нам выделить три варианта течения продромов (непрерывный, эпизодический и смешанный). Каждый вариант имеет различную прогностическую значимость, что предполагает уже на этом этапе спрогнозировать возможное течение болезни на последующих этапах, а также осуществить более дифференцированный подход к лечебно-реабилитационным мероприятиям.

В.А. Абрамов, О.И. Лихолетова, Г.Г. Пуятін

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ІНІЦІАЛЬНОГО ПРОДРОМА ШИЗОФРЕНІЇ В ЧАСОВОМУ І ГЕНДЕРНО-ВІКОВОМУ АСПЕКТАХ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У цьому дослідженні проведено літературний екскурс по проблемі доманіфесних етапів шизофренії, вивчені клініко-динамічні особливості перебігу ініціальних шизофренічних продромів у хворих з першим психотичним епізодом шизофренії з урахуванням гендерного та вікового чинників. Виділено клінічні варіанти перебігу ініціальних продромів шизофренії (безперервний, епізодичний і змішаний), визначені закономірності формування симптоматики кожного варіанту, побудовані клінічні профілі шизофренічних продромів. Зроблено висновок про необхідність дослідження прогностичної значимості виділених варіантів перебігу продромального періоду шизофренії, а також про врахування особливостей цього періоду для розробки лікувально-реабілітаційних програм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 15-29).

CLINICAL ANALYSIS OF INITIAL PRODROME OF SCHIZOPHRENIA IN TEMPORAL, GENDER AND AGE ASPECTS

M. Gorky Donetsk state medical university

In the present study, there was examined the literature on the problem of the initial period of schizophrenia, studied clinical and dynamic features of the course of initial prodrome in patients with first-episode schizophrenia in a gender and age factors. There were marked clinical variants of the course of initial prodrome of schizophrenia (continuous, intermittent, and mixed), defined symptoms of the formation of each variants, built clinical profiles of schizophrenic prodrome. There was concluded that the different schizophrenic prodromes have different prognostic value. In addition, different flow prodrome must be used in the development of treatment and rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 15-29).

Литература

1. Стрельцова Н.И. Начало и развитие шизофрении и их значение для клиники (клинико-патофизиологическое исследование): Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. — Харьков, 1965. — С. 25.
2. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина, 1989. — 216 с.
3. Римашевская Н.В. Шизотипический диатез // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 1999. — С.386–389.
4. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns: 3. Aufl. — Stuttgart: Thieme, 1971. — 165 S.
5. Crow T.J., MacMillan J.F., Johnson A.L. et al. The Northwick Park Study of First episodes of schizophrenia. II. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment // British J. of Psychiatry. — 1986. — Vol.148. — P. 120–127.
6. Marshall M., Lewis S., Lockwood A. et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review // Arch. Gen. Psychiatry. — 2005. — 62 (9). — P. 975–983.
7. Owens D.C., Johnstone E.C., Miller P. et al. Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk // British J. of Psychiatry. — 2010. — Vol.196. — P. 296–301.
8. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 21-24.
9. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катamnестическое клинико-нейропсихологическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 : Москва, 2010. — 25 с.
10. Былим И.А., Шикин Ю.М. Стратегии раннего вмешательства при шизофрении // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. — 2008. — №3. — С. 78-83.
11. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.
12. Birchwood M., McGorry P.D., Jackson HJ. Early intervention in psychosis: the critical period. The recognition and management of early psychosis a preventive approach.// Cambridge, UK, -1999. -P.226-264.
13. Ho B.C., Andreasen N.C., Flaum M. et al. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia // Am. J. Psychiatry. - 2000. - 157 (5). — P. 808–815.
14. Ho B.C., Alicata D., Ward J. et al. Untreated initial psychosis: relation to cognitive deficits and brain morphology in first-episode schizophrenia // Am. J. Psychiatry. - 2003. - 160 (1). — P. 142–8.
15. Hoof van F.J., van Weeghel J., Kroon H. Community care: exploring the priorities of clients, mental health professionals and community providers // J. Psychiatry. - 2000. — Vol. 46. — P. 208–219.
16. Carling P. J. Emerging approaches to housing and support for people with psychiatric disabilities // Handbook of mental health economics and health policy: Schizophrenia / M. Moscarelli, A Rupp, N. Sartorius (Eds.). — Vol. 1. — NY: Wiley, 1996.
17. Christensen R.C. Community psychiatry education through homeless outreach // Psychiatr. Serv. — 2004. — Vol. 55. — P. 942.
18. Hafner H., Maurer K., Luffler W. et al. Modeling the early course of schizophrenia // Sch. Bulletin.- 2003. - 29 (2). — P. 325–340.
19. Зайцева Ю.С. Значение показателя «длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении // Соц. и клин. психiatr. — 2007.- Т.17- Вып.1. — С. 72–89.
20. Gourzis P., Katrivanou A., Beratis S. Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia // Sch. Bulletin.- 2002. - 28 (3). — P. 415–429.
21. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия — 2005. — Т. 07. - №4. — С. 7 – 21.
22. Miller T., Mednick S.A., McGlashan T.H. Early intervention in psychotic disorder // Series D:Behavioural and social sciences. - 2001. — Vol. 91. — 288 p.
23. Jackson H.J., McGorry P.D., McKenzie D. The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first episode psychotic patients // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1994. — Vol. 90. — P. 375-378.
24. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Соц. и клин. психiatr. — 1995. - №2. — С. 114–118.
25. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др. Психопатологический диатез СПб.: Гиппократ, 2008. — 128 с.
26. Воловик В.М., Вид В.Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1989. — С. 98–117.
27. Снежневский А.В. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование. — М.: Медицина, 1972. — 400 с.
28. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. — Л., 1975. — С. 79 – 90.
29. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S.R. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability // Psychol. Med.- 1983. — Vol. 13(3). - P.551 - 571.
30. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. — СПб, 1999. — 558 с.
31. Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 : СПб, 2003. — 183 с.
32. Циркин С.Ю. Шизофренический дефект и понятие психопатологического диатеза // Независимый псих. журнал. — 2001. — Вып. II. — С. 12 – 15.
33. Марута Н.О., Бачериков А.М. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): методичні рекомендації. — Харків, 2001. — 20 с.
34. Hafner H., Maurer K., Loffler W. et al The epidemiology of early schizophrenia: Influence of age and gender on onset and early course // British Journal of Psychiatry. - 1994. - 164(23). — P. 29 – 38.
35. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С. и соавт. Первый психотический эпизод: проблемы организационной помощи больным и ее эффективность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я. Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельдта. — М.: ИД «Медпрактика — М», 2007. — С.174 – 187.
36. Velthorst E., Nieman D.H., Linszen D. et al. Disability in people clinically at high risk of psychosis // British Journal of Psychiatry. - 2010. — Vol.197. — P. 278 – 284.
37. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. — СПб.: АДИС, 1994. — 304 с.
38. Yung A.R., McGorry P.D. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations // Sch. Bull. - 1996. — Vol.22. — P. 353 – 370.
39. Chapman J.P. The early symptoms of schizophrenia // British Journal of Psychiatry. - 1966. — Vol. 112. — P. 225 - 251.
40. Huber G., Gross G, Schuttler R. et al. Longitudinal studies of schizophrenic patients // Schizophrenia Bulletin. — 1980. - 6(4). — P. 592 - 605.

Поступила в редакцию 11.05.2012

УДК: 616.89-851-006-039

*С.И. Табачников¹, И.С. Рыткис¹, А.Ю. Васильева²***К ВОПРОСУ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ**¹Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, ²Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: студенты, эмоциональные нарушения, табачная зависимость

Состояние здоровья студентов ВУЗов привлекает все большее внимание специалистов различных областей медицины. Среди проблем, связанных с охраной здоровья студентов, значительное место занимают нервно-психические расстройства [1]. Напряженный темп жизни и учебы предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики, срыв которых приводит к возникновению стресса [2], психологическим и социальным конфликтам и, что сегодня особенно актуально, употреблению психоактивных веществ [3-4]. Табакокурение продолжает оставаться одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества, представляя серьезную опасность для здоровья населения. По данным Всемирной организации здравоохранения за последние 5 лет Украина входит в группу стран, где ситуация с распространением

табакокурения признаётся катастрофической – к курению ежегодно приобщаются 500 тысяч молодых людей, а каждый третий курит более 20 лет [5]. Ситуация с употреблением сигарет в среде студенческой молодежи украинских высших учебных заведений выглядит драматично - курят большинство молодых людей до 25 лет, и эта цифра с каждым годом только растёт [5]. Контингент курильщиков опасно молодеет, становится больше курящих девушек, а это – уже угроза здоровью будущих поколений [6].

Цель настоящего исследования – изучение эмоционального состояния студенческой молодежи, анализ клинико-психопатологической структуры эмоциональных расстройств у курящих студентов и выявление побудительных мотивов, инициирующих употребление табачных изделий.

Материал и методы исследования

Генеральную совокупность составили студенты 1-5(6) курсов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова, которые положительно ответили на вопрос о курении.

Статус курения студентов оценивался по следующим параметрам: с целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у курящих молодых людей использован тест Фагерстрема [7], для уточнения мотивации курения – методика исследования типа курительного поведения Д. Хорна (D. Horn, 1969) [8].

В качестве инструмента для выявления тревожной и депрессивной симптоматики была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [9]. Статистическая обработка результатов проводилась в пакетах статистического анализа MedStat (Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, 2004) [10],

Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

В результате проведенного исследования установлено, что 889 студентов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (59,3±1,2%) и 560 студентов Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова (56,0±1,6%) положительно ответили на вопросы о курении.

639 студентов медицинских специальностей (42,6±1,3%) и 413 студентов педагогических специальностей (41,3±1,6%) курят в настоящее время ежедневно; 197 будущих врачей (13,1±0,9%) и 138 будущих педагогов (13,8±1,1%) курят от случая к случаю и к моменту проведения исследования бросили курить 53 студента-медика (3,5±0,5%) и 9 студентов-педагогов (0,9±0,3%).

При анализе возраста начала курения студентов были получены следующие результаты: 576 молодых людей (39,6±1,3%) ответили, что стали курить еще до учёбы в университете (в том

числе 5,5±0,8% из них начали курить с 11-12-ти летнего возраста), 797 человек (55,0±1,3%) – после поступления в ВУЗ (17-20 лет) и 76 студентов (5,2±0,6%) – в возрасте 21-25 лет (статистически значимых различий в возрасте начала курения у студентов медицинских и педагогических специальностей не выявлено, $p=0,28$ по критерию χ^2).

Выбор табачной продукции у большинства студентов-курильщиков как медицинских, так и педагогических специальностей оказался традиционным: 94,5±0,7% регулярно курили сигареты и 5,5±0,7% кальян. Кроме того, выяснилось, что 40,9±1,9% некурящих студентов хотя бы раз в своей жизни пробовали курить кальян. Стаж курения составил от 1 года до 10 лет (в среднем, 5,7±2,15).

Анализируя степень выраженности никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) на на-

чальных этапах ее формирования у студентов, очень слабая табачная зависимость выявлена у 745 (51,4±1,3%) курящих; слабая зависимость – у 277 (19,1±1,0%) студентов; средняя зависимость – у 191 (13,2±0,9%) молодых людей; высокая зависимость – у 201 (13,9±1,3%) студента и очень высокая зависимость – у 35 (2,4±1,3%).

Степень выраженности никотиновой зависимости у студентов медицинских и педагогических специальностей представлена в табл. 1.

Так, у большинства курящих студентов и медицинского, и педагогического профиля выявлена очень слабая табачная зависимость (53,7±1,7% и 47,7±2,1% студентов, соответственно). Слабая степень никотиновой зависимости чаще обнаруживалась у студентов-медиков ($p<0,005$), в то время как средняя – у будущих педагогов ($p<0,005$).

Таблица 1

Степень выраженности табачной зависимости у студентов медицинских и педагогических специальностей

Степень выраженности табачной зависимости	Студенты медицинских специальностей (n=889)		Студенты педагогических специальностей (n=560)		Уровень значимости различий, p
	Абс.	%±m%	Абс.	%±m%	
Очень слабая (n=745)	478	53,7±1,7	267	47,7±2,1	0,04*
Слабая (n=277)	183	20,6±1,4	94	16,8±1,6	0,03*
Средняя (n=191)	72	8,1±0,9	119	21,3±1,6	0,02*
Высокая (n=201)	131	14,7±1,2	70	12,5±1,4	0,28
Очень высокая (n=35)	25	2,8±0,6	10	1,7±0,6	0,15

Примечание. * - различия статистически значимы, $p<0,05$.

Формирование никотиновой зависимости у студенческой молодежи затрудняет в дальнейшем возможность отказа от курения и создает предпосылки к постоянному курению с высокой его интенсивностью, что провоцирует развитие хронических соматических заболеваний, снижение продолжительности и качества жизни курящих.

Анализируя типы курительного поведения студентов получены следующие результаты: доминирование типа «снятие тревожности» выявлено у 646 молодых людей (44,6±1,3%); «психологическая зависимость» - у 425 студентов (29,3±1,2%); «стимулирование активности» - у 387 студентов (26,7±1,2%); «ритуальные действия» - у 320 человек (22,1±1,1%); «расслабление» - у 291 студента (20,1±1,1%) и «привычка» - у 244 человек (16,8±0,9%).

При анализе распределение типов курительного поведения студентов в зависимости от профиля ВУЗа статистически значимых различий не выявлено ($p=0,32$ по критерию χ^2). Так, для большинства студентов как медицинских, так и педагогических специальностей употребление табака является одним из средств саморегуляции и способом, который помогает справиться с негативными эмоциями, а сам процесс курения превращается в форму защиты от личных неприятностей и переживаний, с одной стороны, и средством поддержания тонуса и работоспособности, с другой.

Сравнивая мотивы приобщения к курению у мужской и женской части студенческой молодежи, выявлено их существенное несовпадение. Так, причинами начала курения у большинства юношей ($p<0,05$) являются стремление подра-

жания курящим взрослым, отождествление курения с представлениями о самостоятельности, силе и мужественности, то у девушек начало курения связано со следованием моде, с кокетством, стремлением к оригинальности, желанием нравиться юношам. Кроме того, девушек достоверно чаще ($p < 0,05$) интересует не столько сам акт курения, сколько вся процедура курения, в котором присутствуют и неторопливое распечатывание сигаретной пачки, и извлечение из нее сигареты, и закуривание от пламени красивой зажигалки, и искусное пускание дымовых колец – т.е. доминирование типа курительного поведения «ритуальные действия».

Анализируя информацию об употребляемых студентами медицинских и педагогических специальностей марках сигарет, выявлено, что лица с очень слабой и слабой зависимостью от никотина предпочитают ультра лёгкие («Ultra» и «Super Lights») и легкие («Lights») сигареты (с содержанием смол менее 6,0 мг и менее 0,6 мг никотина; от 10,0 до 6,0 мг смол и от 1,0 до 0,6 мг никотина, соответственно), а студенты со средней и высокой степенью табачной зависимости – сигареты с нормальным и высоким содержанием смол (от 15 до 10 мг смол и от 1,3 до 1,0 мг никотина; более 15 мг смол и свыше 1,3 мг никотина, соответственно). Это свидетельствует о более высокой толерантности у лиц со средней и высокой степенью никотиновой зависимости.

Корреляционный анализ позволил выявить достоверно значимую связь между типом курительного поведения и выраженностью никотиновой зависимости у студентов. Так, у лиц с очень слабой табачной зависимостью доминировали типы «ритуальные действия» и «стимулирование активности» ($r = 0,386$ при $p = 0,0012$ и $r = 0,148$ при $p = 0,013$, соответственно), со средней степенью табачной зависимости – «снятие тревожности» и «расслабление» ($r = 0,322$ при $p = 0,023$ и $r = 0,113$ при $p = 0,047$, соответственно), высокой степенью табачной зависимости «психологическая зависимость» и «привычка» ($r = 0,318$ при $p = 0,045$ и $r = 0,279$ при $p = 0,002$, соответственно).

Анализируя эмоциональное состояние курящих студентов медицинских и педагогических специальностей, выявлено, что большинство исследуемых отмечали наличие у себя практически постоянного ощущения внутреннего напряжения, тревоги, уныния, неудовлетворенности, раздражительности, плаксивости и замкнутости, которые сопровождались соматическими

проявлениями депрессии, в частности, заторможенностью, бессонницей, хронической усталостью, снижением веса. Когнитивные симптомы депрессии – пессимизм, подавленность с пониженной самооценкой, неудовлетворенностью и неуверенностью в собственных силах и знаниях, чувство вины, страх перед взысканиями и безынициативность в свою очередь негативно влияли на интеллектуальную работоспособность, усвоение учебного материала и в конечном итоге приводили к еще большему снижению успеваемости.

При анализе результатов исследования курящих студентов, полученных с помощью методики HADS, выявлено: субклиническая выраженность тревожной симптоматики диагностирована у 414 студентов ($28,6 \pm 1,2\%$), клинически выраженная тревога – у 379 ($26,2 \pm 1,2\%$); субклиническая выраженность депрессивной симптоматики обнаружена у 354 студентов ($24,4 \pm 1,1\%$), клинически выраженная депрессия – у 201 ($13,9 \pm 0,9\%$).

Исследование особенностей эмоциональных нарушений в зависимости от профиля ВУЗа выявило, что различной степени выраженности тревожная симптоматика выявлена у 487 курящих студентов медицинских ($54,8 \pm 1,7\%$) и 306 студентов педагогических специальностей ($54,6 \pm 2,1\%$), депрессивная – у 341 ($38,4 \pm 1,6\%$) и 214 ($38,2 \pm 2,0\%$) студентов соответственно. Интенсивность эмоциональных нарушений у студентов в зависимости от профиля ВУЗа представлена в таблице 2. Так, выраженность тревожной и депрессивной симптоматики у курящих студентов медицинских специальностей оказалась несколько выше, чем у будущих педагогов.

Кроме того, интенсивность эмоциональных нарушений достоверно значимо коррелировала со степенью никотиновой зависимости курящих лиц ($r = 0,332$ при $p = 0,013$).

Из полученных результатов исследования следует, что подавляющая часть студенческой молодежи пристрастилась к курению еще до учёбы в ВУЗе или сразу после поступления – старшем подростковом и/или юношеском возрасте, для которого характерны неустойчивая система ценностей, подверженность негативным внешним воздействиям, расширение сферы общения и деятельности, приоритет авторитета сверстников над родителями и взрослыми людьми, жажда свободы и желание «все попробовать», т.е. большинство современной студенческой молодежи начинают курить в те моменты жизни, когда не могут оценить риск, связанный

курением и так называемое случайное курение закономерно переходит в привычное регулярное курение, а в последующем - в зависимое курение,

с которым молодые люди часто не могут справиться самостоятельно без квалифицированного вмешательства специалистов.

Таблица 2

Выраженность симптомов по шкале HADS у студентов медицинских и педагогических специальностей в зависимости от степени выраженности табачной зависимости

Степень выраженности табачной зависимости	Студенты медицинских специальностей (n=889)				Студенты педагогических специальностей (n=560)			
	HADS-A		HADS-D		HADS-A		HADS-D	
	Me±m	Q _I – Q _{III}	Me±m	Q _I – Q _{II}	Me±m	Q _I – Q _{III}	Me±m	Q _I – Q _{III}
Очень слабая (n=745)	6±0,4	4-7	5±0,3	4-6	5±0,2	4-7	6±0,4	4-7
Слабая (n=277)	10±0,1	8-11	6±0,4	4-7	9±0,1	8-10	5±0,3	4-7
Средняя (n=191)	12±0,1	9-13	10±0,2	8-12	12±0,2	8-10	9±0,2	7-9
Высокая (n=201)	14±0,4	11-15	12±0,4	9-14	12±0,1	11-13	10±0,2	9-13
Очень высокая (n=25)	16±0,3	12-17	16±0,3	12-20	15±0,3	13-17	14±0,1	12-16
Уровень значимости различий, p	<0,001				<0,001			

Примечание. Для исследования уровня значимости различий был использован ранговый однофакторный анализ Крускала-Уоллиса

Среди доминирующих мотивов продолжения курения студенты как медицинских, так и педагогических специальностей, называют психоэмоциональные перегрузки, связанные с проблемами в учебной деятельности, привычку, изменение режима жизни и стимуляцию работоспособности, что находит свое отражение в преобладании следующих типов курительного поведения – «снятие тревожности»; «психологическая зависимость»; «стимулирование активности» и «расслабление». Таким образом, доминирование среди причин продолжения курения антистрессового эффекта свидетельствует о том, что будущие врачи и педагоги совершенно не умеют бороться со стрессами, и идут по пути наименьшего сопротивления.

Разработка и создание эффективных профилактических мероприятий и программ, направленных на борьбу с возникновением и распространением табакокурения в молодом возрасте, является одной из важных государственных задач воспитания здорового поколения. Снижение частоты курения реально достижимо только в

том случае, когда не только будут активно осуществляться программы по борьбе с курением среди взрослого населения, но в первую очередь, если удастся снизить частоту курения среди подрастающего поколения.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что табакокурение среди студенческой молодежи ассоциировано с высокой распространенностью эмоциональных нарушений на начальных этапах формирования никотиновой зависимости, которые выступают с одной стороны в роли провоцирующих курение факторов, с другой же – осложняют или препятствуют самостоятельному отказу от курения.

Выявленные особенности эмоционального статуса курящих студентов на начальных этапах формирования никотиновой зависимости позволят в дальнейшем определить направления, методы и «мишени» коррекционной работы и психологической помощи в программе по отказу от курения, а также будут использованы для создания профилактических антитабачных программ для студенческой молодежи.

**ДО ПИТАННЯ ПРО ЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ НА ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ
ФОРМУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ**

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології МОЗ України, ²Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведені дані про розповсюдженість тютюнопаління серед студентів медичних та педагогічних спеціальностей, ступінь тютюнової залежності за Фагерстромом, проаналізовано типи курительної поведінки у відповідності до ступеню нікотинової залежності, а також вивчено емоційний стан студентів, які курять. Виявлено взаємозв'язок між типом курительної поведінки, ступенем нікотинової залежності та емоційним станом осіб, які палять. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 30-34).

S. Tabachnikov¹, I. Ritkis¹, A. Vasylyeva²

**TO QUESTION ABOUT EMOTIONAL VIOLATIONS ON THE INITIAL STAGES OF
TOBACCO DEPENDENCE IN STUDENTS**

¹Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and addictology, ²Donetsk national medical university

In the articles resulted about prevalence of smoking among the students of medical and pedagogical specialties', degree of tobacco dependence after Fagerström, the types of smoking behavior are analyzed in accordance with the degree of nicotinic dependence, and also the emotional state of students that smoke is studied. Intercommunication is educed between the types of smoking behavior, degree of nicotine dependence and emotional state of persons that smoked are given. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 30-34).

Литература

1. Schwenk Th. L. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students / Th.L. Schwenk, L. Davis, L. A. Wimsatt // JAMA.- 2010. - № 304. - Vol. 11. - P. 1181-1190/

2. Weiss R. L. Understanding Depression and Distress Among Medical Students/ R. L. Weiss // JAMA. - 2010. - N 304. - P. 1231-1233.

3. Мокина Н. А. Оценка распространенности и статуса табакокурения среди студентов старших курсов медико-профилактического и лечебного факультетов СамГМУ/ Н. А. Мокина, О. М. Аверина // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7. - № 2. - С. 497-501.

4. Morrell H. E. R. Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and Negative reinforcement expectancies as contributing factors./ H. E. R. Morrell, L. M. Cohen, D. E. McChargue // Addictive Behaviors. - 2010. - N 35. - P. 607-611.

5. Лінський І. В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І. В. Лінський, О. І. Мінко,

Е. Б. Первомайський співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2. — С. 44-58.

6. Nichter M. Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. / M. Nichter, E. E. Lloyd-Richardson, B. Flaherty et al.// Journal of Adolescent Research. - 2006. - N 215. - Vol. 21. - P. 215-244.

7. Fagerström K. Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerström // Addict Behav. - 1978. - P. 235-241.

8. Ikard F. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. - 1969. - N. 4. - P. 649-659.

9. Zigmund A. S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A. S. Zigmund, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. - 1983. - Vol. 67. - P. 361-370.

10. Лях Ю. Е. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко и соавт. // - Д.: Папакица Е.К., 2006. - 214с.

Поступила в редакцию 24.07.2012

М.О. Овчаренко, І.К. Сосін, Т.М. Радченко

ДИСКРЕТНИЙ МОДУЛЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», ДЗ «Харківська медична академія
післядипломної освіти»

Ключові слова: адиктивна поведінка, підлітки, контр-адиктивний імунітет

За останні роки опіоїдна наркоманія стала не тільки медичною, психологічною, а значущою соціальною проблемою України [5, 7, 16].

Зменшення віку початку вживання наркотичних речовин призводить до руйнування психіки молодих людей ще в підлітковому віці [10].

Відсутність життєвих пріоритетів, нестабільна емотивна сфера підлітків, значущий вплив криміногенного оточення і широке поширення депресивних станів серед населення створюють передумови для розповсюдження наркоманії і токсикоманії [2].

Особливо гострою стає проблема високої контагіозності адиктивних розладів та епідемічний характер розповсюдження опіоїдної залежності серед молоді.

Метою роботи стало створення комплексних профілактичних програм, які можуть бути застосовані для

роботи з підлітками в кожному регіоні України.

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фрагментом тем НДР «Опіоїдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патопсихологічні аспекти, методи лікування і профілактики» (номер держреєстрації 0109U002768), «Клініко-патогенетичні методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації наркотичної залежності та супутньої патології внутрішніх органів» (номер держреєстрації 0109U002769) та кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології» (номер держреєстрації 0108U002113).

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2008 – 2011 років проводилися скринінгові обстеження учнів загальноосвітніх шкіл і студентів навчальних закладів I-II рівня акредитації Луганської області. До опитувальних анкет, затверджених методичною радою Луганського обласного управління освіти та науки облдержадміністрації, було включено більш 50 питань, які стосуються соціального, медичного, психологічного статусу підлітка. Проводилося соціологічне дослідження 10614 підлітків у формі анкетування на підставі інформованої

згоди учнів-респондентів, їх батьків та умовах конфіденційності. Було виявлено 1592 осіб (15%), схильних до формування адиктивних розладів, особливо тютюнопаління та алкоголізації. У цих підлітків також визначено низький рівень обізнаності щодо негативних наслідків для здоров'я від вживання психоактивних речовин. Ці дані стали підґрунтям для розробки системи дискретної модульної первинної профілактики адиктивних розладів серед підлітків промислового регіону України [11].

Результати дослідження та їх обговорення

Проблеми профілактики наркоманії потребують аналізу різних аспектів: психолого-педагогічного, соціального, юридичного, медичного [3, 8, 9].

Дієвим механізмом реалізації розробленої системи дискретної модульної профілактики є скоординована робота всіх суб'єктів проф-

ілактичного простору: систем охорони здоров'я, освіти, сім'ї, молоді та спорту, засобів масової інформації, правоохоронних органів із використанням для цього всіх наявних ресурсів регіону [14].

Основний акцент в області профілактичної роботи має бути перенесений на рівень общини

(комуна, громада, мікрорайон). Важливо, щоб у профілактичних програмах були задіяні паралельно загальноосвітні установи, територіальні структури самоврядування, сім'я [6].

Зміст профілактики у наркології розглядається, так саме як і в інших клінічних дисциплінах, її традиційно розділяють на первинну, вторинну та третинну [1, 4, 11]. Таке визначення базується на формулюванні ВООЗ щодо профілактики, тобто – це дії, що спрямовані на:

а) зменшення можливості виникнення захворювання або порушення – первинна профілактика (ПФ);

б) переривання або уповільнення прогресування захворювання – вторинна ПФ;

в) зменшення непрацездатності – третинна ПФ.

Слід наголосити, що, незважаючи на чітке формулювання квінтесенції ПФ при опіоїдній залежності (ОЗ), робота за багатьма профілактичними програмами тим не менш виявилася недостатньо ефективною через брак теоретично-обґрунтованих її моделей, апробованих технологій, а також відсутність чіткого визначення таргетних критеріїв профілактичного впливу.

Ефективні механізми реалізації державної політики стосовно наркотиків, прийняті на міжнародному рівні стандарти, у сукупності з проведеними нами дослідженнями лягли в основу дискретного модуля (ДМ) первинної медико-соціальної (МС) профілактики (ПФ) опіоїдної залежності. Його зміст, структура, напрями та заходи відображені у розробленій нами «Регіональній цільовій програмі протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в Луганській області на 2011-2015 роки» (далі Програма), яка дозволила удосконалити інституційну базу в промисловому регіоні Донбасу через використання результатів дисертаційної роботи, а також з урахуванням стандартів та досвіду відповідних інституцій ЄС.

Нормативно-правою базою для її опрацювання постали Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки (від 19 лютого 2009 року N 1026-VI); розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.11.2010 № 2140-р «Про затвердження плану заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних ре-

човин та прекурсорів на 2011-2015 роки»; розділи XVI, п. 2, XIX, пп. 2, 5, 6, 12, 17, XXXVII, п. 13 Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 року, № 14) [12, 13].

Науково-обґрунтованою базою для визначення цілей, завдань та засобів ПФ впливу у межах ДМ первинної МС ПФ постав проведений нами ситуаційний аналіз, який дозволив оцінити стан наркологічних проблем в Луганській області, нужди та ресурси щодо їх вирішення. В ході нього за допомогою збору точних поточних відомостей було оцінено ряд ознак:

а) потреби:

1) стан здоров'я населення Луганській області щодо вживання наркотиків: поширеність НЗ за даними наркологічної служби; рівень не медикаментозного вживання НР (поширеність вживання НР за даними УБНОН); медичні наслідки вживання НР та маркери НЗ, зокрема ін'єкційного (частота отруєнь НР, частота виявлення анти-НСV антитіл);

2) наявність та оцінка суттєвих стратегій, програм, протоколів щодо профілактики НЗ;

3) рівень обізнаності населення, особливо груп ризику, відносно проблем, що викликані вживанням наркотиків, а також наявність та ступінь ефективності психоед'юкативних програм;

4) спроможність сімей протидіяти вживанню наркотиків, а також їх поінформованість та ставлення до здорового способу життя (ЗСЖ), правильного виховання, зокрема формування життєвих навичок у дітей та молоді;

5) громадське відношення до пріоритетності питань здоров'я молоді та наявність програм формування контр-адиктивного імунітету (знання, відношення, мотиви, переконання, поведінка, навички, послуги);

б) людські, фінансові та матеріальні ресурси (SWOT аналіз).

Підсумки ситуаційного аналізу були наступними:

а) за рівнями первинної захворюваності та поширеності НЗ в 2011 р. Луганська область займала в Україні 3-є та 8-є місця (відповідно);

б) епідеміологічна ситуація в Луганській області є стало несприятливою, через:

1) високу кількість осіб (5200) і наявності тенденції до їх подальшого збільшення з очікуваною стабілізацією на рівні 6400 осіб;

2) стале (протягом останніх 10 років) зростання частоти немедичного вживання ПАР на-

селенням (у середньому до 8,6 % щороку (за даними УБНОН)), кількості носіїв анти-НСV антитіл, що є маркерами ін'єкційного вживання ПАР (у середньому до 26,0 % щороку) та частоти отруєнь ПАР (у середньому до 27,0 % щороку);

в) встановлені зворотні зв'язки між показниками поширеності НЗ і темпами її приросту: відносно висока поширеність НЗ в містах сполучалась з відносно низькими темпами її щорічного зростання і, навпаки, відносно низька поширеність НЗ в сільській місцевості поєднувалась з відносно високими темпами її щорічного збільшення;

г) найбільший ріст поширеності НЗ встановлений в містах Сєвєродонецьку, Луганську, Рубіжному, Свердловську та Антрациті; серед сільських районів поступове зростання НЗ із найбільшим рівнем поширеності відзначали в Сватівському, Кременському, Слов'яносербському та Лутугинському районах;

д) в Україні, зокрема в Луганській області, відсутня комплексна Загальнодержавна Програма протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів;

е) нагальною проблемою сьогодення є створення стратегії популяційної та індивідуалізованої психопрофілактики вживання ПАР серед підлітків, а також епідеміологічних методів моніторингу наркологічної ситуації;

ж) протоколи лікування та ПФ НЗ потребують доведення до міжнародних стандартів;

з) неефективність ПФ заходів, які здійснюються навчальними, виховними, суспільними організаціями у роботі із підлітками пов'язана з відсутністю конкретного алгоритму дій в різних соціо-психологічних і медичних групах молодих осіб;

и) відсутність життєвих пріоритетів, нестабільна емотивна сфера молоді, значущий вплив криміногенного оточення і широке розповсюдження депресивних станів серед населення Луганської області створюють передумови для розповсюдження НЗ;

к) переважна більшість сімей Луганщини не спроможна самотужки забезпечити протидію вживанню наркотиків через недостатній рівень їх поінформованості, пасивність стосовно проблем зловживання ПАР, низький рівень обізнаності щодо основ виховання та формування адекватних життєвих навичок у дітей та підлітків, а також низький пріоритет ЗСЖ.

Вищезазначене обумовило мету ДМ МС ПФ

(або Програми) – створення умов для скорочення масштабів незаконного вживання наркотиків у Луганській області, формування негативного ставлення до наркотиків серед молоді (контр-адиктивний імунітет), вибору ЗСЖ як найвищої моральної цінності шляхом створення єдиного простору первинної ПФ зловживань наркотичними та іншими ПАР.

Цільовою групою ДМ первинної МС ПФ були молодь та підлітки регіону як потенційний резервуар рекрутування до наркотичного середовища, та через значний їх «внесок» у загальну поширеність НЗ. При цьому ПФ ОЗ проводили серед усіх осіб молодого віку, а особливу увагу приділяли 15-16 річним підліткам встановленої нами групи ризику НЗ (зокрема, ОЗ).

Крім того, за результатами моніторингу наркотичної ситуації на Луганщині виділені райони та місця для інтенсивних та першочергових ПФ дій.

У ДМ первинної МС ПФ (або Програми) акцент був зроблений на цілеспрямованому втіленні національних законодавчих норм та світових стандартів й вимог у сфері боротьби з НЗ (переважно ОЗ), що обумовило його напрямки: заходи щодо зменшення попиту на НР на регіональному рівні та заходи щодо зменшення пропозиції, які реалізовували на двох рівнях – популяційному (робота з усім населенням регіону) та груповому (вплив на підлітків групи ризику першої спроби НР – селективний рівень; робота з підлітками, що мали першу спробу НЗ, але НЗ відсутня – вибіркового рівня).

У якості шляхів виконання цих напрямків у Луганській області нами були визначені такі (при цьому пп. (а), (в) стосувалися першого спрямування, а (б) – обох):

а) вдосконалення системи моніторингу наркотичної ситуації (з розробкою методів популяційного прогнозування поширеності різних варіантів перебігу ОЗ, а також ідентифікації груп ризику), яка дозволила швидко виявляти існуючі загрози та тенденції, зробити прогноз динаміки поширеності НЗ в Луганській області – популяційний рівень МС ПФ;

б) ініціацію змін та інтенсифікацію взаємодій різних суспільних інституцій – популяційний рівень МС ПФ;

в) розробку та впровадження стратегій, що включають психоед'юкативні програми та формування контр-адиктивного імунітету – популяційний та індивідуальний рівні МС ПФ.

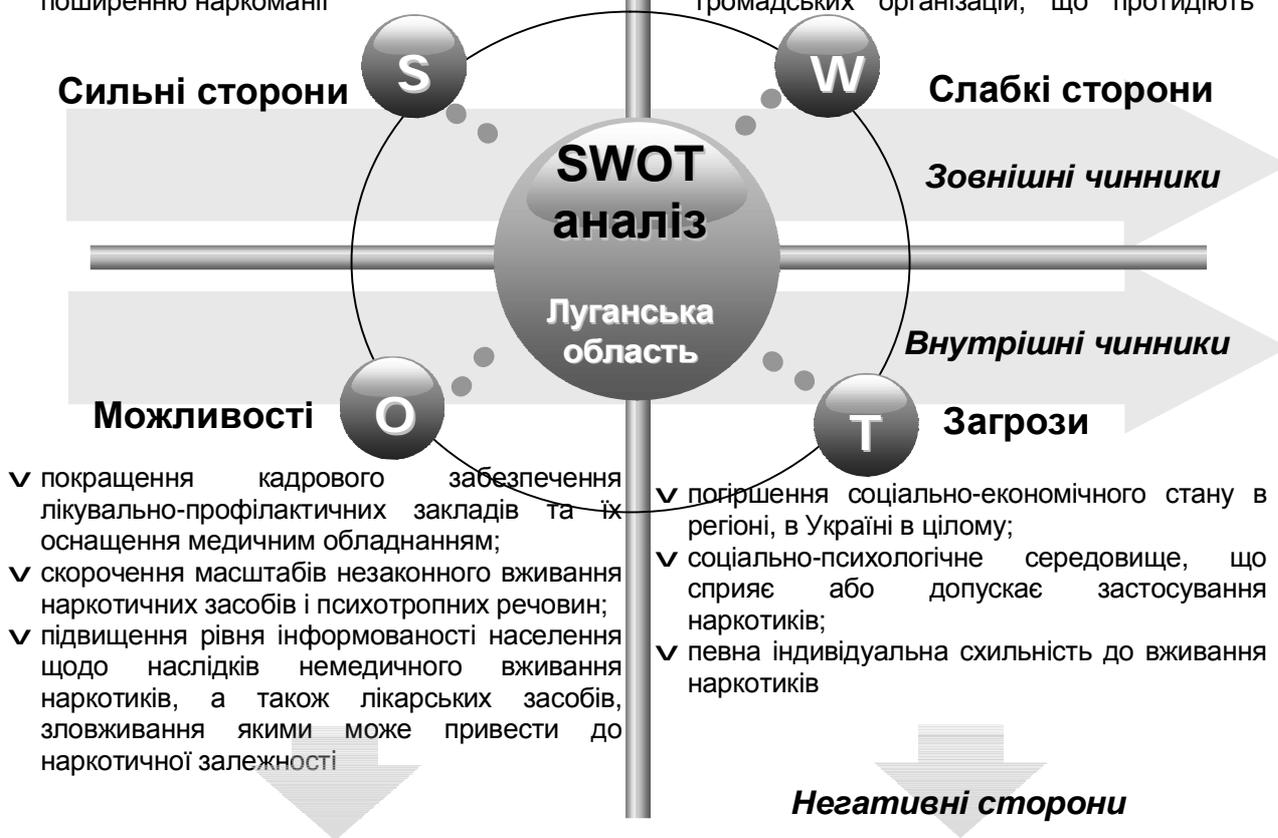
Етапом стратегічного планування залучення ресурсів (людських, кадрових, матеріальних) для

реалізації програми первинної МС ПФ постав проведений нами SWOT аналіз (у межах ситуаційного аналізу стану проблеми НЗ в Луганській

області) – оцінка факторів, що позитивно або негативно впливають на виконання ДМ первинної МС ПФ (рис. 1).

- ✓ наявність розгалуженої мережі наркологічних закладів в області;
- ✓ наявність електронного реєстру наркозалежних;
- ✓ наявність сучасних технологій первинної профілактики;
- ✓ застосування сучасних медичних технологій лікування НЗ;
- ✓ координація та ефективна взаємодія органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, правоохоронних та ін. органів, органів з контролю за незаконним обігом наркотичних засобів у сфері протидії поширенню наркоманії

- ✓ відсутність належного контролю за виробництвом, виготовленням, придбанням, зберіганням, відпуском, обліком, перевезенням, пересиланням наркотиків, а також лікарських засобів, зловживання якими може викликати залежність;
- ✓ низький рівень поінформованості населення щодо наслідків розповсюдження наркотиків, умов формування наркотичної залежності, зокрема через їх вживання не за медичним призначенням;
- ✓ недостатньо розвинута мережа громадських організацій, що протидіють



- ✓ покращення кадрового забезпечення лікувально-профілактичних закладів та їх оснащення медичним обладнанням;
- ✓ скорочення масштабів незаконного вживання наркотичних засобів і психотропних речовин;
- ✓ підвищення рівня інформованості населення щодо наслідків немедичного вживання наркотиків, а також лікарських засобів, зловживання якими може привести до наркотичної залежності

- ✓ погіршення соціально-економічного стану в регіоні, в Україні в цілому;
- ✓ соціально-психологічне середовище, що сприяє або допускає застосування наркотиків;
- ✓ певна індивідуальна схильність до вживання наркотиків

Рис. 1. Фактори, що впливають на формування та реалізацію дискретного модуля первинної медико-соціальної профілактики наркотичної залежності у Луганській області (визначення ресурсів)

На його підґрунті створено інфраструктуру реалізації Програми: визначені основні соціальні інституції та суб'єкти служб мережі соціально-профілактичної роботи з населенням та підлітками групи ризику, розроблено забезпечення (зок-

рема науково-методичне) її функціонування та створено модель міжвідомчої взаємодії різних служб щодо організації та втілення заходів ДМ МС ПФ НЗ (зокрема ОЗ) у Луганській області (рис. 2).



Рис. 2. Модель міжвідомчої взаємодії та її суб'єкти в структурі дискретного модуля первинної профілактики наркотичної (опіоїдної) залежності

Слід підкреслити, що застосування саме такої моделі дозволило повною мірою реалізувати розроблену нами концептуальну основу ПФ наркоманії – поєднання зусиль органів державного управління, органів охорони здоров'я, громадських організацій та населення у цілому на плідну і координовану співпрацю у справі ПФ (тобто медичних та немедичних форм і методів), а також створити ефективні технології мотивування цільових груп щодо ЗСЖ. Втілення цієї моделі взаємодії вимагало додаткової професійної підготовки усіх суб'єктів ПФ для роботи в єдиному понятійному просторі, розвитку здібностей до об'єднаних зусиль на державному та громадському рівнях, забезпечення адекватної та ефективної інформаційно-аналітичної підтримки та здійснення постійного контролю (моніторингу) за ефективністю Програми.

Вказані та інші заходи проводили на популяційному рівні у межах неспецифічної ПФ, яка сприяла формуванню єдиного концептуального простору ПФ НЗ, охоплювала усе населення і,

перш за все, молодь Луганської області та складалась з наступних блоків:

а) інформаційна політика та санітарно-просвітницька діяльність: удосконалення професійної підготовки суб'єктів, що беруть участь у міжвідомчої взаємодії стосовно профілактики НЗ; пропаганда та просвітницька діяльність щодо ЗСЖ;

б) формування ЗСЖ – створення умов, розробка та реалізація заходів для: формування контр-адиктивного імунітету у суспільстві – соціалізація молоді; нормально психофізичного розвитку дітей та молоді, а також реалізації їх ієрархічних особистісних потреб; загальної дитячої і молодіжної зайнятості через відновлення інфраструктури первинної ПФ;

в) протидія незаконному обігу наркотиків: державний контроль та оперативно-профілактичні відпрацювання задля зменшення обсягів незаконного обігу наркотичних засобів, психotropних речовин та прекурсорів;

г) постійний моніторинг змін наркологічної

ситуації в регіоні – розробка та впровадження: методу популяційного прогнозування поширеності різних варіантів перебігу ОЗ; методу ідентифікації груп ризику серед підлітків.

Оцінка ефективності первинної профілактики наркотичної (опіоїдної) залежності серед підлітків промислового регіону України

Усього протягом 2010-2011 років на втілення заходів ДМ первинної ПФ НЗ проведено 21 семінар-тренінг «Основи наркології» для лікарів загальносоматичної мережі у 7 міст та 13 районів Луганській області.

У межах санітарно-просвітницької діяльності та пропаганди ЗСЖ проведено 12690 лекцій, 49996 бесід з різними верствами населення регіону, здійснено 828 радіовиступів, 382 телевізійні передачі, видано 328 публікацій у ЗМІ, 1193 санбюлетеня, а також 32477 підлітків були залучені та отримали групову й індивідуальну психокорекційну, психотерапевтичну допомогу в рамках розробленої нами системи послідовної соціалізації дитини (зокрема взяли участь у тренінгу «Формування контр-адиктивного імунітету у молоді на основі соціалізації»).

