

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

№ 1 (28), 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

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю. А. Александровський (Росія), О.М. Бачеріков (Україна), В. С. Бітенський (Україна), І. Й. Влох (Україна), П. В. Волошин (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. Є. Казакова (Україна), М. М. Кабанов (Росія), В. М. Кузнецов (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)

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

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLE

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Путятин Г.Г., Жигулина И.В. Методологические и методические подходы к разработке высокоспециализированных технологий психиатрической помощи

Abramov V.A., Ryapolova T.L., Putyatyn G.G., Zigulina I.V. The methodological and methodical approaches to the elaboration of the high specialized technologies of the psychiatric help

Абрамов В.А., Осокина О.И. Личностно-социальное восстановление больных с первым эпизодом шизофрении: концептуальные основы

Abramov V.A., Osokina O.I. Personal-social recovery of patients with first-episode schizophrenia: framework

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

Підкоритов В.С., Серікова О.І., Скринник О.В., Серікова О.С. Клініко-типологічні особливості депресивного типу шизоафективного розладу

Pidkorytov V.S., Syerikova O.I., Skrynnyk O.V., Serikova O.S. Clinic-typological features of the depressed type of schizoaffective disorder

Гуменюк Л.Н. Арт-терапия для больных с первым психотическим эпизодом: лечебно-реабилитационный эффект

Gymenyuk L.N. Art-therapy for the patients who have the first psychotic episode: treatment and rehabilitation effect

Помилуйко А.А. Влияние алекситимии на уровень стрессоустойчивости больных стенокардией и перенесших инфаркт миокарда

Pomiluiko A.A. Influence of alexitimia on level of resistance to stress of patients with angina pectoris and after myocardial infarction

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Путятин Г.Г., Абрамов А.В. Стигматизация пациента в контексте оказания психиатрической помощи

Abramov V.A., Ryapolova T.L., Putyatyn G.G., Abramov A.V. Stigmatisation of the patient in the context of the psychiatric administration

Сайко Д.Ю. Клинико-психопатологические закономерности формирования органического эмоционально-лабильного расстройства личности при болезни Паркинсона

Sayko D.Yu. Clinical-psychopathological regularities of formation of organic emotional-labile personality disorder in Parkinson's disease

Розанов В.А., Валиев В.В., Захаров С.Е., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф. Суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг.

Rozanov V.A., Valiev V.V., Zaharov S.E., Zhuzhulenko P.N., Kryvda G.F. Children and adolescents suicide attempts and completed suicides in Odessa in 2002-2010

Омельянович В.Ю. Гендерные особенности симптоматической структуры состояний парциальной психической дезадаптации и психосоматических расстройств у сотрудников органов внутренних дел и курсантов вузов МВД

Omelyanovich V.Yu. Gender peculiarities of symptomatic structure of partial psychological deadadaptation states and psychosomatic disorders among the officers of the ministry of internal affairs bodies and military students of institutions of higher education of ministry of internal affairs

Гапонов К.Д. Система лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з алкогольною залежністю, та її ефективність

Gaponov K. D. The treatment and rehabilitation system support of patients with alcohol dependence, and its effectiveness

Гегешко В.В. Предикторы первичного алкогольного делирия

Gegeshko V.V. Predictors of the first episode of delirium tremens

Пономарев В.И. Условия и особенности формирования несоциализированного расстройства

Ponomaryov V.I. The conditions and features of formation not a socialized conduct disorder have

поведения у зависимых от летучих органических соединений подростков с патологическим агрессивно-делинквентным поведенческим паттерном

Пыркв С.Г., Выговская Е.М. Психологические детерминанты мотивации достижения у студентов-медиков в условиях учебной деятельности

Кочарян Г.С. Психотерапия пациентов с расстройствами эякуляции: когнитивные приемы

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Денисов Е.М. Распространённость метаболического синдрома у больных шизофренией

Кочарян Г.С. Модели формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

Информация о конференции

dependent on volatile organic compounds adolescents with pathological aggressive-delinquention behavioral pattern

94 Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M. Psychological determinants of achievement motivation among medical students in conditions of educational activities

98 Kocharyan G.S. Psychotherapy patients with ejaculatory disorders: cognitive ways

SCIENTIFIC REVIEWS

100 Denysov E.M. Prevalence of the metabolic syndrome in the patients with schizophrenia

109 Kocharyan G. S. Models of sexual dysfunctions formation in patients with chronic prostatitis

INFORMATION MESSAGE

122 Information about the conference

УДК 616.89-008-02-08-035

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, Г.Г. Пуятин, И.В. Жигулина***МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ
ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: методология, высокоспециализированные технологии, психиатрическая помощь

В статье 5 Закона Украины «О порядке проведения реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской и Донецкой областях и г. Киеве» от 07.07.2011 года третичная (высококвалифицированная) медицинская помощь обозначена, как вид медицинской помощи оказываемой в амбулаторных или стационарных условиях в плановом порядке или экстренных случаях и предусматривающей предоставление консультации, проведение диагностики, лечение болезней с применением высокотехнологического оборудования и/или высокоспециализированных медицинских процедур высокой сложности; направление пациента для оказания вторичной (специализированной) помощи

или третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи по другой специализации.

Высокоспециализированная психиатрическая помощь (ВСПП) – это мультидисциплинарная помощь, оказываемая в амбулаторных или стационарных условиях, в плановом порядке или в экстренных случаях, и предусматривающая предоставление консультаций, проведение диагностики, лечения больных с психическими расстройствами с применением высокоспециализированных стандартизованных диагностических и лечебно-реабилитационных процедур высокой сложности и новейших технологий, не имеющих аналогов при других уровнях психиатрической помощи.

Основные критерии ВСПП

Высокоспециализированная психиатрическая помощь обеспечивает технологическую возможность полномасштабной реализации основных принципов психиатрической помощи, интегративных биопсихосоциальных подходов к лечебно-диагностическому процессу и максимальное удовлетворение базовых, жизненно важных потребностей пациента. Высокоспециализированная помощь основана на доказательствах и ценностях пациента и на использовании сложных и уникальных технологий, позволяющих достичь у пациента достаточного уровня социального функционирования и качества жизни. Такой уровень помощи становится возможным при использовании в клинической практике медико-психологических и медико-социальных реабилитационных технологий, обеспечивающих высокий уровень гуманитарного сервиса и удовлетворение большинства материальных, социальных и духовных потребностей пациента, исходя из приоритета его прав и свобод.

Гуманитарный психиатрический