В результаті здійснених заходів за підсумками анкетування 10614 підлітків потенційний резервуар рекрутування у наркоманічне середовище знизився з 10 % до 4,5 % за рахунок збільшення осіб з негативним ставленням до наркотиків (з 76 по 95) та таких, що позитивно відповіли на запитання анкети про вибір ЗСЖ (9862 осіб).

Дослідження ефективності впроваджених заходів первинної профілактики наркотичної (опіоїдної) залежності проводили протягом 2008-2011 рр. серед учнів середніх шкіл та навчальних закладів I й II рівня акредитації Луганської області за допомогою методу ідентифікації груп ризику у фокус-групі з 427 осіб (235 хлопчиків, 192 дівчат, віком від 13 до 14 років). Обстежені були розподілені на дві групи основну (ОГ) та контрольну (КГ). До ОГ увійшли підлітки (181 особа, 98 юнаків, 83 дівчини), які брали участь у заходах ДМ первинної ПФ НЗ. Контрольну – склали 246 підлітків (137 юнаків, 109 дівчат), що знаходилися під стандартним психологічним спостереженням та супроводом. Достовірних розбіжностей між групами за значеннями індексу СПКР виявлено не було (40,2±0,5 балів в ОГ, 40,5±0,4 балів в КГ, $p>0,661$, за Mann-Whitney).

Через рік здійснена повторна оцінка ступеню індивідуального ризику першої спроби опі-

атів (встановлений індекс СПКР, проаналізована та зіставлена з віковою його динаміка), при цьому в основній групі залишилося 119 підлітків (62 юнаків, 57 дівчат, віком 14-15 років), а в контрольній – 135 (69 хлопців, 66 дівчат).

Встановлено, що після проведення заходів первинної профілактики величина індексу СПКР була достовірно вищою в основній групі (40,3±0,4 бали в ОГ та 35,8±0,5 балів в КГ, $p<0,001$ за Wilcoxon), незалежно від гендерних відмінностей (39,8±0,5 балів серед юнаків ОГ, 36,0±0,7 балів у хлопців КГ, $p<0,007$; 40,9±0,6 балів серед дівчат ОГ, 35,6±0,6 у дівчат КГ, $p<0,001$ за Wilcoxon).

Порівняльний аналіз величин індексу СПКР при першому та другому обстеженнях в основній групі показав відсутність його вікового зниження. Так, величина загального показника СПКР становила 40,2±0,5 та 40,3±0,4 балів (відповідно, $p>0,550$ за Wilcoxon), серед юнаків – 40,1±0,8 та 39,8±0,5 балів (відповідно, $p>0,426$ за Wilcoxon), а серед дівчат – 40,3±0,7 та 40,9±0,6 балів (відповідно, $p>0,837$ за Wilcoxon).

В контрольній групі спостерігали протилежну динаміку, а саме: значення індексу СПКР знизилася нижче критичної величини (36,2±0,2 бали), – що свідчило про появу неконструктивного реагування на актуальні стресові чинники, на відміну від результатів у цій групі рік тому, а також в ОГ. Загальний показник в КГ протягом року зменшився з 40,5±0,4 до 35,8±0,5 балів ($p<0,001$, за Wilcoxon), у хлопців – з 40,3±0,6 до 36,0±0,7 балів ($p<0,001$, за Wilcoxon) та у дівчат – з 40,7±0,5 до 35,6±0,6 балів, $p<0,001$ (за Wilcoxon).

Таким чином, аналіз проведення запропонованих нами заходів у підлітків протягом року демонструє попереджуючий ефект вікового зниження рівня СПКР в ОГ (40,2±0,5 балів, 40,3±0,4 балів, відповідно, $p>0,550$ за Mann-Whitney), у тому числі серед хлопців (40,1±0,8 балів, 39,8±0,5 балів, відповідно, $p>0,426$ за Mann-Whitney) та дівчат (40,3±0,7 балів, 40,9±0,6 балів, відповідно, $p>0,837$ за Mann-Whitney). В свою чергу, результати використання стандартних методів психопрофілактики у осіб підліткового віку протягом року свідчать про динамічне зниження рівня СПКР в загальній групі з 40,5±0,4 балів до 35,8±0,5 балів ($p<0,001$ за Mann-Whitney). Така ж динаміка має місце серед хлопців КГ (40,3±0,6 балів, 36,0±0,7 балів, відповідно, $p<0,001$ за Mann-Whitney) та дівчат (40,7±0,5 балів, 35,6±0,6 балів, відповідно, $p<0,001$ за Mann-Whitney).

Висновки

1. В створеній системі дискретної модульної медико-соціальної профілактики опіоїдної залежності, що знайшла своє втілення в «Регіональній цільовій програмі протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в Луганській області на 2011-2015 роки», найважливіша роль відведена первинній профілактиці, яка має два напрямки реалізації: зменшення попиту на наркотики і зменшення пропозиції наркотиків.

2. Складовими модулю первинної профілактики є:

- мотивування освітян до профілактичної антинаркотичної роботи шляхом запровадження «паспорту наркотичної безпеки» навчального закладу з регулярним оприлюдненням його вмісту (результатів оцінок рівня наркотичної безпеки) в засобах масової інформації;

- удосконалення професійної підготовки і відпрацювання форм взаємодії фахівців різної відомчої підпорядкованості, які беруть участь у заходах щодо первинної профілактики (семінари-тренінги «Основи наркології»; координація поточних планів профілактичної роботи тощо), а також підготовки батьків щодо попередження у їхніх дітей девіантної та адиктивної поведінки (тренінги, спрямовані на опанування запропонованої системи послідовної соціалізації дитини (СПСД));

- формування контр-адиктивного імунітету у самих дітей та підлітків через: відновлення інфраструктури ефективного розвитку особис-

тості (закладі масової фізкультури й організованої позашкільної активності); адресна пропаганда та просвітницька діяльність щодо здорового способу життя (з урахуванням вікових психологічних особливостей цільової аудиторії і використанням новітніх форм подання матеріалу (тренінги навичок відмови від пропозиції вжити; тематичні talk-шоу, відеокліпи й СМС-повідомлення) та сучасних засобів телекомунікації (Інтернет, мобільний зв'язок);

- локалізована протидія наркозлочинності: взаємодія уповноважених державних органів та громадських організацій (батьківські та домові комітети) у справі контролю дотримання законодавства щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на місцях (в окремих районах великих міст, в малих населених пунктах, у дворах).

- комплексний моніторинг оперативної (за даними органів охорони правопорядку) та епідеміологічної (за даними наркологічної служби) ситуації щодо поширення самих наркотиків та масштабів їхнього вживання в регіоні задля корекції поточних планів (розробка та впровадження: методу популяційного прогнозування поширеності різних варіантів перебігу ОЗ та методу ідентифікації груп ризику серед підлітків).

3. Проведення запропонованих нами заходів в структурі дискретного модулю первинної профілактики наркотичної (опіоїдної) залежності запобігає віковому зниженню рівня конструктивного реагування на актуальні стресові чинники та суттєво зменшує ймовірність розвитку адиктивної поведінки у осіб підліткового віку.

Н.А. Овчаренко, И.К. Сосин, Т.Н. Радченко

ДИСКРЕТНЫЙ МОДУЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», ГУ «Харьковская медицинская академия последипломного образования»

В работе обоснованы основные принципы дискретного модуля первичной медико-социальной профилактики опіоїдної залежності среди подростков промышленного региона Украины, проведенная оценка его эффективности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 35-42).

M.O. Ovcharenko, I. K. Sosin, T.M. Radchenko

DISCRETE MODULE OF PRIMARY MEDICO-SOCIAL PREVENTION OF OPIOID DEPENDENCE

SI «Lugansk state medical university», SI «Kharkiv medicale academy of postgraduation education»

Basic principles of the discrete module of medico-social prophylaxis of opioid dependence are in-process grounded among the teenagers of industrial region of Ukraine, conducted estimation of his efficiency. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 35-42).

Література

1. International Standards on Drug Use Prevention // United Nations Office on Drug and Crime, Drug use prevention, treatment and care, Prevention standards. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.
2. Битенский В. С. Современные аспекты патогенеза психических и наркологических заболеваний / В. С. Битенский, Э. В. Мельник // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 3. – С. 20-23.
3. Бовть О. Б. Исследование и коррекция социально-психологических и индивидуально-личностных характеристик младших школьников, коррелирующих с их агрессивностью/ О. Б. Бовть // Практ. психология та соц. робота. – 2002. – № 2. – С. 4 – 9.
4. ВОЗ. Необходимые для Здоровья. Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков (ООЗОПЖН), – важный компонент доброжелательной к ребенку/укрепляющей здоровье школы. [Електронний ресурс] // World Health Organization, School Youth Health. – Режим доступу: http://www.who.int/school_youth_health/media/sch_skills4health_russian.pdf
5. Волошин П. В. / Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / Волошин П. В., Мінко А.І., Лінський І. В., Волошина Н. П., Гапонов К. Д. // Український вісник психоневрології. – 2001. – Том 9. – Вип.3 (28). – С. 7-10.
6. Воробьева Т. Профилактика зависимости от психоактивных веществ. Подготовка и проведение тренинговых занятий по формированию жизненных навыков у подростков: [Практикум] / Т. Воробьева, А. Ялтонская. – М.: Организация объединенных наций. Управление по наркотикам и преступности, 2008. – 48 с.
7. Линский И. В. / Метод и результаты реконструкции динамики распространения опиомании в Украине в период с 1981 по 1998 г.г. / И.В. Линский // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т.3, №4. – С. 77 – 84.
8. Личутина М. Г. Взаимодействие школы и семьи по предупреждению наркомании в младшем подростковом возрасте: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.01, Киров, 2007, 207 с.: 61 07-13/1842.
9. Максимова Н. Ю. Психологічні фактори залежності неповнолітніх від алкоголю і наркотиків та засоби його попередження: автореф. дис. д-ра психол. наук, спец. 19.00.07 «наркологія» / Н. Ю. Максимова. – К., 1998. – 47.
10. Минко А. И. Наркология / А.И. Минко, И.В. Линский. – М.: Эксмо, 2004. – 2-е изд., испр и доп., 736с.
11. Овчаренко М.О. / Концепція первинної профілактики наркоманії серед підлітків промислового регіону Донбасу / М.О. Овчаренко // Український вісник психоневрології. – 2002. – Том 10, вип. 1 (30) (додаток), - С. 264.
12. Первичная профилактика наркомании: [учеб. пособие] / [К.С. Лисецкий, С.В. Березин, Н.Ю. Самыкина и др.]; под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. – Самара: Изд-во «Универс-групп», 2006. – 170 с.
13. Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 року, № 14 «Про затвердження міжгалузеві комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки» [Електронний ресурс] // Кабінет Міністрів України; Постанова від 10.01.2002 № 14: документ 14-2002-п, остання версія – Редакція від 01.11.2011, підстава 1109-2011-п. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF>.
14. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.11.2010 № 2140-р «Про затвердження плану заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011-2015 роки» [Електронний ресурс] // Кабінет Міністрів України; Розпорядження від 22.11.2010 № 2140-р: документ 2140-2010-р, чинний, остання версія – Редакція від 01.11.2011, підстава 1109-2011-п. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2140-2010-%D1%80>.
15. Соболев В.А., Рущенко И.П., Сердюк А.А., Белоусов Ю.Л. Отчёт по результатам исследования проблем незаконного употребления наркотических веществ среди молодежи г. Харькова // Новости украинской психиатрии. - Харьков, 2006.
16. Сосин И. К. Наркология / Сосин И. К., Чуев Ю. Ф. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
17. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. Под ред. А. Я. Гриненко. - Серия « Мир медицины» . - СПб.: Изд-во «Лань» , 2000. - С. 368.

Поступила в редакцию 14.05.2012

УДК 616.858-008.6:616.895.8-07

*Д. Ю. Сайко***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

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

Ключевые слова: рекуррентное аффективное расстройство, болезнь Паркинсона, клинико-психопатологические особенности

В последнее время, все большее внимание мировой общественности уделяется болезни Паркинсона. Паркинсонизм – широко распространенное заболевание, поражающее людей на пике их профессиональной и творческой деятельности, известно немало случаев данного заболевания у знаменитых личностей. По статистике приблизительно 2 из 1000 человек страдают болезнью Паркинсона. Около 1% взрослого населения Европы в возрасте до 60 лет поражено паркинсонизмом, в группе 60-80 летних лиц этот показатель доходит до 5-10 %, а среди лиц старше 80 лет - свыше 20 % [4,6]. Число случаев заболевания неуклонно растет, что связано в первую очередь с ростом продолжительности жизни, увеличением количества пожилых людей в структуре общества и неблагоприятными экологическими факторами.

Примерно у половины пациентов с болезнью Паркинсона (по данным разных авторов от 40 до 90% случаев) отмечаются проявления депрессии [1-3,7-11]. Наличие депрессии значительно усугубляет течение и прогноз болезни Паркинсона, снижает качество жизни пациентов, ускоряет формирование инвалидности и способствует увеличению суицидального поведения больных [2,5]. Однако данные расстройства часто не диагностируются, что лишает пациентов адекватной терапии. Диагностика депрессивных расстройств осложняется их клинической схожестью («перекрываемостью») с некоторыми двигательными и недвигательными проявлениями болезни Паркинсона, а также частой коморбидностью [6]. В связи с чем одной из приоритетных задач современной психиатрии является изучение особенностей протекания и формирования депрессивной патологии у больных паркинсонизмом для разработки критериев ее ранней диагностики.

Целью данного исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей

эндогенных депрессивных расстройств у больных с болезнью Паркинсона.

Основную группу исследования составили 36 больных болезнью Паркинсона, у которых диагностировалось рекуррентное аффективное расстройство, депрессия F33.0-33.1., контрольную группу - 76 больных болезнью Паркинсона без признаков психических нарушений.

Для реализации цели исследования использовались клинико-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного; и психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери-Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination - MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS).

По данным проведенного исследования эндогенные депрессивные расстройства в виде рекуррентного аффективного расстройства F33.0-33.1., в структуре психической патологии больных болезнью Паркинсона регистрировались в 12,1% случаев. Средний возраст больных паркинсонизмом с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 составлял $62,6 \pm 2,1$ лет, а длительность заболевания – $2,4 \pm 2,1$ лет (при $p < 0,05$). Незначительная длительность заболевания болезнью Паркинсона, отсутствие явных признаков участия психогенных факторов в формировании депрессии F33.0-33.1, наличие в анамнезе больных явных признаков сниженного настроения (в 77,8% случаев) и факт первичного установления диагноза болезни Паркинсона на фоне депрессивных расстройств (в 30,6% случаев) свидетельствовал в пользу эндогенного происхождения депрессии F33.0-33.1.

Анализ синдромального проявления рекуррентного аффективного расстройства, депрессии

F33.0-33.1 у больных паркинсонизмом продемонстрировал преимущественное доминирование тоскливого (меланхолического) синдрома (в 52,8% случаев). Данный синдромальный вариант депрессии у больных паркинсонизмом характеризовался тоскливым настроением, утратой эмоционального резонанса с окружающими, идеаторной и моторной заторможенностью, не превышающей субступорозного уровня, витальностью аффекта. На фоне снижения настроения и усиления моторной заторможенности у больных появлялись мысли о собственной малоценности, усиливалось чувство вины, появлялись нарушения сна. Настроение больных было подвержено суточным изменениям – в первой половине дня депрессивное настроение было выражено сильнее, чем во второй. Выраженное снижение настроения, усиление чувства вины и мыслей о собственной малоценности стимулировало у больных этой группы суицидальные мысли и фантазии. При этой форме депрессивного расстройства у больных паркинсонизмом отмечались такие соматовегетативные расстройства как сухость кожных покровов, расширение зрачков, снижение аппетита, потеря массы тела, замедление кишечной перистальтики и т.д. При улучшении настроения соматовегетативные расстройства постепенно редуцировались.

Среди позитивных и негативных симптомов психических расстройств больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 (на основании данных шкалы PANSS) в сильной степени были выражены эмоциональная отчужденность (в 61,1% случаев, при $p < 0,01$), чувство вины (в 36,1% случаев, при $p < 0,05$); в средней степени – депрессивное настроение (в 75,0% случаев, при $p < 0,01$), моторная заторможенность (в 61,1% случаев, при $p < 0,01$), скудная коммуникабельность (в 61,1% случаев, при $p < 0,01$), пассивно-апатичная социальная отстраненность (в 58,3% случаев, при $p < 0,01$); в умеренной степени выражены – расстройства воли (в 72,2% случаев, при $p < 0,01$), отказ от сотрудничества (в 47,2% случаев, при $p < 0,05$).

Объективная тяжесть депрессии F33.0-33.1 у больных паркинсонизмом (по данным MADRS) соответствовала умеренно - тяжелой степени выраженности ($32,3 \pm 5,1$ баллов). Согласно анализу отдельных шкал MADRS в тяжелой степени выраженности были представлены пессимистические мысли ($4,6 \pm 0,6$ баллов), нарушение аппетита ($4,6 \pm 0,7$ баллов), нарушения сна ($4,3 \pm 0,3$ баллов); в умеренной степени выраженности – объективные ($3,8 \pm 0,9$ баллов) и субъек-

тивно – высказываемые ($3,4 \pm 0,5$ баллов) признаки подавленного настроения, суицидальные мысли и действия ($3,7 \pm 0,5$ баллов), а также утрата способности чувствовать ($3,4 \pm 0,2$ баллов) (при $p < 0,01$).

Относительно выраженности тревоги (по данным шкалы CAS) между основной и контрольной группой значимых различий получено не было, в обеих группах диагностировался низкий уровень тревожности - $6,1 \pm 1,8$ баллов и $4,7 \pm 2,0$ балла, соответственно.

Основными моторными расстройствами у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 были рудиментарные двигательные расстройства (в 55,6% случаев) и заторможенность движений, речи, мимики субступорозного уровня (33,3% случаев) (при $p < 0,01$).

Уровень когнитивного дефицита больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F33.0-33.1 (на основе данных Mini Mental State Examination - MMSE), так же как и у больных контрольной группы, был не выражен, большая часть больных обеих групп были когнитивно сохранны (75,0% и 71,1%, соответственно).

В качестве основных расстройств мышления и когнитивных функций у больных паркинсонизмом и депрессивным расстройством F33.0-33.1 были представлены: снижение уровня интересов (в 63,9% случаев), идеи малоценности (низкая самооценка, ощущение вины, идеи вины и наказания за мнимые и настоящие ошибки и т.д.) (в 52,8% случаев), мысли о смерти или самоубийстве (в 38,9% случаев). В контрольной группе идеи малоценности и мысли о смерти и самоубийстве не наблюдались, сужение уровня интересов наблюдалось в 11,8% случаев (при $p < 0,01$).

Основным расстройством поведения у больных паркинсонизмом и депрессивным расстройством F33.0-33.1 являлось ухудшение коммуникативных функций (в 69,4% случаев), в контрольной группе ухудшение коммуникативных функций наблюдалось только в 14,5% случаев (при $p < 0,01$).

Среди эмоциональных расстройств у больных с болезнью Паркинсона и рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 доминировали: суточные колебания настроения – в 86,1% случаев, горе – в 72,2% случаев, тоска – в 61,1% случаев, печаль – в 50,0% случаев, ангедония – в 44,4% случаев. У больных контрольной группы вышеперечисленные эмоциональные расстройства не наблюдались (при $p < 0,01$).

Ведущими соматовегетативными расстройствами у больных с болезнью Паркинсона и депрессией F33.0-33.1 были: снижение массы тела (в 72,2% случаев), запоры (в 69,4% случаев), нарушения сна (в 66,7% случаев), нарушения аппетита (в 61,1% случаев), сексуальные нарушения (в 55,6% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные соматовегетативные нарушения отмечались в 2,6%, в 14,5%, в 17,1%, в 5,3% и в 22,4% случаев соответственно (при $p < 0,01$).

Следует отметить, что вышеперечисленные моторные, когнитивные, эмоциональные, поведенческие и соматовегетативные нарушения формировались на фоне снижения настроения и зависели от тяжести депрессивного аффекта, при выходе из депрессии данные нарушения значительно редуцировались.

Согласно анализу клинических особенностей болезни Паркинсона у больных с рекуррентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 (по данным MDS-UPDRS) основными немоторными проявлениями являлись: в выраженной степени тяжести депрессивное настроение ($2,2 \pm 0,1$, при $p < 0,01$); в умеренной степени тяжести – проблемы со сном ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), запоры ($1,4 \pm 0,5$, при $p < 0,01$), апатия ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы депрессивное настроение и апатия не диагностировались, а проблемы со сном и запоры не превышали легкой степени выраженности - $0,7 \pm 0,2$ и $0,6 \pm 0,3$ баллов, соответственно. Основными моторными проявлениями болезни Паркинсона, которые отмечали больные с депрессией F33.0-33.1 были: в умеренной степени выраженности нарушения поворотов в постели ($1,2 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), расстройства вставания с постели или глубокого кресла ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы выраженность выше указанных моторных расстройств не превышала $0,6 \pm 0,3$ и $0,8 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

По данным экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 выявлены в умеренной степени выраженности ригидность ($1,7 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), нарушения двигательной активности в целом (брадикинезии) ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), нарушения выполнения пробы постукивания стопой ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$). В контрольной группе выраженность этих расстройств составила $1,0 \pm 0,5$; $0,6 \pm 0,3$ и $0,8 \pm 0,4$ соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и рекур-

рентным аффективным расстройством, депрессией F33.0-33.1 позволил зафиксировать наличие позитивной корреляции между аффективным расстройством F33.0-33.1 и акинетико-ригидной формой болезни Паркинсона ($r=0,56$); умеренным типом прогрессирования болезни Паркинсона ($r=0,8$); и 1-1.5 стадией болезни Паркинсона ($r=0,63$).

Анализ дневной двигательной активности больных паркинсонизмом с депрессией F33.0-33.1 продемонстрировал значительное преобладание в основной группе больных с 80% дневной двигательной активностью (в 44,4% случаев), среди больных контрольной группы этот уровень дневной двигательной активности отмечался в 13,2% случаев (при $p < 0,01$). То есть, большая часть пациентов с болезнью Паркинсона и депрессией F33.0-33.1 были полностью независимыми при выполнении большинства домашних обязанностей, но тратили на это в 2 раза больше времени, осуществляя движения с некоторыми затруднениями и замедленностью.

Подводя итоги проведенному исследованию, в качестве основных клинических особенностей депрессии F33.0-33.1 у больных БП следует выделить: умеренно-тяжелую степень депрессии с доминирующим тоскливым (меланхолического) синдромом; преобладание в эмоциональных расстройствах суточных колебаний настроения, горя, тоски, эмоциональной отчужденности, печали, ангедонии и апатии; в двигательных расстройствах - рудиментарных двигательных расстройств и заторможенности движений, речи, мимики субступорозного уровня; в когнитивной сфере - наличие пессимистических мыслей в выраженной степени, снижения уровня интересов, идей малоценности, мыслей о смерти или самоубийстве в умеренной степени выраженности, чувства вины в сильной степени выраженности; преобладание среди вегетативных расстройств снижения массы тела, запоров, нарушений сна и аппетита в выраженной степени тяжести, сексуальных нарушений.

В качестве риск-факторов формирования аффективного рекуррентного расстройства выделены следующие особенности болезни Паркинсона: длительность болезни Паркинсона $2,4 \pm 2,1$ лет, акинетико-ригидная форма, умеренный тип прогрессирования, 1-1.5 стадия, 80% двигательная активность, умеренно-легкая выраженность клиники болезни Паркинсона, легкая выраженность двигательных осложнений, сохраненный когнитивный уровень.

Результаты проведенного исследования мо-

гут быть использованы в качестве дополнительных дифференциальных критериев диагности-

ки эндогенных депрессивных расстройств у больных болезнью Паркинсона.

Д. Ю. Сайко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЕНДОГЕННИХ ДЕПРЕСІЙ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Обстежено 112 хворих хворобою Паркінсона, з них 36 хворих з рекурентним афективним розладом (основна група), 76 - без ознак психічних порушень (контрольна група). Проведено синдромальний аналіз депресивного розладу, досліджені рухові, когнітивні, поведінкові, емоційні та сомато-вегетативні прояви даної депресії. Виділено основні клініко-психопатологічні особливості рекурентного афективного розладу при хворобі Паркінсона. Проаналізовано клінічні особливості хвороби Паркінсона у хворих з рекурентним афективним розладом, встановлені кореляційні зв'язки між афективним розладом та типом, а також стадією хвороби Паркінсона. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 43-46).

D.Yu. Sayko

THE CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF ENDOGENOUS DEPRESSIONS IN PARKINSON'S DISEASE

“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine” SI, Kharkiv

One hundred twelve patients with Parkinson's disease (PD) were examined including 36 patients with recurrent affective disorder (the main group) and 76 patients without signs of mental impairments (the control group). A syndromal analysis of depressive disorder was carried out; motor, cognitive, behavioral, emotional, and somatic-autonomous manifestations of this depression were investigated. The main clinical-psychopathological peculiarities of recurrent affective disorder in PD were determined. Clinical PD peculiarities in patients with recurrent affective disorder have been analyzed, the correlations between affective disorder and PD type, form, as well as PD stage were found out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 43-46).

Литература

1. Баркова, Т.В. Депрессии на фоне болезни Паркинсона: клиническая характеристика и факторы, способствующие их развитию [Текст] / Т.В. Баркова // Архив психіатрії. — 2004. — Т.10, вип. 3(38). — С. 92-97.
2. Карабань, Н.В. Болезнь Паркинсона и депрессия [Текст] / Н.В. Карабань, А.В. Гудзенко // Український вісник психоневрології. — 2006. - Т.14, вип. 3(48). — С. 19-22.
3. Мирецкая, А.В. Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона [Текст] / А.В. Мирецкая, Н.В. Федорова, В.В. Макаров // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. - С.97-99.
4. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. - №3/2. — 2008. - С. 43-49.
5. Нодель, М.Р. Недвигательные проявления болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни [Текст] / М.Р. Нодель, Н.Н. Яхно. // Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22-23 сентября 2008 г. - С.92-94.
6. A profile of neuropsychiatric problems and their relationship to quality of life for Parkinsons disease [Текст] / Mc Kinlay A, Grace RC, Dalrymple-Alford JC et al. // Park Relat Disord. — 2008. 14: 37–42.
7. Anhedonia, depression, and motor functioning in Parkinsons disease during treatment with Pramipexole [Текст] / Lemke MP, Brecht HM, Koester JK et al.// J Neuropsych Clin Neurosci 2005; 17 (2): 214–20.
8. Chaudhuri, K.R. Early Parkinsons disease and non-motor issues [Текст] /K.R. Chaudhuri, Y. Naidu //J.of.Neurology-2008.-Vol.255.-Suppl.5.-P.-33-38.
9. Comparison of desipramine and citalopram treatments with depression in Parkinsons disease: a double-blind placebo-controlled study [Текст] / D. Devos, K. Dujardin , I. Poiret et.al. //Mov.Dis.-2008.-Vol.23.-P.850-7.
10. Efficacy of double-blind, placebo-controlled pramipexole against depression in Parkinsons disease [Текст] / P. Barone, W. Poewe, E. Tolosa , et.al.// Abstracts of the Movement Disorders Societys Thirteenth International Congress of Parkinson's disease and movement disorders. June 7-11-2009-Suppl.1 —P.291.
11. PRODEST-Depressive symptoms in Parkinson's disease: Effect of antidepressant treatment on symptom items of depression [Текст] / Barone P, Goetz CG, Houben JJ, et al. // Poster presented at 60th AAN Annual Meeting, Chicago, IL, USA, April 12-19. — 2008. P.145.

Поступила в редакцию 04.06.2012

УДК: 616.89-003.96:159.942.5: 351.74-051

В.Ю. Омельянович

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРЫ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОВД С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическая дезадаптация, психосоматические заболевания, эмоциональное выгорание, механизмы психологической защиты, сотрудники органов внутренних дел

Согласно мнению многих авторов, при длительном воздействии стрессовых факторов, препятствующие развитию дистресса, механизмы психологической защиты человека истощаются, вследствие чего повышается риск нарушения адаптации [1]. В такой ситуации напряжение либо, путем своеобразного «шунтирования» психологического конфликта в виде патогенной импульсации, идущей из коры головного мозга непосредственно в центры вегетативной регуляции стволовых структур мозга, приводит к развитию психосоматозов [2], либо вызывает расстройства невротического регистра, включая состояние парциальной психической дезадаптации, как предболезненный эквивалент собственно невроза.

Исследование роли механизмов психологической защиты приобретает особое значение в рамках разработки мероприятий по профилактике нарушений адаптации контингентов, чья трудовая деятельность априори связана с постоянными воздействиями физических и психических стрессоров [3, 4].

Учитывая тот факт, что в современной научной литературе понятие психологической защиты неразрывно связано с таким особым механизмом реагирования в состоянии хронического стресса, как синдром эмоционального выгорания, представляется рациональным определить их роль в процессах адаптации сотрудников ОВД к условиям служебной деятельности. Следует

особо подчеркнуть, что, хотя эмоциональное выгорание концептуально и является само по себе механизмом психологической защиты [5], его активность и, как следствие – нарастание деструктивных, деформирующих личность, составляющих данного процесса, может нивелироваться иными, более конструктивными защитными психологическими механизмами [6]. Данная теоретическая позиция указывает на высокую актуальность исследования взаимодействия этих психологических феноменов у представителей специфических профессиональных групп.

В связи с вышесказанным, целью настоящей работы явилось выявление влияния активированных механизмов психологической защиты (МПЗ) на динамические характеристики синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у лиц с нарушениями психической адаптации. В соответствии с данной целью, в качестве задач рассматривалось изучение специфической структуры механизмов психологической защиты у «выгорающих» и «невыгорающих» пациентов; исследование взаимосвязей между активностью определенных МПЗ и выраженностью конкретных симптомов и фаз СЭВ у пациентов в состоянии парциальной психической дезадаптации (ППД), страдающих психосоматическими заболеваниями (ПСЗ) и у практически здоровых сотрудников ОВД в рамках отдельных гендерных групп.

Материал и методы исследования

Материалом настоящего исследования являются 1630 сотрудников органов и подразделений внутренних дел, из которых 1301 чел. – гендерная подгруппа мужчин, 329 чел. – гендерная подгруппа женщин. В рамках каждой гендерной подгруппы было выделено по 3 иссле-

довательских группы: 1 группа - пациенты, у которых на основании проведенного иерархического кластерного анализа интегральных показателей симптоматического дистресса методики SCL-90-R [7] определялось состояние парциальной психической дезадаптации - 126 мужчин

(70,0%) и 54 женщины (30,0%); 2 группа - пациенты, страдающих психосоматическими заболеваниями - 213 мужчин (77,74%) и 61 женщина (22,26%); 3 группа, рассматриваемая в качестве контрольной - практически здоровые (ПЗ): 962 мужчины (81,8%) и 214 женщины (18,2%).

Экспериментально-психологическое исследование динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания проводилось с использованием Методики диагностики уровня эмоционального выгорания – УЭВ (В.В. Бойко) [8], а изучение особенностей психологической

защиты проводилось при помощи методики Индекс жизненного стиля (ИЖС), разработанной Р. Плутчик и соавт., адаптированной в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [9].

Для проведения обработки и анализа полученных результатов использовались как непараметрические (критерий частичной регрессии z_2 , метод χ^2 -углового преобразования Фишера), так и параметрические методы математической статистики (иерархический кластерный анализ, корреляционный анализ Спимена).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного иерархического кластерного анализа показателей методики УЭВ в рамках каждой из исследовательских групп, как мужского, так и женского гендера, было выделено по два кластера пациентов, выраженность симптомов эмоционального выгорания у которых была статистически значимо отличной по показателям всех симптоматическим шкалам эмоционального выгорания ($p < 0,043$).

При этом интегральные показатели выраженности всех трех фаз СЭВ у представителей 1 кластера в рамках всех исследуемых групп были значимо большими ($p \leq 8E-10$), чем у представителей 2 кластера, что позволяет классифицировать 1 кластер, как группу лиц, находящуюся в состоянии активного процесса эмоционального выгорания, т.е. как «выгорающих» пациентов, а 2 кластер, как гораздо более благополучную в этом плане группу «невыгорающих» пациентов, у которых, вне зависимости от их психического и психосоматического статуса, ни одна из фаз синдрома эмоционального выгорания не сформировалась.

Наиболее выраженными и у представителей всех исследуемых групп были симптомы неадекватного нравственного реагирования (P1), редукции профессиональных обязанностей (P4) и эмоциональной отстраненности (И2) а так же интегральный показатель фазы резистентности (P). Кроме того, у пациентов группы ППД и у практически здоровых имели место показатели, свидетельствующие о формировании фазы истощения (И) за счет выраженных симптомов эмоционального дефицита (И1), а у представителей группы ППД – еще и симптомов личностной отстраненности (И3). У пациентов с ПСЗ наблюдались только симптомы эмоционального дефицита, а фаза истощения была несформированной. Вместе с тем, у представителей группы ППД, кроме отмеченных выше характеристик

синдрома эмоционального выгорания, наблюдались так же сложившиеся симптомы переживаний психотравмирующих обстоятельств (Н1), хотя фаза напряжения у них и не сформировалась.

В результате вычисления коэффициента частичной регрессии z_2 перекрестных табличных данных показателей методики ИЖС и принадлежности к кластерам «выгорающих» пациентов, было установлено, что среди представителей мужского гендера в группе ППД наблюдалась статистически значимая ($z_2 \geq 0,045$; $p \leq 0,022$) связь активности механизмов регрессии (С), замещения (F) и реактивных образований (Н) с принадлежностью к одному из двух симптоматических кластеров «выгорающих» пациентов.

В рамках группы пациентов, страдающих ПСЗ, такая связь ($z_2 \geq 0,034$; $p \leq 0,031$) наблюдалась у механизмов регрессии (С) и компенсации (D), а в группе практически здоровых сотрудников-мужчин ($z_2 \geq 0,021$; $p \leq 0,006$) – у интегрального показателя напряженности психологической защиты (СНЗ) и у всех механизмов психологической защиты, кроме вытеснения (В), интеллектуализации (G) и реактивных образований (Н).

Совершенно иные результаты были получены при анализе показателей методики ИЖС представителей женского гендера сотрудников ОВД: статистически значимые связи с принадлежностью к кластерам «выгорающих» и «невыгорающих» пациентов отсутствовали ($z_2 \leq 0,924$; $p \geq 0,055$) у всех МПЗ в рамках всех исследуемых групп, за исключением механизма отрицания (А) у практически здоровых женщин-сотрудников ($z_2 = 0,0633$; $p = 0,048$).

С целью выявления специфичности взаимосвязей выявленных особенностей с видом и степенью нарушения процессов психической адаптации у представителей мужского гендера со-

трудников ОВД, был проведен корреляционный анализ Спирмена для каждой отдельно взятой исследовательской группы.

У представителей группы ППД статистически значимая положительная корреляция наблюдалась между механизмами замещения и практически всеми симптомами СЭВ, за исключением эмоционально-нравственной дезориентации и дефицита (таб. 1).

Степень напряженности психологической защиты (СНЗ) и механизмы регрессии (С) так же были связаны ($r \geq 0,255$; $p \leq 0,012$) с выраженностью всех фаз и с большинством симптомов СЭВ, кроме ($r \leq 0,23$; $p \geq 0,099$) симптомов неудовлетворенности собой (Н2), «загнанности в клетку» (Н3), эмоционально-нравственной дезориентации и эмоционального дефицита (И1). Положительная корреляция ($r \geq 0,243$; $p \leq 0,027$) была выявлена так же между активностью механизмов проекции (Е) и выраженностью всех трех

фаз СЭВ, а так же с симптомами неадекватного избирательного эмоционального реагирования (Р1), эмоционально-нравственной дезориентации (Р2) и психосоматическими нарушениями (И4).

Активность механизмов компенсации (D) была связана ($r \geq 0,24$; $p \leq 0,025$) с выраженностью фазы истощения и симптомов переживания психотравмирующих обстоятельств (Н1), тревоги и депрессии (Н4), эмоциональной отстраненности (И2). Между механизмами вытеснения (В) и симптомами эмоционального дефицита (И1), эмоциональной отстраненности (И2) наблюдалась статистически значимая положительная корреляция ($r \geq 0,252$; $p \leq 0,023$), а между механизмами отрицания (А) и симптомами неудовлетворенности собой (Н2), «загнанности в клетку» (Н3) и расширения сферы экономии эмоций (Р3) – имела место отрицательная корреляция ($r \geq -0,25$; $p \leq 0,024$).

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей методик ИЖС и УЭВ у представителей группы ППД мужского гендера сотрудников ОВД

УЭВ	ИЖС	А	В	С	D	Е	F	G	Н	СНЗ
Н1	r	-0,1	0,14	0,379	0,248	0,18	0,401	-0,02	0,137	0,297
	p	0,354	0,209	4E-04	0,025	0,106	2E-04	0,88	0,218	0,007
Н2	r	-0,26	0,129	0,147	0,092	0,125	0,292	-0,11	0,174	0,154
	p	0,018	0,25	0,188	0,413	0,264	0,008	0,312	0,119	0,166
Н3	r	-0,35	0,206	0,23	-0,09	0,215	0,374	-0,04	-0,1	0,1
	p	0,001	0,063	0,038	0,431	0,053	5E-04	0,74	0,363	0,37
Н4	r	0,056	-0,03	0,407	0,257	0,211	0,379	0,13	0,121	0,318
	p	0,62	0,77	1E-04	0,02	0,057	4E-04	0,245	0,278	0,004
Р1	r	0,12	0,194	0,399	0,149	0,321	0,265	0,097	0,224	0,375
	p	0,284	0,08	2E-04	0,181	0,003	0,016	0,384	0,043	5E-04
Р2	r	-0,14	0,187	0,052	0,026	0,139	0,212	-0,13	0,199	0,116
	p	0,222	0,092	0,641	0,82	0,212	0,056	0,236	0,073	0,298
Р3	r	-0,25	0,102	0,32	0,162	0,279	0,44	-0,05	0,219	0,268
	p	0,024	0,364	0,003	0,146	0,011	3E-05	0,624	0,048	0,015
Р4	r	0,006	0,178	0,418	0,1	0,191	0,347	0,138	-0,04	0,255
	p	0,957	0,109	9E-05	0,371	0,086	0,001	0,218	0,694	0,021
И1	r	-0,12	0,27	0,167	0,052	0,042	0,211	-0,09	0,178	0,183
	p	0,266	0,014	0,133	0,641	0,708	0,057	0,396	0,11	0,099
И2	r	-0,02	0,252	0,275	0,24	0,195	0,281	0,172	0,123	0,318
	p	0,842	0,023	0,012	0,03	0,079	0,011	0,122	0,269	0,004
И3	r	-0,1	0,108	0,366	0,201	0,203	0,496	0,037	0,153	0,29
	p	0,362	0,335	7E-04	0,07	0,067	2E-06	0,74	0,171	0,008
И4	r	0,128	0,061	0,414	0,172	0,496	0,38	0,023	0,291	0,449
	p	0,253	0,589	1E-04	0,122	2E-06	4E-04	0,835	0,008	2E-05
Н	r	-0,21	0,133	0,441	0,185	0,243	0,486	-0,04	0,078	0,302
	p	0,057	0,23	3E-05	0,093	0,027	3E-06	0,727	0,482	0,006
Р	r	-0,05	0,196	0,521	0,192	0,389	0,45	0,045	0,193	0,399
	p	0,639	0,076	1E-06	0,082	3E-04	2E-05	0,685	0,081	2E-04
И	r	-0,07	0,175	0,455	0,25	0,382	0,516	-0,02	0,211	0,417
	p	0,526	0,114	2E-05	0,023	4E-04	1E-06	0,887	0,055	9E-05

Характерно, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД в состоянии ППД механизмы интеллектуализации (G) не были связаны ни с одним из симптомов СЭВ ($r \leq 0,172$; $p \geq 0,236$).

Таким образом, у представителей мужского гендера сотрудников ОВД в состоянии парциальной психической дезадаптации с выраженностью всех трех фаз СЭВ были связаны степень напряжения психологической защиты, причем в большей степени за счет напряженности функционирования механизмов регрессии, проекции и замещения, а так же за счет стойкой взаимосвязи выраженности фазы истощения и механизмов компенсации. По мере нарастания проявлений СЭВ активность этих механизмов психологической защиты возрастала.

Несколько иное положение вещей наблюдалось у пациентов, страдающих ПСЗ (таб. 2).

Механизмы регрессии (С) находились в положительной корреляционной связи ($r \geq 0,232$; $p \leq 0,006$) со всеми симптомами СЭВ, кроме эмоционально-нравственной дезориентации (Р2) и

отстраненности (И2), т.е. выполняли те функции, которые у пациентов в состоянии ППД были возложены на механизмы проекции (Е).

В свою очередь, механизмы проекции (Е) имели статистически значимые связи ($r \geq 0,221$; $p \leq 0,009$) с симптомами неудовлетворенности собой (Н2), тревоги и депрессии (Н4), неадекватного эмоционального реагирования (Р1), редукации профессиональных обязанностей (Р4), эмоциональной и личностной отстраненности (И2 и И3) и психосоматических нарушений (И4). С выраженностью этих же симптомов, за исключением последнего, была связана ($r \geq 0,24$; $p \leq 0,005$) степень напряженности психологической защиты (СНЗ).

Механизмы отрицания (А), как и у лиц в состоянии ППД, у пациентов, страдающих ПСЗ, имели отрицательную корреляционную связь ($r \geq 0,21$; $p \leq 0,029$) с симптомами СЭВ, однако в рамках группы ПСЗ это были иные симптомы: переживание психотравмирующих обстоятельств (Н1), неудовлетворенность собой (Н2) и психосоматические нарушения (И4).

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей методик ИЖС и УЭВ у представителей группы ПСЗ мужского гендера сотрудников ОВД

УЭВ	ИЖС	А	В	С	D	Е	F	G	Н	СНЗ
Н1	r	-0,25	-0,03	0,119	-0,02	0,104	-0,01	-0,05	0,159	0,006
	p	0,004	0,716	0,166	0,779	0,228	0,884	0,57	0,064	0,942
Н2	r	-0,26	0,029	0,232	0,045	-0,04	0,146	-0,01	0,06	-0,03
	p	0,003	0,735	0,006	0,599	0,625	0,089	0,886	0,489	0,713
Н3	r	-0,11	0,182	0,321	0,115	0,221	0,282	0,184	0,161	0,24
	p	0,204	0,034	1E-04	0,182	0,009	8E-04	0,031	0,061	0,005
Н4	r	-0,07	0,144	0,404	0,21	0,347	0,326	0,121	0,262	0,336
	p	0,417	0,093	1E-06	0,014	3E-05	1E-04	0,158	0,002	6E-05
Р1	r	-0,03	0,179	0,508	0,339	0,41	0,433	0,186	0,245	0,41
	p	0,759	0,036	1E-06	5E-05	1E-06	1E-06	0,029	0,004	1E-06
Р2	r	0,047	0,092	0,194	0,149	0,062	0,109	0,095	0,146	0,188
	p	0,589	0,284	0,023	0,083	0,474	0,206	0,269	0,088	0,028
Р3	r	-0,17	-0,02	0,248	0,054	0,115	0,087	-0,01	0,121	0,049
	p	0,044	0,819	0,003	0,532	0,18	0,315	0,935	0,159	0,568
Р4	r	-0,12	0,243	0,47	0,169	0,315	0,239	0,169	0,162	0,311
	p	0,17	0,004	1E-06	0,048	2E-04	0,005	0,048	0,059	2E-04
И1	r	-0,1	0,218	0,265	0,062	0,055	0,236	0,04	0,009	0,095
	p	0,232	0,01	0,002	0,469	0,527	0,005	0,64	0,92	0,266
И2	r	0,077	0,262	0,139	0,086	0,246	0,157	0,327	0,085	0,284
	p	0,371	0,002	0,106	0,32	0,004	0,068	1E-04	0,323	7E-04
И3	r	-0,05	0,187	0,458	0,204	0,391	0,462	0,137	0,307	0,372
	p	0,548	0,028	1E-06	0,017	2E-06	1E-06	0,11	3E-04	7E-06
И4	r	-0,21	-0,09	0,369	0,108	0,233	0,142	0,058	0,14	0,11
	p	0,029	0,287	9E-06	0,209	0,006	0,097	0,502	0,103	0,201
Н	r	-0,31	0,072	0,332	0,065	0,132	0,204	0,004	0,176	0,082
	p	2E-04	0,404	7E-05	0,446	0,122	0,017	0,965	0,039	0,336
Р	r	-0,09	0,178	0,53	0,262	0,37	0,343	0,211	0,271	0,385
	p	0,314	0,037	1E-06	0,002	8E-06	4E-05	0,023	0,001	3E-06
И	r	-0,12	0,218	0,434	0,211	0,287	0,345	0,185	0,175	0,274
	p	0,175	0,01	1E-06	0,047	6E-04	3E-05	0,029	0,04	0,001

У остальных механизмов психологической защиты отмечались единичные статистически значимые положительные корреляционные связи ($r \geq 0,218$; $p \leq 0,01$) с одним - двумя симптомами СЭВ.

Особое внимание следует уделить тому факту, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, страдающих ПСЗ, в отличие от лиц в состоянии парциальной психической дезадаптации, выраженность фаз резистенции и истощения ($r \geq 0,211$; $p \leq 0,023$) были связаны со степенью напряжения психологической защиты (СНЗ) и с активностью всех МПЗ, кроме отрицания (А), а фаза напряжения ($r \geq 0,204$; $p \leq 0,017$) – только с активностью отрицания (А), регрессии (С) и замещения (F), при чем с механизмами отрицания отмечалась отрицательная корреляция.

Еще более широкий спектр механизмов психологической защиты, связанных с симптомами СЭВ имел место у практически здоровых сотрудников ОВД, принадлежавших к мужскому гендеру (таб. 3).

Хотя большинство МПЗ имели статистически значимые связи почти с выраженностью почти всех симптомов СЭВ, достаточно высокий

уровень корреляции ($r \geq 0,207$; $p = 1E-06$) наблюдался только между симптомами тревоги и депрессии (Н4), неадекватного избирательного эмоционального реагирования (Р1), личностной отстраненности (ИЗ), психосоматических нарушений (И4) и такими механизмами, как регрессия (С), компенсация (D) и проекция (Е). С активностью замещения (F) коррелировала ($r \geq 0,022$; $p = 1E-06$) выраженность симптомов неадекватного избирательного эмоционального реагирования (Р1), расширения сферы экономии эмоций (Р3), личностной отстраненности (ИЗ) и психосоматических нарушений (И4).

С выраженностью фазы напряжения (Н) были связаны ($r \geq 0,093$; $p \leq 0,024$) степень напряженности психологической защиты (СНЗ) и все МПЗ, кроме реактивных образований (Н), однако уровень корреляционных связей у всех МПЗ, кроме регрессии (С) и замещения (F) был крайне низок. Именно активность регрессии и замещения, а так же проекции (Е) и выраженность степени напряженности психологической защиты (СНЗ) имели статистически значимые выраженные связи с показателями остальных двух фаз СЭВ ($r \geq 0,206$; $p = 1E-06$).

Таблица 3

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей методик ИЖС и УЭВ у представителей группы ПЗ мужского гендера сотрудников ОВД

УЭВ	ИЖС	А	В	С	D	Е	F	G	Н	СНЗ
Н1	r	-0,19	0,02	0,233	0,071	0,115	0,248	-0,13	-0,014	0,088
	p	3E-06	0,626	1E-06	0,074	0,004	1E-06	0,001	0,727	0,028
Н2	r	-0,21	0,082	0,08	-0,01	-0,01	0,12	-0,14	-0,076	-0,03
	p	1E-06	0,041	0,047	0,81	0,983	0,003	8E-04	0,058	0,5
Н3	r	-0,09	0,129	0,184	0,079	0,166	0,19	-0,04	0,012	0,141
	p	0,024	0,001	4E-06	0,048	3E-05	2E-06	0,267	0,773	4E-04
Н4	r	0,038	0,007	0,294	0,273	0,254	0,179	0,093	0,206	0,293
	p	0,341	0,864	1E-06	1E-06	1E-06	7E-06	0,02	1E-06	1E-06
Р1	r	0,104	0,17	0,231	0,260	0,27	0,219	0,11	0,118	0,3
	p	0,01	2E-05	1E-06	1E-06	1E-06	1E-06	0,006	0,003	1E-06
Р2	r	-0,1	0,078	0,125	-0,049	-0,06	0,114	-0,12	-0,102	-0,07
	p	0,011	0,052	0,002	0,227	0,167	0,005	0,002	0,011	0,095
Р3	r	-0,25	0,092	0,167	-2E-04	-0,03	0,235	-0,17	-0,071	-0,01
	p	1E-06	0,022	3E-05	0,995	0,44	1E-06	2E-05	0,077	0,754
Р4	r	-0,02	0,111	0,169	0,185	0,247	0,169	0,055	0,111	0,211
	p	0,609	0,006	2E-05	4E-06	1E-06	3E-05	0,177	0,006	1E-06
И1	r	-0,24	0,098	0,056	-0,09	-0,07	0,096	-0,2	-0,121	-0,09
	p	1E-06	0,015	0,166	0,024	0,095	0,017	1E-06	0,003	0,019
И2	r	0,062	0,145	0,118	0,083	0,156	0,015	0,163	0,044	0,159
	p	0,121	3E-04	0,003	0,038	9E-05	0,718	4E-05	0,274	6E-05
ИЗ	r	0,049	0,192	0,299	0,232	0,306	0,357	0,07	0,139	0,353
	p	0,226	1E-06	1E-06	1E-06	1E-06	1E-06	0,081	5E-04	1E-06
И4	r	-0,07	-0,003	0,333	0,207	0,272	0,332	0,013	0,186	0,268
	p	0,066	0,94	1E-06	1E-06	1E-06	1E-06	0,752	3E-06	1E-06
Н	r	-0,21	0,093	0,256	0,090	0,156	0,248	-0,12	-0,004	0,127
	p	2E-06	0,02	1E-06	0,023	9E-05	1E-06	0,003	0,913	0,001
Р	r	-0,02	0,182	0,272	0,191	0,232	0,274	0,018	0,068	0,227
	p	0,606	5E-06	1E-06	1E-06	1E-06	1E-06	0,658	0,09	1E-06
И	r	-0,08	0,183	0,263	0,120	0,206	0,256	0,024	0,063	0,221
	p	0,059	4E-06	1E-06	0,002	1E-06	1E-06	0,545	0,115	1E-06

Характерно, что механизмы отрицания (А) у практически здоровых, как и у пациентов, страдающих ПСЗ, находились в отрицательной корреляционной связи с фазой напряжения, тогда как остальные вышеуказанные механизмы – в положительной.

Все вышесказанное указывает на то, что, если в состоянии парциальной психической дезадаптации степень напряженности психологической защиты и ее ведущие, в данном психическом состоянии, механизмы (регрессии, проекции и замещения) у представителей мужского гендера сотрудников ОВД активировались параллельно углублению всех трех фаз СЭВ, то в случае соматизации психологического конфликта степень напряженности психологической защиты и активация всех МПЗ (кроме отрицания) происходили по мере углубления только фаз резистентности и истощения, т.е. финальных проявлений синдрома эмоционального выгорания.

При начальных проявлениях СЭВ, в рамках фазы напряжения, активность механизмов отрицания еще сохранялась, хотя по мере нарастания выраженности данной фазы эти механизмы угнетались, а активность механизмов регрессии и проекции нарастала при отсутствии измене-

ний общего уровня напряженности психологической защиты.

В результате проведения корреляционного анализа показателей методик ИЖС и УЭВ у представительниц группы ППД женского гендера сотрудников ОВД не удалось выявить каких-либо статистически значимых взаимосвязей между механизмами психологической защиты и выраженностью симптомов эмоционального выгорания ($r \leq 0,377$; $p \geq 0,071$). Исключение составляла только степень расширения экономии эмоций (РЗ), связанная ($r=0,6$; $p=0,014$) с напряженностью психологической защиты (СНЗ) за счет активности ($r=0,623$; $p=0,01$) механизма компенсации (D).

Несколько более широкое использование механизмов психологической защиты по мере нарастания явлений синдрома эмоционального выгорания имело место у представителей женского гендера сотрудников ОВД, страдающих психосоматическими заболеваниями (таб. 4), причем характерно, что, в отличие от представителей мужского гендера сотрудников ОВД, у женщин статистически значимая корреляция между МПЗ и симптомами эмоционального выгорания была отрицательной.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей методик ИЖС и УЭВ у представителей группы ПСЗ женского гендера сотрудников ОВД

ДЭВ	ИЖС	А	В	С	D	Е	F	G	Н	СНЗ
Н1	r	0,096	-0,19	-0,23	-0,45	-0,09	-0,35	-0,31	-0,06	-0,23
	p	0,672	0,408	0,312	0,037	0,685	0,108	0,155	0,797	0,305
Н2	r	0,211	-0,07	0,273	-0,21	0,017	0,364	0,14	0,03	0,071
	p	0,346	0,761	0,219	0,36	0,939	0,096	0,535	0,894	0,753
Н3	r	-0,04	-0,37	-0,01	-0,67	-0,4	0,039	-0,44	-0,2	-0,51
	p	0,866	0,095	0,987	7E-04	0,063	0,862	0,043	0,366	0,016
Н4	r	0,225	-0,09	-0,3	-0,33	-0,16	-0,05	0,1	0,028	-0,13
	p	0,313	0,68	0,176	0,128	0,464	0,839	0,656	0,903	0,577
Р1	r	-0,31	-0,08	0,149	-0,38	-0,01	-0,02	-0,11	0,135	-0,03
	p	0,167	0,711	0,508	0,078	0,979	0,912	0,611	0,55	0,883
Р2	r	-0,44	0,236	0,3	-0,01	0,067	0,391	-0,17	0,279	0,107
	p	0,041	0,29	0,174	0,991	0,767	0,072	0,445	0,208	0,636
Р3	r	0,128	-0,16	0,005	-0,07	-0,5	0,147	-0,23	0,018	-0,18
	p	0,571	0,466	0,983	0,745	0,019	0,513	0,297	0,935	0,413
Р4	r	0,064	-0,31	-0,23	-0,45	-0,26	-0,31	-0,16	-0,13	-0,31
	p	0,777	0,165	0,309	0,037	0,251	0,16	0,486	0,573	0,164
И1	r	0,038	-0,08	-0,06	-0,07	-0,24	-0,27	-0,04	-0,09	-0,15
	p	0,866	0,718	0,801	0,773	0,281	0,218	0,848	0,688	0,512
И2	r	0,09	-0,25	-0,18	-0,11	-0,11	-0,14	-0,41	0,029	-0,21
	p	0,69	0,255	0,424	0,631	0,612	0,547	0,055	0,898	0,343
И3	r	-0,11	-0,1	-0,1	-0,29	-0,25	0,152	-0,32	-0,03	-0,33
	p	0,64	0,657	0,649	0,184	0,26	0,501	0,14	0,883	0,133
И4	r	-0,4	0,181	0,143	-0,25	-0,14	0,22	-0,14	0,085	-0,11
	p	0,064	0,421	0,525	0,259	0,545	0,325	0,547	0,707	0,638
Н	r	0,097	-0,21	-0,09	-0,52	-0,27	-0,03	-0,22	-0,04	-0,3
	p	0,667	0,337	0,702	0,013	0,222	0,88	0,317	0,853	0,17
Р	r	-0,15	-0,12	0,019	-0,37	-0,3	0,013	-0,29	0,033	-0,24
	p	0,5	0,598	0,933	0,091	0,177	0,956	0,184	0,885	0,276
И	r	-0,17	-0,11	-0,01	-0,3	-0,27	-0,01	-0,29	-0,01	-0,28
	p	0,446	0,624	0,962	0,181	0,225	0,964	0,197	0,955	0,205

Механизм компенсации (D) были связаны ($r \geq -0,45$; $p \leq 0,037$) с выраженностью переживания психотравмирующих обстоятельств (H1), симптомами «загнанности в клетку» (H3), редукции профессиональных обязанностей (H4) и с интегральным показателем

сформированности фазы напряжения (H). С проявлениями состояния «загнанности в клетку» (H3) так же коррелировали ($r \geq -0,44$; $p \leq 0,043$) механизм интеллектуализации (G) и степень напряженности психологической защиты (CHЗ).

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей методик ИЖС и УЭВ у представителей группы ПЗ женского гендера сотрудников ОВД

УЭВ	ИЖС	A	B	C	D	E	F	G	H	CHЗ
H1	r	0,087	-0,029	0,22	0,026	-0,07	0,18	0,006	0,154	0,026
	p	0,556	0,843	0,133	0,858	0,65	0,221	0,967	0,296	0,861
H2	r	0,033	-0,252	-0,28	-0,125	-0,06	-0,09	0,114	0,035	-0,12
	p	0,824	0,084	0,058	0,399	0,665	0,544	0,44	0,811	0,399
H3	r	0,198	0,077	0,117	0,08	0,047	0,157	0,046	-0,03	0,1
	p	0,178	0,605	0,427	0,588	0,751	0,286	0,756	0,841	0,501
H4	r	0,277	0,084	0,157	0,177	0,019	0,197	0,228	0,283	0,263
	p	0,057	0,569	0,285	0,226	0,9	0,179	0,119	0,051	0,071
P1	r	0,204	0,259	-0,06	0,185	-0,13	0,045	0,049	0,043	0,163
	p	0,165	0,075	0,667	0,206	0,364	0,763	0,742	0,774	0,268
P2	r	0,019	0,082	0,027	-0,028	0,057	0,02	-0,04	-0,06	0,018
	p	0,897	0,578	0,853	0,849	0,698	0,893	0,788	0,684	0,904
P3	r	-0,01	-0,184	0,138	0,109	-0,1	-0,07	-0,06	-0,015	-0,11
	p	0,973	0,21	0,351	0,460	0,489	0,657	0,662	0,918	0,451
P4	r	0,177	0,03	-0,08	0,090	-0,23	0,238	0,126	0,085	0,052
	p	0,229	0,84	0,566	0,541	0,109	0,104	0,392	0,567	0,724
И1	r	-0,12	-0,168	-0,1	-0,192	0,065	0,169	-0,07	-0,155	-0,15
	p	0,422	0,254	0,489	0,191	0,661	0,251	0,639	0,293	0,308
И2	r	0,147	-0,25	-0,07	-0,076	-0,19	-0,22	-0,14	-0,008	-0,12
	p	0,318	0,087	0,648	0,609	0,188	0,141	0,346	0,954	0,423
И3	r	0,173	0,026	0,183	0,310	0,072	0,211	0,303	0,233	0,321
	p	0,238	0,862	0,212	0,031	0,628	0,15	0,036	0,112	0,026
И4	r	0,324	0,027	-0,04	0,251	-0,09	0,038	0,328	0,169	0,169
	p	0,025	0,855	0,808	0,084	0,521	0,8	0,023	0,25	0,25
H	r	0,042	-0,181	0,005	-0,032	-0,17	0,127	-0,04	0,038	-0,09
	p	0,778	0,219	0,974	0,827	0,26	0,391	0,805	0,799	0,53
P	r	0,259	0,116	0,018	0,202	-0,11	0,144	0,127	0,078	0,159
	p	0,076	0,434	0,901	0,168	0,449	0,328	0,388	0,599	0,281
И	r	0,146	-0,207	-0,07	0,078	-0,04	0,065	0,117	0,059	0,014
	p	0,322	0,157	0,632	0,595	0,769	0,659	0,428	0,693	0,926

У степени активации механизма отрицания (A) наблюдалась статистически-значимая ($r = -0,44$; $p = 0,041$) корреляционная связь с выраженностью симптомов эмоционально-нравственной дезориентации (P2), а у механизма проекции (E) – с расширением сферы экономии эмоций ($r \geq -0,5$; $p \leq 0,019$).

Если у пациенток, страдающих ПСЗ, активированные МПЗ были связаны с отдельными симптомами фазы напряжения и, в меньшей степени, резистенции, то у представителей группы практически здоровых сотрудниц ОВД связь наблюдается только с двумя симптома, присущих фазы истощения СЭВ (таб. 5), причем корреляция в данном случае была положительной.

Выраженность личностной отстраненности

(ИЗ) была связана ($r \geq 0,31$; $p \leq 0,036$) с активностью механизмов компенсации (D), интеллектуализации (G) и со степенью напряженности психологической защиты в целом (CHЗ), а выраженность ($r \geq 0,324$; $p \leq 0,025$) психосоматических и психовегетативных нарушений (И4) – с такими МПЗ, как отрицание (A) и интеллектуализация (G).

Таким образом, исходя из вышеизложенных результатов настоящего исследования, представляется возможным утверждать, что при планировании специфических психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий в системе ОВД особое внимание следует уделять характеристикам функционирования механизмов психологической защиты в зависимости от вы-

раженности явлений эмоционального выгорания. В состоянии парциальной психической дезадаптации у представителей мужского гендера сотрудников ОВД степень напряженности психологической защиты возрастает параллельно углублению всех трех фаз синдрома эмоционального выгорания, причем ведущими механизмами психологической защиты в данном психическом состоянии выступают замещение, проекция и регрессия.

В ситуациях, когда произошла соматизация психологического конфликта, сопровождающаяся возникновением психосоматических заболеваний, рост напряженности психологической защиты и активация всех МПЗ (кроме отрицания) у представителей мужского гендера происходит по мере углубления финальных проявлений СЭВ – в рамках фаз резистентности и истощения. При начальных проявлениях СЭВ, когда данный психологический феномен характеризуется преимущественно усилением проявлений фазы напряжения, активность механизмов отрицания угнетается, а активность механизмов регрессии и проекции нарастает, причем рост напряженности психологической защиты в данном случае не характерен.

Следует особо отметить, что угнетение механизма отрицания по мере нарастания явлений, присущих фазе напряжения, а так же активация механизма замещения в рамках развития фазы резистентности и, в меньшей степени, фазы истощения, у мужчин являются универсальными характеристиками функционирования механизмов психологической защиты в случае развития синдрома эмоционального выгорания вне зависимости от вида нарушений психической адаптации и направления патологического преобразования функционального состояния дистресса в невротические расстройства или психосоматические заболевания.

У женщин-сотрудниц ОВД в состоянии парциальной психической дезадаптации, в отличие от мужчин, степень напряженности психологической защиты значительно более выражена и зависит от проявлений фазы резистентности, однако МПЗ не играют у представителей данной гендерной группы заметной роли в процессе развития синдрома эмоционального выгорания.

У пациенток, страдающих психосоматическими заболеваниями, ведущим механизмом пси-

хологической защиты выступает только, связанная с фазой напряжения и ее отдельными симптомами, компенсация, которая, как и степень напряженности психологической защиты, редуцируется по мере нарастания явлений СЭВ. Данные выводы относительно гендерной и групповой специфичности функционирования МПЗ косвенно подтверждаются еще и тем, что у практически здоровых сотрудниц ОВД, отрицание, интеллектуализация и регрессия связаны с единичными симптомами фазы истощения.

Все вышесказанное свидетельствует в пользу того, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД механизмы психологической защиты гораздо более структурированы и включены в противодействие эмоциональному выгоранию, тогда как у женщин нарастание проявлений СЭВ не влечет за собой значительных изменений в активации механизмов психологической защиты.

Для контингента сотрудников органов внутренних дел ни один из МПЗ не обладает гендерной универсальностью. Как уже говорилось выше, для мужчин в процессе нарастания явлений эмоционального выгорания, активируются механизм замещения (в рамках развития невротически-ассоциированных расстройств – еще механизмы проекции и регрессии), тогда как у женщин МПЗ, задействованным во всех случаях, является механизм компенсации.

Интересным представляется тот факт, что и у женщин, и у мужчин наиболее широко использовались именно дефензивные, искажающие, интерпретирующие «безболезненным» образом поступающую психотравмирующую информацию, механизмы психологической защиты. Причем, если у мужчин-сотрудников ОВД по мере углубления процесса эмоционального выгорания, активировались именно те МПЗ, которые связаны с активными, агрессивными психопатическими проявлениями, то у женщин либо не происходит адекватной активации МПЗ, либо активируются только те механизмы, которые интерпретируют, и без того негативную информацию, в еще более депрессивной и обсессивно-компульсивной форме. Безусловно, данные особенности должны быть учтены при разработке специфических психопрофилактических мероприятий с обязательным учетом гендерной принадлежности пациентов.

В.Ю. Омелянович

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТРУКТУРИ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ТА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

В статті викладені результати вивчення впливу окремих механізмів психологічного захисту на симптоматичну структуру та динамічні характеристики синдрому емоційного вигорання у працівників органів внутрішніх справ, які знаходяться в стані парціальної психічної дезадаптації, страждають на психосоматичні захворювання та у практично здорових. Приділена увага оцінюванню гендерних особливостей взаємозв'язків між вказаними психологічними феноменами, а також їх ролі в процесах адаптації до специфічних умов служби. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 47-55).

V.Yu. Omelyanovich

RELATIONSHIP BETWEEN THE STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS AND EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG IAB EMPLOYEES WITH PSYCHIC ADAPTATION ABNORMALITIES

Donetsk National Medical University by M. Gorky

The work presents the study results as to the influence of certain psychological defense mechanisms on symptomatic structure and dynamic characteristics of emotional burnout syndrome among internal affairs body employees under condition of partial psychic disadaptation, suffering from psychosomatic disorders as well as among apparently healthy. Attention has been paid both to assessment of gender peculiarities relationship between the given phenomena and their role in the process of adaptation to specific service conditions. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 47-55).

Литература

1. Собчик Л.Н. Психодиагностические аспекты изучения легких форм реактивных депрессий. / Л.Н. Собчик // В кн.: Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. - Л.: Медицина, - 1986. - 140 с.
2. Михайлов Б. В., Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б.В. Михайлов И.Н. Сарвир, В.В. Чугунов, Н.В.Мирошниченко // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36–38.
3. Возницкий П.О. Адаптация молодого воина к условиям военной службы и профилактика дезадаптационных расстройств / П.О. Возницкий, М.М. Дьяконов – М., 1990. – 28с.
4. Литвинцева С. В., Шамрей В. К. Военная психиатрия / С. В. Литвинцева, В.К. Шамрей — СПб, 2001. — С. 288–297.
5. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В.В. Бойко – СПб, 2005., - С. 20.
6. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов / В.В. Лукьянов // Наркология. - 2007. - N 10. - С.51-55.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина – СПб: Питер, 2001., - С. 146-181.
8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 – С. 161 – 169.
9. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / [Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др.]; под ред. Л.И. Вассермана. - Санкт-Петербург, 2005, 51 с.

Поступила в редакцию 14.06.2012

УДК 616.89:616.36-002.2:615.851

*М. Г. Шекманов***ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ТИПУ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит, психоемоційний стан, тип відношення до захворювання, медико-психологічна допомога

Захворювання на вірусний гепатит В у 10 – 20% та С – 60 – 80% випадків супроводжується хроніфікацією патологічного процесу [5]. Вірус гепатиту С є провідною причиною хронічного вірусного гепатиту (ХВГ) і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК), а також, приводячи до розвитку декомпенсації цирозу, є найбільш частим показанням до проведення трансплантації печінки [5, 6].

В цілому, серед соматичних захворювань інфекційна патологія займає особливе місце, за рахунок деяких якісних особливостей, а саме заразність хвороби (можливість інфікуватися самому та заразити іншу людину), циклічний характер перебігу (у більшості випадків), переважання серед клінічних проявів синдрому інтоксикації.

Хронічні захворювання, які схильні до прогресування та чий перебіг супроводжується загостреннями, потребують тривалого лікування, приводять до накопичення негативних емоцій та станів, і як наслідок, – формування хронічного стресу, що чинить дезадаптивний вплив на життя людини в цілому та проявляється, в тому числі, і психологічними реакціями, психопатологічними проявами, клінічно вираженими психічними порушеннями [1, 7 – 9, 11].

Перебіг ХВГ, окрім фізичних симптомів, супроводжується і рядом психопатологічних симптомів, а саме, слабкістю та втомлюваністю, дратівливістю, порушенням сну у вигляді утруднен-

ня засинання, скороченням та поверховості сну або підвищеної сонливості; пригніченим настроєм, тугою або апатією, зниженням інтересу до оточуючого, емоційною лабільністю, істеричними проявами, сенестопатією, негативізмом, психосенсорними розладами, ейфорією, порушенням свідомості [1, 2, 5, 7 – 9].

Варто зазначити, що вплив на психіку чинить не лише власне захворювання, але і специфічне лікування ХВГ. Так, застосування препаратів інтерферону може ускладнюватися небажаними побічними ефектами. За даними літератури, від 42 до 72 % пацієнтів застосування інтерферонів проковує виникнення психопатологічної симптоматики, в особливості депресивних проявів – інтерферон-індукована депресія (ІнІД) [1 – 3, 13].

Таким чином, враховуючи, характер захворювання (хронічний перебіг, заразність), життєво-важливі наслідки (висока ймовірність розвитку ГЦК, цирозу) та особливості лікування (пожиттєвий характер терапії, ІнІД), вплив на психіку (непсихотичні та психотичні психічні порушення), пацієнти на ХВГ потребують формування цілісної, комплексної системи медико-психологічної та психіатричної допомоги.

Метою дослідження було оцінити психоемоційний стан хворих на ХВГ, в особливості проявів тривоги та депресії, а також тип відношення до захворювання в аспекті планування та організації заходів медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

На базі КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димітрова Донецької області» протягом 2010 – 2012 років на основі інформованої згоди в перший тиждень перебування у стаціонарі було проведено психодіагностичне дослідження 128 хворих на ХВГ.

Для оцінки психоемоційного стану було ви-

користано суб'єктивні опитувальники – методику діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [12] та методику диференційної діагностики депресивних станів Зунге [12], а також шкалу об'єктивної оцінки депресії – Montgomery—Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [4]. Визначення типу

відношення до захворювання проводилося за допомогою методики ТОБОЛ [14].

Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS) є еквівалентною HAM-D (шкала оцінки депресії Гамільтона) по надійності оцінки депресивного стану, чутливості і точності моніторингу динаміки стану, містить меншу кількість пунктів, ніж HDRS (10 проти 21) та враховує всі основні симптоми депресії. Шкала призначена для швидкої і точної оцінки важкості депресії та зміни важкості стану в результаті терапії. Працювати зі шкалою може психіатр, психолог чи лікар загальної практики. Показники, що вимірюються оцінюють 10 змінних, відображують

ефективність лікування депресії.

Опитувальник ТОБОЛ розроблений в Науково-дослідному психоневрологічному інституті ім. Бехтерева на основі концепції психології відносин В. Н. Мясіщева з метою оцінки особистісного реагування на хворобу. За допомогою опитувальника можна виявити 12 типів ставлення пацієнта до хвороби: гармонійний, ергопатичний, анозогнозичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, паранояльний та дисфоричний.

Результати психодіагностичних досліджень оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. [10].

Результати дослідження та їх обговорення

У 75% пацієнтів з ХВГ було виявлено низький та середній рівні особистісної тривожності (ОТ відповідно $28,9 \pm 4,5$ та $46,1 \pm 5,0\%$), тоді як високий рівень особистісної тривожності реєструвався у $25,0 \pm 4,3\%$ хворих (табл. 1). Високий показник особистісної тривожності вказував на наявність сприятливого підґрунтя для розвитку різноманітних станів психологічної дезадаптації, що у хворих на ХВГ становив 25%. Дана категорія пацієнтів складала групу ризику, відповідно до чого рівень ОТ підлягав реєстрації та враховувався у плануванні заходів медико-психологічної допомоги (МПД).

Рівень реактивної тривожності (РТ) у обстежених був вищим у порівнянні з показниками ОТ ($46,2 \pm 1,7$ та $38,9 \pm 2,5$ бала), тільки у 2/3 пацієнтів виявлено низький та середній рівні РТ (відповідно $14,8 \pm 3,6$ та $48,5 \pm 5,0\%$).

Показник реактивної тривожності відобра-

жав занепокоєння обумовлене наступними стрес-факторами:

- діагностуванням хвороби з несприятливим прогнозом і складними наслідками (висока ймовірність розвитку ГЦК, цирозу);
- потреба у госпіталізації та тривалому лікуванні;
- наявність побічних ефектів лікування (напр., інтерферон-індукована депресія);
- перебування у стаціонарі з пацієнтами, більшість з яких мають залежність від психоактивних речовин, ВІЛ/СНІД;
- усвідомлення факту, що хворі містять у собі небезпеку для інших (можуть інфікувати людей, в особливості близьких та рідних);
- формування недовіри та страху перед парентеральними медичними маніпуляціями, оперативними втручаннями;
- проблеми у сексуальній сфері.

Таблиця 1

Рівні особистісної та реактивної тривожності у хворих на ХВГ ($\% \pm m$)

Рівень		
Реактивна тривожність	Низький	$14,8 \pm 3,6$
	Середній	$48,5 \pm 5,0$
	Високий	$36,7 \pm 4,8$
Середній рівень		$46,2 \pm 1,7$ бала
Особистісна тривожність	Низький	$28,9 \pm 4,5$
	Середній	$46,1 \pm 5,0$
	Високий	$25,0 \pm 4,3$
Середній рівень		$38,9 \pm 2,5$ бала

Дослідження за методикою Зунге показало, що у 86,7% хворих з ХВГ реєструвалися депресивні стани різного ступеня вираженості – від легкого до істинного депресивного стану (табл. 2). Легкий депресивний стан було виявлено у 22,7±4,2%, субдепресивний або масковану депресію – 52,3±5,0%, істинний – у 11,7±3,2%, відсутня – 13,3±3,4%. Тоді як за MADRS, що орієнтована на об'єктивну оцінку, депресивний стан легкого та середнього ступеню виявлено у 34,4±4,7% та 10,9±3,1% хворих на ХВГ, що було нижче за показники суб'єктивної оцінки власного стану пацієнтами.

Отже, показники суб'єктивної та об'єктивної оцінки відрізнялися. Подібне явище відобража-

ло високу особистісну значущість стресової ситуації, заглибленість в переживання, «прислуховування» до внутрішніх відчуттів.

Депресивні стани проявлялися у зниженому настрої, у S випадків поєднувався з тривогою (психічні та соматичні еквіваленти), самозвинуваченням, відчуттям неповноцінності, переживанням безвиході. У 72% пацієнтів відзначалася слабкість, в'ялість, безсилля, що викликало труднощі у виконанні фізичної та розумової праці. У 11% хворих депресивний стан поєднувався з внутрішньою напруженістю, дратівливістю, гнівливістю, дисфорією. Мали місце і іпохондричні прояви, що стосувалося, в основному, перспектив лікування та можливості видужання.

Таблиця 2

Рівні депресивних проявів за методикою Зунге та MADRS у хворих на ХВГ (%±m)

Рівень депресивних проявів за методикою Зунге	
Відсутня	13,3±3,4%
Легкий депресивний стан	22,7±4,2%
Субдепресивний стан або маскована депресія	52,3±5,0%
Істинний депресивний стан	11,7±3,2%
Середній рівень	52,5±1,3 бала
Рівень депресивних проявів за MADRS	
До 15 балів	54,7±5,0%
Легкий ступінь (15 – 25 балів)	34,4±4,7%
Середній ступінь (26 – 30 балів)	10,9±3,1%
Тяжкий ступінь (більше 31 бала)	0
Середній рівень	22,1±3,8 бала

Загалом соматичне захворювання супроводжується фізичними стражданнями, чинить вплив на психічну діяльність, відображається на соціальній сфері особистості. Поєднання вищеперелічених компонентів (фізичного, психічного, психосоціального), які різняться в залежності від нозології та особистісних факторів, і визначає індивідуальний психологічний стиль реагування на соматичне захворювання (табл. 3).

Аналіз впливу особистісного фактору та врахування соматичних чинників – важливий аспект у лікуванні соматичного хворого, в особливості при наявності хронічного захворювання з загрожуючими життю наслідками, потребою у тривалій терапії і відповідно прихильності до ліку-

вання (прийом медикаментів, дотримання лікувального режиму, дієти). Власне для хронічного захворювання потреба в тривалому лікуванні, і відповідно комплаєнс, є важливим фактором ефективності проведеної терапії. Тому на психологічному рівні тип відношення до захворювання постає значимим компонентом, який необхідно враховувати при плануванні заходів медичної та психологічної допомоги хворому.

Враховуючи тривалість лікування та значимість наслідків хвороби у пацієнтів на основі індивідуально-психологічних патернів подолання стресових ситуацій у поєднанні з поточними стрес-факторами відбувалося формування певного типу реагування на захворювання, що було значимим чинником у лікуванні хворого.

Нозологічні та особистісні чинники впливу захворювання

Нозологічні чинники	Особистісні чинники
<ul style="list-style-type: none"> • Перебіг захворювання (гострий чи хронічний) • Симптоми та синдроми хвороби, які змінюють та впливають на якість життя хворого (напр., больовий синдром, зниження рухової активності) • Наслідки наявності захворювання та/або його лікування (інвалідизація, косметичні дефекти) • Прогноз хвороби (сприятливий або несприятливий) • «Соціальна прийнятність хвороби» (напр., ставлення суспільства до хворого на гіпертонічну хворобу та СНІД) 	<ul style="list-style-type: none"> • Особистісні властивості та акцентуації характеру • Тип реагування на захворювання; • Попередній досвід «поведінки у ситуації хвороби» • Стрес-долаюча поведінка • Фактор алекситимії • Локус контролю • Комунікативна компетентність та асертивність

У табл. 4 наведено результати дослідження типу відношення до захворювання у пацієнтів на ХВГ. Типи відношення до хвороби групуються в три умовні блоки: перший блок містить типи відношення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогностичний типи); другий блок включає типи, для яких характерна інтрапсихічна дезадаптація у зв'язку

із захворюванням (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний); у третій блок входять типи відношень, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісної дезадаптації у зв'язку із захворюванням (сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранояльний типи). Відношення до хвороби може мати і змішаний (а в деяких випадках і дифузний) характер.

Таблиця 4

Дослідження типу відношення до захворювання за методикою ТОБОЛ у хворих на ХВГ (%±m)

Параметр	n=128
Блок 1 (відсутність дезадаптації)	29,7±4,6
Гармонічний	3,9±1,9
Ергопатичний	7,0±2,6
Анозогностичний	18,8±3,9
Блок 2 (інтрапсихічна дезадаптація)	44,6±5,0
Тривожний	16,4±3,7
Тривожно-іпохондричний	5,5±2,3
Меланхолічний	7,0±2,6
Апатичний	5,5±2,3
Неврастенічний	10,2±3,0
Блок 3 (інтерпсихічна дезадаптація)	25,7±4,4
Сенситивний	11,7±3,2
Егоцентричний	7,0±2,6
Паранояльний	4,7±2,1
Тривожно-дисфоричний	2,3±1,5

У пацієнтів з гармонійним, анозогностичним та ергопатичним типами відношення до захворювання, які входять до блоку I, визначалися налаштування на позитивні результати лікування, збереження особистісної цілісності та активного (або такого як до хвороби) соціального

функціонування без ознак психічної та психосоціальної дезадаптації.

Так, анозогностичний тип було виявлено у 18,8±3,9% хворих. Даний тип проявлявся у досить легковажному ставленні до захворювання, відкиданням думок про тяжкі наслідки, усклад-

нення хвороби. Поява чи посилення симптомів захворювання часто приписувалося стороннім обставинам (порушенням дієти, іншим хворобам з більш сприятливим прогнозом). Однак, варто відмітити, що легкі ступені подібного типу відношення до захворювання мали і позитивний аспект, в сенсі того, що не обтяжували психічний простір інтенсивними негативними переживаннями.

При ергопатичному типі відношення до хвороби ($7,0 \pm 2,6\%$) пацієнти значну кількість зусиль та часу приділяли професійній діяльності. Лікування здійснювалося по мірі значимості для можливості виконувати роботу. Відношення до обстеження на терапії було вибіркоким та залежало від того допомагає чи перешкоджає трудовій діяльності поточне лікування.

У разі домінування гармонійного типу ($3,9 \pm 1,9\%$) у пацієнтів були присутніми твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тяжкість, оптимізм та позитивний настрій на лікування. Тяжкість хвороби сприймалася близько до реальності, у терапевтичному процесі домінувала установка на співпрацю з медичним персоналом – прагнення активно сприяти успіху лікування, небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою.

Блоки II та III включали типи, які характеризувалися наявністю психічної та психосоціальної дезадаптації, що формувалася в залежності від превалюючої спрямованості відреагування – «на себе» (інтрапсихічна) або оточення (інтерпсихічна).

У випадку домінування тривожного типу ($16,4 \pm 3,7\%$) у хворих відмічалася наявність постійного занепокоєння результатами діагностичних процедур, об'єктивного обстеження, перебігу лікування, побічної дії лікарських препаратів. Мала місце неодноразова перепереверка пояснень лікарів щодо хвороби (консультації у декількох спеціалістів), даних діагностичного обстеження, постійна потреба у пошуку нової інформації про хворобу та способи її лікування, в тому числі і нетрадиційну медицину. У пацієнтів спостерігалися високий рівень тривожності, недовірливості (основана на страху пропустити будь-що), невпевненість у ситуації, що склалася. Пацієнти вимагали чіткого дотримання графіку процедур, детального виконання призначень, однак іноді самовільно приймали не приписані лікарем засоби (трав'яні настої, гомеопатичні ліки), постійно консультувалися з лікуючим лікарем з приводу нової інформації знайденої ними в Інтернеті, періодичних видан-

нях, почутої від інших хворих.

Хворі з тривожно-іпохондричним типом відношення до захворювання ($5,5 \pm 2,3\%$) були схильні приділяти надмірну увагу суб'єктивним неприємним відчуттям, прагнули розповідати про них оточуючим, детально та ретельно описували всі зміни фізичного стану на оглядах. У психоемоційному стані сконцентрованість та внутрішніх дискомфортних відчуттях та прислуховування до них поєднувалася з внутрішньою напруженістю та тривожністю. Розповідь пацієнта містила перебільшення інтенсивності наявних симптомів, загальної тяжкості стану, відбувалося заниження позитивних досягнень лікування, з приводу будь-яких невдач терапії виникала тривожність. Висловлюване бажання видужати поєднувалося з протилежними діями у вигляді відмови від неприємних та болісних процедур, прийому медикаментів.

У разі домінування неврастенічного типу відношення до захворювання ($10,2 \pm 3,0\%$) у пацієнтів спостерігалася поведінка по типу дратівливої слабкості, напруженість, іноді імпульсивність, що зростали по мірі посилення тиску соматичних скарг, при недостатній ефективності лікування. Наростання напруженості та спалахи дратівливості виникали навіть з незначних приводів, хворі були нетерплячими.

У $7,0 \pm 2,6\%$ хворих діагностовано меланхолійний тип, який проявлявся постійно зниженим настроєм, депресивними думками, песимізмом по відношенню до ефективності лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних, невірою у одужання. Тоді як при апатичному типі ($5,5 \pm 2,3\%$) домінували байдужість до всього, в тому числі і результату терапії, пасивність, безініціативність.

У $11,7 \pm 3,2\%$ пацієнтів виявлено сенситивний тип відношення до хвороби, домінуючою рисою якого була надмірна заклопотаність можливістю несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про наявність у них хронічного гепатиту, занепокоєння тим, що інші люди будуть сторонитися, уникати фізичних контактів, пліткувати про них. Також у хворих по мірі збільшення часу від початку захворювання з'являлися настирливі думки, що вони тягар для рідних та близьких, несуть небезпеку зараження і для них. Під час лікування хворі з сенситивним типом намагалися встановити довірчий неформальний контакт з лікарем, і при неможливості подібного, замикалися в собі, або навпаки були сором'язливими, на оглядах намагалися якнайменше «забрати» час у лікаря, могли при-

меншувати симптоми хвороби, були чутливими до оціночних тверджень оточуючих.

Егоцентричний тип був виявлений у $7,0 \pm 2,6\%$ пацієнтів. Даний тип проявлявся вимогами постійної уваги хворого до себе та своїх переживань, що сприймалися як виняткові, бажанням показати іншим своє особливе становище, винятковість своєї хвороби, вимогами піклування.

Пацієнти з паранояльним типом відношення до захворювання ($4,7 \pm 2,1\%$) висловлювали припущення про те, що хвороба була наврочена, або ж при появі побічної дії ліків, неефективності лікування всі негативні наслідки списувалися на халатність медичного персоналу.

Тривожно-дисфоричний тип ($2,3 \pm 1,5\%$) характеризувався похмуро-озлобленим настроєм, спалахами крайньої ворожості та озлобленості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимога особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, внутрішньою напруженістю та тривожністю. Від близьких та персоналу хворі вимагали турботи та уваги, часто вчинювали скандали при неможливості отримати бажане.

Групування в залежності від стану адаптованості та спрямованості реагування на захворювання виявило, що у $81,3\%$ пацієнтів з ХВГ мали місце дезадаптивні типи: з інтрапсихічною спря-

мованістю – $44,6\%$ та інтерпсихічною – $25,7\%$, відносно задовільний рівень адаптації був діагностований лише у $29,7\%$ осіб.

Було виявлено відмінності у психоемоційному стані у хворих з різними типами відношення до захворювання. Так, у пацієнтів з гармонійним, анозогнозичним та ергопатичними типами показники реактивної та особистісної тривожності були в межах низького та/або середнього рівня, депресивні прояви були відсутніми або досягали легкого ступеню вираженості. Тоді як у хворих з інтрапсихічною дезадаптацією виявлено вищі показники як тривожності (високий та середній рівні), в особливості для типів тривожного, тривожно-іпохондричного, неврастенічного, так і депресії (субдепресивний та істинний депресивний стани) – меланхолійного, апатичного, тривожно-іпохондричного типів. Для пацієнтів з інтерпсихічною дезадаптацією були характерними середні рівні тривожності та депресивних проявів з тенденцією до високих. У випадку домінування інтрапсихічної дезадаптації афективні та невротичні симптоми були первинними, формувалися на основі особистісних властивостей, а при інтерпсихічній – переважно вторинними, обумовленими взаємодією особистості та оточення, неприйняттям особливостей поведінки та реакцій хворого (ситуацією фрустрації).

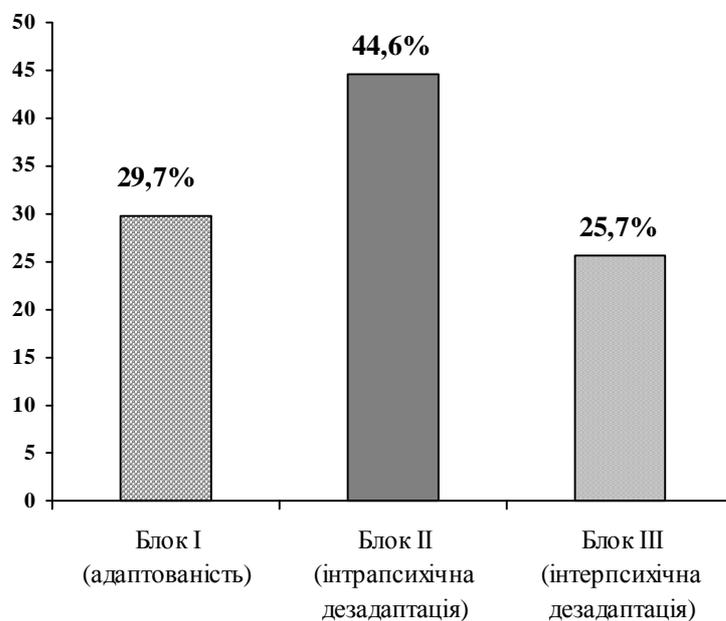


Рис. 1. Відношення до захворювання у пацієнтів з ХВГ за типом психологічної адаптації

Тип відношення до захворювання мав важливе значення у зв'язку з тривалим терміном лікування ХВГ та необхідністю побудови кон-

структивних терапевтичних стосунків з лікуючим лікарем та середнім медичним персоналом. Діагностування того чи іншого типу потребува-

ло застосування різних підходів та методів до побудови терапевтичного альянсу. Узагальнюю-

чи, основні психологічні проблеми резюмовано у табл. 5.

Таблиця 5

Типи відношення до хвороби та основні психологічні труднощі в аспекті побудови терапевтичного альянсу

Тип	Психологічна проблема
Блок I	
Гармонійний	Ситуативно обумовлені труднощі, які у більшості випадків вирішувані на рівні діалогу
Анозогнозичний	Недостатнє усвідомлення ситуації Некритичне ставлення до тяжкості захворювання та важливості лікування
Ергопатичний	Фіксація на професійній діяльності як єдиному пріоритеті Селективний підхід до лікування в залежності від того терапія допомагає чи заважає трудовій діяльності
Блок II	
Тривожний	Надмірне відчуття небезпеки та загрози життю, яке несе захворювання Недовіра до правильності та достатності діагностичних та терапевтичних заходів
Іпохондричний	Надмірне заглиблення у хворобливий переживання, перебільшення їх значення Амбівалентність у бажанні видужати і одночасно уникнути неприємних процедур
Меланхолічний	Негативний афективний стан, який приводить до пасивності у лікувальному процесі Зниження емоційно-вольового потенціалу особистості
Апатичний	Пасивність у лікувальному процесі Байдужість до власних потреб, у тому числі результату лікування
Неврастенічний	Підвищена збудливість (реактивність) з тенденцією до психічного виснаження Невиправдана неадаптивна активність у лікувальному процесі
Блок III	
Сенситивний	Надмірна чутливість до реакції оточення Недостатня увага до власних потреб, в наслідок чого пасивність у лікувальному процесі
Егоцентричний	Фіксація на власних потребах як особливих Механістичне ставлення до оточуючих (інших хворих, медичного персоналу)
Паранояльний	Приписування негативних аспектів ситуації (неуспіху у лікуванні, побічної дії препаратів) чимось злему умислу Протистояння оточенню
Дисфоричний	Сприйняття оточення як ворожого, відповідно недовіра та агресивність по відношенню до оточуючих (інших хворих, медичних працівників)

Кожному з блоків були притаманними певні психологічні труднощі пов'язані з організацією та наданням медичної допомоги. При домінуванні типів першої групи (анозогнозичного та ергопатичного) основною проблемою було недостатнє усвідомлення тяжкості захворювання, дистанціювання від ситуації шляхом створення більш значимих пріоритетів (напр., професійна діяльність), для інтрапсихічної групи на пе-

редній план виходили афективні та невротичні симптоми, які впливали на сприйняття та поведінку у стресовій ситуації, при інтерпсихічній дезадаптації проблемною сферою було формування міжособистісних відносин, в тому числі і конструктивних терапевтичних стосунків.

Результати дослідження емоційного стану хворих на ХВГ та типу відношення до захворювання вказують на важливість психологічних

аспектів, пов'язаних з перебігом захворювання та його лікуванням. Відповідно хворі на ХВГ потребують організації медико-психологічної допомоги, яка в тому числі, орієнтована на нормалізацію психоемоційного стану та усунення

основних психологічних труднощів пов'язаних з відношенням пацієнта до своєї хвороби, що забезпечить достатній терапевтичний альянс та підвищить ефективність лікувальних заходів в цілому для даної категорії хворих.

М. Г. Шекманов

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ТИПА РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Исследование психоэмоционального состояния больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) выявило высокие показатели личностной тревожности в *j* и реактивной - 1/3 пациентов, а также большую интенсивность депрессивных проявлений по методике субъективной самооценки, чем объективной шкале. Исследование типа отношения к заболеванию выявило, что у 81,3% пациентов с ХВГ имели место дезадаптивные типы: с интрапсихической направленностью (тревожный, тревожно-ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический) – 44,6%; интерпсихическая – 25,7% (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойальный), относительно удовлетворительный уровень адаптации был диагностирован у 29,7% лиц (гармоничный, анозогнозический и ергопатический типы). Каждому из типов были присущи определенные психологические трудности, связанные с организацией и оказанием медицинской помощи, что потребовало организации медико-психологической помощи, в том числе, ориентированной как на нормализацию психоэмоционального состояния так и устранения основных психологических проблем связанных с отношением к заболеванию и лечению, что позволило формировать достаточный терапевтический альянс и повышало эффективность лечебных мероприятий в целом для данной категории больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 56-63).

M. G. Shekmanov

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL CONDITION AND TYPE RESPONDING TO DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The study of emotional state in patients with chronic viral hepatitis (HVH) found high levels of personal anxiety (*j* persons) and reactive (1/3 persons), and greater intensity of depressive manifestations according to the method of subjective self-assessment than an objective scale. Research related to the type of disease found that 81.3% of patients with HVH were not adaptive types: with intrapsychological orientation (anxiety, anxious-hypochondriac, neurasthenic, depressive and apathetic) - 44.6%; interpsychological - 25.7% (sensitive, self-centered, dysphoric, paranoid), a relatively satisfactory level of adaptation was diagnosed in 29.7% of persons (harmonious, and anozohnozyc, erhopatic types).

Each type are unique to certain psychological difficulties associated with the organization and provision of medical care required of psychological assistance including targeted as a normalization of emotional state and eliminate the major psychological problems related to patient ratio disease and its treatment, allowing to form an adequate therapeutic alliance and increased the effectiveness of medical interventions in general. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 56-63).

Література

1. Crone C. Comprehensive review of hepatitis C for psychiatrists: risk, screening, diagnosis, treatment and interferon-based therapy complications / C. Crone, M. G. Gabriel // *J. Psych. Pract.* – 2003. – Vol. 9 – P. 93 – 110.
2. Increased depressive ratings in patients with hepatitis C receiving interferon-alpha-based immunotherapy are related to interferon-alpha-induced changes in the serotonergic system / S. Bonaccorso, V. Marino, A. Puzella [et al.] // *J. Clin. Psychopharmacology.* – 2002. – Vol. 22. – P. 86 – 90.
3. Major psychiatric side effects of interferon alpha-2b / M. Heeringa, P. Honkoop, R. A. de Man [et al.] // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.* – 1998. – Vol. 142, № 28. – P. 1618 – 1621.
4. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // *Br. J. Psychiatry.* – 1979. – Vol. 134. – P. 382 – 389.
5. Вирусные гепатиты (клиника, диагностика, лечение) / Лобзин Ю. В., Жданов К. В., Волжанин В. М. Гусев Д. А. – СПб.: «Фолиант», 2004. – 183 с.
6. Ильченко Л. Ю. Современные представления о хронических вирусных поражениях печени / Л. Ю. Ильченко // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* – 2002. – № 1. – 128 с.
7. Канищев А. В. Межові психічні порушення у хворих на вірусні гепатити / А. В. Канищев // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* – 2000. – № 1. – С. 79 – 82.
8. Канищев А. В. Розлади психічної сфери у хворих на вірусні гепатити: еволюція досліджень та сучасний стан проблеми / А. В.

Канищев // *Врачебная практика.* – 2000. – № 3. – С. 51 – 54.

9. Комплексная оценка психологического статуса и больных хроническим вирусным гепатитом С на фоне комбинированной противовирусной терапии / С. Н. Каминская, В. Б. Гриневич, К. В. Жданов [и др.] // *Материалы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России, XXXII сессии центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии.* – М., 2005. – С. 224 – 225.

10. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

11. Особенности психологического статуса у больных хроническим вирусным гепатитом С / С. Н. Каминская, В. Б. Гриневич, К. В. Жданов [и др.] // *Материалы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России, XXXII сессии центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии.* – М., 2005. – С. 223 – 224.

12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.

13. Сологуб Т. В., Волчек И. В. Комбинированная терапия Интроном А и Рабегололом - современный стандарт в лечении гепатита С / Т. В. Сологуб, И. В. Волчек // *Terra Medica nova.* – 2000. – №3. – С.3 – 4.

14. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. – СПб: Изд-во НИПИ им. В.М.Бехтерева, 2002 – 31 с.

Поступила в редакцию 18.06.2012

УДК 616.69-008.1-06:616.1

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ*И.А. Бабюк, Т.В. Туровская, А.В. Яковленко, П.Д. Цветкова*, С.Г. Ушенин*

Донецкий национальный медицинский университета им.М.Горького, Украина, *Софийский институт экспериментальной морфологии и андрологии, Болгария

Ключевые слова: эректильная дисфункция, гипертоническая болезнь, телмисартан

Сексуальное здоровье является неотъемлемой частью соматического и психологического благополучия человека. Способность к удовлетворению половой активности – одна из основных составляющих качества жизни для миллионов пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Более половины мужчин с эректильной дисфункцией (ЭД) связывают свое состояние с хроническими заболеваниями, в первую очередь с артериальной гипертензией (АГ) и атеросклерозом. Повышение артериального давления может вызвать копулятивные расстройства независимо от того, страдает пациент атеросклерозом или нет. Если долгое время не лечить АГ, стенки сосудов, постоянно подвергаясь воздействию повышенного давления, становятся плотными и неэластичными, вследствие чего сосуды не могут, как раньше, снабжать органы необходимым количеством крови [2;5].

Если ранее АГ считалась заболеванием преимущественно пожилого возраста, то сейчас у лиц молодого и среднего возраста выявляются различные ее формы, причем у мужчин чаще. В качестве препаратов для контроля артериального давления (АД), эксперты ВОЗ рекомендуют использовать: диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), б- и в-адреноблокаторы, антагонисты кальция. Однако, одним из серьезных побочных эффектов подобной терапии является развитие у мужчин ЭД, что в значительной мере влияет на формирование дисгармонии семейно-брачных отношений и ухудшает качество жизни пациентов. В ходе Массачусетского исследования (ММАС, 1994) среди мужчин-гипертоников среднего возраста на фоне гипотензивной терапии выраженная ЭД достигала 20%. Тогда как без терапевтических мероприятий сексуальная активность кардиологических больных сопряжена с повышенным риском развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (в т.ч. инфаркта миокарда) [1,3,10]. Известно, в ответ на повышенный выб-

рос в кровь катехоламинов в состоянии полового акта у мужчин увеличивается частота сокращений сердца до 120-130 в минуту, систолическое артериальное давление (САД) повышается до 170 мм рт. ст. Поэтому пациентов с контролируемой гипертензией, без сопутствующих факторов риска, можно отнести к группе низкого кардиального риска. При этом, исследования Г.Г.Арабидзе (1999) указывают, что только 30% больных АГ в России через год после подбора гипотензивного лечения продолжают принимать назначенные препараты, причем в 15% случаев причиной отказа от терапии послужили выраженные сексуальные нарушения [3].

Поэтому, весьма актуальным является поиск и внедрение в медицинскую практику гипотензивных средств, оказывающих минимум побочных эффектов на организм и выражено не влияющих на качество половой жизни у мужчин [6,7].

Эмпирические наблюдения, пре- и постмаркетинговые исследования лекарственных средств указывают, что 25% случаев возникновения ЭД так или иначе связано с приемом тех или иных гипотензивных препаратов. Наиболее достоверно ЭД вызывают тиазидные диуретики. Многоцентровое, рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование ТАИМ (1991) указало на выраженные копулятивные нарушения у 28% пациентов после полугодового приема хлорталидона. Имеется масса сообщений в возникновении ЭД на фоне терапии бета-адреноблокаторами. При этом экспериментально и в ходе клинических наблюдений доказано, что неселективные адреноблокаторы вызывают более выраженные расстройства, чем селективные [4].

Р.С.Росен и соавт. (1997), R.Fogari и соавт. (2011) и др. предполагают, что это влияние может быть опосредовано взаимодействием неселективных блокаторов с б- и в-адренорецепторами либо с серотониновыми рецепторами в ЦНС [11,12]. На основании ТОМНС-многоцентрового двойного рандомизированного плацебо-

контролируемого изучения механизма действия гипотензивных препаратов были сделаны выводы, что при лечении АГ предпочтение следует отдавать антагонистам кальция, ИАПФ и б-адреноблокаторам, которые в меньшей степени влияют на половую сферу (Weiss R.J., 1991), или ингибиторам ангиотензиновых рецепторов, которые, по-видимому, могут даже несколько повышать сексуальную активность. При необходимости назначения в-адреноблокаторов (АГ, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма) препаратом выбора у больных с повышенным риском развития ЭД является бисопролол [4;9].

Однако в последние годы внимание исследователей привлекли лекарственные средства группы ингибиторов ангиотензиновых рецепторов. Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) в отличие от ИАПФ не влияют на активность каллекреин-кининовой системы, не имеют брадикининового пути системной вазодилатации, что лишает их целого ряда нежелательных эффектов, таких как кашель и ангионевротический отек. Их выраженный антигипертензивный эффект опосредуется через селективную блокаду рецепторов АТ1, а также через стимуляцию рецепторов АТ2 ангиотензином II. Стимуляция АТ2 способствует продукции NO, что приводит к артериальной вазодилатации, угнетению роста и гиперплазии гладких мышц сосудов, эндотелиальных клеток, подавляет синтез коллагена фибробластами (Синица А.А., 2011). Исследования LIFE (2002 г.) показали, что БРА вызывают регресс гипертрофии миокарда, улучшают коронарный резерв, уменьшают атеросклеротическое поражение сердца, способствуют снижению тонуса эфферентных артериол, увеличивают почечный кровоток, уменьшают внутриклубочковое давление, протеинурию при гипертензии и диабетической ангиопатии [8]. Анализ исследований TRANSCEND и PRoFESS (2009) показали, что телмисартан обладает выраженными нефропротекторными и кардиопротектор-

ными свойствами, снижает риск развития сахарного диабета, не влияет на эректильную функцию [13].

Данные, полученные R.Fogari и соавт. (2002) свидетельствуют, что улучшение сексуальной функции на фоне приема валсартана связано не с гормональными колебаниями, а с возможными местными эффектами: антагонисты рецепторов ангиотензина II вызывают расслабление гладкомышечных волокон и эрекцию [11]. Y.Y.Chi и соавт. (2011), исследуя эффективность телмисартана, выявили его способность к вазодилатации за счет экспрессии PPARγ-рецепторов и активации эндотелиальной NO-синтазы [9]. При этом А.З.Акбаров и соавт. (2010) указывают, что в физиологии эректильной функции мужчин оксид азота имеет ключевую роль, функционируя на местном уровне как нейротрансмиттер неадренергических и нехолинергических волокон автономной нервной системы. Высвобождение NO приводит к накоплению циклического аденозин-монофосфата в кавернозной ткани, что ведет к расслаблению трабекулярных гладких мышц и увеличению притока крови в лакунарные пространства. Последующее давление на белочную оболочку, подоболочечное венозное сплетение уменьшает венозный отток и способствует поддержанию эрекции [1]. В сообщении П.А.Щеплева и соавт. (2002) указывается, что в группе терапии карведилолом уровень сексуальной активности к концу первого месяца лечения снизился с 2,2 до 1,1 и до 0,9 к концу 16 недель наблюдения, а после переключения на вальтарсан повысился до 2,6, что также подтверждают результаты наблюдений K.Fogari и соавт. (1998), L.C.Keen и соавт. (1999) [12].

Цель нашего исследования заключалась в оценке влияния телмисартана (Микардис, Boehringer Ingelheim) на снижение артериального давления и половую активность у мужчин, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии.

Материалы и методы исследования

В группу исследования было включено 31 мужчина с ГБ I-II стадии и эректильной дисфункцией различной степени тяжести, развившейся на фоне приема гипотензивных средств. Средний возраст составлял 45,2±3,12 года (в пределах 42-50 лет). Из исследования исключали пациентов с кризовым течением АГ, ГБ III стадии, нарушением ритма сердца, сердечной недостаточностью IIБ- III стадии, выраженными нарушениями функции почек и печени, заболеваниями

ями периферических сосудов.

Всем больным отменяли гипотензивную фармакотерапию, которую они получали раньше, и назначали только телмисартан (микардис, Boehringer Ingelheim), начиная с дозы 40 мг/сутки однократно, с последующей коррекцией дозы до 80 мг/сутки при необходимости в зависимости от уровня артериального давления (АД). До начала лечения, через 1 и через 2 месяца после начала терапии телмисартаном у наблюдаемых

пациентов определяли половую активность и состояние эректильной функции путем анкетирования по МИЭФ (международный индекс эректильной функции) [10]. Тяжесть ЭД определяли по количеству баллов: легкая ЭД – 17-25 баллов, средней тяжести – 11-16 баллов, тяжелая – 6-10

баллов. Также анализировались показатели общего анализа крови, мочи, печеночные пробы.

Статистическая обработка данных проводилась методом вариационной статистики для малых выборок с оценкой достоверности по критерию Стьюдента .

Результаты и обсуждение

На фоне приема телмисартана (Микардис) отмечалась положительная динамика показателей как систолического (САД), так и диастолического артериального давления (ДАД) к концу

1 мес. лечения, а к концу 2-го мес.- уровни АД снизились до нормальных цифр. Частота сердечных сокращений существенно не изменялась на этапах лечения.

Таблица 1

Характеристика пациентов (n=31)

Количество	31
Возраст, лет	45,2±3,12
САД, мм рт. ст.(исходное)	162,2±3,16
ДАД, мм рт. ст.(исходное)	99,50±2,93
Масса тела	89,12±4,3
Предшествующее лечение	абс.ч., %
В-блокаторы	6 (19,35%)
И АПФ	4 (12,91%)
БРА	(0)
Диуретики	14 (45,16%)
Блокаторы кальциевых канальцев	7 (22,58%)

До лечения ЧСС составила 74,2±3,1 уд/мин, после лечения – 72,3±3,1 уд/мин. На фоне лечения телмисартаном случаев идиосинক্রазии и других выраженных побочных эффектов не наблюдалось. Со стороны общего анализа крови, мочи,

гепатобилиарной системы выраженных изменений не было. Уровни САД и ДАД в процессе лечения телмисартаном к концу первого месяца имели тенденцию к стабилизации, а к концу второго - снизились до нормальных цифр (табл. 2).

Таблица 2

Динамика артериального давления у больных АГ (n=31) на фоне лечения телмисартаном

Показатели:	До начала лечения:	Через 1 мес. лечения	Через 2 мес. лечения
САД, мм рт. ст.	162,2±3,16	135,1±1,50	130,25±2,65
ДАД, мм рт. ст.	99,50±2,93	90,65±2,05	82,55±1,59

Нормализация АД (ДАД < 90 мм рт. ст.) была достигнута у 27 (87%) пациентов. В 4 случаях для коррекции АД понадобилось назначение комбинированного препарата Микардис-плюс (80 мг/сут телмисартана + 12,5 мг гидрохлортиазид). Согласно результатам анонимного анкетирования сексуальная активность к концу первого месяца лечения увеличилась в среднем с 3,4 до 5,8 сексуальных контактов в месяц и до

7,2 эпизодов - после 2-х месячной терапии телмисартаном (т.е. более чем в 2 раза). На фоне проводимой гипотензивной терапии у 3(60%) мужчин из 5 с тяжелой ЭД наблюдалось улучшение эрекции (т.е. переход тяжелой ЭД в среднюю степень тяжести). У 8(89%) пациентов из 9 со среднетяжелой ЭД также отмечалась положительная динамика (ЭД перешла в легкую степень тяжести), а у 17 больных с легкой ЭД про-

изошла нормализация показателей МИЭФ в 100% случаев наблюдения (табл. 3).

Таблица 3

Показатели МИЭФ мужчин с АГ до и после лечения телмисартаном

Показатели МИЭФ, баллы	До лечения (n=31)	После 2-х мес. лечения (n=31)	P
Эректильная функция	17,30±1,45	26,17±1,52	< 0,01
Оргазмические функции	8,55±1,85	12,90±1,99	> 0,05
Сексуальное желание	7,75±1,27	18,67±1,92	> 0,05
Удовлетворения от п/а	8,85±2,02	20,03±2,12	> 0,25
Общее сексуальное удовлетворение	7,90±1,15	27,12±1,62	> 0,05

Выводы.

Общее состояние здоровья может непосредственно влиять на половую активность и ухудшение качества жизни пациентов. У мужчин-гипертоников снижение половой активности часто обусловлено ухудшением эректильной функции. ЭД развивается вследствие основного заболевания (в данном случае – гипертонической болезни), а также из-за длительного приема традиционных гипотензивных средств. Исследования свидетельствуют о хорошей эффективности телмисартана (Микардис) в отношении снижения САД и ДАД у пациентов, страдающих ГБ I-II стадии. Можно сделать вывод, что данный представитель класса БРА на фоне выраженного гипотензивного эффекта не ухудшает, а в ряде случаев даже способствует нормализации эректильной составляющей копулятивного цикла у мужчин. Это, по-видимому, связано с местными эффектами: антагонисты рецепторов ангиотензина II вызывают расслабление гладкомышечных волокон и эрекцию. Благоприятные метаболические эффекты телмисартана также обусловлены его частичным агонизмом PPARγ-зависимого фактора ядерной транскрипции, приводящим к экспрессии и активации эндотелиаль-

ной NO-синтазы. При этом высвобождение оксида азота во всех случаях улучшает эректильную функцию. Комбинация телмисартана с гидрохлортиазидом у пациентов с АГ нивелировала негативное влияние диуретика (гидрохлортиазид) на эректильную функцию у мужчин.

Учитывая вышеуказанные характеристики телмисартана, государственные органы здравоохранения многих стран (в т.ч. БДА США) положительно выделили этот препарат среди других представителей класса БРА. Наши исследования также указывают на преимущества и эффективность телмисартана (Микардис) в лечении ГБ I-II стадии у мужчин среднего и старшего возраста, с учетом качественных показателей жизни и позитивного влияния на копулятивную функцию.

Препарат Микардис обладает следующими преимуществами:

1. Высокая антигипертензивная эффективность.
2. Низкая частота побочных эффектов.
3. Максимальные протективные свойства, снижает риск развития диабета.
4. Благодаря местным эффектам способствует стабилизации эректильной функции у больных, страдающих ГБ I-II ст.

І.О. Бабюк, Т.В. Туровська, О.В. Яковленко, П.Д. Цветкова, С.Г. Ушенін

ЕРЕКТИЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Софійський інститут експериментальної морфології та андрології, Болгарія

Метою дослідження було вивчення телмісартану (Мікардіс) на еректильну функцію у хворих на артеріальну гіпертензію. У дослідження було включено 31 чоловік середнього віку, яким відміняли попередню антигіпертензивну терапію та призначали лише телмісартан у дозі 40-80 мг/добу одноразово. Доза корегувалася за необхідністю залежно від рівня артеріального тиску. Визначали якість еректильної функції. Спостерігали гіпотензивний ефект та покращення ерекції у всіх пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 64-68).

ERECTILE FUNCTION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy, Sefhia institute of the experimental morphology and andrology, Bulgaria

The investigation was initiated to study telmisartan (Micardis) effect on erectile function in patients with arterial hypertension. The study included 31 males with arterial hypertension. Antihypertensive therapy was withdrawn in the patients: only was administered starting with the dose of 40-80 mg once a day with sub segment correction if necessary according to arterial pressure parameters. The antihypertensive therapy with telmisartan was noted to improve erectile function in all patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 64-68).

Литература

1. Акбаров А.З., Рахимова Г.Н., Узбеков К.К. Влияние небиволола на эректильную функцию больных сахарным диабетом с артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия.-2010.-№1(9).-С.22-25.
2. Бабюк И.А., Федотов В.П., Цветкова П.Д. и др. Диагностика и лечение нарушений эрекции.-Д.:ДонНМУ, 2003.-40 с.
3. Бабюк И.А., Ватулин Н.Т., Шашков О.В. и др. Натуропатическое лечение гипертензии у мужчин и его влияние на сексуальную функцию // Дерматовенерология, косметология, сексопатология.-2008.-№1-2 (11).-С.313-316.
4. Кочарян Г.С. Эректильная дисфункция у больных кардиологического профиля: проблемы и решения // Укр. тер. журнал.-2005.-№ 4.-С.83-87.
5. Козьмо Р.О. Снижение кардиоваскулярного риска при артериальной гипертензии и поражении органов-мишеней: в фокусе – телмисартан // Здоров'я України.-2011.-№ 8 (261).-С.10-11.
6. Митченко Е.И. Сексуальная активность и пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Doctor.-2001.-№1(15).-С.34-36.
7. Нетяженко В.З., Барина О.Н. Артериальная гипертензия: Современные подходы к дифференцированному лечению // Doctor.-2003.-№ 3.-С.64.
8. Синица А.Л. Применение лозартана у больных с умеренной и тяжелой артериальной гипертензией // Новости медицины и фармации.-2011.-№ 6(357).-С.4.
9. Chi Y.Y., Wing T.W., Xiao Y.T. et al. Telmisartan inhibits vasoconstriction via PPARγ-dependent expression and activation of endothelial nitric oxide synthase // Cardiovascular Research.-2011.-Vol.90.-N1.-P. 122-129.
10. Fogari R., Zoppi A., Cjrradi L. et al. Sexual function in hypertensive males treated with lisinopril or atenolol // Am. J.Hypertens.-1998/-N 11.-P.1244-1247.
11. Fogari R., Zoppi A., Poletti L. et al. Sexual activity in hypertensive men treated with valsartan or corvedilol: a crossover study // Am. J.Hypertens.-2001.-Vol.14.-P.27-31.
12. Rosen R.C., Riley A. et al. The international index of erectile function (IIEF): multidimensional scale for the assessment of erectile dysfunction // Urology.-1997.-Vol. 49.-P.822-830/
13. Seftel A.D., Sua P., Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction // J.Hrol.-2004.-171.-P.2341-2345.

Поступила в редакцию 01.06.2012

УДК 616.895.8:616.89-008.444.9

*О.Н. Голоденко***КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: социальная опасность, агрессивность, враждебность, шизофрения

В настоящее время прогноз социальной опасности душевнобольных остается актуальным в перечне приоритетных проблем общественной жизни, а также клинической практики. Мнение о социальной опасности душевнобольных укоренилось в сознании большинства людей.

До сих пор не достаточно изучено, что же является причиной возникновения побуждения к совершению общественно опасных деяний или опасных действий направленных на самого себя. Существует мнение, что больные с основными психическими заболеваниями, такими как шизофрения, мания или депрессия, если они не зависимы от наркотиков или алкоголя, и если они находятся на психиатрическом лечении (амбулаторном или стационарном), не являются более серьезным источником насилия, чем здоровые лица, т.к. искаженное мышление не обязательно указывает на склонность к общественно опасным действиям или/и аутоагрессии [1].

Под угрозой совершения общественно опасных действий принято понимать непосредственную опасность агрессией [2]. Некоторые исследователи агрессивность рассматривают как черту личности, проявляющуюся в более или менее постоянном враждебном отношении человека к человеку, животным и предметам природы и материальной культуры, склонность к их разрушению и агрессивным неспровоцированным действиям [3].

Ряд исследователей оценивают агрессию как реакцию враждебности на созданную фрустрацию, независимо от того, насколько эта фрустрация имеет враждебные намерения [4, 5]. Возможны случаи, где агрессия не является реакцией на фрустрацию, а возникает из каких-либо внутренних побуждений, спонтанно [6]. Э. Фромм (1994) выделяет спонтанную агрессию. Причиной порождения которой являются экстремальные условия, а также – субъективные причины [7].

А.Басс разделил понятия агрессии и враждеб-

ности и определил последнюю как «реакцию, развивающую негативные чувства и негативные оценки людей и событий» [8]. Чувство враждебности проявляется в «агрессивном настроении», «агрессивном состоянии», т. е. в эмоциях злости (гнева), отвращения и презрения с присущими им переживаниями и экспрессией, которые могут приводить к агрессивному поведению [9, 10, 11].

Агрессию нельзя назвать исключительно отрицательным явлением. Во-первых, агрессия является неотъемлемой динамической характеристикой активности и адаптивности человека. Во-вторых, в социальном плане личность должна неизбежно обладать определенной степенью агрессивности. В норме она может, оказывается качеством социально приемлемым и даже необходимым. В противном случае, это приводит к податливости, ведомости, пассивности поведения [12].

В клинической практике оценка риска опасности или проявлений агрессии со стороны индивида обычно основывается только на результатах исключительно клинического обследования. Использование метода неструктурированного клинического обследования для оценки риска проявления агрессии критикуют по ряду причин, включая низкую надежность оценок различных экспертов, низкую валидность и невозможность точно определить процесс принятия решения [13, 14], а также низкую прогностическую валидность, по сравнению со статистическими прогнозами [15, 16, 17].

Поэтому оценка вероятности совершения общественно опасных действий должна опираться на доказательства, вытекать из них, а не быть просто догадками. Лишь при этом условии может быть обеспечено законное и обоснованное применение недобровольных психиатрических мер и защита граждан от незаконного ограничения их прав этими действиями [18, 19].

Целью нашего исследования является коли-

качественный и качественный анализ выраженности агрессивности, как компонента личностной

характеристики и поведенческого акта, больных шизофренией и здоровых граждан.

Материал и методы исследования

Обследование 80 больных проводилось на этапе развернутых проявлений параноидной шизофренией с эпизодически ремиттирующим типом течения, находящихся в стационаре закрытого типа (сроком менее 7 дней). Возраст обследованных (в основном мужчины) был от 23-33 лет. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа (40 человек) – пациенты с длительностью заболевания до 3 лет; 2 группа (40 человек) – пациенты с длительностью заболевания от 5 до 8 лет. Контрольную группу составили здоровые граждане никогда не наблюдавшиеся у психиатра, того же возраста (40 человек).

В качестве инструментов исследования были применены: Методика «Агрессивность» [20], Опросник «Басса – Дарки», Методика «Несуществующее животное» [21].

Методика «Агрессивность» - тест предназначен для оценки степени развитости у человека черты личности «агрессивность», понимаемой как не вызванная объективными обстоятельствами и необходимостью тенденция враждебно реагировать на большинство высказываний, действий и поступков окружающих людей.

В данном тесте, основой которого явился известный тест Розенцвейга, испытуемые получают 24 разных рисунка. На этих рисунках представлены люди в различных эмоциогенных, близких к стрессовым и вызывающих фрустрацию ситуациях. Общим для всех рисунков, используемых в тесте, является то, что один человек в них проявляет в отношении другого такие действия, которые этим, вторым человеком могут быть поняты по-разному: как агрессивные, преднамеренно вызывающие или оскорбительные, или случайные, совершенные неумышленно, по незнанию, без сознательного желания навредить или унижить другого человека. К категории «Агрессивные реакции» относятся испытуемые набравшие 14 и более агрессивных реакций и 10 и менее – неагрессивных, к категории «Неагрессивные реакции» - 14 и более неагрессивных реакций и 10 и менее - агрессивных.

Опросник «Басса – Дарки». Авторы данного теста считают, что агрессивность имеет количественную и качественную характеристику. Как всякое свойство, она имеет различную степень выраженности: от почти полного отсутствия до ее предельного значения. Чрезмерное развитие

агрессивности определяет весь облик личности, которая может стать конфликтной, неспособной на сознательную кооперацию и т.д.. Исходя из этого, агрессивные проявления делятся на два типа: мотивационная агрессия, как самооценочность и инструментальная – как средство. Определив уровень таких деструктивных тенденций, можно с большей вероятностью прогнозировать возможность проявления агрессивности. Опросник, дифференцирующий проявление агрессии и враждебности, состоит из 75 вопросов и дает возможность определить уровень враждебности и итоговой агрессивности и оценить уровень агрессивности в различных ее проявлениях. Сама агрессивность не дает возможности выявить причины и характер поведения субъекта в конкретной ситуации. Оцениваются показатели 8 шкал агрессивности: физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины. Индекс враждебности (ИВ) включает в себя 5 и 6 шкалу (Обида + Подозрительность), а индекс агрессивности (ИА) (как прямой, так и мотивационной) включает в себя шкалы 1, 3, 7 (Физическая агрессия + Раздражение + Вербальная агрессия). Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 ± 4 баллов (50%-73%), а враждебности – $6,5-7 \pm 3$ баллов (19%-54%). Показатель выше нормативного (высокий) говорит о выраженности проявления, а показатель ниже нормативного (низкий) – об отсутствии тенденций.

Пользуясь данной методикой, необходимо помнить, что агрессивность, как свойство личности, и агрессия, как акт поведения, могут быть поняты в контексте психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности. Поэтому опросником Басса-Дарки следует пользоваться в совокупности с другими личностными тестами и проективными методиками.

Методика «Несуществующее животное». Используется интерпретационная версия М.З. Дукаревич и П.В. Яньшина (2004). Процедура теста довольно проста: надо придумать и нарисовать несуществующее животное и дать ему несуществующее имя. Отдельные показатели рисунка (формальные и содержательные) объединяются в следующие симптомокомплексы: агрессивность, демонстративность, тревожность, общительность, самоконтроль, депрес-

сивность, инфантильность, самооценка. Субъективизм трактовки рисунков преодолевается параллельным использованием другого диагностического инструментария.

При интерпретации рисунка в качестве показателей, свидетельствующих о наличии агрессии у испытуемых, были выделены следующие:

- рот с зубами (вербальная агрессия, в большинстве случаев - защитная);
- присутствие на голове дополнительных деталей: рога, иглы (может быть как защита, так и агрессия, необходимо учитывать в сочетании с

какими признаками их изобразили);

- когти, щетина, клювы (спонтанная или ответная агрессия, необходимо учитывать остальные признаки);
- контур фигуры выполнен в острых углах (физическая агрессия, является личностным компонентом).

Предметом анализа стала совокупность полученных результатов по всем трем шкалам. При этом между группами рассчитывались различия, достоверность которых оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования по методике «Агрессивности» достоверных различий в выраженности агрессивности, как черты личности, во всех трех группах выявлено не было ($p > 0,05$). В 1 группе: 18 человек (45%) по методике «Агрессивности» были отнесены к категории «Агрессивные реакции», так как они имели выраженную личностную черту агрессивности; 22 человека (55%) – к категории «Неаг-

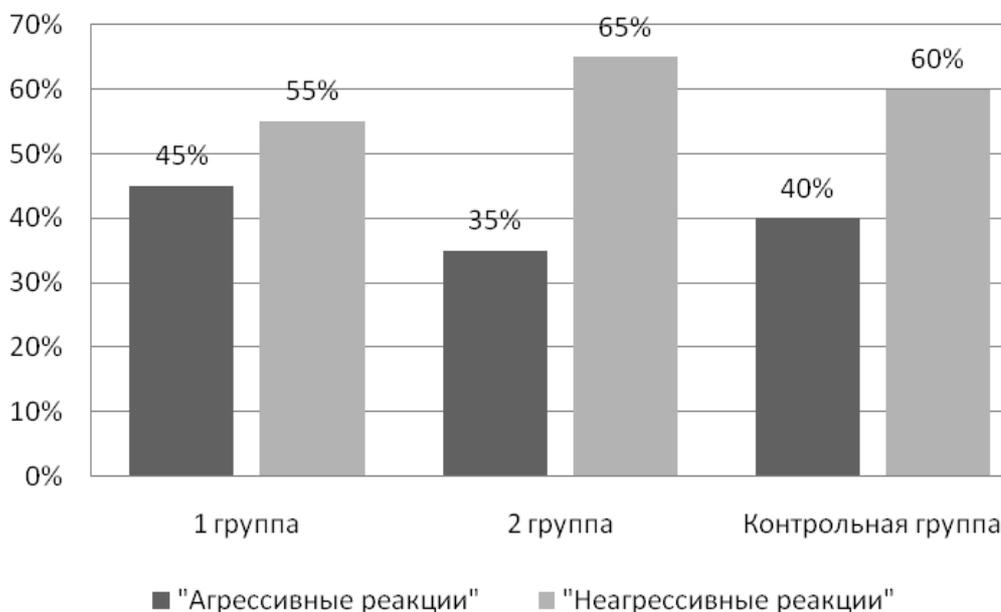
рессивные реакции», т.к. личностная черта агрессивности выражена слабо.

Во 2 группе: 14 человек (35%) – к категории «Агрессивные реакции», 26 человек (65%) – к категории «Неагрессивные реакции».

В контрольной группе: 16 человек (40%) – к категории «Агрессивные реакции», 24 человека (60%) – к категории «Неагрессивные реакции». Полученные данные представлены на диаграмме 1.

Диаграмма 1

Выраженность агрессивности, как черты личности, у больных шизофренией с длительностью заболевания до 3 лет (1 группа), от 5 до 8 лет (2 группа) и здоровых лиц контрольной группы



Пациенты с выраженным мотивом агрессивности действия другого человека рассматривали как преднамеренно враждебные и сама ответная реакция на них являлась враждебной (агрессивной), причем даже тогда, когда действие другого человека не было вызвано стремлением

причинить ему неприятности. Ответы пациентов выражали осуждение, оскорбление или угрозу в адрес другого лица.

Пациенты, у которых личностная черта агрессивности выражена слабо, на подобные ситуации реагировали по-другому: дружелюбно, ста-

раясь разрядить, смягчить возникшую напряженность, успокоить, взять вину на себя, не придавать значения случившемуся или просто объективно без эмоций разобраться в сложившейся ситуации и принять спокойное взвешенное решение. Никакой неприязни или враждебности в данном случае в ответах пациентов не было.

По методу Басса-Дарки способ выражения агрессии и враждебности у всех пациентов 1 группы превышал нормативные значения. Особенно был выражен индекс враждебности (ИВ) $\Sigma 18 \pm 2$ баллов, 100% от максимального показателя), по относящимся к нему шкалам почти все пациенты набирали максимальное количество баллов. Индекс агрессивности (ИА) был выражен менее (агрессия - $\Sigma 28 \pm 2$ баллов, 82%). Средние значения по шкале «обида» равнялись $\Sigma 8 \pm 1$ баллов, что соответствовало 100% от максимального показателя, по шкале «подозрительность» - $\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 100%, аналогично. Эти шкалы заняли первое место по выраженности среди остальных. Второе место «вербальная агрессия» ($\Sigma 12 \pm 2$ баллов, 92%) и «раздражение» ($\Sigma 9 \pm 3$ баллов, 82%). Менее всего была выражена «физическая агрессия» ($\Sigma 7 \pm 1$ баллов, 70%).

Средние значения ИА и ИВ во 2 группе пациентов не превышали нормативные значения (агрессия - $\Sigma 19 \pm 3$ баллов, 56%; враждебность - $\Sigma 7 \pm 4$ баллов, 39%). Только у 6 больных (15%) эти показатели были выше нормы (агрессия - $\Sigma 27 \pm 2$ баллов, 79%; враждебность - $\Sigma 17 \pm 2$ баллов, 94%). Причем, особенно выделялся ИВ. На первом месте стояла шкала «подозрительность» ($\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 100%), второе место делили «раздражение» ($\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 91%), «обида» ($\Sigma 7 \pm 1$

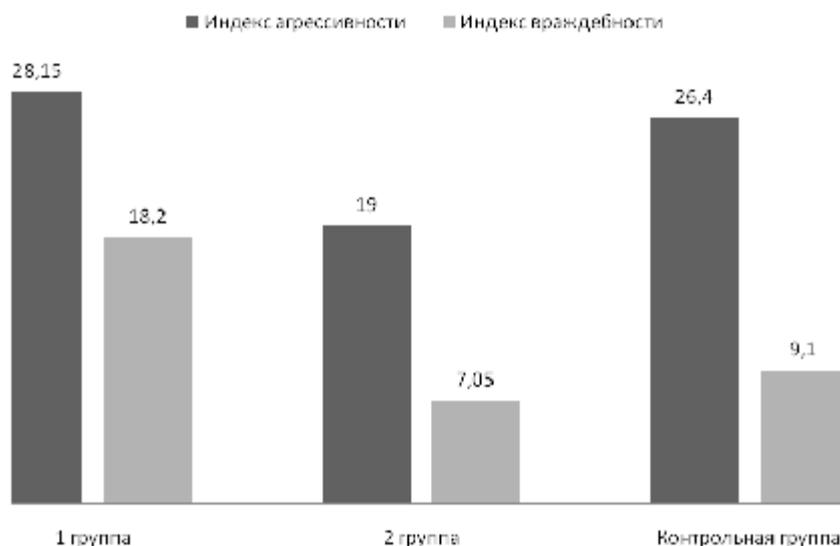
баллов, 87%) и «вербальная агрессия» ($\Sigma 11 \pm 1$ баллов, 85%), последнее место по выраженности занимала шкала «физическая агрессия» ($\Sigma 6 \pm 1$ баллов, 60%). В клинической картине этих больных на момент тестирования наблюдалась выраженная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, с ведущим синдромом психического автоматизма. У остальных пациентов 2 группы (34 человека, 85%) эти показатели не превышали нормативных (агрессия - $\Sigma 17,5 \pm 3$, 50%; враждебность - $\Sigma 5 \pm 3$, 28%), причем у 10 (25%) из них они были низкими, что говорит об отсутствии тенденции к агрессии и враждебности (агрессия - $\Sigma 13 \pm 3$, 38%; враждебность - $\Sigma 3 \pm 2$, 17%).

В контрольной группе среднее значение ИА было несколько выше нормативного показателя ($\Sigma 26,5 \pm 4$ баллов, 78%), а значение ИВ не превышал нормы ($\Sigma 9 \pm 3$ баллов, 50%). У 18 (45%) испытуемых уровень выраженности и агрессивности соответствовал нормативным значениям (агрессия - $\Sigma 23 \pm 2$ баллов, 68%; враждебность - $\Sigma 5 \pm 2$ баллов, 28%), у остальных 22 (55%) испытуемых эти показатели были высокими, особенно был выражен ИА (агрессия - $\Sigma 29 \pm 3$ баллов, 85%; враждебность - $\Sigma 12 \pm 2$ баллов, 67%). Первое место по интенсивности среди шкал занимали «раздражение» ($\Sigma 10 \pm 3$ баллов, 91%) и «физическая агрессия» ($\Sigma 9 \pm 2$ баллов, 90%), второе место разделили «вербальная агрессия» ($\Sigma 10 \pm 2$ баллов, 77%) и «обида» ($\Sigma 6 \pm 2$ баллов, 75%), шкала «подозрительность» находилась на третьем месте ($\Sigma 6 \pm 1$ баллов, 60%).

На диаграмме 2 представлены средние значения индекса агрессивности и враждебности по исследуемым группам.

Диаграмма 2

Выраженность индекса агрессивности и враждебности у пациентов страдающих шизофренией с длительностью заболевания до 3 лет (1 группа) и от 5 до 8 лет (2 группа) и здоровых граждан соответствующего возраста



Таким образом, ИА и ИВ были выражены в 1 группе пациентов с длительностью заболевания до 3 лет (82% и 100%, соответственно), также, высокий ИА наблюдался в контрольной группе (76%). Во 2 группе ИА и ИВ (56% и 39%, соответственно) и в контрольной группе ИВ (47%) не превышали нормативных значений.

ИА на самом высоком уровне выявлен у 55% испытуемых контрольной группы, этот показатель был повышен за счет входящих в него шкал «раздражение» и «физическая агрессия». Также высокий ИА наблюдался в 1 группе, у всех пациентов уровень агрессивности был повышен за счет шкал «раздражение» и «вербальная агрессия». Зато ИВ в этой группе был выражен интенсивнее чем во всех других группах, по обеим шкалам «обида» и «подозрительность» все пациенты набрали максимальное количество баллов. Также, индекс враждебности был высо-

ким у нескольких (15%) пациентов с длительностью заболевания от 5 до 8 лет на фоне выраженной клинической картины «психического автоматизма». Самый низкий показатель ИА наблюдался у большинства больных (85%) с длительностью заболевания от 5 до 8 лет, и у половины испытуемых (45%) контрольной группы.

Достоверные различия в выраженности ИА были выявлены между 1 и 2 группами и, 2 и контрольной группами ($p < 0,05$); различия между 1 и контрольной группами были недостоверными ($p > 0,05$). Достоверные различия в выраженности ИВ были выявлены между 1 и 2 группами и 1 и контрольной группами ($p < 0,05$); различий между 2 и контрольной группами выявлено не было ($p > 0,05$).

Результаты полученные после проведения и анализа методики «Несуществующее животное» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество и процент использованных показателей агрессивности пациентами 1 и 2 групп и испытуемыми контрольной группы

Показатели агрессивности	Пациенты исследуемых групп		
	1 группа	2 группа	Контрольная группа
Рот с зубами	21 (52,5%)	18 (45%)	23 (57,5%)
Присутствие на голове дополнительных деталей (рога, иглы)	28 (70%)*,**	10 (25%)	13 (32,5%)
Когти, щетина, клювы	13 (32,5%)	16 (40%)	25 (62,5%)*,**,***
Контур фигуры выполнен в острых углах	17 (42,5%)	16 (40%)	27 (67,5%)*,**,***
Общее количество показателей агрессивности	79*	60	88***

Примечание: * - достоверность различий между 1 и 2 группами; ** - достоверность различий между 1 и контрольной группами; *** - достоверность различий между 2 и контрольной группами.

Больше всего агрессивных деталей в своих рисунках использовали пациенты 1 группы и испытуемые контрольной группы. Большая часть рисунков была расположена ближе к верхнему краю листа, что трактуется как высокая самооценка, как недовольство своим положением в социуме, недостаточностью признания со стороны окружающих, как претензия на продвижение и признание, тенденция к самоутверждению. Для пациентов 1 группы более характерной была защитная агрессия (рога или иглы), для испытуемых контрольной группы - спонтанная (когти, щетина, клювы) и физическая агрессия (контур фигуры выполнен в острых углах). Различия в

выраженности агрессии были достоверными ($p \leq 0,05$). Для пациентов 2 группы использование агрессивных атрибутов было достоверно ниже предыдущих групп. Практически одинаковое количество «рот с зубами» изобразили испытуемые всех групп, однако необходимо учитывать, что «рот с зубами» в комбинации с защитными деталями рисунка оценивается, как ответная (защитная) агрессия.

Для дополнительного анализа были выделены защитные атрибуты с боязливостью и тревожностью (панцирь, щит; зачерченный рот округлой формы; контурные линии рисунка затемнены, «запачканы») (Таблица 2).

**Количество и процент использованных показателей защиты пациентами 1 и 2 групп и
испытуемыми контрольной группы**

Показатели защиты	Пациенты исследуемых групп		
	1 группа	2 группа	Контрольная группа
Зачерченный рот округлой формы	11 (27,5%)	15 (37,5%)*	7 (17,5%)
Панцирь, щит	14 (35%)	20 (50%)*	13 (32,5%)
Контурные линии рисунка затемнены, «запачканы»	19 (47,5%)*	22 (55%)*	10 (25%)
Общее количество показателей защиты	44	57*	30

После проведенного дополнительного анализа были выявлены достоверные различия в выраженности защиты между 2 группой и контрольной ($p < 0,05$). Пациенты 2 группы чаще изображали в своих рисунках защитные показатели, однако с 1 группой достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, после проведенного исследования по методике «Несуществующее животное» во всех трех исследуемых группах были выявлены достоверные различия ($p \leq 0,05$): 1 группа отличалась выраженностью защитной агрессии, 2 группа – защитных проявлений, контрольная группа – спонтанной и физической агрессии.

Выводы: после проведенного количественного и качественного исследования больных шизофренией и здоровых лиц, на предмет оценки выраженности агрессии, как фактора социаль-

ной опасности, результаты указывают на то, что у всех испытуемых, агрессивность, как личностная черта выражена одинаково. В то же время агрессивность, как поведенческий акт, в сравниваемых группах существенно отличается. Для недавно заболевших шизофренией пациентов ситуация госпитализации, вероятно, является стрессовой, это проявляется выраженной вербальной и ответной агрессией, на фоне повышенной раздражительности, и враждебности, за счет обиды и подозрительности. Длительно болеющие пациенты ситуацию госпитализации воспринимают более привычно. Они характеризовались низкой выраженностью проявления поведенческой агрессии, с сильно выраженными защитными реакциями. Здоровые лица отличались склонностью к проявлению физической агрессии за счет повышенной раздражительности и склонностью к спонтанным поступкам.

О.М. Голоденко

ЯКІСНА ТА КІЛЬКІСНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У публікації висвітлюються підсумки проведеного авторами дослідження, метою якого було оцінювання кількісного та якісного виявлення агресивності, як компонента особистісної характеристики та поведінкового акту хворих на шизофренію та здорових осіб. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 69-75).

O.N. Golodenko

**THE QUALITATIVE AND QUANTITATIVE CHARACTERISTIC OF AGGRESSION
MANIFESTATION AT SCHIZOPHRENICS**

‘M. Gorky’ Donetsk national medical university

Results of the research executed by authors with purpose of estimation of quantitative and qualitative aggression manifestation, as a component of the personal characteristic and the behaviour at schizophrenics and healthy persons, are stated in the publication. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 69-75).

Литература

1. Вандыш В.В., Андреева Е.С. Некоторые клинические и организационные аспекты применения нормы «ограниченной вменяемости» в отношении лиц с органическим психическим расстройством / Российский психиатрический журнал. - №2, 1999. - С.4-7.
2. Козырев Г.И. Проблема насилия в теории, в массовом сознании и реальной жизни - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://www.ekstremizm.ru/index.php?option=com_k2&view=item&id=201
3. Майерс Д. Социальная психология//Учебник/ Глава 10. - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/mayers/10.php
4. Бэрн Р., Ричардсон Д. - Агрессия [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://psychologiya.com.ua/konfliktologiya-agressiya/608-beron-r-richardson-d-agressiya.html>
5. Дж. Элок Гипотеза «фрустрация—агрессия» (frustration—aggression hypothesis). - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_psychology/166
6. Пережогин Л. О. Социальный облик лиц, совершивших сексуальные правонарушения. Профилактика сексуальных правонарушений. (Москва) [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/socobl.htm>
7. Фромм Э. Агрессия адаптивная и неадаптивная (1994) [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://tid.com.ua/tid1/addonres.php?id=816>
8. Диагностика состояния агрессии. - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://www.hrliga.com/index.php?module=profession&op=view&id=762>
9. Завражец С.А. Агрессивные фантазии в детском и подростковом возрасте // Вопросы психологии. - 2006. - №5, С. 8 – 16.
10. Нравственность. Агрессия. Справедливость // Под ред. А.М. Матюшкова. - М., 2006. - 94 с.
11. Кузнецова, Л.В. Основы специальной психологии. Учебное пособие / Л.В.Кузнецова, Л.И.Перешеин, Л.И.Солнцева. – М.: Издательский центр «Академия». 2006. - 480 с.
12. Козырев Г.И.. Вестник Московского университета. Серия 7. Философия. №6. 2000 С. 85-100.
13. Monahan, J. & Steadman, H.J. (eds) (1994) Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. Chicago, IL: University of Chicago Press. 141, 10-15.
14. Webster, C.D., Harris, G.T., Rice, M.E., et al (1994) The Violence Prediction Scheme: Assessing Dangerousness in High Risk Men. Toronto: University of Toronto, Centre of Criminology. 55, 393-401.
15. Meehl, P.E. (1954) Clinical versus Statistical Prediction. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. 3, 3-22.
16. Lidz, C.W., Mulvey, E.P. & Gardner, W. (1993) The accuracy of predictions of violence to others. Journal of the American Medical Association, 269, 1007-1111.
17. Mossman, D. (1994) Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 783-792.
18. Лапшин О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов. Независимый психиатрический журнал. 2003. IV. – С. 53-60.
19. Тиганов А.С. Особенности судебно-психиатрической оценки лиц с различными психическими расстройствами / Общая психиатрия. – [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/book_show.php?booknumber=28&article_id=116
20. Методика «Агрессивность» [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://azps.ru/tests/rozenagr.html>
21. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – С.174-180, С. 110-117.

Поступила в редакцию 16.05.2012

УДК: 616.895.8+616-098-008.6]-036.1-058

*Е.М. Денисов***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: метаболический синдром, параноидная шизофрения, клиничко-социальные, клиничко-психопатологические особенности, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия

Обращение исследователей к проблемам качества жизни больных параноидной шизофренией (ПШ) привело к расширению рамок традиционного клиничко-психопатологического анализа этого заболевания, выявив при этом ряд актуальных вопросов, характеризующих соматическое здоровье пациентов [9].

Среди причин, которые значительно ограничивают доступ к медицинской помощи больным шизофренией, преобладают социальная изоляция, нейрокогнитивные нарушения, подозрительность, повышенный порог болевой чувствительности в результате приёма психотропных средств, а также стигматизация, безразличие к своему состоянию и ведение вредного для соматического здоровья способа жизни [7,13].

Очень важной является проблема медикаментозного комплаенса у больных шизофренией и коморбидными соматическими заболеваниями. Данные трудности относятся как к психотропному, так и соматотропному лечению, т.к. 30-50% больных с шизофренией и сопутствующей соматической патологией совсем не принимают антипсихотических средств или принимают их в заниженных дозировках, 55% больных нарушают режим приёма препаратов уже через 3 месяца после выписки, а в некоторых случаях медикаментозную терапию трудно назначить в случае соматических противопоказаний, аллергической несовместимости [3,5].

Больные с шизофренией наиболее часто обнаруживают явления патологического поведения при соматическом заболевании, нередко, даже при ургентных состояниях, не предъявляют никаких жалоб или даже отказываются от медицинской помощи [4,5,7]. В литературе часто встречается взаимосвязь между ПШ и анозогнозией [8]. По мнению некоторых исследователей, анозогнозия обусловлена нарушением болевой чувствительности, негативными и когнитивными расстройствами.

В исследованиях последних лет отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми из которых являются артериальная гипертензия (20%), гиперлипидемия (14%) и сахарный диабет (11%) [11]. При анализе естественных причин смерти больных шизофренией выявляется многократное превышение стандартизованных показателей смертности у больных шизофренией по сравнению общей популяцией: по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) – в 2,3 раза, по сахарному диабету (СД) – в 2,7 раза [12].

Для больных шизофренией проблема метаболического синдрома (МС) особенно актуальна в связи с наличием специфичных для этой группы пациентов факторов риска: влияние психопатологических симптомов, прием антипсихотиков, возможное единство патогенетических механизмов развития расстройства обмена веществ и шизофрении [9].

Обострения шизофрении сопровождаются развитием сдвигов гемодинамики и нейро-эндокринных взаимосвязей, характерными для второй фазы дистресс-синдрома: повышением уровня глюкокортикоидов и АКТГ, повышением плазменных концентраций дофамина и норадреналина [11], транзиторной гипергликемией и атерогенными сдвигами липидного спектра [2], которые в совокупности (как и при дистресс-синдроме любой этиологии) способны запускать основные патогенетические механизмы развития МС.

Наличие у больных шизофренией таких психопатологических нарушений, как бредовые идеи, галлюцинации, тревога, депрессия [16,20], а также значимый стресс [6], могут приводить к развитию МС за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что в свою очередь вызывает абдоминальное ожирение (АО), инсулинорезистентность, повышение артериального давления (АД) [1, 16]. В тоже

время негативные расстройства, нарушение социального функционирования способствуют формированию у больных с шизофренией нездорового образа жизни: гиподинамия и абулия, нерациональное питание (преобладание в пище жиров и углеводов, недостаток белка и растительной клетчатки), широкая распространенность вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) [14, 15], возникновение гипои анозоностического типа отношения к наличию соматической патологии [10].

Возможное единство патогенетических механизмов развития МС и шизофрении свидетельствует о высокой наследственной отягощенности по нарушениям обмена веществ и СД у данных пациентов [15]. В некоторых исследованиях были отмечены обменные нарушения у «первичных» больных, прежде никогда не принимавших антипсихотические препараты [19, 21]. Некоторыми исследователями было выявлено значимое и постоянное снижение уровня аполипопротеина А1 у больных шизофренией, что признаётся одним из наиболее специфичных для шизофрении маркеров [17,18]. Аполипопротеин А1 – ос-

новной белок, входящий в структуру липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), его недостаток обуславливается снижением уровня ЛПВП, что является одним из критериев МС. Однако непосредственные механизмы, которые могут лежать в основе взаимосвязи патогенеза шизофрении и МС, в настоящее время не выявлены.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости изучения МС у больных ПШ, а также выявления факторов, в наибольшей степени связанных с развитием этих нарушений. Изучение распространенности МС, клинико-социальных и клинико-психопатологических особенностей у пациентов с ПШ позволит получить важные сведения для разработки методов предупреждения развития ССЗ и СД, а также преждевременной смертности, расширит научные представления о психосоматических развитиях МС, а также биохимических механизмах патогенеза шизофрении.

На основании этого, целью данной работы явилось изучение клинико-социальных и клинико-психопатологических особенностей у больных ПШ, коморбидной с МС.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 85 больных ПШ с различными типами течения, находящиеся на лечении в Областной клинической психиатрической больнице г. Донецка. В соответствии с целью работы, больные были разделены на две группы. В основную группу (ОГ) вошли 45 больных (53,3% мужчин и 46,7% женщин) ПШ с МС. Метаболические расстройства у данной категории больных диагностировали на основании критериев IDF (АОе⁹⁴ см у мужчин и е⁸⁰ см у женщин, повышение уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л, снижение уровня ЛПВП менее 1,03 ммоль/л, повышение уровня глюкозы более 5,6 ммоль/л, повышение систолического АД более 130 мм.рт.ст. и диастолического АД более 85 мм.рт.ст.).

Согласно МКБ – 10 у 38 пациентов (84,4%) был выставлен диагноз ПШ, непрерывное течение (F20.00), у 5 больных (11,2%) – ПШ, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, у 2 (4,4%) – ПШ, эпизодическое течение со стабильным дефектом. Средний возраст обследованных составил - 35,2±2,19 лет. Длительность заболевания у данных больных была от 4-х до 29 лет. Средняя продолжительность заболевания – 11,0±0,95 лет. Среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар за период

болезни - 7,4±0,4 раз. Средняя длительность госпитализаций (общая длительность госпитализаций/количество госпитализаций – 2,19 месяца.

В контрольную группу (КГ) были включены 40 пациентов (55% мужчин и 45% женщин) с ПШ без проявлений МС. Согласно МКБ – 10 у 35 пациентов (87,5%) отмечалась ПШ с непрерывным течением, у 5 больных (12,5%) – ПШ с эпизодическим течением и нарастающим дефектом. Средний возраст обследованных составил - 33,2±2,11 лет. Средняя продолжительность заболевания – 10,2±0,75 лет. Среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар за период болезни - 8,6±0,5 раз. Средняя длительность госпитализаций (общая длительность госпитализаций/количество госпитализаций – 2,01 месяца.

Критерием исключения из исследования было наличие у больных острого психотического состояния, психомоторного возбуждения, суицидального и агрессивного поведения, выраженных негативных и когнитивных нарушений, значимых соматических и неврологических заболеваний, СД 1 и 2 типа, зависимости от алкоголя и психоактивных веществ.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-социальной, кли-

нико-психопатологический, математико-статистический.

Для оценки клинико-социальных особенностей у данных больных была разработана унифицированная анкета, учитывающая следующие данные: средний возраст, длительность заболевания, количество госпитализаций в психиатрический стационар за период болезни, средняя длительность госпитализаций, прием традиционных нейролептиков (ТН) или атипичных антипсихотиков (АА) за последний год, средняя суточная доза антипсихотической терапии, длительность лечения за период наблюдения, образовательный уровень и семейное положение, условия проживания больных, вредные привычки, наличие работы и группы инвалидности, признаки сопутствующей соматической патологии.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя клинико-социальные особенности у пациентов в ОГ, необходимо отметить, что высшее образование имели 15 человек (33,3%), не полное высшее – 5 чел. (11,1%), среднее – специальное – 13 чел. (28,8%), среднее – 12 чел. (26,7%). В официальном браке состояло только 8 пациентов (17,7%). Остальные были одиночками (холостые, никогда не вступающие в брак – 34 чел. (75,5%), разведенные – 3 чел. (6,7%). 28% обследованных не имели близких, способных осуществлять за ними уход. При этом жили одни – 20,3% пациентов, проживали с родителями – 51,7%.

Большинство больных (35 чел., 77,8%) не были вовлечены в трудовую деятельность. И только 10 человек (22,2%) имели низко квалифицированную работу. Инвалидность II группы была у 36 пациентов (80%), III группа – у 3 больных (6,7%). 6 человек (13,3%) вообще не имели группы инвалидности.

На протяжении последнего года все больные получали антипсихотическую терапию. Пролонгированные ТН принимали 6 больных (13,3%). Из них 4 человека (66,8%) – галоперидол – деканат по 1 мл – 1 раз в 2-3 недели, 1 чел. (16,6%) – модитен – депо по 1 мл – 1 раз в 3 недели, 1 чел. (16,6%) – флюанскол – депо по 1 мл – 1 раз в 2 недели.

АА получали 39 больных (86,7%). Из них 18 чел. (46,1%) принимали препараты рисперидона (риссет, рисполепт, рисперон, рейриспин, риспаксол) в дозе от 2 мг до 6 мг. Клозапин (азалептин, азалептол, азапин) получали 9 пациентов (23,07%) в дозе от 100 мг до 300 мг. Трое больных (7,69%) принимали сертиндол (сердо-

гии, ведущий психопатологический синдром.

Клинико-психопатологический метод применялся для квалификации ведущего психопатологического синдрома, оценки его структурных и динамических характеристик. Для оценки наличия и выраженности продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов использовалась шкала PANSS. Определялись и анализировались баллы «позитивной» (P), «негативной» (N) и «общей» (G) субшкал.

Диагностику заболевания проводили согласно диагностическим критериям ПШ по МКБ – 10.

Математико-статистический метод включал в себя использование описательной статистики ($M \pm m$), параметрического F -критерия Стьюдента, коэффициента линейной корреляции Спирмана.

лект) в суточной дозе 12 мг. Кветиапин (серквел) получали 3 пациентов (7,69%) в дозе от 400 мг до 600 мг. Еще трое больных принимали оланзапин (зипрекса) в дозе от 5 мг до 10 мг. Двое пациентов (5,12%) получали амисульприд (солиан) от 400 мг до 600 мг. Один больной (2,56%) принимал палиперидон ОР (инвега) в суточной дозе 6 мг.

Средняя продолжительность антипсихотического лечения – $10,5 \pm 0,75$ лет.

Необходимо отметить, что 32 больных (71,1%, $p < 0,05$) курили сигареты с фильтром (1-2 пачки в день), у 5 пациентов (11,1%) было отмечено эпизодическое употребление крепких спиртных напитков.

Сопутствующая соматическая и неврологическая патология была выявлена у 27 больных (60%, $p < 0,05$) в данной группе. Из них 11 человек (40,7%) имели заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12-ти перстного кишечника, хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический персистирующий гепатит, хронический колит). У 7 пациентов (25,9%) была выявлена микроочаговая неврологическая патология (резидуальная, дисциркуляторная энцефалопатия, последствия перенесенной черепно-мозговой травмы). 6 чел. (22,2%) имели ССЗ (ревматический порок сердца, вегето-сосудистая дистония). Заболевания мочеполовой системы были выявлены у 2 больных (7,4%) (хронический пиелонефрит). Также 2 пациентов (7,4%) имели кожные заболевания (псориаз, нейродерматит).

Клинико-социальные особенности пациентов КГ показали следующее: высшее образование

имели 10 пациентов (25%), неполное высшее – 3 человек (7,5%), среднее – специальное – 10 человек (25%), среднее – 17 человек (42,5%). Женатых (замужних) было 5 пациентов (12,5%). Большинство больных (82,5%) были холостыми и никогда не были в браке, 2 пациента (5%) находились в разводе. Подавляющее большинство пациентов (90%) не работали и только 10% имели низко квалифицированную работу. Инвалидность II группы имели 35 человек (87,5%), а 5 пациентов (12,5%) – вообще не имели группу инвалидности.

На момент обследования 75% пациентов в данной группе получали АА и только 25% - ТН. Среди АА 40% пациентов получали препараты клозапина от 100 мг до 400 мг в сутки, 30% принимали рисперидон от 4 мг до 8 мг, 20% человек получали кветиапин в суточной дозе от 300 мг до 600 мг, и только 10% больных принимали

оланзапин в дозе 10 мг в сутки. Из ТН в основном больные принимали галоперидол – деканат по 1 мл – 1 раз в 2-3 недели. Средняя продолжительность антипсихотического лечения – $10,5 \pm 0,75$ лет.

Анализируя данные о наличии вредных привычек, необходимо отметить, что 23 больных (57,5%) курили сигареты с фильтром (1-2 пачки в день), у 3 пациентов (7,5%) было отмечено эпизодическое употребление крепких спиртных напитков. Сопутствующая соматическая и неврологическая патология была отмечена у 13 больных (32,5%). В большинстве случаев (61,5%) у пациентов регистрировались заболевания органов пищеварения.

Клинико-психопатологические особенности у больных в ОГ характеризовались преобладанием аффективно-бредового синдрома (32%) в отличие от пациентов в КГ (17,4% $p < 0,001$) (Табл.1).

Таблица 1

Ведущий психопатологический синдром у пациентов основной и контрольной групп

Синдром	Группа		p
	Основная (n=45) Абс (%)	Контрольная (n=40) Абс (%)	
Галлюцинаторно – параноидный	69 (46%)	217 (62,9%)	<0,001
Аффективно – бредовый	48 (32%)	60 (17,4%)	<0,001
Дефицитарный	33 (22%)	68 (19,7%)	>0,05

В тоже время у больных КГ достоверно чаще наблюдался галлюцинаторно-параноидный синдром (62,9%, $p < 0,001$).

Достоверных различий в распространенности ведущих дефицитарных расстройств у больных выявлено не было ($p > 0,05$).

Аффективно – бредовая симптоматика у больных ПШ с МС в 90% случаев была представлена тревожной депрессией, в 10% - ипохондрической депрессией. В структуре аффективных нарушений наиболее часто (85%) отмечалась тревога, ощущение «внутренней напряженности», сомато – вегетативные расстройства, которые выражались в жалобах на головные боли, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную утомляемость. Галлюцинаторно – бредовые переживания у больных шизофренией с МС характеризовались развитием острого галлюцинаторно – параноидного синдрома с преобладанием вербальных галлюцинаций (70%). Бредовая фабула у данных лиц была представлена идеями преследования (40%), воображения с мыслями предвидения, предсказания (40%) и бредовыми идеями отношения (20%). В единичных случаях наблю-

дался синдром Кандинского – Клерамбо с развитием острого псевдогаллюциноза и бредовых идей психического и физического воздействия с идеаторными психическими автоматизмами.

Аффективно – бредовая симптоматика у больных ПШ без признаков МС в 70% случаев была представлена психотической депрессией, в 20% астено – апатической депрессией, 10% - меланхолической депрессией. Клиническая картина галлюцинаторно – бредовых нарушений у данных больных в большинстве случаев (70%) была представлена бредовым вариантом параноидного синдрома с развитием мало систематизированных бредовых идей различной фабулы: идеи отношения (65%), религиозного содержания (20%), преследования (15%). Галлюцинаторные расстройства были лишены яркости, очерченности, носили фрагментарный характер.

Результаты сравнительной оценки показателей выраженности позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики у больных основной и контрольной групп при помощи шкалы PANSS показали следующее (Табл.2)

Выраженность позитивных, негативных и общих психопатологических симптомов у больных основной и контрольной групп по данным шкалы PANSS

Симптомы	Группа		p
	Основная	Контрольная	
Бредовые идеи (P1)	4,06±0,11	3,85±0,17	<i>p</i> <0,05
Дезорганизация мышления (P2)	3,87±0,20	3,74±0,15	<i>p</i> >0,05
Галлюцинаторное поведение (P3)	4,03±0,18	3,15±0,06	<i>p</i> <0,05
Возбуждение (P4)	2,01±0,10	2,00±0,09	<i>p</i> >0,05
Идеи величия (P5)	3,04±0,21	3,07±0,07	<i>p</i> >0,05
Подозрительность (P6)	4,10±0,28	3,96±0,19	<i>p</i> <0,05
Враждебность (P7)	1,87±0,15	1,91±0,06	<i>p</i> >0,05
<i>Средняя суммарная оценка позитивной субшкалы (P1-P7)</i>	22,98±1,42	21,68±1,31	<i>p</i> <0,05
Уплотнение аффекта (N1)	3,56±0,29	3,25±0,24	<i>p</i> <0,05
Эмоциональная отгороженность (N2)	2,96±0,30	2,81±0,26	<i>p</i> >0,05
Трудность в общении (N3)	2,87±0,27	3,00±0,10	<i>p</i> >0,05
Апатическая социальная отгороженность (N4)	3,40±0,25	3,17±0,20	<i>p</i> <0,05
Затруднение абстрактного мышления (N5)	2,99±0,22	3,03±0,24	<i>p</i> >0,05
Отсутствие спонтанной речи (N6)	2,70±0,17	2,82±0,21	<i>p</i> >0,05
Стереотипность мышления (N7)	2,86±0,32	2,94±0,28	<i>p</i> >0,05
<i>Средняя суммарная оценка негативной субшкалы (N1-N7)</i>	21,34±1,13	21,02±1,02	<i>p</i> <0,05
Соматическая озабоченность (G1)	4,00±0,07	2,23±0,05	<i>p</i> <0,001
Тревога (G2)	3,35±0,23	3,03±0,10	<i>p</i> <0,05
Ощущение вины (G3)	3,15±0,28	2,63±0,06	<i>p</i> <0,05
Напряжение (G4)	3,35±0,21	3,04±0,13	<i>p</i> <0,05
Наличие манерности и склонность к позерству (G5)	2,56±0,10	2,52±0,09	<i>p</i> >0,05
Депрессия (G6)	3,45±0,24	3,04±0,19	<i>p</i> <0,05
Двигательная заторможенность (G7)	3,13±0,20	3,20±0,17	<i>p</i> >0,05
Активное избегание контактов с окружающими (G8)	2,62±0,29	2,74±0,23	<i>p</i> >0,05
Наличие причудливых мыслей (G9)	3,85±0,12	3,93±0,18	<i>p</i> >0,05
Дезориентация (G10)	1,25±0,03	1,29±0,06	<i>p</i> >0,05
Недостаточная концентрация внимания (G11)	3,54±0,27	3,82±0,20	<i>p</i> >0,05
Отсутствие осознания заболевания (G12)	3,02±0,23	3,21±0,04	<i>p</i> >0,05
Волевые нарушения (G13)	3,45±0,12	3,63±0,10	<i>p</i> >0,05
Импульсивность (G14)	2,18±0,11	2,23±0,08	<i>p</i> >0,05
Отрешенность от реальности (G15)	2,95±0,16	3,01±0,20	<i>p</i> >0,05
Активный социальный уход (G16)	3,15±0,26	3,24±0,10	<i>p</i> <0,05
<i>Средняя суммарная оценка общей психопатологической субшкалы (G1-G16)</i>	48,94±2,12	41,23±2,01	<i>p</i> <0,05

У пациентов ОГ отмечалась достоверно более высокая суммарная оценка по продуктивным ($22,98 \pm 1,42$), негативным ($21,34 \pm 1,13$) и общим психопатологическим симптомам ($48,94 \pm 2,12$) по шкале PANSS в отличие от пациентов КГ ($21,68 \pm 1,31$, $p < 0,05$ (для позитивной субшкалы), $21,02 \pm 1,02$, $p < 0,05$ (для негативной субшкалы) и $41,23 \pm 2,01$, $p < 0,05$ (для общей психопатологической субшкалы)).

Необходимо отметить, что у пациентов с шизофренией и МС среди продуктивных нарушений наиболее выраженными были бредовые идеи ($4,06 \pm 0,11$, $p < 0,05$), галлюцинации ($4,03 \pm 0,18$, $p < 0,05$), подозрительность ($4,10 \pm 0,28$, $p < 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у пациентов ОГ достоверно более высокая оценка была в пунктах «эмоциональное уплощение» ($3,56 \pm 0,29$, $p < 0,05$) и «апатическая социальная отгороженность» ($3,40 \pm 0,25$, $p < 0,05$). Наиболее выраженными у больных шизофренией с метаболическими нарушениями были общие психопатологические симптомы. Среди них наиболее значимыми были соматическая озабоченность ($4,00 \pm 0,07$, $p < 0,001$), тревога ($3,35 \pm 0,23$, $p < 0,05$), ощущение вины ($3,15 \pm 0,28$, $p < 0,05$), напряжение ($3,35 \pm 0,21$, $p < 0,05$) и депрессия ($3,45 \pm 0,24$, $p < 0,05$).

В тоже время данные больные испытывали отчётливые опасения и беспокойство по поводу своего соматического состояния, высказывали жалобы на «неприятные ощущения» или боль в области сердца, головную боль, трудности при выполнении физической нагрузки, повышенную утомляемость. Частой жалобой таких пациентов

было повышение массы тела, увеличение объёма талии, повышенный аппетит и потоотделение, сухость во рту, нарушение менструального цикла и галакторрея у женщин.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что среди клинко-социальных факторов риска развития метаболического синдрома у больных шизофренией преобладают высокая частота курения, приёма атипичных антипсихотиков второго поколения (особенно ризперидона и клозапина), наличие сопутствующей соматической патологии. Клинические проявления параноидной шизофрении, коморбидной с метаболическим синдромом, характеризуются большей остротой состояния (достоверно большей частотой ведущей галлюцинаторно-параноидной и аффективно-бредовой симптоматики) и более высокими значениями общего балла субшкал позитивных симптомов (бредовые идеи, галлюцинации, подозрительность), негативных симптомов (эмоциональное уплощение, апатическая социальная отгороженность) и общих психопатологических нарушений (соматическая озабоченность, тревога, ощущение вины, напряжение, депрессия).

Используя полученные данные, можно рекомендовать меры первичной и вторичной профилактики метаболического синдрома у больных шизофренией, т.е. меры, направленные на уменьшение воздействия факторов риска обменных нарушений на больных с параноидной шизофренией, и меры своевременного выявления пациентов с метаболическими нарушениями.

Є.М. Денисов

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У дослідження було включено 85 хворих на параноїдну шизофренію. Залежно від мети роботи хворі були розподілені на дві групи. До основної групи увійшли 45 хворих на шизофренію з метаболічним синдромом. У контрольну групу – 40 пацієнтів на шизофренію без метаболічних порушень. Були використані клініко-соціальний, клініко-психопатологічний, математико-статистичний методи дослідження. Чинником розвитку метаболічного синдрому у хворих на шизофренію є висока частота куріння, прийом атипичних антипсихотиків, наявність супутньої соматичної патології. Клінічна картина даних хворих характеризується галюцинаторно-параноїдним та афективно-маячним синдромом з переважанням тривожно-депресивних симптомів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 76-82).

CLINICAL-SOCIAL AND CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES THE PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH METABOLIC SYNDROME

Donetsk National Medical University named after M. Gorkiy

It was included 85 patients with paranoid schizophrenia. Depending on the purpose of this work patients parted on two groups. In a basic group was entered 45 patients with schizophrenia with a metabolic syndrome. In a control group was entered 40 patients with schizophrenia without metabolic violations. Were used clinical-social, clinical - psychopathological and mathematic research methods. By the factor of risk of development metabolic syndrome for patients with schizophrenia is high-frequency of smoking, take of atypical antipsychotics, concomitant somatic pathology. The clinical picture of this patients is characterized a hallucination and delusions, affective, anxiety, depressive symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 76-82).

Литература

1. Васюк Ю.А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.А.Васюк, Т.В.Довженко, Е.Л.Школьник // Псих, расс-ва в общей медицине. - 2007. - Т. №1.-С. 14-19.
2. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении / В.П.Волков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2009. - № 5. - С. 14-19.
3. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией: автореф.дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06. // Дробижев Юрий Михайлович; - НИЦПС РАМН. - М., 2000. - 54 с.
4. Козерацька О.А. Порушення самосвідомості у хворих на шизофренію (судово-психіатричний аспект): автореф.дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06. // Козерацька Олена Андріївна; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. - К., 2006. - 52с.
5. Лебедева В.Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспект): автореф.дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06. // Лебедева Валентина Фёдоровна; «Научный центр психического здоровья РАМН» (Москва). - Томск, 2007. - 46 с.
6. Мазо Г.Э. Влияние депрессии на течение шизофрении / Г.Э.Мазо // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - Т. 8. - № 3. - С. 22-24.
7. Манухина Н.М. Системная семейная психотерапия больных соматических в период их госпитализации / Н.М. Манухина // Семейная психология и семейная терапия. - 2000. - №2. - С.15-20.
8. Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при параноидной шизофрении / С.Э. Медведев // Психотерапия. - 2010. - №9. - С.23-28.
9. Незнанов Н.Г. Частота и характер метаболических нарушений у больных шизофренией /И.А. Мартынихин, Н.А. Соколян // Обзорные психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. - 2009. - №2. - С.17-20.
10. Незнанов Н.Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявления, течение, терапию психических заболеваний: автореф.дис. ... канд. мед. наук / Незнанов Н.Г.; Л.: Ленингр. научн.-исслед.психоневрологический инст. им. В.М.Бехтерева. - Л., 1985. - 25 с.
11. Подвигин С.Н. Клинические и терапевтические факторы риска метаболического синдрома у больных параноидной шизофренией / С.Н.Подвигин, О.Ю.Ширяев // Психическое Здоровье. - 2010. - № 9. - С. 23-26.
12. Подвигин С.Н. Значение психосоматических аспектов в свете современных представлений об этиологии и патогенезе шизофрении / С.Н.Подвигин, Д.Л.Шаповалов, А.И.Митрашин // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии : материалы 11 межрегиональной науч.-практ. конф. - Воронеж, 2010. - С. 202-217.
13. Смулевич А.Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре / А.Б. Смулевич, М.А. Дробижев, С.А. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002.-№7.-С.9-13.
14. Brown S. Causes of the excess mortality of schizophrenia / S.Brown, V.Barraclough, H.Inskip // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol.177.-P. 212-217.
15. Bushe C. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia / C.Bushe, R.Holt // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184., suppl. 47. - P. 67-71.
16. Dinan T. Stress in genesis diabetes mellitus in patient with schizophrenia: analysis / T.Dinan // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184, suppl. 47. - P. 72-75.
17. Huang J. Independent protein-profiling studies show a decrease in -apolipoprotein AI levels in schizophrenia CSF, brain and peripheral tissues / J.Huang, L.Wang, S.Prabakaran, M.Wengenroth et al. // Molecular Psychiatry. - 2008. - Vol. 13 - № 12. - P. 1118-1128.
18. La Y.J. Decreased levels of apolipoprotein A-I in plasma of schizophrenic patients / Y.J.La, C.L.Wan, H.Zhu, Y.F.Yang et al. // Journal of Neural Transmission. - 2007. - Vol. 114, № 5. - P. 657-663.
19. Ryan M. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug I patients with schizophrenia / M.Ryan, P.Collins, J.H.Thakore / American Journal of Psychiatry. - 2003. - Vol. 160. - P. 284-289.
20. Sands J.R. Depression during the longitudinal course of schizophrenia / J.R.Sands, M.Harrow M // Schizophrenia Bulletin. - 1999. - Vol. 25 (1). - P. 157-172.
21. Thakore J.Hi Increased visceral fat distribution in drug-I and drug-free patients with schizophrenia / J.H.Thakore; J.Vlahoos, A.Martin // International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders. - 2002. - Vol. 26.-P.137-141.

Поступила в редакцию 27.06.2012

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

*И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас***ИММУНОТРОПНАЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К НЕЙРОЛЕПТИКАМ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Ключевые слова: параноидная шизофрения, терапевтическая резистентность, цитокиновый спектр крови, интерфероновый статус, коррекция

В настоящее время шизофрения (Шз) является одной из наиболее важных проблем клинической психиатрии в социально развитых странах, что связано как с широким распространением этого эндогенного психоза, частота которого достигла 1-3% от общей популяции населения, так и с недостаточной эффективностью существующих методов лечения данного заболевания [26]. Наиболее распространенной клинической формой Шз в современных условиях является параноидная шизофрения (ПШ), для которой нередко характерно развитие терапевтической резистентности (ТР) к нейролептикам [22]. В наших предыдущих работах конкретизированы некоторые основные представления о механизмах иммунологических и метаболических расстройств в формировании ТР у больных ПШ [12]. В частности было установлено, что редукция продуктивных психопатологических расстройств под влиянием традиционных психотропных средств при лечении больных с разными формами ПШ, в том числе при наличии ТР, во многом зависит не только от «психологического грунта», но и от иммунологического фона, на котором формируется заболевание у каждого конкретного больного [22]. Поэтому использование препаратов, нормализующих иммунологическую реактивность организма, в комплексе лечения больных шизофренией может положительно влиять на итоговый терапевтический эффект [12, 22]. В результате многолетних клинических наблюдений и иммунологических исследований была установлена эффективность применения ряда современных иммунотропных препаратов, в том числе полиоксидония [18, 21], галавита [19], иммуномакса [20] у больных ПШ с наличием ТР и их положительное влияние на интерфероновый

статус (ИФС) и цитокиновый профиль крови (ЦПК) пациентов.

Это совпадает с полученными нами данными, которые свидетельствуют, что в механизмах формирования ТР у больных ПШ существенную роль играют именно нарушения ИФС [8, 10] и ЦПК [9, 11, 16]. Кроме того было показано, что наиболее перспективными в плане коррекции нарушений ИФС и ЦПК у больных ПШ с наличием ТР являются препараты, обладающие одновременно высокой метаболической активностью, иммуномодулирующим действием и интерферон-стимулирующим влиянием, такие как циклоферон, глутаргин, эрбисол, реамберин [13-15]. Известно, в настоящее время системе интерферона придают важное значение в сохранении гомеостаза организма, по значимости сопоставимое с ролью иммунной системы [4, 6]. Цитокины (ЦК) являются важнейшими мессенджерами иммунных реакций организма, причем определение их уровня в крови имеет не только большое диагностическое, но и прогностическое значение [2, 5]. Получены также данные о существенной патогенетической роли интерферонов у больных ПШ [27]. Поэтому можно считать целесообразным дальнейшее изучение функционального состояния системы интерферонов (СИ) и ЦПК у больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам и осуществление коррекции выявленных нарушений.

Следует подчеркнуть, что современные иммуноактивные препараты с детоксицирующим и противовоспалительным действием – реамберин и циклоферон (последний обладает также мощным интерферогенным эффектом) впервые в практику клинической психиатрии были введены именно авторами настоящей работы [7, 17].

Реамберин – современный инфузионный пре-

парат с детоксицирующим, антигипоксическим, антиоксидантным, гепато-, нефро- и кардиопротекторным действием. Главный фармакологический эффект реамберина обусловлен наличием в его составе 1,5% соли янтарной кислоты – сукцината натрия, которая способна усилить компенсаторную активацию аэробного гликолиза, активировать метаболические процессы в цикле Кребса и вследствие этого увеличивать внутриклеточный фонд макроэргических соединений – АТФ и креатин фосфата [1]. Реамберин способен активировать антиоксидантную систему ферментов и тормозить процессы перекисного окисления липидов, проявляя тем самым мембраностабилизирующее действие [23].

Циклоферон – низкомолекулярный индуктор эндогенного интерферона (ИФН), который определяет широкий спектр его биологической активности (противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной, антипролиферативной, противоопухолевой). Препарат индуцирует про-

дукцию б-, в- и г-ИФН в органах и тканях, которые проникают сквозь гематоэнцефалический барьер [7]. Иммуномодулирующий эффект циклоферона выявляется в активации фагоцитоза, естественных киллерных клеток, цитотоксических Т-лимфоцитов и коррекции иммунного статуса организма при иммунодефицитных состояниях различного происхождения. Установлена эффективность препарата в комплексной терапии острых и хронических бактериальных и вирусных инфекций а также как компонента иммунотерапии [7]. В патогенетическом плане очень важно, что циклоферон уменьшает выраженность аутоиммунных реакций и при этом обладает противовоспалительным и обезболивающим эффектами [4, 7].

Цель работы – изучение ИФС и ЦПК больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью к нейролептикам и оценка терапевтической эффективности комбинации реамберина и циклоферона в комплексе лечения данной патологии.

Материал и методы

Под наблюдением было 73 пациента с диагнозом ПШ с наличием ТР к нейролептикам. Среди обследованных было 47 мужчин (64,4%) и 26 женщин (35,6%) в возрасте от 19 до 52 лет, которые находились на лечении в психоневрологической больнице в связи с обострением заболевания. Согласно МКБ-10 непрерывно-прогредиентное течение ПШ (F20.00) было диагностировано у 33 больных (45,2%); приступообразно-прогредиентный вариант ПШ – у 40 пациентов (54,8%).

Констатация наличия ТР проводилась в тех случаях, когда на протяжении 2 месяцев и более при осуществлении адекватно подобранной психофармакотерапии с применением современных нейролептиков либо полностью отсутствовал, либо отмечался лишь очень незначительный клинически видимый терапевтический эффект лечения [22]. В зависимости от конкретного клинико-патогенетического варианта течения ПШ, учитывали возможности максимальной курбельности больного.

У всех обследованных больных ПШ проводили комплексное психиатрическое, соматическое и патопсихологическое исследование. Патопсихологическое исследование включало использование методики ММПИ в адаптированном варианте Ф.Б. Березина и соавт. (1976), шкалы оценки психопатологических симптомов (PANSS).

Все обследованные пациенты были разделе-

ны на две группы – основную (37 пациентов) и сопоставления (36 больных), рандомизованные по возрасту, полу, клиническому варианту течения заболевания и его длительности. Пациенты обеих групп получали общепринятое лечение, согласно клиническому диагнозу, которое включало назначение нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессанты (в зависимости от степени выраженности того или иного патопсихологического синдрома) в среднетерапевтических дозах. Пациенты основной группы также дополнительно к общепринятому лечению получали комбинацию реамберина и циклоферона. Реамберин назначали по 400 мл инфузионно 1 раз в день с медленным внутривенным капельным введением раствора, от 4-5 до 6-7 инфузий на курс лечения в зависимости от достигнутого эффекта. Циклоферон назначали внутримышечно в виде 12,5% раствора по 2 мл 1 раз в день на протяжении 5 дней подряд, далее по 2 мл через день еще 10 инъекций препарата. Затем на протяжении 30-40 дней вводили поддерживающую дозу циклоферона – по 2 мл 12,5 % раствора 1 раз в 3 дня, либо применяли таблетированную форму – по 150 мг препарата 2 раза в неделю.

Согласно нашим предыдущим данным, именно такая схема введения реамберина и циклоферона обеспечивала оптимальный корректирующий эффект в плане нормализации биохимических и иммунологических показателей у больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам [12].

Для реализации цели исследования изучали показатели ИФС: активность сывороточного интерферона (СИФ) [4], а также уровни α - и γ -ИФН в крови в соответствии с методом [3]. Исследование ИФС проводили на оборудовании фирмы Sanofi Diagnostics Pasteur (Франция) с использованием тестсистем производства НПО «Диагностические системы» (Российская Федерация – Нижний Новгород) согласно инструкции фирмы-производителя. Для реализации цели исследования также изучали показатели ЦПК: концентрацию провоспалительных (IL-1 β , фактор некроза опухоли (ФНО) α , IL-2) и противовоспалительного (IL-4) цитокинов (ЦК) в сыворотке крови методом ИФА на лабораторном оборудовании производства фирмы Sanofi

Результаты и обсуждение

Состояние обследованных больных характеризовалось достаточной остротой психоза (сумма баллов согласно шкале PANSS в обеих группах в среднем превышала 100) с выраженным психомоторным возбуждением и агрессивностью. По шкале CGI в обеих группах преобладали больные с выраженными психическими расстройствами. У всех пациентов на момент начала терапии наблюдалось обострение параноидной, в первую очередь, галлюцинаторно-бредовой симптоматики (включая вербальные псевдогаллюцинации и развернутые психические автоматизмы), необходимость купирования которой явилась поводом к госпитализации.

В результате проведенных исследований ИФС у больных ПШ с ТР к нейролептикам было выявлено, что имеют место четко выраженные сдвиги со стороны активности СИФ, а также содержания α - и γ -ИФН в периферической крови. Активность СИФ в основной группе больных была ниже нормы ($2,85 \pm 0,05$ МЕ/мл) в 2,9 раза ($P < 0,01$) и составляла в среднем $0,98 \pm 0,06$ МЕ/мл. Уровень α -ИФН в крови больных данной группы был равен $17,1 \pm 0,5$ пг/мл, что было ниже нормы ($22,5 \pm 0,9$ пг/мл) в 1,32 раза ($P < 0,05$). Содержание γ -ИФН было сниженным в среднем в 1,76 раза ($P < 0,05$) и составляло $12,8 \pm 0,4$ пг/мл. В группе сравнения активность СИФ равнялась $0,97 \pm 0,06$ МЕ/мл, т.е. была сниженной в 2,94 раза относительно нормы ($P < 0,01$). Уровень α -ИФН в крови равнялся $17,2 \pm 0,5$ пг/мл, что было ниже нормы в 1,3 раза ($P < 0,05$). Содержание γ -ИФН в сыворотке было ниже нормы в среднем в 1,48 раза ($P < 0,05$) и составляло $12,6 \pm 0,3$ пг/мл. При этом достоверных отличий между показателями ИФС до начала лечения у обследо-

Diagnostics Pasteur (Франция), в том числе на иммуноферментном анализаторе PR 2100. Концентрацию ЦК (ФНО α , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6) в крови определяли с помощью реагентов производства ООО „Протеиновый контур” (ProCon) (РФ – СПб) [24].

Статистическую обработку полученных результатов исследования выполняли на компьютере Intel Core i7 2,66 GHz при помощи одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ Microsoft Windows 7, Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica). При этом учитывались основные принципы использования статистических методов в клинических испытаниях лекарственных препаратов [25].

ванных больных ПШ в обеих группах (основной и сравнения) установлено не было ($P > 0,05$).

Таким образом, показатели ИФС у обследованных больных ПШ с наличием ТР характеризовались существенным снижением активности СИФ и угнетением интерфероногенеза, о чем свидетельствует значительное (по сравнению с нормой) уменьшение содержания как α -, так и γ -ИФН в крови больных.

До начала лечения у больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам отмечалось достоверное повышение концентрации провоспалительных ЦК в сыворотке крови на фоне незначительного повышения уровня противовоспалительного ЦК IL-4. Так, в основной группе концентрация IL-1 β была в этот период в среднем в 2,4 раза выше нормы ($P < 0,001$) и составляла ($45,1 \pm 1,9$) пг/мл, уровень IL-2 составлял ($38,1 \pm 2,0$) пг/мл, что было в 1,83 раза выше нормы ($P < 0,01$), содержание ФНО α превышало значения нормы в 1,8 раза и достигало значений ($71,2 \pm 3,2$) пг/мл ($P < 0,001$), концентрация IL-6 в сыворотке крови равнялась ($45,8 \pm 1,7$) пг/мл, что в 1,88 раза превышало норму ($P < 0,001$). Одновременно наблюдались разнонаправленные изменения концентрации противовоспалительного ЦК - IL-4, при этом у превалирующего количества больных этот показатель умеренно превышал норму - в 1,2 раза, что составляло в среднем ($56,6 \pm 1,3$) пг/мл ($P < 0,05$). Исходя из этого, коэффициенты, которые характеризуют соотношения ЦК в крови с провоспалительной и противовоспалительной активностью, были достоверно выше нормы: индекс IL-1 β /IL-4 - в среднем в 2,0 раза ($P < 0,001$), IL-2/IL-4 - в 1,52 раза ($P < 0,05$), ФНО α /IL-4 - в 1,5 раза ($P < 0,05$), IL-6/IL-4 - в 1,56 раза ($P < 0,05$).

Это свидетельствовало о превалировании в сыворотке крови больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам, основной группы провоспалительных свойств крови над противовоспалительными.

Аналогичные результаты были получены при обследовании пациентов группы сопоставления. Действительно, концентрация ИЛ-1в в крови больных группы сопоставления была выше нормы в среднем в 2,37 раза ($44,7 \pm 1,8$ пг/мл; $P < 0,001$), ИЛ-2 - в 1,8 раза ($37,4 \pm 1,8$ пг/мл; $P < 0,01$), ФНОб - в 1,78 раза ($70,6 \pm 2,7$ пг/мл; $P < 0,001$), ИЛ-6 - в 1,86 раза ($45,3 \pm 1,5$ пг/мл; $P < 0,001$). Уровень ИЛ-4 в сыворотке крови был в большинстве случаев также умеренно повышенным - в среднем в 1,19 раза ($P < 0,05$) и составлял ($56,3 \pm 1,1$) пг/мл. Исходя из указанных изменений уровня ЦК в сыворотке крови, коэффициент ИЛ-1в/ИЛ-4 у больных группы сопоставления был повышен относительно нормы в 1,97 раза ($P < 0,001$), ИЛ-2/ИЛ-4 - в 1,5 раза ($P < 0,05$), ФНПб/ИЛ-4 - в 1,49 раза ($P < 0,05$), ИЛ-6/ИЛ-4 - в 1,54 раза ($P < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о существенном превалировании в сыворотке крови больных группы сопоставления в этот период обследования провоспалительных потенциалов над противовоспалительными. Таким образом, выявленные изменения ЦПК больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам в обеих группах в этот период обследования были однотипными.

При повторном исследовании после проведенного лечения у больных ПШ с ТР к нейролептикам основной группы отмечалась существенная позитивная динамика как со стороны клинической картины, так и относительно проанализированных показателей ИФС. В ходе лечения снижение рейтинга согласно шкале PANSS у пациентов основной группы составило 25%. В целом позитивный эффект под влиянием проведенного лечения был зарегистрирован у 30 больных основной группы (83,3%), которые получали реамберин и циклоферон. Установлено, что при этом использование указанной комбинации препаратов способствовало в большей степени влиянию на позитивную, чем негативную симптоматику. Лечение с применением реамберина и циклоферона снизило интенсивность психотических расстройств у больных основной группы в среднем до уровня $3,5 \pm 0,4$ балла, а в группе сравнения в ходе лечения этот показатель снизился лишь до $5,5 \pm 0,3$ баллов ($P < 0,05$).

При повторном исследовании после завершения лечения у больных основной группы была

выявлена четко выраженная позитивная динамика ИФС. Так, активность СИФ выросла в среднем в 2,84 раза относительно исходного показателя и составляла $2,78 \pm 0,09$ МЕ/мл, что соответствовало норме ($P > 0,05$). Содержание α -ИФН в крови больных данной группы повысилось относительно исходного уровня в среднем в 1,3 раза до $22,2 \pm 0,7$ пг/мл, т.е. до границ нормы ($P > 0,05$). Содержание γ -ИФН в ходе лечения повысилось в среднем в 1,44 раза относительно исходного значения и достигло $18,4 \pm 0,5$ пг/мл, что также соответствовало норме ($P > 0,05$).

У пациентов группы сравнения также наблюдалась позитивная динамика ИФС крови, но существенно менее выраженная, чем в основной группе, потому изученные показатели оставались сниженными как относительно нормы, так и по сравнению с соответствующими значениями показателей ИФС у больных, получавших комбинацию реамберина и циклоферона. Активность СИФ в группе сравнения повысилась относительно исходного уровня в среднем в 1,65 раза и составила $1,6 \pm 0,08$ МЕ/мл, однако при этом оставалась ниже нормы в 1,79 раза ($P < 0,05$) и меньше соответствующего показателя в основной группе в 1,74 раза ($P < 0,05$). Уровень α -ИФН у больных группы сравнения в ходе общепринятого лечения повысился в среднем в 1,13 раза, составляя $19,3 \pm 0,6$ пг/мл, что, однако, было ниже нормы в 1,17 раза ($P < 0,05$) и ниже соответствующего показателя в основной группе в 1,15 раза ($P = 0,05$). Уровень γ -ИФН также несколько повысился в ходе лечения, но оставался ниже нормы в 1,3 раза ($P < 0,05$), и меньше показателя основной группы - в 1,25 раза ($P < 0,05$).

При повторном исследовании показателей ЦПК после завершения лечения было установлено позитивное влияние комбинации реамберина и циклоферона у больных основной группы на динамику ЦК в сыворотке крови. Действительно, в основной группе больных, которая получала данную комбинацию препаратов отмечалась четко выраженная тенденция к нормализации как концентрации ЦК в крови, так и соотношения между ними. Так, в основной группе больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам концентрация ИЛ-1в снизилась относительно исходного уровня в 2,31 раза и составила ($19,5 \pm 1,6$) пг/мл, что было в пределах верхней границы нормы ($P > 0,1$). Уровень ИЛ-2 уменьшился по сравнению с исходным значением в 1,81 раза и достиг верхней границы нормы - ($21,0 \pm 1,8$) пг/мл ($P > 0,1$). Содержание ФНО α в сыворотке крови больных основной группы так-

же снизилось в среднем в 1,76 раза по отношению к исходному уровню и составило $(40,4 \pm 1,5)$ пг/мл, что достоверно не отличалось от нормы ($P > 0,1$). Концентрация IL-6 в сыворотке крови снизилась по сравнению с исходной в 1,81 раза и составила $(25,3 \pm 1,4)$ пг/мл, что соответствовало верхней границы нормы ($P > 0,1$). Уровень противовоспалительного ЦК IL-4 также снизился относительно исходного значения в среднем в 1,1 раза и достиг значений нормы – $(47,6 \pm 1,3)$ пг/мл ($P > 0,1$). Исходя из этого, коэффициенты, которые отображают соотношения содержания в крови ЦК с провоспалительными и противовоспалительными свойствами (IL-1 β /IL-4, IL-2/IL-4, ФНО α /IL-4, IL-6/IL-4) существенно снижались относительно исходных значений и на момент завершения терапии достоверно от нормы не отличались ($P > 0,1$).

В группе сопоставления, которая получала только общепринятое лечение, наблюдалось существенно менее выраженная позитивная динамика показателей со стороны ЦПК, поэтому сохранялись достоверные различия концентрации изученных в этот период обследования ЦК по сравнению с нормой. Так, уровень IL-1 β на момент завершения лечения в среднем в 1,65 раза превышал соответствующий показатель нормы

и равнялся $(31,1 \pm 1,6)$ пг/мл ($P < 0,01$), содержание IL-2 было в 1,67 раза выше нормы и равнялось $(34,7 \pm 1,5)$ пг/мл ($P < 0,05$), ФНО α в 1,41 раза и составляло $(55,8 \pm 1,9)$ пг/мл ($P < 0,05$), IL-6 – в 1,56 раза выше нормы и достигало значений $(38,0 \pm 1,8)$ пг/мл ($P < 0,01$), концентрация противовоспалительного IL-4 оставалась в 1,15 раза выше нормы, равняясь $(54,6 \pm 1,3)$ пг/мл ($P < 0,05$). Исходя из этого коэффициенты, которые характеризуют соотношение ЦК с провоспалительной и противовоспалительной активностью, у пациентов группы сопоставления, на момент завершения лечения также были достоверно повышенными: IL-2/IL-4 – в 1,43 раза ($P < 0,05$), IL-1 β /IL-4 – также в 1,43 раза ($P < 0,05$), ФНО α /IL-4 – в 1,21 раза ($P < 0,05$), IL-6/IL-4 – в 1,35 раза ($P < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение комбинации реамберина и циклоферона в комплексе лечебных мероприятий больных ПШ с наличием ТР к нейролептикам патогенетически обосновано, так как способствует нормализации исходно нарушенных показателей ИФС и ЦПК, а также сопровождается позитивным влиянием на клиническое течение заболевания.

I.I. Kutko, V.M. Frolov, G.S. Rachkauskas

МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНА ТЕРАПІЯ В КОРЕКЦІЇ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ДО НЕЙРОЛЕПТИКІВ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Луганський державний медичний університет, Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

У 73 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з терапевтичною резистентністю (ТР) до нейролептиків встановлено порушення цитокінового спектра крові (ЦСК) та зниження інтерферонового статусу (ІФС). Включення до лікувального комплексу сучасного детоксуючого препарату реамберина та засобу з інтерферогенною активністю циклоферона сприяє відновленню показників ЦСК та ІФС. Це свідчить о патогенетичній обґрунтованості та перспективності застосування комбінації вказаних препаратів у комплексній терапії хворих на ПШ з наявністю ТР до нейролептиків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 83-88).

I.I. Kutko, V.M. Frolov, G.S. Rachkauskas

IMMUNOTROPIC AND METABOLIC ACTIVE THERAPY IN CORRECTION OF INTERFERON STATUS AT THE PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH THERAPEUTIC RESISTANCE TO NEUROLEPTICS

Institute of neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine, SI “Lugansk state medical university”, Lugansk regional clinical psychoneurologic hospital

At 73 patients with paranoid schizophrenia (PS) with therapeutic resistance (TR) to neuroleptics the indexes of cytokine blood profile (CBP) and decrease of interferon status (IFS) was investigated. Including to treatment complex modern detoxic preparation reamberin and interferonogenic preparation cycloferon provided normalisation indexes of CBP and IFS. This data pathogenetic base and perspectiveness including of this combination preparation in the complex therapy at the patients with PS with TR to neuroleptics. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 83-88).

Литература

1. Афанасьев В.В. Клиническая фармакология реамберина. – СПб, 2005. – 44 с.
2. Демьянов А.В., Котов А.Ю., Симбирцев А.С. Диагностическая ценность исследований уровней цитокинов в клинической практике // Цитокины и воспаление. – 2003. – Т. 2, № 3. – С. 20 – 33.
3. Дзюблик И.В., Кривохатская Л.Д., Трофименко Е.П. и др. Микрометод определения интерферонового статуса человека в пробах цельной крови // Лабораторная диагностика. – 2001. – № 1. – С. 34 – 37.
4. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и патологии. – М.: Медицина, 1996. – 96 с.
5. Жданов А.В., Сухих Г.Т., Давидова М.П. Особенности корреляционных связей в системе цитокинов // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2003. – № 9. – С. 309-311.
6. Кузнецова Л.В., Фролов В.М., Бабоджан В.Д. Клиническая и лабораторная иммунология. – Киев: Поліграф плюс, 2012. – 992 с.
7. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. и др. Циклоферон: фармакологическое действие и перспективы применения в психиатрии и наркологии: метод. рекомендации. – Харьков, 1988. – 26 с.
8. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Интерфероновий профіль у хворих на параноїдну шизофренію / Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2004. - № 2 (6). – С. 47-49.
9. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Інтерлейкіновий статус у хворих на параноїдну шизофренію // Укр. вісник психоневрології. – 2004. – Т. 12, Вип. 4 (41). – С. 65-67.
10. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Показники системи інтерферону у хворих на параноїдну шизофренію // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 1 (40). – С. 64-66.
11. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Інтерлейкіновий статус у хворих на параноїдну шизофренію // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 2 (41). – С. 54-56.
12. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Иммуные нарушения при резистентных формах шизофрении и их коррекция // Иммунологія та алергологія. – 2005. - № 3. – С. 92-93.
13. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Вплив комбінації глутаргіну та циклоферону на інтерфероновий статус у хворих на параноїдну шизофренію з терапевтичною резистентністю // Укр. медичний альманах. – 2005. – Том 8, № 2. – С. 78-82.
14. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Ефективність циклоферону у хворих на параноїдну шизофренію з терапевтичною резистентністю і його вплив на інтерфероновий статус // Укр. медичний альманах. – 2005. – Том 8, № 4. – С. 110-114.
15. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Влияние комбинации циклоферона и эрбисола на состояние системы интерферона у больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью // Укр. медичний альманах. – 2005. – Том 8, № 5. – С. 75-78.
16. Фролов В.М., Кутько І.І., Рачкаускас Г.С. Патогенетическое значение нарушений продукции фактора некроза опухоли альфа у больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью // Укр. медичний альманах. – 2005. – Том 8, № 6. – С. 70-75.
17. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. и др. Реамберин в клинической психиатрии и наркологии: метод. рекомендации. – Харьков, 2006. – 32 с.
18. Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Показники інтерферонового статусу у хворих на параноїдну шизофренію та їх корекція при застосуванні поліоксидонію // Укр. медичний альманах. – 2008. – Том 11, № 3. – С. 73-75.
19. Кутько І.І., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М. Вплив галавіту на інтерфероновий статус хворих на параноїдну шизофренію // Укр. медичний альманах. – 2008. – Том 11, № 5. – С. 95-97.
20. Рачкаускас Г.С., Фролов В.М., Кутько І.І. Вплив імуномаксу на цитокін. профіль крові хворих на параноїдну шизофренію з терапевтичною резистентністю // Укр. медичний альманах. – 2009, Том 12, № 1. – С. 148-152.
21. Рачкаускас Г.С., Терьошина І.Ф. Вплив сучасного імуноактивного препарату поліоксидонію на цитокіновий профіль хворих на параноїдну шизофренію // Укр. медичний альманах. – 2009. – Том 12, № 5. – С. 162-166.
22. Резистентные формы шизофрении (патогенез и патогенетическая терапия): метод. рекомендации / И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас [и др.]. Харьков, 1996. – 26 с.
23. Реамберин: экспериментальные и клинические исследования / Под редакцией С.В. Оковитого. – СПб., 2012. – 100 с.
24. Тест системи ProCon IL1в (ИЛ-1в), TNFα (ФНОα), IL4 (ИЛ-4), IL10 (ИЛ-10) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.protc.spb.ru/russian.html>.
25. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб, 2005. – 126 с.
26. Bora E. Theory of mind in schizophrenia spectrum disorders / E. Bora // *Türk Psikiyatri Dergisi*. – 2009. – Vol. 20, № 3. – P. 269-281.
27. Paul-Samojedny M., Owczarek A., Suchanek R., et al. Association study of interferon gamma (IFN-γ) +874T/A gene polymorphism in patients with paranoid schizophrenia // *Journal Molecular Neuroscience*. sxs 2011. s Vol. 43, № 3. – P. 309 – 315.

Поступила в редакцию 04.07.2012

А.А. Помилуйко

СТРЕССОНАПОЛНЯЕМОСТЬ ЖИЗНИ И КОГНИТИВНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ СУБЪЕКТИВНО ЗНАЧИМЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стресс, когнитивная репрезентация, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда

Ситуации, предъявляющие к людям требования, которые превышают их обычный адаптивный потенциал, описываются в разных терминах: жизненные трудности, критические ситуации, негативные жизненные события, стрессовые жизненные события, травматические события, нежелательные события, жизненные кризисы, экономическая депривация, бедствия, катастрофы. Каждая из этих ситуаций таит в себе либо вызов, либо угрозу жизнедеятельности человека, а то и вызывает невосполнимые потери (1,2). Каждая из этих ситуаций ограничивает активность индивида, предъявляет ему требования, зачастую превышающие его способности, моральные и материальные ресурсы (3). Эти ситуации объединяет то, что они все выступают в качестве стрессоров, т.е. факторов вызывающих стресс, а их совокупность рассматривается как уровень стрессонаполняемости жизни (4).

Как известно, стрессоры играют существенную роль в возникновении и развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы (5). В соответствии с трансактным подходом к изучению стресса и его когнитивным вариантом (3) пси-

хологический стресс развивается в том случае, когда требования, предъявляемые к человеку, становятся для него испытанием или превосходят его возможности приспособляться. При этом развитие стресса, как индивидуального психологического феномена, зависит не только от внешних условий, но также от конституционной уязвимости человека и от адекватности механизмов его когнитивной защиты. Особое значение для появления стресса имеет оценка человеком ситуации, в которой он находится, переживания разочарования, конфликта или угрозы. Именно такие переживания с преобладанием тревожных состояний в ответ на обыденные жизненные трудности сопутствуют заболеваниям сердечно-сосудистой системы (5).

Цель настоящей работы, являющейся фрагментом комплексного исследования проблемы стресса у больных стенокардией напряжения (СН) и перенесших инфаркт миокарда (ПИМ), заключалась в выявлении жизненно трудных ситуаций и «стрессонаполняемости» жизни у этих больных с учётом особенностей их когнитивных репрезентаций и гендерных особенностей.

Материалы и методы исследования

Обследовано 106 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (64 человека со стенокардией напряжения и 42 человека, перенесших инфаркт миокарда). Среди них 58 мужчин и 48 женщин. Возраст обследованных составил от 50 до 65 лет.

Основанием для разработки процедуры исследования и отбора психодиагностического инструментария явился трансактный подход к изучению стресса у больных СН и ПИМ. Использованный в настоящем исследовании методический комплекс был направлен на: а) выявление стрессогенных ситуаций; б) оценку ресурсов стрессоустойчивости пациента; в) определение

особенностей восприятия (субъективной репрезентации, когнитивной оценки) трудных жизненных ситуаций; г) оценку продуктивности преодолевающего поведения. Такой подход позволяет разработать конкретные направления профилактики и преодоления психологического стресса у контингента больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (6,7,8,9).

Показатель «стрессонаполняемости жизни» впервые был предложен американским социологом Т. Холмс и Р. Рейх (10). На основании опроса 2500 человек они создали шкалу для определения стрессонаполняемости жизненных периодов, в которой каждому важному событию

приписано определять количество баллов (стресс-единиц) в зависимости от его вредоносности.

В настоящем исследовании с целью изучения значимости различных социально-психологических причин эмоционального дискомфорта и психической напряженности была использована шкала «стрессонаполняемости» Л.В. Куликова (11,12). Шкала включает 30 потенциально стрессогенных социально-психологических факторов, личностная значимость которых оценивалась по 100-бальной системе. Наиболее высокое ранговое значение имел фактор «состояние здоровья кого-либо из членов семьи» (100 баллов), наименьшее значение – фактор «проблемы с подчиненными» (57 баллов). Шкала позволяет определить уровень стрессогенности каждого из 30 изучавшихся стрессогенных факторов, по суммарному количеству стресс-единиц установить уровень стрессонаполненности жизни у конкретного пациента и оценить степень «разрушительного» влияния «стрессонаполненности» определенного периода жизни (последние 6 месяцев) на душевное равновесие (психологическую устойчивость, морально-психологическое и физическое благополучие пациента).

Для оценки структурных особенностей (параметров) и типа субъективной репрезентации стрессовой ситуации использовалась шкала оценки трудности и неопределенности ситуации Н.Е.Водопьяновой (2009). Эта шкала построена на основе трансактной теории стресса, согласно которой стрессовое реагирование (стрессовая динамика) детерминируется первичной и вторичной оценкой ситуации. При первичной оценке решался вопрос о субъективном характере ситуации: в какой мере данная ситуация

определяет «потери», «угрозу потери» или уровень «вызова» (несправедливости)? При вторичной оценке - вопрос о внутренних (копинг) и внешних (социальная поддержка) ресурсах и возможностях снижения вероятности потерь, изменения ситуации или адаптации к ней. Первичная и вторичная оценки детерминируют эмоциональная реакция и копинг, которые в свою очередь оказывают влияние на динамику изменения последующих когнитивных оценок ситуации – субъективную репрезентацию.

Методика содержит три субшкалы первичной когнитивной оценки индивидуально-трудных ситуаций (ИТС), соответствующих основным типам стрессовых ситуаций («потеря», «угроза», «вызов»), пять субшкал вторичной оценки собственных ресурсов, относительно возможности преодоления сложившейся ситуации и шкалу внешней (социальной, в т.ч. семейной) поддержки. Испытуемым предлагалось по 7 бальной системе оценить по 9 субшкалам методики свое отношение к актуальной жизненной ситуации (совокупности жизненных обстоятельств), прямо или косвенно связанной с их заболеванием. При обработке результатов и их интерпретации подсчитывался общий (суммарный) показатель стрессогенности ситуации и отдельные показатели по каждой из 9 субшкал: «степень угрозы», «степень утраты (потери)», «степень вызова или несправедливости», «возможность контроля за ситуацией», «сложность понимания и управления ситуацией», «автономность, саморегулируемость ситуации», «повторяемость», «личный опыт разрешения», «внешняя поддержка».

Полученные данные обработаны методом математической статистики с использованием Т критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о частоте стрессогенных социально-психологических факторов у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда представлены в таб. №1 и №2.

У больных ПИМ в число наиболее значимых причин эмоционального дискомфорта (от 75 до 100 стресс-единиц) вошли (в порядке снижения значимости) такие факторы как: заботы о здоровье вообще, физический недуг, состояние здоровья кого-либо из членов семьи, финансовые проблемы, проблемы семьи, рост цен, беспокойство по поводу внутренних конфликтов, сексуальные проблемы, чувство одиночества, проблемы с родителями. Наиболее

значимой и чаще всего встречающейся причиной эмоционального дискомфорта (от 42,8 до 57,1% больных) являлась озабоченность собственным здоровьем и переживания, связанные с физическим нездоровьем и здоровьем кого-либо из членов семьи.

В гендерном аспекте спектр стрессогенных социально-психологических факторов у мужчин был в два раза ($p < 0,05$) большим, чем у женщин, у подавляющего большинства которых (90,0%) наиболее эмоционально значимым фактором явились проблемы с детьми. У мужчин наибольшие стрессогенные нагрузки имели такие факторы как проблемы со здоровьем и рост цен.

Причем, проблемы со здоровьем концентрировались вокруг последствий перенесенного ин-

фаркта миокарда, снижения функциональных возможностей и качества жизни больных.

Таблица 1

Стрессогенность социально-психологических факторов у больных стенокардией напряжения

№ п/п	Название стрессора	Всего (N=64)	Мужчин (N=26)	Женщин (N=38)
1	Заботы о здоровье вообще	34(53,1)	9(34,6)	24(63,1)
2	Состояние здоровья кого-либо из членов семьи	33(51,6)	15(57,7)	18(47,4)
3	Финансовая надежность	28(43,7)	12(46,1)	16(42,1)
4	Физический недуг	28(43,7)	12(46,1)	16(42,1)
5	Отсутствие достаточного отдыха	28(43,7)	10(38,5)	18(47,4)
6	Рост цен	24(37,5)	10(38,5)	14(36,8)
7	Обилие дел	23(35,9)	5(19,2)	18(47,4)
8	Проблемы с детьми	17(26,6)	7(26,9)	10(26,3)
9	Недостаток активности, энергии	15(23,4)	5(19,2)	10(26,3)
10	Беспокойство по поводу обстановки в стране	13(20,3)	7(26,9)	6(15,8)
11	Беспокойство по поводу внутренних конфликтов	10(15,6)	–	10(15,6)
12	Чувство одиночества	10(15,6)	–	10(15,6)
13	Внешний вид	9(14,1)	3(11,5)	6(15,8)
14	Раздумья о смысле жизни	9(14,1)	3(11,5)	6(15,8)
15	Сожаления по поводу прошлых решений	9(14,1)	3(11,5)	6(15,8)
16	Дефицит времени для семьи	8(12,5)	–	8(21,1)
17	Проблемы с родителями	8(12,5)	4(15,4)	4(10,5)
18	Сексуальные проблемы	7(10,9)	3(11,5)	4(10,5)
19	Перегруженность семейными обязанностями	6(9,4)	–	6(15,8)
20	Столкновение с начальством	6(9,4)	–	6(15,8)
21	Трудности с покупками	6(9,4)	–	6(15,8)
22	Беспокойство о надежности рабочего места	5(7,8)	3(11,5)	2(5,3)
23	Неприятные соседи	4(6,2)	3(11,5)	1(2,6)
24	Проблемы с подчиненными	3(4,7)	3(11,5)	–
25	Проблемы с транспортом	3(4,7)	3(11,5)	–
26	Трудности с возможностью выразить себя	3(4,7)	3(11,5)	–
27	Осуждение и дискриминация со стороны других	2(3,2)	–	2(5,3)
28	Проблемы с партнером (партнершей)	2(3,1)	–	2(5,3)
29	Проблемы в общении с коллегами по работе	2(3,1)	–	2(5,3)
30	Неудовлетворенность своей работой	–	–	–

У больных СН среди более значимых стрессогенных факторов преобладала забота о здоровье вообще, состояние здоровья кого-либо из членов семьи, финансовые проблемы, физический недуг, отсутствие достаточного отдыха, рост цен, обилие дел, проблемы с детьми, недостаток активности, беспокойство по поводу обстановки в стране. Женщины со СН наиболее серьезную озабоченность связывали с неудовлетворенностью состоянием их здоровья, обилием дел и отсутствием достаточного отдыха. В то же время мужчины чаще всего были обеспокоены плохим состоянием здоровья, своей финансовой ненадежностью и ростом цен на предметы первой необходимости.

Анализ общего количества воспринимаемых внешних стресс-факторов показал их преобладание и значительный разброс (29 из 30 изучавшихся) у больных со СН. У больных ПИМ выявлено только 19 таких факторов. Однако для

этой группы больных характерна значительно большая частота наиболее значимых стресс-факторов (21,4%), по сравнению с 14,0% у больных СН. Из этого можно сделать вывод о большей вредоносности базовых стресс-факторов, затрагивающих наиболее значимые ценности личности, у больных перенесших инфаркт миокарда.

Такой вывод нашел подтверждение при изучении количественных показателей уровня «стрессонаполненности» жизни (когнитивных репрезентаций субъективно значимых событий). У больных ПИМ (как у мужчин, так и у женщин) выявлен достоверно более высокий уровень «стрессонаполненности», чем у больных СН (Табл. 3).

Проведенный нами анализ субъективных репрезентаций ИТС в исследованных группах больных позволил выделить основные содержательные характеристики различных уровней «стрессонаполненности» жизни.

Стрессогенность социально-психологических факторов у больных, перенесших инфаркт миокарда

№ п/п	Название стрессора	Всего (N=64)	Мужчин (N=26)	Женщин (N=38)
1	Заботы о здоровье вообще	24(57,1)	18(56,2)	6(60,0)
2	Физический недуг	24(57,1)	21(65,6)	3(30,0)
3	Состояние здоровья кого-либо из членов семьи	18(42,8)	15(46,9)	3(30,0)
4	Финансовая надежность	15(35,7)	12(37,5)	3(31,0)
5	Проблемы с детьми	15(35,7)	6(18,7)	9(90,0)
6	Рост цен	15(35,7)	15(46,9)	–
7	Беспокойство по поводу внутренних конфликтов	9(21,4)	9(28,1)	–
8	Сексуальные проблемы	9(21,4)	6(18,7)	3(30,0)
9	Чувство одиночества	9(21,4)	3(9,4)	6(60,0)
10	Проблемы с родителями	9(21,4)	9(28,14)	–
11	Обилие дел	6(14,3)	6(18,7)	–
12	Отсутствие достаточного отдыха	6(14,3)	6(18,7)	–
13	Недостаток активности, энергии	6(14,3)	3(9,4)	3(30,0)
14	Трудности с покупками	6(14,3)	6(18,7)	–
15	Беспокойство по поводу обстановки в стране	6(14,3)	6(18,7)	–
16	Раздумья о смысле жизни	3(7,1)	3(9,4)	–
17	Проблемы с партнером (партнершей)	3(7,1)	–	3(30,0)
18	Неудовлетворенность своей работой	3(7,1)	3(9,4)	–
19	Сожаления по поводу прошлых решений	3(7,1)	3(9,4)	–
20	Трудности с возможностью выразить себя	–	–	–
21	Внешний вид	–	–	–
22	Проблемы в общении с коллегами по работе	–	–	–
23	Дефицит времени для семьи	–	–	–
24	Перегруженность семейными обязанностями	–	–	–
25	Проблемы с транспортом	–	–	–
26	Беспокойство о надежности рабочего места	–	–	–
27	Осуждение и дискриминация со стороны других	–	–	–
28	Столкновение с начальством	–	–	–
29	Неприятные соседи	–	–	–
30	Проблемы с подчиненными	–	–	–

Таблица 3

Уровни «стрессонаполненности» жизни у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Уровень «стрессонаполненности» жизни	СН (N=64)			ПИМ (N=42)		
	Всего	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.
Низкий (57-430 стресс-единиц)	40(62,5%)	17(65,4%)	23(60,0%)	12(28,3%)	9(28,3%)	3(30,0%)
Высокий (431-860 стресс-единиц)	18(27,2%)	6(23,0%)	12(32,1%)	26(61,9%)	29(62,4%)	6(60,0%)
Чрезмерный (более 860 стресс-единиц)	6(9,3%)	3(21,6%)	3(7,9%)	4(9,6%)	3(9,3%)	1(10,0%)

1. Низкий уровень «стрессонаполненности» характеризовался относительно небольшой насыщенностью жизни разрушительными стрессами, однако условия и обстоятельства социальной жизни таких больных не могли считаться достаточно комфортными. Трудные жизненные ситуации встречались у них нередко, но ограни-

чивались несколькими от 3-х до 5) стрессогенными сферами. Правильно их было идентифицировать как стрессогенные, не сопровождающиеся мобилизацией адаптационных ресурсов пациентов, но заключающие в себе потенциальный риск стресс-реагирования пациента. Структурные и содержательные элементы стрессоген-

ной ситуации представлены преимущественно имплицитными детерминантами стрессового реагирования, направленными на мобилизацию его адаптационных возможностей. Информационная стрессогенность ситуации обусловлена количеством и качеством доступной информации, позволяющей адекватно оценить возникшую проблему и найти пути ее рационального решения. Эмоциональная составляющая стрессогенной ситуации связана с ее неопределенностью и преимущественно негативным контекстом оценки последствий болезни для дальнейшей жизнедеятельности больного.

2. Высокий уровень «стрессонаполненности» характеризуется относительно высокой психической напряженностью и насыщенностью жизни сильными и частыми стрессами, событиями, которые еще не преодолены и не рассматриваются больными в качестве конструктивного жизненного опыта, трудными семейными ситуациями, переживаниями, связанными с болезнью, отсутствием средств для полноценного лечения, неустроенностью личной жизни. Их жизненную ситуацию и обстоятельства жизни можно было рассматривать с позиции хронического эмоционального стресса.

Стрессогенная ситуация при этом превращается в стрессовую. Она соотносится с экзистенциальными переживаниями, затрагивающими ценностные и смыслообразующие атрибуты жизненного пространства личности. Как неординарная социально-психологическая ситуация она предъявляет объективно повышенные требования к адаптационным возможностям и детерминирует изменения психического состояния

человека. Многочисленные жизненные события, формирующие такую ситуацию, оцениваются больным как представляющие угрозу потери здоровья, материальных и информационных ресурсов, социального статуса, уважения, контроля над ситуацией. Стрессовые симптомы выявляются во всех сферах психики. В эмоциональной сфере – чувство тревоги; переживание значимости ситуации; в когнитивной – оценка ситуации как неопределенной, опасной, представляющей угрозу; в мотивационной – мобилизация сил или, напротив, капитуляция, с уходом от решения собственных проблем; в поведенческой сфере – изменением активности и привычных темпов деятельности.

3. Чрезмерный уровень «стрессонаполненности» характеризует очень высокую психическую напряженность, наличие большого количества «разрушающих» стресс-событий. Эти события отличаются субъективной значимостью, неподконтрольностью, хронической стрессогенностью, а также недостаточным соответствием собственных ресурсов пациента требованиям ситуации и мобилизации адаптационных ресурсов у субъекта ситуации. В таких случаях у больных со СН возрастает вероятность инфаркта миокарда.

Для более углубленного изучения структурных (типологических) особенностей стрессовых ситуаций и уровня их стрессогенности нами проведен анализ данных, полученных при использовании шкалы оценки трудности и неопределенности ситуации Н.Е. Водопьяновой. В таблице 4 приведены параметры субъективной актуальной жизненной ситуации у больных СН и ПИМ.

Таблица 4

Параметры субъективной репрезентации актуальной жизненной ситуации у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Субшкалы	Параметры		Р
	СН (N=64 чел.)	ПИМ (N=42 чел.)	
Степень угрозы	4,1±0,36	6,5±0,19	<0,05
Степень утраты	3,3±0,18	5,9±0,27	<0,05
Степень вызова(несправедливости)	3,6±0,32	6,0±0,24	<0,05
Контроль за ситуацией	4,3±0,18	5,7±0,32	>0,05
Управление ситуацией	4,7±0,29	4,9±0,31	>0,05
Автономность	3,2±0,17	3,9±0,13	>0,05
Повторяемость	2,8±0,14	5,8±0,24	<0,05
Личный опыт разрешения	3,7±0,24	6,2±0,19	<0,05
Возможность поддержки	2,8±0,16	6,4±0,41	<0,05
Общий показатель стрессогенности	3,6±0,37	5,8±0,34	<0,05

У больных СН типы стрессовой ситуации (угрозы, утраты, вызова) характеризовались умеренно выраженными показателями стрессоген-

ности. Параметры других субшкал свидетельствовали об относительной сохранности способности контролировать ситуацию, управлять ею

с использованием личного опыта совладания, а также, о возможности саморегуляции ситуации и внешней поддержки со стороны близких (при максимально возможной оценке в 7 баллов, показатели находились в диапазоне 2,8-4,7 баллов).

Больные, перенесшие инфаркт миокарда, при первичной оценке стрессогенности актуальной жизненной ситуации характеризовались достоверно ($P < 0,05$) более высокими параметрами степени угрозы («ситуация грозит мне большими потерями»), утраты («ситуация сопряжена со значительным ухудшением жизнедеятельности») и вызова («в текущей моей жизни много несправедливости»). При вторичной оценке у них выявлено существенное снижение способности контроля («я не имею возможности контролировать эту ситуацию») и управления ситуацией («мне абсолютно не ясно, каким образом можно разрешить ситуацию»), субъективных личностных ресурсов («я исчерпал свои ресурсы») и возможности поддержки извне («мне не приходится рассчитывать на поддержку окружающих»). Эти данные нашли отражение и в общем показателе стрессогенности ситуации, который достоверно на уровне $P < 0,05$ более высокий у больных ПИМ.

Таким образом, и при первичной, и при вторичной когнитивной оценке актуальная жизненная ситуация и субъективные репрезентации отдельных стресс-факторов у больных, перенесших инфаркт миокарда, характеризуются высокими показателями стрессогенности и низким уровнем внутренних и внешних ресурсов, направленных на преодоление стресса или адаптацию к нему. Стрессовая ситуация воспринимается больными как тяготящая или затрудняющая жизнедеятельность, негативно влияющая на качество жизни и душевный комфорт. Симптомы стрессового реагирования проявляются в когнитивной, ценностно – мотивационной и эмоциональной сферах. Они отражают количество воспринимаемых внешних стресс-факторов (особенно затрагивающих ценностные отношения пациентов), сте-

пень адекватности когнитивной оценки, их «разрушающей силы» («вредоносности»), а также динамику изменений значимости и ценности эффективного взаимодействия с трудными ситуациями в повседневной жизни.

Актуальная жизненная ситуация, насыщенная стрессогенными социально – психологическими факторами, представляет у больных СН и ПИМ сложный многоуровневый и многокомпонентный феномен. Она содержит (особенно у больных ПИМ) объективно повышенные требования к ресурсам человека, детерминирует изменения психического состояния больных в основном в направлении хронической тревоги и беспокойства. Структура и содержательные параметры стрессовой ситуации обуславливают повышение психической напряженности и мобилизацию адаптационных ресурсов у большинства субъектов ситуации.

Таким образом, в контексте ситуационного подхода, применительно к проблемам стресса, больных СН и ПИМ следует рассматривать не как пассивных «жертв» воздействия внешних стресс-факторов, а как активных субъектов взаимодействия со структурными элементами ситуации (сегментом социальной жизни), посредством эмоциональных переживаний, интерпретаций и когнитивного переосмысления различных видов преодолевающего поведения. Эта ситуация обладает определенной (в т.ч. высокой) стрессогенностью (потенциальным риском нарушения гомеостаза организма) в зависимости от её восприятия и когнитивной оценки. Качество взаимодействия больных со структурными элементами стрессовой ситуации существенно отличается от взаимодействия в обычных или привычных условиях жизнедеятельности. Неадекватные формы этого взаимодействия на эмоционально-когнитивном и поведенческом уровнях определяют потенциальный риск и глубину нарушений гомеостаза организма, и детерминирует дезадаптивные формы психологической защиты и преодолевающего поведения.

А.А. Помілуйко

СТРЕСОНАПОВНЕНІСТЬ ЖИТТЯ І КОГНІТИВНІ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ СУБ'ЄКТИВНО ЗНАЧУЩИХ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У роботі наведені результати дослідження хворих на стенокардію напруги та які перенесли інфаркт міокарду. Вивчалися стресонаповненість життя та когнітивні репрезентації суб'єктивних значущих життєвих обставин. У хворих на інфаркт міокарду встановлений найбільш високий рівень стресогенності актуальної життєвої ситуації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 89-95).

**STRESSFULNESS OF LIFE, AND COGNITIVE REPRESENTATION OF SUBJECTIVELY
SIGNIFICANT EVENTS IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS AND MYOCARDIAL
INFARCTION**

Donetsk National medical university named after M. Gorky

The results of the study of patients with angina pectoris and after myocardial infarction. Studied stressor-povnenist life and circumstances. In patients with myocardial infarction set the highest level stressorennosti current life situation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 89-95).

Литература

1. Mc Crae R.R. Situational determinants of coping responses: Loss, threat and Challenge. /R.R. Mc Crae. //J. of Personality and Social Psychology. 1984., Vol.46, №4.-P.919-928.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита. /Л.И.Анцыферова.// Психологический журнал.-1994.-№1.-с.3-18.
3. Losarus R.S. Stress, appraisal and coping. /R.S. Losarus, S.Folkman. New York: Springer Publishing Company,1984.-268p.
4. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. / Н.Е.Водопьянова. Питер., М., 2009.-329с.
5. Ениколопов С.Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями/С.Н. Екополов// Атмосфера.Кардиология: журнал для практикующих врачей.-2006.-№2.-С.20-24.
6. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: Автореф.дис.д-ра психол.наук/СПб.н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева.-Л.,1998.-46с.
7. Ашбель С.Н. Роль профессиональных психо-эмоциональных напряжений в реализации психосоматических заболеваний и мероприятия по профилактике этих заболеваний./ С.Н.Ашбель.-М.:1998.-1987.-19с.Деп.во ВНИИМИ МЗ СССР № 12616-87.
8. Виденяпина О.Ю.Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных сердечно-сосудистой патологией. Диссертация канд.мед.наук /О.Ю.Виденяпина.-М.,2001.-160с.
9. Мазур В.В. Клинико – психологические соотношения при гипертонической болезни и их связь с особенностями суточного профиля артериального давления. Автореферат диссертации канд.мед.наук /В.В. Мазур.-Тверь,1988.-18с.
10. Холмс Т.Х. Сравнительная шкала (по данным социологического опроса). /Т.Х.Холмс, Р.Х.Райх// Сборник психосоматических исследований. М., 1967,№11.-С.213-218.
11. Куликов Л.В. психологическая устойчивость личности (глава 5). /Л.В.Куликов.//Психология здоровья: Учебник для вузов. Под редакцией Г.С.Никифорова.-СПб.:Питер,2003.-с.104-126.
12. Куликов Л.В. Стресс и стрессоустойчивость личности./ Л.В.Куликов.//Теоретические и прикладные вопросы психологии. СПб., 1995.-С.123-132.

Поступила в редакцию 31.06.2012

УДК 159.23:616.89+616-006.6]-036-07-08-084

*Т.П. Яворська***ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТОМОВАНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

Харківська обласна клінічна лікарня, Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: онкологічні пацієнти, стомовані хворі, якість життя, післяопераційний період

Лікування будь-якого онкологічного захворювання є тривалим та складним процесом, що сам по собі має ряд негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я, соціального функціонування [3, 7]. Пов'язаними з протипухлинною терапією проявами є поточні та віддалені ускладнення повторних курсів хіміотерапії (нейротоксичний вплив) і променевої терапії, хірургічного втручання (косметичні дефекти, обмеження функціональної спроможності систем органів, інвалідизація).

Так, зменшення фізичного ресурсу організму є невід'ємною ознакою будь-якого хронічного захворювання, в тому числі і онкологічного [2, 5 – 7]. Однак, варто зазначити, що онкопатологія суттєво обмежує не тільки фізичні резерви, але і прогноз життя, в наслідок продовження хвороби та/або виникнення рецидиву. Вплив на психічне здоров'я включає викликані хворобою психогенні і соматогенні реакції, клінічно виражені психічні порушення (розлад адаптації, депресія, тривожні розлади та ін.), порушення міжособистісних та сімейних відносин, тобто, увесь спектр переживань та впливів обумовлених онкологічним захворюванням. Наслідки лікування у різному ступені впливають і на соціальне функціонування, від тимчасового відсторонення від роботи (у зв'язку з терапією) до часткової чи повної втрати працездатності, обмеження контактів з оточуючими, зміни фінансового положення. Таким чином, онкологічне захворювання впливає на різні сфери життя людини, що відображається на якості її життя.

По своїй суті поняття якості життя виступає як інтегральний параметр благополуччя людини, що описується як об'єктивними так і суб'єктивними показниками на різних рівнях функціонування індивіда. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, якість життя визначається як індивідуальне співвідношення положення індивідуума в житті суспільства з урахуванням культуральних особливостей і цінностей із цілями даного інди-

відуума, його планами, можливостями та ступенем дискомфорту.

Дослідження якості життя онкологічних хворих є актуальним у зв'язку зі ступенем впливу хвороби на фізичне, психічне та соціальне благополуччя людини та збільшенням тривалості життя онкологічних пацієнтів, тобто формування особливої групи хворих «виживших» («survivors»). У випадку виявлення онкологічного захворювання на ранній стадії для таких нозологій як рак молочної залози, рак простати, колоректальний рак, за останні роки зросла 5-річна виживаємість та збільшився термін вільних від хвороби років життя («disease-free survival») [2]. На сучасному етапі розвитку психоонкології багато уваги приділяється вивченню питань тривалості життя після хвороби у поєднанні з якістю життя, «вільних від хвороби інтервалів» та «quality-adjusted life years» («роки життя з високим рівнем адаптації та якості життя»). Відповідно, дані пацієнти потребують як медичної реабілітації орієнтованої на відновлення фізичної функції (у рамках можливого), так і психореабілітації, психологічного консультування чи психологічного супроводу для поновлення психоемоційної рівноваги, повернення до активного соціального життя.

Варто зазначити, що сучасними дослідженнями наголошується на позитивному ефекті заходів психологічної допомоги, психоосвітніх програм для хворих та членів їх сім'ї саме на початкових етапах лікувального процесу – протягом діагностики, психологічної підготовки до оперативного втручання, початку хіміотерапії, післяопераційному періоді [1, 2, 5, 7]. Так, розмова та пояснення хворому на колоректальний рак в доступних поняттях на передопераційному періоді завдань оперативного втручання, необхідність формування стоми, та у післяопераційному – навчання навикам догляду за стомою у поєднанні з психологічним консультуванням/супроводом, дозволяє зменшити прояви психіч-

ного дистресу та підвищити якість життя хворого.

У дослідженнях якості життя онкологічних хворих з різними нозологіями виявлено відмінності, що пояснюються як характером самого захворювання (спричиненим хворобою соматичним дистресом) так і його лікуванням (вид операції, застосовані лікарські препарати) [4, 8, 9].

Лікування колоректального раку з формуванням стоми стає стресовою подією для хворого та супроводжується високим рівнем фізичного дискомфорту, інтенсивними психоемоційними переживаннями, несприятливим впливом на соціальне життя [1, 2, 5, 7, 10]. У порівняльному дослідженні якості життя онкологічних пацієнтів зі стомою та без неї виявлено, що особи з обох груп переживали психологічний, соціальний дистрес, були наявними проблеми у подружніх стосунках та сексуальних відносинах, однак, у стомованих хворих було виявлено більш виражені труднощі у психоемоційній сфері, обмеження соціального функціонування та сексуальної дисфункції [8].

Отже, враховуючи наслідки формування стоми у пацієнтів з колоректальним раком – фізичні, психологічні, психосоціальні, що впливають на якість життя хворого, актуальним та важливим завданням сучасної клінічної практики в психонкології та онкохірургії є формування програм психореабілітації та медико-психологічної допомоги для стомованих пацієнтів.

Метою дослідження було дослідити якість життя пацієнтів зі стомою на етапі стаціонарної допомоги у післяопераційному періоді.

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди на базі Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2010 – 2011 років проведено анкетування та психодіагностичне обстеження 120 стомованих пацієнтів, з них 62 чоловіків – група 1 та 58 жінок – група 2, у післяопераційному періоді.

Для оцінки якості життя стомованих хворих було застосовано опитувальник Short Form «SF-36» [11], який використовується для групових порівнянь, з огляду на загальні концепції здоров'я або благополуччя, тобто ті параметри, які не є специфічними для різних вікових або нозологічних груп, а також груп, що отримують певне лікування. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Пацієнтам було запропоновано заповнити опитувальник «SF-36» у перші

4 – 5 днів після оперативного втручання (табл. 1). При обробці отриманих даних відповіді були згруповані у 8 шкал:

- фізичне функціонування (PF) – відображає ступінь, при якому фізичний стан обмежує обсяг виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, перенесення ваги ін.);
- фізичне обмеження рольових функцій (RP) – вплив фізичного стану на виконання повсякденної діяльності, включаючи домашню роботу та професійну діяльність;
- фізичний біль (BP) – інтенсивність болю та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом;
- загальне здоров'я (GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування;
- життєва сила (VT) – характеризує сприйняття хворим повноти власних сил та життєвої енергії чи, навпаки, відчуття знесилення;
- соціальне функціонування (SF) – визначається ступенем, при якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування);
- рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE) – ступінь, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншій повсякденній діяльності (включаючи великі затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо);
- психічне здоров'я (MH) – характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, а також загальний показник позитивних емоцій).

Так, шкали PF, RP, BP, GH відображали вплив захворювання на фізичний компонент здоров'я (PH), тоді як шкали VT, SF, RE, MH – його психічний компонент (MHg).

Аналіз результатів дослідження якості життя за опитувальником «SF – 36» виявив суттєве зниження показників фізичного та психічного здоров'я за всіма шкалами як у чоловіків (група 1) так і у жінок (група 2) (табл. 1).

У більшому ступені соматичний дистрес відображався на виконанні звичної повсякденної діяльності – домашня робота, професійна сфера (RP у обстежених групи 1 – 28,7 балів та групи 2 – 27,1 бала). Погане фізичне самопочуття у поєднанні з потребою у протипухлинній терапії, а відповідно госпіталізації, створювали підґрунтя для зміни звичного ритму життя – графіку роботи, перерозподілу побутових обов'язків між членами родини, надання переваги діяльності пов'язаної з лікуванням. Відсторонен-

ня або нездатність виконувати раніше доступну діяльність були додатковими психотравматичними чинниками для хворих. У чоловіків це у більшій мірі стосувалося професійної сфери, тоді як у жінок значимими були впливи на виконання сімейної ролі. Після проведення хірургічного втручання в фізичному аспекті факторами впливу були стан «виходу» з наркозу, післяопе-

раційний біль, сенсорні відчуття пов'язані з наявністю стоми. Відповідно, наявність даних симптомів приводила до обмеження фізичного навантаження (PF у осіб групи 1 - 40,6 балів та групи 2 - 38,4 бала), особливо у ранньому післяопераційному періоді. Фізичні обмеження зростали відповідно до віку та при наявності супутньої патології.

Таблиця 1

Якість життя стомованих пацієнтів у післяопераційному періоді за SF-36

Шкали SF-36	Група 1, n=62	Група 2, n=58
	Бали, max=100	
Фізичне функціонування (PF)	40,6	38,4
Фізичне обмеження рольових функцій (RP)	28,7	27,1
Фізичний біль (BP)	34,5	33,9
Загальне здоров'я (GH)	29,6	27,6
Життєва сила (VT)	31,5	28,5
Соціальне функціонування (SF)	28,4	27,2
Емоційне обмеження рольових функцій (RE)	31,8	25,2
Психічне здоров'я (MH)	34,4	28,8
Фізичний компонент здоров'я (PH)	36,8	30,6
Психічний компонент здоров'я (MHg)	32,4	27,1

Таким чином, психологічний зміст впливу фізичного стану на якість життя був обумовлений факторами зменшення фізіологічних можливостей організму, скороченням обсягу виконуваної діяльності і пов'язаних з цим винагород (фінансовий, соціальний статус, самореалізація),

Шкала фізичного болю BP відображала вплив больового синдрому на функціонування хворого, обмеження пов'язані з наявністю болю (34,5 бала у осіб з групи 1 та 33,9 бала – групи 2) – рухової активності, зміни настрою у вигляді гіпотимії, тривоги, «очікування болю». Так, біль сам по собі виступав як вкрай неприємне та обтяжливе сенсорне відчуття, що поєднувало власне фізичний (подразнення ноцицепторів – об'єктивна складова) і психоемоційний компоненти (індивідуальне сприйняття болю – суб'єктивна складова). Розрізнення даних складових у формуванні больового синдрому було важливим у сенсі планування та проведення заходів медико-психологічної допомоги, спрямованої на індивідуальне сприйняття болю.

Показники загального здоров'я (GH) виявили досить негативну самооцінку стану свого здо-

ров'я на даний момент часу (29,6 балів у обстежених групи 1 та 27,6 балів – групи 2), що логічно пов'язане з діагностуванням онкологічного захворювання, яке супроводжується високим рівнем соматичного дистресу, схильністю до прогресування, рецидивів, складністю діагностики і лікування, в тому числі оперативного втручання. Важливим аспектом на психологічному рівні виступав фактор відсутності гарантованого результату (видужання, тривалого безрецидивного перебігу чи прогресування) щодо проведеної протипухлинної терапії, «негативні» наслідки операції у вигляді формування стоми, що відображалося на оцінці пацієнтом перспектив лікування та подальшого життя.

Таким чином, за рахунок зниження показників за шкалами PF, RP, BP, GH в цілому спостерігалось зменшення фізичного компоненту здоров'я (PH у осіб групи 1 36,8 бала та групи 2 – 30,6 бала).

Також, було виявлено суттєве зниження психічного компоненту здоров'я (MHg) у обстежених обох груп (32,4 бала у осіб групи 1 та 27,1 бала – групи 2), що ґрунтувалося на погіршенні соціального функціонування (SF у групі 1 – 28,4

бала та групі 2 – 27,2 бала), життєвої сили (VT – 31,5 та 28,5 балів відповідно у хворих з групи 1 та 2), емоційного обмеження рольових функцій (RE 31,8 у групі 1 та 25,2 у групі 2), психічного здоров'я (MH у групі 1 та 2 відповідно 34,4 та 28,8 балів).

Зміни у психічному стані хворих були пов'язані з переживанням стресової та психотравмуючої ситуації, що відображалось на психоемоційному статусі та проявлялося різноманітними емоціями. У пацієнтів часто відзначалися такі емоції як здивування, відраза, презирство, почуття провини, тобто стенічні негативні емоції. Тоді як прояви радості були обмеженими та короткотривалими, що свідчило про зниження життєвої енергії та відчуття позитивного відношення до всього оточуючого, сприйняття світу та самого себе.

Емоції гніву були пов'язані з почуттям фізичної і психологічної несвободи, втрати контролю над подіями та власним життям, зламом життєвого плану, різкою зміною життєвого укладу. Гнів спрямовувався на оточуючих (звинувачення у невчасній діагностиці, помилках у лікуванні, конфліктах у родині) або самого себе (самозвинувачення). Відраза була орієнтована як назовні – лікарняна атмосфера та оточуючі (близькі, інші пацієнти), так і на самих себе – фізіологічні прояви, вимушеність ситуації.

Невизначеність ситуації (відсутність гарантій щодо видужання) та наявність великого об'єму нової інформації провокували появу тривоги та страху, що були відповіддю на відчуття загрози для внутрішньої та тілесної цілісності особистості. Страху стосувалися подальшого перебігу захворювання та стану здоров'я, впливу на життя, майбутнє. Переживання тривоги та страху супроводжується почуттям невпевненості, беззахисності, непідконтрольності ситуації.

Також у пацієнтів виникало таке почуття як сором. Сором характеризувався підвищенням самоусвідомлення та відображав усвідомлення власної нездатності та неадекватності. Поріг емоції сорому напряму пов'язаний з тим, наскільки людина чутлива по відношенню до себе і думки значимих для неї інших людей. Надмірна та прискіплива увага, спрямована на власне «Я», призводила до усвідомлення внутрішнього неспівпадіння та до болісного зниження самооцінки. Варто звернути увагу на той факт, що наслідком операції було формування стоми. Так як стома була неприродним вивідним отвором та не мала сфінктерів, що дозволяють довільно керувати актом випорожнення кишечку виникав ряд гігієнічних аспектів (дотримання чистоти шкірних покривів, неконтрольоване виділення кишкових газів), які могли впливати на ставлення оточуючих до хворого – бути прийнятим або відразливим для інших людей.

У актуальному психоемоційному стані було присутнім почуття провини, самозвинувачення (за невчасне звернення до лікаря, «неправильний» спосіб життя), відчуття себе тягарем для родини.

Обстежені відзначали загальну втрату життєвого тону, виснаженість, зниження прояву позитивних емоцій на відміну від зростання негативних, що відображалось на спілкуванні з оточуючими, виконанні повсякденної роботи, яка займала набагато більше часу та мала меншу продуктивність.

Таким чином, у обох групах (і чоловіків і жінок) було визначено суттєве погіршення якості життя (рис. 1 та 2), що було обумовлено наявністю соматичного дистресу, спричиненого онкологічним захворюванням, перенесеним оперативним втручанням (післяопераційний стрес) та формуванням стоми.

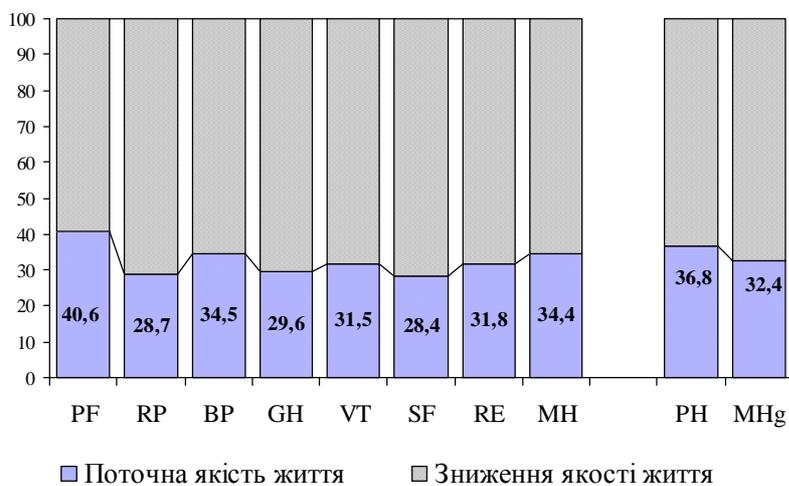


Рис. 1. Зниження показників якості життя у групі 1 стомованих онкохворих у післяопераційному періоді

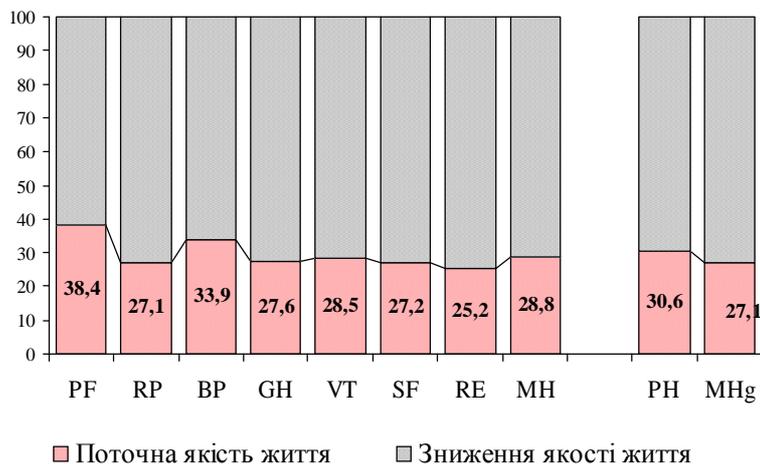


Рис. 2. Зниження показників якості життя у групі 2 стомованих онкохворих у післяопераційному періоді

Вираженість та характер переживань пацієнтів у післяопераційному періоді у значному ступені залежали від особистісного реагування на наявність стоми і потребою догляду за нею.

Для виявлення особливостей психоемоційного стану, пов'язаного власне зі стомою, обстеженим було запропоновано відповісти на запитання анкети. Запитання анкети були розділені на

діагностичні блоки, які дозволяли оцінювати вплив наявності стоми на загальний емоційний стан, переживань безпосередньо відносно стоми, засобів догляду за нею (калоприймачів), впливу на міжособистісні відносини. Інтенсивність переживань можна було ранжувати, а саме, 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – часто, 4 – завжди. У табл. 2 наведено результати вибором відповіді 3 та 4.

Таблиця 2

Результати анкетування стомованих хворих у групах 1 та 2

Параметри	Група 1, n=62	Група 2, n=58
	%	
Переживання наявності неприємного запаху, звуків	100	100
Страх переповнення або відклеювання калоприймача	77,4	87,9
Переживання бути тягарем для близьких та родини	82,3	87,9
Незручності догляду за стомою (зміни) на роботі, під час подорожей, перебування в гостях	77,4	82,6
Занепокоєння з приводу того, що калоприймач буде видно під одягом	35,5	58,6
Труднощі у спілкуванні з іншими людьми	38,7	65,5
Відчуття себе сексуально непривабливим для партнера	46,7	48,3
Уникнення фізичних контактів	24,2	43,1

На емоційному рівні у стомованих хворих були присутні переживання пов'язані з наявністю стоми, а саме, неприємний запах, страх переповнення калоприймача та його протікання, гігієнічні аспекти, а також, з її впливом на сфе-

ру міжособистісних відносин – страх бути неприємним (відразливим) іншим людям, інтимні стосунки. Фізичний дискомфорт був пов'язаний з порушеннями звичного пасажу по кишечнику, подразненням шкіри навколо стоми, потребою

в дотриманні дієти та постійного догляду за сто-мою. У зв'язку зі страхами неприємного запаху, протікання калоприймача, відсутності пристосо-ваних приміщень для його зміни поза домом, за-гальним прогресуванням хвороби і тяжкістю ста-ну, виникали обмеження у включеності до сусп-ільного життя (робота, спілкування). Тобто, у пацієнтів поряд зі зростанням загального психо-емоційного напруження виникали суто спе-цифічні переживання, пов'язані з наявністю сто-ми, що відображалось на якості життя хворих.

Так, відносно стоми та необхідності викори-стовувати калоприймачі, хворих найбільше не-покоїли питання догляду за стомою (страх пе-реповнення або відклеювання калоприймача, неприємний запах, звуки, видимість під одягом), доступність умов зміни калоприймача (наявність туалету, незручність заміни у гостях чи під час подорожі). В наслідок подібних переживань па-цієнти відмічали виникнення труднощів у вста-новленні контактів з іншими людьми, спілку-ванні з оточуючими, відчували себе сексуально

непривабливими для партнера, сторонилися фізичних контактів (обійми), вважали себе тя-гарем для родини (табл. 2).

В цілому якість життя стомованих хворих – фізичний та психічний компоненти здоров'я, – на післяопераційному етапі були низькими. На-слідком формування стоми була поява специфі-чних переживань, що при високій їх інтенсив-ності мали дезадаптивний характер. Саме тому ідентифікація основних психологічних проблем, особливостей психоемоційного стану хворого, виокремлення факторів, що чинять вплив на якість життя стомованих пацієнтів, відобража-ються на психосоціальному функціонуванні стає підґрунтям для визначення основних мішеней медико-психологічного впливу і відповідно доз-воляє ефективно та прицільно надавати психо-логічну допомогу хворому, що має реалізується у вигляді «Школи стомованого хворого», індив-ідуальній психокорекції, групах психологічної підтримки, психологічного консультування ро-дини пацієнта.

Т. П. Яворская

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТОМИРОВАННЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Харьковская областная клиническая больница, Харьковская медицинская академия
последипломного образования

На базе Харьковской областной клинической больницы было проведено исследование качества жизни пациентов со стомой в послеоперационном периоде. Качество жизни стомированных больных - физический и психический компоненты здоровья, - на послеоперационном этапе определены как низкие. Следствием формирования стомы было появление специфических переживаний, что при высокой их интенсивности имели дезадаптивный характер. Идентификация факторов, оказавших влияние на качество жизни стомированных пациентов, отражающихся на психосоциальном функционировании была основой для определения основных мишеней медико-психологического воздействия и соответственно организации психологической помощи больному и психологического консультирования семьи пациента. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 96-102).

T.P. Yavorskaya

QUALITY OF LIFE CANCER PATIENTS WITH A STOMA IN POSTOPERATIVE PERIOD

Kharkiv Regional Clinical Hospital, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

On the basis of the Kharkov Regional Clinical Hospital was conducted research above quality of life of patients with a stoma in the postoperative period. Quality of life patients with a stoma - physical and mental components of health - at the postoperative stage, defined as low. As a result of stoma formation was appearance of specific experiences that at high intensity it had maladaptive character. Identification of factors that do influence on the quality of life patients with a stoma was the basis for identifying key targets psychological impact and therefore the organization of psychological help to the patient and their family. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 96-102).

Література

1. Black P. K. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma / P. K. Black // Br. J. Nurs. — 2004. - Vol. 13(12). P. 692 – 697.
2. Brown H. Living with a stoma: a review of the literature / H. Brown, J. Randle // J Clin Nurs. — 2005. — Vol. 14(1). — P. 74 – 81.
3. Cancer Statistics / A. Jemal, T. Murray, E. Ward [et al.] // CA Cancer J. Clin. — 2005. — Vol. 55. — P. 10 – 30.
4. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: Manifestations by sex / R. S. Krouse, L. J. Herrinton, M. Grant [et al.] // J Clin Oncol. — 2009. — Vol. 27. — P. 4664 – 4670.
5. Hurny C. Psychosocial sequelae of ostomies in cancer patients

- / C. Hurny, J. Holland // CA: A Cancer Journal for Clinicians. — 1985. — Vol. 35. — Issue 3. — P. 170 – 183.
6. Nichols T. R. The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients / T. R. Nichols, M. Riemer // J. Wound Ostomy Continence Nurs. — 2008. — Vol. 35(3). — P. 316 – 320.
7. Psycho-Oncology / Ed. Holland J. C., Breitbart W.S., Jacobsen P. B. [et oth]. — Oxford University press, 2010. — P. 712.
8. Quality of life in colorectal cancer Stoma vs. nonstoma patients / M. A. G. Sprangers, B. G. Taal, N. K. Aaronson [et al.] // Diseases of the Colon & Rectum. — Vol. 38. — № 4. — P. 361 – 369.
9. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies / R. Krouse, M. Grant, B. Ferrell [et al.] // J. Surg.

Res. – 2007. – Vol. 138(1). – P. 79 – 87.

10. Stoma surgery for colorectal cancer: a population-based study of patient concerns / B. M. Lynch, A. L. Hawkes, S. K. Steginga [et al.] // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2008. – Vol. 35(4). – PP.

424 – 428.

11. Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (IQOLA) / J. Ware, B. Gandek // Projekt J. Clin. Epidemiology. – 1998. – Vol. 11. – P. 903 – 912.

Поступила в редакцию 19.05.2012

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8-059-039.11:615.851]-08-035

*Т.Л. Ряполова***ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКСПРЕССИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экспрессивная психотерапия, доказательная медицина, шизофрения

Современный уровень развития «реабилитационного поля» деятельности в психиатрии характеризуется совершенствованием методологии организационных форм и методического обеспечения реабилитационного процесса. Инновационные подходы в этой сфере связаны главным образом с интегративными представлениями о биопсихосоциальной сущности психических расстройств, пациент-центрированной направленностью терапевтической тактики, предусматривающей сочетание биологического и психосоциального лечения, а также с необходимостью достижения социальной компетентности и автономии пациента. Именно такая концептуальная основа заложена в клинических протоколах оказания медицинской помощи больным шизофренией, в том числе с первым психотическим эпизодом.

Новые подходы к психофармакологическому лечению, показывающие большую терапевтическую эффективность, по сравнению с традиционными нейролептическими средствами, тем не менее, не являются антитезой психосоциальным вмешательствам. Возможности биологической терапии ограничены купированием («смягчением») клинических проявлений болезни и не могут быть адекватным инструментом для повышения адаптивных ресурсов личности пациента, улучшения его социальной компетентности и ролевых функций. Важнейшие задачи по социальному восстановлению пациентов решаются методами психо- и социотерапевтического вмешательства.

Развитие форм помощи, основанных на психосоциальных вмешательствах, входит в число приоритетов Европейской декларации и Европейского Плана действий по охране психического здоровья. В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) указы-

валось, что психосоциальная реабилитация становится не просто методом, а всеобъемлющим процессом [1, 2]. Методы экспрессивной терапии являются существенным компонентом ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией [3].

С начала своей истории человек использовал музыку, изобразительное искусство, драму и танец для самовыражения и исцеления физически и психически больных, подъема себя на более высокий уровень развития. Экспрессивная терапия помогает индивидууму найти свое собственное «Я» с помощью различных форм искусства. В противоположность традиционной психотерапии экспрессивная терапия включает вербальные и невербальные способы выражения. Цели экспрессивной терапии заключаются в работе с непосредственной проблемой пациента, в оказании помощи пациенту в понимании им смысла своей личной и общественной жизни, в использовании имеющихся в распоряжении межличностных механизмов для развития взаимодействия и общения с окружающими, в развитии у пациента здорового чувства силы «Я», самоуважения и собственного достоинства, в стимулировании интеллектуальных, физических и эмоциональных способностей.

Наиболее распространенными методами экспрессивной терапии являются арт-терапия, музыкотерапия, терапия танцем и драма терапия. Их эффективность показана в ряде рандомизированных исследований, что является доказательной базой их использования в практической деятельности.

Арт-терапия в Великобритании развивалась в основном у взрослых пациентов психиатрических стационаров, являясь одним из методов терапии, наиболее удовлетворяющих потребности наиболее беспокойных больных во время их госпитализации. Арт-терапия уникальна еще и

потому, что ее материалы используются для установления контакта с беспокойными больными в психодинамической терапии [4]. Существует большое количество определений арт-терапии, однако ее основной принцип прослеживается во всех дефинициях и отражает возможность установления связи между пациентом и терапевтом. Британская ассоциация арт-терапевтов предлагает определение арт-терапии как метода «использования полученных в процессе терапии материалов для самовыражения и отражения в настоящем с помощью тренированного арт-терапевта. От клиента, включенного в арт-терапию, не требуется наличия предыдущего опыта или специальных навыков, задачей арт-терапевта не является эстетическая или диагностическая оценка образов пациента. Общей целью является дать возможность клиенту измениться и вырасти на личностном уровне путем использования арт-материалов в безопасной и способствующей развитию окружающей среде». Выделяется три «поля коммуникации» в процессе арт-терапии больных шизофренией: внутриличностное, промежуточное и межличностное [5]. Эти поля коммуникации существуют во взаимосвязи и взаимовлиянии. Внутриличностное поле ответственно за создание образов и сохраняется терапевтом для пациента. В соответствии с ним пациент развивает уникальное взаимодействие с арт-материалами, которое может привести к восстановлению символической конструкции. Промежуточное поле создает рамки для игры, где больной может экспериментировать с объектами в символической активности и убеждаться в том, что они не имеют конкретного воздействия на него или терапевта. Наконец, межличностное поле является взаимосвязью между пациентом и терапевтом на основании образов.

Было проведено 61 исследование эффективности арт-терапии у больных с тяжелыми психическими расстройствами, но лишь 2 рандомизированных исследования позволили дать оценку данному методу в сравнении со стандартным лечением больных, предусматривающим медикаментозное лечение, поддерживающую терапию, психообразовательные и когнитивно-поведенческие методы. В обоих исследованиях арт-терапия использовалась в комплексе со стандартной психиатрической помощью больным шизофренией. В сравнении с группой больных, получавших стандартное лечение, большинство пациентов, проходивших курс арт-терапии в сочетании со стандартной психиатрической помощью, завершили краткосрочное (n=90, 1 RCT, RR

0.97 CI от 0.41 до 2.29), средней продолжительности (n=47, 1 RCT, RR 0.34 CI от 0.15 до 0.80) и длительное (n=47, 1 RCT, RR 0.96 CI от 0.57 до 1.60) лечение. Сравнительное изучение психического состояния (SANS) показало небольшое, но значимое улучшение в группе больных, проходивших курс арт-терапии (n=73, 1 RCT, WMD -2.3 CI от -4.10 до -0.5). При краткосрочном использовании метода арт-терапии не было выявлено явных различий как в уровне социального функционирования больных в сравнении с исходным уровнем (n=70, 1 RCT, WMD 7.20 CI от -2.53 до 16.93), так и в качестве жизни (по методике PerQoL) пациентов, включенных в группу комплексной терапии (стандартное лечение + арт-терапия). Оба исследования имели ограниченное число участников, что не позволило оценить реальную успешность метода арт-терапии. Необходимо большее количество данных для определения эффективности метода у больных шизофренией [6].

Музыкотерапия определяется как «систематический процесс воздействия, в котором терапевт использует музыкальный опыт и взаимосвязи для развития у пациента динамических изменений» [7]. Музыкотерапия чаще воспринимается как психотерапевтический метод в том смысле, что он адресован интра- и интерпсихическому, так же как социальный процесс музыкального взаимодействия на уровне коммуникации, экспрессии и трансформации. Целью терапии является помощь больным с тяжелыми психическими расстройствами в развитии взаимосвязей, которые они не могут установить только с помощью слов. Модели музыкотерапии основаны на психоаналитической, гуманистической, когнитивно-поведенческой теориях [8, 9]. Подходы музыкотерапии могут быть описаны путем ее модальности, уровня структурированности и фокусирования на собственно музыке или вербальном выражении музыкального опыта. Модальность предусматривает различные виды активности пациента от игры или пения до свободной импровизации и воспроизведения песен. Степень структурированности определяется терапевтом и варьирует от четкого набора музыкальных произведений, предлагаемых терапевтом, до индивидуального выбора пациентом произведений и степени активности. Внимание может быть сфокусировано как на собственно звучании музыки, так и на вербальном выражении пациентом его отношения к музыкальному произведению. Музыкотерапия часто является посредником в коммуникации и выражении без

использования вербального языка. Музыкаотерапия способствует уникальной мотивации, установлению взаимосвязей и эмоциональной экспрессии, которые часто не могут быть достигнуты в процессе разговорной терапии [10, 11]. Установлено, что использование музыкаотерапии способствует повышению качества жизни [12].

В восьми рандомизированных исследованиях (всего 483 участника) изучались эффекты краткосрочной и средней продолжительности (от одного до четырех месяцев) музыкаотерапии в различном «дозировании» от семи до 78 сессий у больных шизофренией и шизофреноподобными расстройствами. При использовании музыкаотерапии в сочетании со стандартной помощью отмечалось значительное улучшение общего состояния в сравнении с группами больных, получавших только стандартную терапию, при средней продолжительности курса лечения (1 RCT, $n = 72$, RR 0.10 95% CI от 0.03 до 0.31, NNT 2 95% CI 1.2 to 2.2). Музыкаотерапия способствовала уменьшению негативных симптомов (4 RCTs, $n = 240$, согласно данным шкалы SANS, -0.74 95% CI от -1.00 до -0.47); улучшению общего психического состояния (1 RCT, $n = 69$, согласно шкале PANSS, -0.36 95% CI от -0.85 до 0.12; 2 RCTs, $n=100$, по шкале BPRS, -0.73 95% CI от -1.16 до -0.31); нивелированию симптомов депрессии (2 RCTs, $n = 90$, по шкале самооценки депрессии SDS, -0.63 95% CI от -1.06 до -0.21; 1 RCT, $n = 30$, по шкале депрессии Гамильтон (HAM-D), -0.52 95% CI от -1.25 до -0.21) и тревоги (1 RCT, $n = 60$, по шкале SAS, -0.61 95% CI от -1.13 до -0.09). Также было отмечено положительное воздействие на уровень социального функционирования (1 RCT, $n = 70$, по баллам шкалы SDSI, -0.78 95% CI от -1.27 до -0.28). Помимо этого, имелась тенденция положительного развития некоторых аспектов когнитивного функционирования и поведения благодаря музыкаотерапии. Эффекты, однако, были противоречивыми на протяжении исследований и зависели как от числа сессий, так и качества предлагаемой музыкаотерапии [13].

Танец использовался как целительный ритуал с начала истории человечества, однако профессиональное направление терапии танцем создано относительно недавно [14]. Терапия танцем или танцевальная двигательная терапия (DMT) определяется как психотерапевтическое использование движения как процесса, который способствует эмоциональной, социальной, когнитивной и физической интеграции индивидуума [15]. Данная терапия использует танец и

движение для выражения личностью эмоций на невербальном уровне. Терапевт помогает индивидууму интерпретировать его движения как звено личностных переживаний. Специального терапевтического танца нет. Танец выполняет терапевтическую функцию только под руководством специалиста или терапевта [16]. Терапевтический танец в любой ситуации с любыми участниками задействует мышление, эмоции, волевые процессы. Продолжительность сеанса терапии танцем варьирует от 20 до 90 минут в зависимости от напряженности участников и их толерантности. Модель сессии терапии танцем обычно включает следующие фазы: введение, эксплорация, основное действие, обзор и выводы. На стадии введения участники настраиваются и готовят тело к движению. Движения, возникающие на стадии введения, повторяются в фазе эксплорации. Некоторые из физически успешных и эмоционально значимых движений могут быть использованы в фазе основного действия. В фазе основного действия движения совершенствуются, скрытое внимание уделяется их психо-физическому содержанию. От этого процесса зависит определение последующих терапевтических шагов. Перед подведением итогов сессии предусмотрен просмотр материала. Терапевт с участниками решает, что полезное и успешное из достигнутого может быть извлечено и использовано в дальнейшем.

Принципы терапии танцем основаны на положении о том, что движения и эмоции находятся в реципрокном взаимодействии. Благодаря этим связям участник может реализовать глубокую связь с самим собой. С терапевтической точки зрения, существует достаточно большое количество факторов, которые делают танцевальную терапию пригодной для использования в лечебных целях. Во-первых, через движение тела танец стимулирует и освобождает чувства. Во-вторых, танец дает возможность участнику облегчить взаимодействие и невербальный контакт. В-третьих, некритическая терапевтическая обстановка часто ведет к уменьшению тревоги. В-четвертых, свободные движения в сочетании с ритмом способствуют физическому и эмоциональному комфорту. И, наконец, естественный ответ пациента на ритм стимулирует индивидуальные движения и поведение участника группы [17]. С технической точки зрения, обоснованием терапии танцем является «физический феномен, который способствует возникновению эмоций». Терапевт обучает клиента интерпретации моторной экспрессии и установлению свя-

зи между движением и чувствами, а затем – обогащению чувств через возможность к переживанию в движении.

Эффективность терапии танцем у больных шизофренией показана в одном слепом исследовании соответствующего качества (n=45). Сравнение проводилось в группах больных, проходивших терапию танцем в сочетании со стандартной помощью, и пациентами с рутинным подходом в терапии. Общий балл по шкале PANSS был примерно одинаковым в сравниваемых группах (WMD -0.50 CI от -11.8 до 10.8). В конце лечения у статистически значимо большего числа пациентов из группы терапии танцем отмечалась редукция негативных симптомов почти на 20% (по шкале PANSS, RR 0.62 CI от 0.39 до 0.97), а также снижение общего балла негативных проявлений (WMD -4.40 CI от -8.15 до 0.65). Не выявлено различий в уровне удовлетворенности (шкала CAT, WMD 0.40 CI от -0.78 до 1.58) и качестве жизни (шкала MANSA, WMD 0.00 CI от -0.48 до 0.48). Экспертами сделано заключение о необходимости проведения большого рандомизированного исследования исходов, таких как обострение, госпитализация, качество жизни, ранний отказ от участия в исследовании, стоимость помощи и удовлетворенность терапией танцем для прояснения эффективности использования танцевальной терапии у больных шизофренией, особенно у больных с негативными симптомами, резистентными к медикаментозной или разговорной терапии [18].

В Великобритании терапия драмой используется на протяжении нескольких десятилетий в случаях, когда более условная «разговорная терапия» оказывается неэффективной, например, у больных с умеренными или тяжелыми трудностями в обучении, при деменции, при длительно текущей шизофрении. У истоков драма-терапии стояли греческий театр с его идеями ритуалов и катарсиса, идеи Винникотт о совпадении игры и терапии [19] и концепции Боула о драме как социальном акте [20]. Обоснованием использования драма-терапии при шизофрении является то, терапия драмой как ориентированный на движение метод включает некоторые положительные черты, отсутствующие или слабо представленные в разговорной терапии. Одно из ключевых положений драма-терапии состоит в том, что драма является контейнером,местилищем. Особенностью больных шизофренией является непоследовательность в мышлении и эмоциях, которые трудно сохранять и удерживать. Поэтому использование традици-

онной психотерапии может быть проблематичным, так как предполагает хотя бы некоторую способность к саморегуляции мыслей и чувств. Более формальная структура драма-терапии и ее разделение между миром драмы и миром группы может предложить внешнюю регуляцию как компенсацию поврежденной саморегуляции [21]. Другой идеей драма-терапии является эстетическая дистанцированность [22]. Элемент «притворства» в драме допускает, работу участников с чувствительным для них материалом. Эффект дистанцирования в драме (проигрывание фантазий в метафорической или символической форме) делает возможным проработку материала в безопасной форме («это всего лишь рассказ»). Основной формой драма-терапии является креативно-экспрессивный метод [23] с использованием драматических игр и импровизационных упражнений, поощряющих спонтанность и творческий поход в рамках безопасности. Драма-терапия поощряет участников к распознаванию собственных проекций в проигрываемых ролях, к модификации или экспериментированию с ролями. Третий подход позволяет использовать архетипические мифы, сказки, фольклор из различных культур с их способностью отражать и помогать разрешению задач развития личности [24, 25].

Несмотря на достаточно большое количество исследований драма-терапии у стационарных больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, не получено достоверных данных о позитивном или негативном воздействии данного метода. Возможно, это связано с разнородным характером проводимой терапии (в одном исследовании драма-терапия являлась активным методом воздействия, в другом – использовалось проигрывание ролей, в третьем использовалась групповая социодрама, в двух исследованиях – психодрама), а также культуральными особенностями вмешательств (два исследования проводились в Китае) и недостаточным количеством исследованных показателей. Необходимо продолжить проведение исследований драма-терапии как одного из эффективных методов психотерапевтических воздействий у больных с расстройствами шизофренического спектра [26].

В рамках интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и заболеваний шизофренического спектра на базе отделений медико-социальной реабилитации КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Донецк и КЛПУ

«Областная клиническая психиатрическая больница», г. Ждановка осуществлялась попытка внедрения методов экспрессивной терапии в сочетании с другими психотерапевтическими подходами. Группа пациентов, прошедших курс реабилитационного вмешательства с элементами экспрессивной терапии, состояла из 73 человек, группа сравнения (пациенты, получавшие только биологическое лечение) – из 70 человек.

В процессе групповой арт-терапии (например, создание тематических коллажей «счастье и гнев», «любимое место», «автопортрет на коробке», занятия флористикой) были задействованы различные психотерапевтические факторы (художественной экспрессии, коммуникативный, интерпретации и вербальной обратной связи). Процесс творчества тренировал у пациентов такие качества как умение владеть собой, ответственность, контроль, выбор и принятие решений. В результате больные начинали испытывать удовлетворенность результатами и процессом деятельности, что повышало самооценку, улучшало взаимоотношения с окружающими,

ми, способствовало углублению культурных интересов и знаний и формированию новых потребностей. Использование танцевальных движений во время утренней гимнастики с одной стороны, повысило общую активность и подвижность пациентов, с другой – способствовало снятию эмоционального напряжения, приобретению большей свободы выражения своих переживаний, являлось наиболее простым средством тренировки взаимодействия между больными. Включение музыки в повседневное окружение оказывало регулирующее влияние на психовегетативные процессы, благоприятствовало эмоциональной разрядке, регулированию эмоциональных состояний, повышению социальной активности больных.

Таким образом, использование данных доказательной медицины об эффективности методов экспрессивной терапии является основанием для комплексного внедрения в индивидуальные программы ранней реабилитации больных шизофренией арт-терапии, музыкотерапии, терапии танцем, драма-терапии.

Т.Л. Ряполова

ДОКАЗОВИЙ ПІДХІД У ВИКОРИСТАННІ ЕКСПРЕСИВНИХ МЕТОДІВ ПСИХОТЕРАПІЇ В РАННІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті наведено дані метааналізів наукових оглядів стосовно проблеми ефективності методів експресивної терапії, таких як арт-терапія, музикотерапія, терапія танцем, драма-терапія. Свідчення доказової медицини покладені в основу використання елементів експресивної терапії в ранній психосоціалній реабілітації хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 103-108).

T.L. Ryapolova

EVIDENCE-BASED APPROACH IN THE USE OF EXPRESSIVE PSYCHOTHERAPEUTICAL METHODS IN THE EARLY REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

Data of metaanalyses of the scientific reviews on the problem of the effectiveness of the expressive therapy methods such as art-therapy, music therapy, dance therapy, drama therapy are shown in the article. Evidence-based medicine data are put in the background of the use of the expressive therapy elements in the early psycho-social rehabilitation of the schizophrenic patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 103-108).

Литература

1. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. - ВОЗ, Женева, 2001. - 243 с.

2. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина - Донецк: «Каштан», 2009. - 583 с.

3. Ряполова Т. Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (био-психосоциальная модель): автореф. дис. на соиск ученой степ. докт. мед. наук: спец. 14.00.16 «Психиатрия». - Харьков., 2010. - 36 с.

4. Deco S. Return to the open studio group. Art therapy groups in acute psychiatry / In: S. Skaife, V. Huet (ed). Art psychotherapy groups. Between pictures and words. - London & New York: Routledge. - 1998. - 256 p.

5. Killick K., Greenwood H. Research in art therapy with people who have psychotic illnesses / In: A. Gilroy, C. Lee (ed). Art and music therapy and research. - London & New York: Routledge. - 1995. - 518 p.

6. Ruddy R., Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses / R. Ruddy, D. Milnes // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2005. - Issue 4 [DOI: 10.1002/14651858.CD003728. pub2].

7. Bruscia K.E. Defining music therapy. / K.E. Bruscia // 2nd Edition. - Gilsum, NH: Barcelona Publishers. - 1998. - 118 p.

8. Gold C. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis / C. Gold, H.P. Solli, V. Krüger, S.A. Lie // Clinical Psychology Review. - 2009. - Vol. 29, №3. - P. 193 - 207.

9. Wigram T. Indications in music therapy: Evidence from assessment that can identify the expectations of music therapy as a treatment for autistic spectrum disorder (ASD). Meeting the challenge of evidence based practice / T. Wigram // *British Journal of Music Therapy*. – 2002. – Vol. 16, №1. – P. 5 – 28.
10. Rolvsjord R. Sophie learns to play her songs of tears: A case study exploring the dialectics between didactic and psychotherapeutic music therapy practices / R. Rolvsjord // *Nordic Journal of Music Therapy*. – 2001. – Vol. 10, №1. – P. 77 – 85.
11. Solli H.P. “Shut up and play!” Improvisational use of popular music for a man with schizophrenia / H.P. Solli // *Nordic Journal of Music Therapy*. – 2008. – Vol.17, №1. – P. 67 – 77.
12. Ansdell G., Meehan J. “Some light at the end of the tunnel”: Exploring users’ evidence for the effectiveness of music therapy in adult mental health settings / G. Ansdell, J. Meehan // *Music and Medicine*. – 2010. – Vol. 2, №1. – P. 29 – 40.
13. Müssler K. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders / K. Müssler, X. Chen, T.O. Haldal, C. Gold // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2011. - Issue 12. [DOI: 10.1002/14651858. CD004025. pub3].
14. Chodorow J. Dance therapy and depth psychology: the moving imagination / J. Chodorow. - London: Routledge. - 1991. – 345p.
15. Payne H. Dance movement therapy - theory, research and practice. 2nd Edition / H. Payne. - Sussex: Routledge. - 2006. – 384p.
16. Exiner J., Kelynack D. Dance therapy redefined - a body approach to therapeutic dance / J. Exiner, D. Kelynack. - Springfield, IL: Charles C Thomas. - 1994. – 534p.
17. Espenak L. Dance therapy - theory and application / L. Espenak, A. Adler, A. Lowen. - Springfield, IL: Charles C Thomas. - 1981. - 423p.
18. Xia J., Grant T.J. Dance therapy for schizophrenia / J. Xia, T.J. Grant // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2009. - Issue 1 [DOI: 10.1002/14651858.CD006868.pub2].
19. Winnicott D.W. *Playing and Reality* / D.W. Winnicott. - London: Tavistock Publications. - 1971. – 213p.
20. Boal A. *The Theatre of the Oppressed* / A. Boal. - London: Routledge. - 1982. – 243p.
21. Bielanska A. *Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic Patients - Our Impressions* / A. Bielanska, A. Cechnicki, P. Budzynadawidowski // *American Journal of Psychotherapy*. – 1991. – Vol. 45, № 4. – P. 566 – 75.
22. Jones P. *Dramatherapy: Five core processes* / P. Jones // *Dramatherapy*. – 1993. – Vol. 14, №1. – P. 8 – 15.
23. Jennings S. *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wings*. *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wings* / S. Jennings. - London: Jessica Kingsley Publishers, Ltd. - 1990. – 264p.
24. Bettelheim B. *The Uses of Enchantment: the Meaning and Importance of Fairytales* / B. Bettelheim. - Harmondsworth: Penguin. - 1976. - 258p.
25. *Phantasy Therapy in psychiatry: Rediscovering reality in phantasy* / G.B Schmid., R. Eisenhut [et al.] // *Forschende Komplementarmedizin Und Klassische Naturheilkunde*. – 2002. – Vol. 9, №5. – P. 283–291.
26. Ruddy R., Dent-Brown K. *Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses* / R. Ruddy, K. Dent-Brown // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. - Issue 1 [DOI: 10.1002/14651858. CD005378. pub2].

Поступила в редакцию 04.07.2012

ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.89.008.1:615.86:615.214.2

*И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, ¹Я.С. Варшавский, Т.И. Шустерман, А.А. Дугнистый,
С.В. Рокутов, А.Е. Николенко*

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ
(МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОН)**

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», ¹Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета»

Ключевые слова: МДПВ, зависимость, психотическое расстройство

Проблемы аддиктивного поведения и психотических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ становятся в Украине все более актуальными [1, 2]. В настоящее время существует множество веществ различных по химической структуре и механизмам действия, используемых в качестве наркотических [3,4]. Так, одним из новых психоактивных соединений в Украине является метилендиоксипировалерон (МДПВ), уже распространенный в России. В некоторых странах Европы (Франция, Германия) МДПВ первоначально использовался в качестве средства для похудения, но после получения информации об опасности злоупотребления данным веществом и развития зависимости был снят с производства [5].

МДПВ представляет собой желтовато-белый порошок, который можно употреблять перорально, интраназально и внутривенно. По воздействию данное вещество напоминает психостимуляторы кокаин и амфетамин, с которыми оно схоже и по молекулярной структуре. Эффект от употребления вещества кратковременен и длится от 3 до 6 часов, после чего нередко следует прием новой дозы. Воздействие МДПВ проявляется в учащенном сердцебиении, повышении артериального давления, бессоннице, подавленном состоянии и сужении сосудов. Эти симптомы могут длиться в течение нескольких часов. После окончания стимулирующего действия вещества возникают неприятные ощущения. К ним относятся симптомы, схожие с признаками тяжелого похмелья, в частности сильная головная боль [5].

В настоящий момент наука располагает небольшим объемом сведений о воздействии

МДПВ на человеческий организм. Большая часть опубликованной информации основывается на данных, взятых с интернет-форумов, на которых люди делятся своим опытом употребления вещества. В связи с непродолжительной историей МДПВ фактически отсутствуют данные о проблемах, связанных с длительным употреблением вещества. Основываясь на фармакологическом механизме воздействия МДПВ (блокировка обратного захвата пресинаптического дофамина и норадреналина) и последствиях длительного употребления аналогичных веществ предполагается, что МДПВ вызывает зависимость. Кроме того, при длительном употреблении вещества или приеме больших доз, очевидно, могут проявляться психотические расстройства.

Приведенный в данной статье клинический случай подтверждает развитие синдрома зависимости с последующим возникновением психотического расстройства вследствие употребления МДПВ, что представляет научный и практический интерес как для психиатров, так и наркологов.

Пациент Т.М.О., 1990 г.р. (возраст на момент госпитализации – 21 год), житель г. Ростов-на-Дону, не работает, находился на стационарном лечении в остром мужском психиатрическом отделении №31 КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» с 08.09.2011 г. по 30.11.2011 г. с диагнозом: психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов (МДПВ), психотическое шизофреноподобное расстройство F 15.50

Анамнез: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился от первой

беременности, единственным ребенком в семье служащих. Матери на момент беременности было 29 лет, беременность протекала с токсикозом в первом триместре, роды в срок путем кесарева сечения в связи с тем, что плод находился в тазовом предлежании. Ребенка принесли на кормление через сутки. Рос и развивался соответственно возрастным нормам, начал ходить в 10 месяцев, первое слово произнес в 10 месяцев, фразовая речь с 1 года. Воспитывался в структурно полной семье по типу «гиперопеки», родители потакали всем просьбам и требованиям ребенка, в интересующих предметах и вещах никогда не нуждался, получал требуемое по мере запросов. Рос активным ребенком, интересовался окружающим миром, легко находил общий язык в общении с окружающими. Со слов матери, по характеру формировался «нормальным, не избалованным, не капризным, очень послушным ребенком» (несколько позже сообщает, что воспитывался избалованным). Предпочитал коллективные игры, часто забирал у детей игрушки. Детский сад посещал с 2-х лет, адаптировался в коллективе хорошо, занимал лидирующие позиции, находил общий язык с детьми. Через некоторое время стал плаксивым, сообщал о нежелании посещать детский сад, мать связывает это с возможными наказаниями со стороны воспитателей. Когда пациенту было 4 года, погиб отец. Смерть отца не помнил по причинам раннего возраста, эмоций в силу сказанного не ощущал. В школу пошел с 6 лет, в коллективе адаптировался успешно, любил находиться в центре внимания, «баловался больше всех», был хитрым, в драках не участвовал, старался избегать конфликтных ситуаций. Учебная успеваемость держалась на среднем уровне. Любимыми предметами были история и математика (учился в математической школе). Период полового созревания с 11 лет, когда, со слов матери, стал ломаться голос, появилось редкое оволосение на лице и в подмышечных впадинах. Стал более хитрым, скрытным, начал врать, скрывать некоторые эпизоды собственной жизни, дабы избежать возможного наказания или чреватых последствий. Стал более претенциозным, во главу собственных интересов ставил финансовую обеспеченность и связанную с этим социальную позицию. С 6 класса (11 лет) появилась заинтересованность «женским полом», любил смотреть телевизионные передачи интимного или эротического характера, совершал попытки поцелуев с одноклассницами. По инициативе матери, частично по собственному желанию посе-

щал большое количество секций и кружков: занятие теннисом (7 класс), греко-римская борьба (8 класс), бальные танцы (6-7 класс), занятие футболом (7-9 класс), но достаточно быстро бросал по причине исчезновения интереса. После 9 класса продолжил обучение в Колледже связи и информатики по специальности «программное обеспечение». В силу увлечения компьютером учеба давалась легко, успеваемость была выше, чем в средней школе. В старших классах, со слов бывших одноклассников, вел себя как «звезда». Пользовался популярностью, старался одеваться ярче всех. Со слов приятелей, помимо общительности и веселости, выделялись такие черты характера как вредность, капризность, эгоистичность, принципиальность. Пациент ежегодно летом отправлялся к бабушке по линии отца в курортный город Судак, откуда однажды, без предварительного уведомления бабушки, совершил путешествие на курорт Казантип в компании друзей, после чего бабушка отказалась принимать у себя внука. Со слов матери, причина крылась в частом ночном отсутствии дома, определенном образе жизни, связанном с курортной вседозволенностью и отказе прислушиваться к замечаниям бабушки. Такое развитие событий сильно расстроило пациента, он очень переживал, был подавлен, расстроен, однако чувства собственной вины не испытывал.

По окончании колледжа поступил в университет г. Ростова-на-Дону на факультет информатики, параллельно с 17 лет подрабатывал в ночном клубе. Через год от начала обучения стал сообщать о том, что учеба не нравится, мать связывала данное изменение в отношении к учебе с возникновением конфликтных ситуаций с деканом факультета. В связи с этим, с 3-го курса по собственной инициативе перевелся на заочное обучение, работу в ночном клубе при этом оставил.

В 19-ти летнем возрасте стал высказывать недовольство собственным избыточным весом, сообщал, что он «толстый, живот висит», в связи с чем стал снижать объемы принимаемой пищи, а также по советам друзей употреблять так называемые «аптечные наркотики» (нурофен, терпинкод, катадалон в дозировках, значительно превышающих терапевтические). Мог совмещать употребление таблетированных препаратов с алкоголем. Употреблял алкогольные напитки в объемах 1-1,5 литра пива и до 1 литра вина или коньяка в сутки. В конце лета 2009 года стал употреблять с друзьями препараты нурофен и терпинкод каждый день, также употреб-

лял в значительных объемах энергетические напитки, однако, перестал употреблять алкоголь.

В 2010 году при попытке матери найти работу пациенту через центр занятости, устроил «истеричку». Стал сообщать о том, что подобные способы трудоустройства для него неприемлемы, «что ты меня сравниваешь с безработными, я хочу быть только директором». После ссоры с матерью, ушел из дома, стал жить со своей девушкой в ее квартире, объяснял причины ссоры требованием матери устроиться на работу («разленился, а она выгоняет на работу»).

С конца осени 2010 г. стал употреблять синтетический препарат метилendioксипировалерон (МДПВ) в форме порошка, перорально и интраназально, изначально по выходным, в компании друзей, затем постепенно довел режим употребления до нескольких раз в сутки (на протяжении февраля-марта 2011 года). В декабре 2010 г., проживая у своей девушки, на протяжении 5 суток употреблял МДПВ, «был марафон», стал возбужденным, ночной сон отсутствовал, «был не такой как обычно, невменяемый, менялась речь, поведение, глаза». Пациент отмечает, что при этом впервые услышал «голоса», как мужские, так и женские, «было странно, но не страшно». Также стал видеть «духов», которыми мог мысленно «управлять», «занимался с ними сексом». Считал, что в его мать «вселился один из духов», «казалось, что в соседней комнате сидит барыга, который управляет другими людьми». К концу пятых суток употребления МДПВ начал конфликтовать со своей девушкой, считал, что она ему изменяет, с помощью компьютера пытался отслеживать телефонные звонки на ее мобильном телефоне, уточнял все номера, даже после разъяснений, что «звонила сестра», продолжал высказывать идеи ревности. Получив входящий звонок на собственный телефон от знакомой, стал кричать в адрес своей девушки, что этот звонок специально подстроен «по ее наводке, чтобы поссориться». После очередной попытки разъяснений, с криками «пошли вон, вы не то делаете» убежал из квартиры и отправился к одному из своих друзей, по пути продолжая употреблять синтетический порошок. Продолжал вести себя возбужденно, бегал по двору, прыгал и кричал: «вы все рассказали моей маме!». Была вызвана мать, совместными усилиями пациента вернули домой. В течение последующих нескольких дней в общении с матерью был грубым, огрызался, продолжал высказывать идеи ревности и «подстроенности» вышеупомянутого телефонного звонка. Новогод-

ную ночь встречал со своей девушкой, затем отправился с друзьями в ресторан, продолжал употребление МДПВ в больших дозировках. Домой к матери вернулся 3 января, отключил мобильные телефоны, ни с кем не общался, закрыл в квартире все шторы. На вопрос о подобном поведении ничего не ответил матери. Подобное поведение продолжалось в течение всего января, у матери данных за употребление ПАВ не было, хотя пациент периодически покидал квартиру и выходил на улицу в ближайший супермаркет. В феврале 2011 г. приступил к сдаче сессии, однако, сдать ее не смог, на некоторые из экзаменов просто не являлся, в связи с чем был отчислен. Через 2 месяца от начала употребления МДПВ перестал следить за собой, стал более замкнутым, скрытным, сильно похудел за время нахождения дома (несмотря на достаточный рацион питания). В начале марта 2011 г. пытался душить собственную домашнюю кошку, к которой ранее испытывал теплые чувства, мотивов своего поступка не объяснял. Далее поведение становилось более нелепым, стал бесшумно ходить по квартире, закрывался дома, не отвечал на звонки. Поставил квартиру на сигнализацию, пытался вызвать наряд вневедомственной охраны, потому что «соседи лезли в окно, пытались подглядывать». Закрыл все жалюзи, до этого обклеивал окна газетами, чтобы не оставалось щелей и просветов. 12.03.2011 г. стал сообщать, что «видит» этих соседей, был напуган, тревожен, взволнован, пытался бороться с ними, позже сбежал из дому, пытался спрятаться у своей девушки. В связи с изменившимся состоянием родственниками была вызвана психиатрическая бригада, доставлен в токсикологическое отделение БСМП №2 г. Ростова-на-Дону с диагнозом: острое отравление неизвестным веществом с холинолитическим действием? Галлюцинаторно-параноидное состояние? При поступлении возбужден, аллоориентировка нарушена, сам с собой разговаривает, зрачки расширены, спонтанный горизонтальный нистагм. При токсико-химическом исследовании препараты холинолитической группы не обнаружены. После проведенной дезинтоксикационной терапии и в связи с наличием психотических симптомов, 17.03.2011 г. был переведен для стационарного лечения в Ростовский филиал Главного управления здравоохранения «Психоневрологический диспансер» Ростовской области. При поступлении выглядел тревожным, на лице периодически неадекватная улыбка, на вопросы отвечает неохотно, не всегда по существу. настроение неус-

тойчивое. Пассивный негативизм. Себя больным не считает, не отрицает употребление наркотических веществ. На фоне проведенного лечения (галоперидол 60 мг/сутки, кетилепт 900 мг/сутки, феназепам 2 мг/сутки, циклодол 6 мг/сутки) психопродуктивная симптоматика купирована, нормализовался сон, выровнялось настроение, однако, осознание болезни неполное, настрой на отказ от приема психоактивных веществ формальный. Выписан 09.06.2011 г. с диагнозом: шизоаффективное расстройство, смешанный тип.

После выписки чувствовал себя удовлетворительно, дома рекомендованное поддерживающее лечение не принимал. По настоянию матери в июле 2011 г. приехал в Украину пожить у бабушки по линии отца, которая на тот момент проживала в г. Днепропетровске. Через неделю после приезда, по предварительному договору, встретился на вокзале со своим другом из России, который передал пациенту МДПВ. После возобновления приема психоактивного вещества вновь стал слышать «голоса», которые приказывали «читать мантры», начал «видеть какие-то тени», при этом часто хаотично махал руками и ногами, начала нарастать тревога, апатия. В связи с ухудшением психического состояния в течение последнего месяца, по настоянию бабушки обратился за психиатрической помощью в Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», был осмотрен психиатром и госпитализирован.

При поступлении был напряженным, тревожным, движения несколько скованы. Глазной контакт долго не удерживал, взгляд рассеян. К чему-то прислушивался, при этом на лице появлялась неадекватная улыбка. Не отрицал, что слышит «голоса», содержание их раскрывал неохотно, скупко сообщал, что они с ним «доброжелательно беседуют». Пассивно подтверждал, что испытывает тревогу, плохо спит. Сообщил данные наркологического анамнеза, бравируя тем, что употреблял различные наркотические средства. Не отрицал, что употребляет МДПВ, последний прием - около недели назад. Настроение неустойчивое, легко раздражителен. Мышление с элементами соскальзывания. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. Осознание своего болезненного состояния неполное.

Соматический статус: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Язык чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 125/85 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: зрачки D=S, реакция зрачков на свет сохранена. Сухожильные рефлексы равномерны, несколько оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Менингеальных знаков нет.

В отделении первое время был замкнут, обособлен, старался держаться в одиночестве. Большую часть времени проводил в постели, ничем не интересовался, был вялым, подавленным, при этом отмечал, что стал лучше спать после введения медикаментов. На 6-ой день пребывания в стационаре в курс лечения была включена ЭСТ. На следующий день после первого сеанса ЭСТ пациент сообщил, что практически не слышит «голосов», поведением их наличие не обнаруживал. Через 2-е недели пребывания в стационаре впервые отметил снижение влечения к наркотикам, говорил, что внутри него «пустота, но единственное, чего хочется – это общаться». Однако на следующий день, в вечернее время, у больного появилась выраженная тревога, резь в глазах, страх темноты, причину ухудшения состояния ни с чем не связывал. Ночь спал прерывистым медикаментозным сном. Возобновилось влечение к МДПВ, на первом плане в клинической картине выступала эмоциональная неустойчивость, дисфория, сниженное настроение, пессимистическое видение будущего, раздражительность, вспыльчивость, назойливость, периодически конфликтовал с медицинским персоналом, требовал к себе повышенного внимания. Через месяц от начала лечения стал отмечать, что влечение к МДПВ стало значительно менее выраженным, «пытаюсь думать, чем заняться дальше по жизни», но при этом пациент замечал, что стали часто возникать сновидения со сценами употребления наркотиков. Наличие галлюцинаций отрицал, поведением не обнаруживал, «голоса ушли где-то недели через три». Бредовых идей не высказывал. В беседе активно сообщал данные своего наркологического анамнеза, с интересом описывал ощущения при приеме различных наркотических средств, при этом становился более оживленным, заинтересованным. Самым «сильным» и «приятным» наркотиком считал МДПВ, подробно описывал свои ощущения при приеме данного психостимулятора, «сначала МДПВ действует как кокаин, около часа, потом несколько часов как амфетамины, при этом к нему быстро возникает привыкание». К концу второго месяца стационарного лечения стал более спокойным, уравновешенным, перестал грубить на свиданиях бабушке, психо-

тическая симптоматика купирована, нормализовался сон, однако, настроение оставалось несколько сниженным. В отделении принимал участие в групповой психотерапии, но относился к этому формально. Несмотря на значительное снижение влечения к наркотикам, в отделении проявлял стремление к общению с пациентами, имеющими наркологический анамнез. Стал строить реальные планы на будущее, планировал восстановиться на учебу в институте. Намеревался вести трезвый образ жизни. Выписан из отделения в сопровождении бабушки с улучшением.

Получал антипсихотическую терапию (инвега 12 мг/сутки, эглонил 800 мг/сутки), тимостабилизаторы (вальпроком 1000 мг/сутки), транквилизаторы (феназепам 1,5 мг/сутки), антидепрессанты (велаксин 75 мг/сутки), миртазапин (30 мг/сутки), ЭСТ – 3 сеанса, психотерапия.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, І.Я.С. Варшавський, Т.Й. Шустерман, А.А. Дугністий, С.В. Рокутов, А.Є. Ніколенко

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ СУЧАСНИХ СИНТЕТИЧНИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРІВ (МЕТІЛЕНДІОКСІПІРОВАЛЕРОН)

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,
¹Комунальний заклад «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради»

Проблеми адиктивної поведінки і психотичних розладів внаслідок вживання синтетичних психоактивних речовин стають в Україні все більш актуальними. Так, одним з нових психостимуляторів є метилендіоксіпіровалерон (МДПВ). Наведений у статті клінічний випадок демонструє швидкий розвиток психічної залежності від МДПВ з виникненням шизофреноподібних інтоксикаційних психотичних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 109-113).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, ¹Ya.S. Warshavsky, T.I. Shusterman, A.A. Dugnisty, S. V. Rokutov, A.Ye. Nikolenko

CLINICAL FEATURES OF PSYCHOTIC DISORDERS DUE TO USE OF MODERN SYNTHETIC STIMULANTS (METHYLENEDIOXYPYROVALERONE)

State Institution “Dnepropetrovsk Medical Academy, Ministry of Health of Ukraine”, ¹Communal Institution “Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of Dnepropetrovsk regional council”

The problems of addictive behavior and psychotic disorders due to use of synthetic psychoactive drugs become more and more actual in Ukraine. Thus, one of the new psychostimulants is methylenedioxypropylvalerone (MDPV). Clinical case given in the article demonstrates the rapid development of psychological dependence on MDPV with the emergence of schizophrenia-like intoxication psychotic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 109-113).

Литература

1. Андрух Г.П. Терапевтическая тактика в отношении больных с зависимостью от психостимуляторов / Г.П. Андрух, П.Г. Андрух, У.Н. Добростомат // Матеріали наук.-практ. конф. Психічні і соматичні розлади психогенного походження. Харків, клініч. сан. «Курорт Бермінводи» 29-30.10.2009. — С. 14-15.

2. Андрух П.Г. Применение препарата миртастадин в комплексной терапии больных с зависимостью от алкоголя и зависимостью от психостимуляторов / П.Г. Андрух, Г.П. Андрух, У.Н. Добростомат и др. // Український вісник психоневрології. — Т. 18, вип. 1 (62). — 2010. — С. 36-39.

3. Наркотична залежність від препарату, виготовленого

Таким образом, наркотическая зависимость вследствие употребления МДПВ характеризуется быстрым темпом формирования с преобладанием психического компонента, массивностью наркотизации и развитием психотических расстройств на высоте «наркотических запоев». Психотические состояния, индуцированные приемом МДПВ, характеризуются выраженной шизофреноподобной симптоматикой с преобладанием галлюцинаторно-бредового синдрома-комплекса, затяжным течением, выраженной социально-психической дезадаптацией и наличием постпсихотической депрессии. Выявленные особенности синдрома зависимости и психотических расстройств вследствие употребления МДПВ необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий для данного контингента лиц.

кустарним шляхом із капсул «Ефект» та «Колдакт» (клінічні особливості в судово-психіатричній практиці) / [П.Т. Петрюк, А. В. Канищев, В.В. Коваленко В. В. та ін.] // Журнал психіатрії і медичної психології. — 2001. — № 1. — С. 65–69.

4. Кузьминов В. Н. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления / В.Н. Кузьминов, И. В. Линский, А. Г. Назарчук // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1. — С. 190–192.

5. Иванец Н. Н. Лекции по клинической наркологии / Н.Н. Иванец. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.

Поступила в редакцию 04.06.2012

ДИСКУССИОННЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.89-008.441.56-017

*В.А. Пехтерев***ПРОВЕРКА ЯСПЕРСОМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ**

Донецкая областная клиническая психоневрологическая больница - медико-психологический центр

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, состязательность, научность, достоверность, общезначимость

В 1997 году вступил в силу Уголовный кодекс (УК) Российской Федерации (РФ), который статьей 22 ввел в теорию и практику российского уголовного права понятие ограниченной (уменьшенной) вменяемости. Это же понятие в 2001 году введено в Уголовный кодекс (УК) Украины. Формулировки статей УК РФ и УК Украины несколько различаются, но проблема, поставленная законодателем перед российскими и украинскими судебно-следственными органами, одна и та же. Теперь в РФ и на Украине нарушителей УК нужно разделять по психическому состоянию, не на две группы, как было в течение последних 100 лет, а на три: вменяемые, ограниченно вменяемые и невменяемые.

Мы уже писали о том, что понятие ограниченная вменяемость явилось своеобразной функциональной пробой для существующей судебно-психиатрической теории и практики (1). Судя по результатам этой пробы, переход на новый, более дифференцированный уровень деления нарушителей УК не имеет под собой научных оснований.

К. Ясперс писал о том, что любой прогресс в познании фактов означает также методический прогресс (2). Какой методический прогресс позволил российскому и украинскому законодателям перейти на более высокий уровень познания и дифференциации фактов? Какие новые, более точные научные методы появились в юриспруденции и психиатрии для исследования психического состояния нарушителей УК и деления их на три группы?

Посмотрим насколько успешно в 20 веке юристы и судебные психиатры справлялись с более легкой задачей, с задачей деления нарушителей УК на две группы. Если (при делении нарушителей УК на две группы) степень точности методов была выше требуемой точности измерения и выше с запасом, то тогда мож-

но переходить к более сложной задаче (к разделению нарушителей УК на три группы). Если же научной степени точности не хватало для выполнения более легкого задания, то на что рассчитывал законодатель, вводя в УК более сложное задание? Гуманистический зуд законодателя следует контролировать до появления научных возможностей для удовлетворения его.

Юридический метод деления нарушителей УК по их психическому состоянию состоит в направлении сомнительных в отношении вменяемости лиц на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) с последующей легитимизацией судьями врачебных указаний. При решении вопроса о вменяемости этот метод «перекладывания проблемы на чужие плечи» является сейчас основным. Можно верить в то, что решение юридической проблемы психиатрическими методами даёт точный научный результат. Но решение юридической проблемы юридическими методами предпочтительнее во всех отношениях. Юристы, к сожалению, следуют завету императора Александра 1, который в 1802 году в своем Указе калужскому губернатору Лопухину сказал: «На помешанных нет ни суда, ни закона» (3). В конце 20 века Кудрявцев В.Н. осовременил императорскую мысль, придав ей наукообразный вид: «Только поведение вменяемого может быть предметом правового регулирования, иначе право бессильно и потому неэффективно как инструмент социального управления» (4). Поэтому, поведение психически больных нарушителей УК находятся вне поля зрения юристов, которые считают его медицинской проблемой или медико-психологической, но не юридической. Вопрос о том, кто, какими методами, с какой степенью точности будет делить этих лиц на три группы, ими даже не обсуждается. По умолчанию считается, что делением этим занимаются психиатры. В то время как юристы за-

няты теоретическими рассуждениями о вменяемости, ограниченной вменяемости и невменяемости.

Действительно, последние 100 лет этим делением единолично занимались психиатры. Точнее, они извлекали из потока преступников лиц, которых считали психически больными и, тем самым, решали проблему. Точность такого деления не раз была объектом неконструктивной критики. Но критиковались не юристы, переложившие юридическую проблему на плечи психиатров, а врачи, помогающие своим больным или тем, кого они по ошибке за таковых принимали. Так, как точность психиатрических методов для решения старой юридической задачи была не всегда достаточна, то новая, усложненная юридическая задача вызовет еще больший поток критики в адрес психиатров и психиатрии. Надежность и точность судебно-психиатрических заключений вряд ли повысится от включения в состав СПЭ психологов: психологические методы надежностью и точностью не превосходят психиатрические. Получить точный результат, применяя два неточных, субъективных метода, сложно. Этическая задача психиатров, забота о престиже профессии состоит в том, чтобы громко и недвусмысленно заявить: при разделении нарушителей УК на три группы психиатрические методы будут давать еще менее точный результат, чем ранее. У нас нет даже приблизительных данных о процентном соотношении категоричных и вероятных (сомнительных) судебно-психиатрических заключений, разосланных за последние 100 лет в суды. Эти данные не интересуют ни суд, ни судебных психиатров. Считалось и считается, что все заключения СПЭ категоричны, окончательны и бесповоротны. Психиатрия не является точной наукой, а заключения её адептов суд принимает как точные и категоричные! Если суду удобно и выгодно считать: психиатрию точной наукой, опираться на заключение СПЭ как на истину в последней инстанции, не пускать в залы судебных заседаний альтернативные психиатрические мнения, то это их право и дело. Царствующее положение не просуществовало бы так долго, не будь оно выгодно судьям и судебным психиатрам, которые, в отличие от судей, терпят даже обвинения в злоупотреблениях. В любом случае именно судьи обязаны «всесторонне, полно и объективно» рассмотреть все обстоятельства дела. Они же обязаны нести всестороннюю и полную ответственность за окончательные его результаты. А посему, вне зависимости от зак-

лючения СПЭ, ругать возмущенная публика должна не психиатров, а судей. Это они злоупотребляют правосудием и, вопреки здравому смыслу, считают неточное - точным, а кривое - прямым.

Вернемся к точности психиатрических методов и объективности судебно-психиатрических заключений. Обратимся к цифрам. Зайцев А.В. приводит динамику решений вопросов о вменяемости испытуемых Институтом имени Сербского за период с 1921 по 1930 годы. Это лучшее научно-практическое судебно-психиатрическое учреждение на территории бывшего СССР. Результаты его работы дают возможность увидеть и оценить СПЭ «в чистом эксперименте» без ссылок на безграмотность и глупость исполнителей. По ним же можно судить о результатах работы всей судебно-психиатрической службы РФ и Украины, ибо если сливки таковы, то каково же молоко? В 1921 году из 139 человек, осмотренных в Институте, 31 (22,3%) человек - был признан уменьшенно вменяемым, а остальные 108 (77,7%) - невменяемыми. Вменяемых «не было». Это, со слов Зайцева А. В., «получило отрицательную оценку» и Институт «видоизменил свою судебно-психиатрическую практику, сужая круг лиц, подлежащих освобождению от судебной ответственности». Уже со следующего 1922 года вменяемых «заметили» и к 1930 году их было 39,8%. Зато уменьшенно вменяемых к 1928 году вообще перестали «замечать» (5). Видоизменения практики Института не было связано с методическим прогрессом: с устареванием существующих методов исследования в психиатрии или с появлением новых. Клинический метод исследования в психиатрии вот уже лет 200-ти остается главным и практически неизменным. Метод не меняется, а выводы судебно-психиатрических экспертиз, разброс цифр, «видоизменение практики» в течение 20 века впечатляют: от отсутствия вменяемых (0%) в 1921 году до 83% вменяемых по РФ в 2007 году (6). (Мы не нашли в Интернете данных о количестве вменяемых-невменяемых, признанных в Институте в последние годы, но вряд ли они намного отличаются от среднего по РФ).

Такую разницу результатов: от 0% вменяемых в 1921 году до 39,8% в 1930 году и до 83% в 2007 году; от 22,3 % уменьшено вменяемых в 1921 году до их отсутствия (0%) в 1928 году и до 3,7% в 2007 году (5, 6) - такой разброс цифр нельзя игнорировать в течение века. Либо психиатрические методы не научны, либо они применяются не по назначению? Если мы применя-

ем научный метод и получаем научные результаты, то результаты эти должны, хоть относительно, хоть едва-едва, но быть стабильными. Повторяемость и проверяемость научного результата – основа науки.

При неизменности научного метода научный результат должен быть неизменным. Или колебания его должны быть незначительны. Значительную разницу результатов, отмечаемую в течение всего 20 века при переходе от одной комиссии к другой или у одной и той же комиссии через некоторый промежуток времени, можно объяснить только ориентацией судебных психиатров при принятии решений на ненаучные факторы. То, что субъективные, а не объективные факторы являлись и являются решающими в принятии судебно-психиатрических экспертных решений, подтверждают все судебно-психиатрические отчеты в СССР, в РФ и на Украине. Например, в УССР в начале 80-х годов неменяемыми признавалось 12% осмотренных на СПЭ. К 2007 году число неменяемых на Украине сократилось до 4% от осмотренных (7). Связать эти изменения с объективными факторами (распространенностью психических расстройств, криминальной ситуацией и т.д.) не удастся даже судебным психиатрам. Изменения они объясняют субъективными, узко корпоративными, конвенциональными факторами: «унификация критериев», «возросшая точность судебно-психиатрических заключений», «изменением диагностических и экспертных критериев, наступивших вследствие реформ в психиатрии» (7). То есть, судебные психиатры открыто признают флюгероподобность своих экспертных заключений, а ссылка на «возросшую точность судебно-психиатрических заключений» голословна. Методический прогресс нулевой, но те, кто в 80-е годы признавались неменяемыми и направлялись в больницы, в 2007 году признаются вменяемыми и отправляются в тюрьму. А это 8%! В абсолютных цифрах это больше 2-х тысяч человек только 2007 году! В одной Украине! А вместе с Россией? За неимением лучшего, можно и это называть экспертизой, но глупо переоценивать точность неточной науки и принимать «сырые», не очищенные составительностью, судебно-психиатрические гипотезы за научные факты. Еще глупее редуцировать решение сложного юридического вопроса о вменяемости-невменяемости до уровня понимания его психиатрами.

Если мы считаем психиатрические методы научными, то неточные результаты, стабильно получаемые судебными психиатрами в течение

века, говорят о том, что эти методы применяются не по назначению. Применение методов одной науки для решения задач другой возможно на этапе становления науки, но в последующем любая наука должна, либо выработать свои методы, либо адаптировать чужие методы под свои нужды. Можно паразитировать на чужих, игнорируя приблизительность результата.

Судя по приведенным выше результатам работы СПЭ, не кажется ли вам, что психиатрические методы в судебной психиатрии играют роль научной ширмы, из-за которой судебные психиатры от имени Психиатрии вещают суду свою капризную волю?

Заключение СПЭ зачастую является всего лишь неочищенной составительностью экспертов судебно-психиатрической гипотезой. Своего рода «коктейлем», состоящим из научных и ненаучных знаний. (Добавление в него психологических терминов вряд ли увеличит научную составляющую.)

Мы должны ответить на два вопроса. Первый. Как в этом «коктейле» отделить научное от ненаучного? Второй. Если избавиться от ненаучного на современном уровне развития психиатрии нельзя, то, как свести его к минимуму? Как повысить уровень доказательности заключения СПЭ?

К. Ясперс писал о том, что науке присущи три необходимых признака: познавательные методы, достоверность и общезначимость (8). О неизменности познавательных методов в психиатрии мы уже сказали. На территории СССР о достоверности и общезначимости знаний, идущих от имени советской психиатрии в советский суд, беспокоится было не принято. С распадом СССР знания, накопленные судебными психиатрами за закрытыми дверями, должны были пройти проверку на научность. Шекспир говорил, что домоводная мудрость недалеко ушла от глупости. Общие психиатры должны были взвесить сектантски накопленные судебно-психиатрические знания и, в споре с судебными, разделить их на достоверные и недостоверные, вероятные и невероятные. Отфильтрованный остаток приобрел бы общезначимость в профессиональной среде. Потом этот же процесс должен был пройти с психиатрическими знаниями в обществе. Ясперс писал: «Я обладаю научным знанием лишь тогда, когда это знание общезначимо». Когда полученные научные данные единодушно понимаются не только специалистами, но и всеми мыслящими людьми (8).

Следовательно, научными в судебной психи-

атрии будут те знания, которые общие психиатры, а потом и общество единодушно или подавляющим большинством примут за достоверные. Нынешние судебно-психиатрические знания, не прошедшие проверку на достоверность и общезначимость даже в профессиональной среде, в категорию научных отнести нельзя. До научных знаний они еще «не дозрели».

Достичь достоверности и общезначимости судебно-психиатрических знаний можно было бы благодаря состязательности психиатров-экспертов в суде. Состязательность психиатров-экспертов могла бы отсеять зерна «научности» от плевел «ненаучности». Могла бы свести к минимуму «ненаучность» в заключениях экспертов. Нивелировать недостаток точности СПЭ. Повысить уровень знаний судей в данной области.

Без состязательности психиатров в суде кто отделит научность в заключениях СПЭ от домоседной (внутри комиссионной, внутри институтской) мудрости?

Подведем итог. Введение в УК понятия ограниченной вменяемость говорит о переоценке законодателем разрешающих возможностей судебно-психиатрической экспертизы. Разделение нарушителей УК на две группы в 20-м веке опиралось на смесь научных и ненаучных знаний. Зависимость судебно-психиатрических решений от ненаучных знаний была существенной. Траговалось, диагностировалось это не как недостаток метода (объективные причины), а как недостаток честности у психиатров (субъективные причины). «Лечение» предлагалось соответствующее: придут честные психиатры и метод работает. В действительности проблема не в психиатрах, а в юристах. В их иждивенческой позиции, которую они не собираются менять даже, несмотря на очевидное: психиатрические методы своей точностью не вполне соответствовали, а сейчас еще более не соответствуют поставленным перед судебно-следственными органами задачам.

Юристы стоят на распутье. Перед ними, как перед богатырем в сказке, лежат три пути, словно олицетворяющие прошлое, настоящее и будущее.

Первый путь - это путь решения юридических задач психиатрическими методами. Идя по этому пути, судебно-следственные органы РФ и Украины пришли к нынешней своей 15-ти и 11-ти летней растерянности. Это путь, на котором положительный ответ на вопрос: здоров-болен - автоматически переводит нарушителя УК в категорию животных и, тем самым, делает излиш-

ним исследование его внутренней стороны преступления (ООД). Её нет, а значит «право бесцельно и потому неэффективно как инструмент социального управления» (4). Продолжая идти путем пренебрежения юридического понимания внутренней стороны преступления (ООД) в пользу грубо приспособленного под цели правосудия, более примитивного и менее дифференцированного медицинского понимания психической деятельности нарушителей УК, юристам нужно позаботиться о том, чтобы придать «сырым», асостязательным судебно-психическим заключениям видимость научных. Лучше всего это сделать через еще большую закрытость судебной психиатрии, через огосударствление судебно-психиатрических экспертиз. (Что в РФ и на Украине уже сделано!) Только авторитетом и мощью государства можно прикрыть от критики решения, принятые на основании не достоверных и не общезначимых знаний. Еще лучше ввести уголовный запрет на критику заключений «экспертов» и выйти «на качественно новый уровень точности судебно-психиатрических экспертиз». Это решение надежное, но побитое молнией еще в тоталитарном гардеробе.

Второй путь, по которому уже сейчас можно идти и который не требует дополнительных финансовых вложений - это путь использования в суде знаний всего психиатрического сообщества, а не малой части его. Этот усовершенствованный психиатрический путь не возможен без состязательности психиатров. Только состязательность поднимет судебно-психиатрические знания до уровня достоверности и общезначимости не только в среде профессионалов, но и общества, то есть, сделает их научными. Это будет школой психиатрии для юристов и общества. Свежий профессиональный взгляд на десятилетиями закрытую область очистит её от околонучных предрассудков. Этот путь даст ответ на процентное соотношение категорических и вероятностных судебно-психиатрических решений. В большинстве случаев заключения СПЭ лишены предмета спора для профессионалов. Количество сомнительных, спорных, состязательных случаев вряд ли затопит суды затынутыми делами, ибо коснется небольшой части лиц, прошедших СПЭ.

Третий путь - это путь решения юридических задач юридическими методами с учётом заключения СПЭ. Юристы должны осознать, что психическое здоровье презюмировано. Все граждане, в том числе и преступники, психически здоровы до тех пор, пока убедительно не бу-

дет доказано обратное. Убедительным это доказательство будет не тогда, когда в уголовном процессе появляются судебные психиатры и командировывают подсудимого в больницу. А тогда, когда юристы исследуют субъективную сторону преступления. Узнают, как отразились в сознании нарушителя УК совершенное им общественно опасное деяние (ООД) и его последствия? Разберутся, сознавал ли нарушитель УК общественно опасный характер своего деяния? Предвидел ли его последствия? Желал или сознательно допускал их наступление? Или легкомысленно рассчитывал на их предотвращение? Узнают мотив и цель преступления (ООД). Ответив на все вопросы, необходимые при исследовании субъективной стороны преступления, юристы сами поймут и оценят психичес-

кий облик нарушителя УК. Психиатрам останется только квалифицировать найденные юристами факты, дополнить их симптомами, проскользнувшими сквозь «юридическое сито» или объяснить многообразие поведения симулянтов. Юристы соотнесут мнение психиатров о психическом состоянии нарушителя УК со своими данными, полученными при изучении внутренней стороны преступления (ООД) и сделают окончательные выводы. Этот путь даст юристам факты, на основании которых будет создана теория и практика юридического разделения нарушителей УК на три группы. Юридического разделения с учетом психиатрического, а не чисто психиатрического или психоло-психиатрического как сейчас. С нашей точки зрения, это путь, за которым будущее.

В.А. Пехтерев

ПЕРЕВІРКА ЯСПЕРСОМ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ

Донецька обласна клінічна психоневрологічна лікарня - медико-психологічний центр

Введення в 1997 та 2001 роках у нові Кримінальні кодекси Російської Федерації та України юридичної норми «обмежена осудність» при відносній неточності психіатричних методів змушують юристів шукати свої, юридичні методи розділення порушників КК на три групи. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 114-118).

V.A. Pehterev

CHECKING BY JASPERS FORENSIC PSYCHIATRIC THEORY AND PRACTICE

Donetsk regional psycho neuralgic hospital – medico-psychological center

Introduction to the Criminal Code of Russian Federation in 1997 and to the Criminal Code of Ukraine in 2001 a new legal regulation on partial insanity when the relative inaccuracy of psychiatric methods had to force lawyers to seek for their legal separation techniques violators of the criminal code of the three groups. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 114-118).

Литература

1. Пехтерев В.А. Функциональная проба для судебно-психиатрической практики и её результаты. Независимый психиатрический журнал, №2, 2011, С. 64-70.
2. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. – М., Практика, 1997. – 1056 с.
3. Лунц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии.- Изд. “Медицина”,-Москва,-1966.-236 с.
4. Кудрявцев В.Н. Правовое поведение: норма и патология. М.: Наука, 1982, С.70// Цит. по Михеев Р.И. Невменяемый. Социально-правовой очерк. – Владивосток: Изд-во Дальневост. Ун-та.-1992.-288 с.
5. Зайцев А. В. Категория «уменьшенной вменяемости» и её применение в советском уголовном законодательстве (1917-1948

г.г.) //Держава і право: Збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки. - Київ: Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2004.-С. 501-506.

6. Мохонько А.Р. Актуальные проблемы организации судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации в 2007 г. Презентация PowerPoint . (<http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?articleid=5733>)

7. Ревенок О.А., Арсенюк Т.М. Судово-психіатрична експертиза в Україні (2006–2007 роки) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.-2008. № 2 (14). -С.33-44.

8. Ясперс К. Смысл и назначение истории. Пер. с нем.-М.: Политиздат, 1991.-527 с.- (Мыслители XX века).

Поступила в редакцию 16.06.2012

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий, **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ**, электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторов, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клиничко-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика исследования должна быть написана очень чет-

ко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

8. Таблицы должны быть компактными, наглядными и содержать статистически обработанные материалы. Нужно тщательно проверять соответствие названия таблицы и заголовка отдельных ее граф их содержанию, а также соответствие итоговых цифр и процентов цифрам в тексте таблицы. Достоверность различий следует подтверждать статистически.

9. Литературные ссылки в тексте осуществляются путем вставки в текст (в квадратных скобках) арабских цифр, соответствующих нумерации источников в списке литературы в порядке их упоминания в тексте (Ванкуверская система цитирования).

10. Библиография должна оформляться в соответствии с ГОСТ 7.1-84 и содержать работы за последние 7 лет. В случае необходимости, допустимы ссылки на более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируется не более 20, а в передовых статьях и обзорах - не менее 40 источников.

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме (150-200 слов) на трех языках (русский, украинский, английский). В резюме необходимо четко обозначить цель, методы исследования, результаты и выводы. Обязательным является обозначение полного названия статьи, фамилий и инициалов всех авторов и организации(й), где была выполнена работа.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей.

14. Направление в редакцию работ, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для опубликования в другие редакции, не допускается.

15. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются. Не принятые к печати в журнале рукописи авторам не возвращаются.

16. К материалу прилагается анкета автора, в которой необходимо указать: Ф. И. О., дату рождения, какое высшее учебное заведение окончил и в каком году, ученую степень, ученое звание, почетные звания, должность и место работы, основные направления научных исследований, количество научных работ, авторство монографий (названия, соавторы, издательство, год выпуска).

17. Статьи направляются по адресу: 83017, Украина, г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Донецкая областная психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонНМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

сайт журнала: psychiatry.dsmu.edu.ua

Редколлегия журнала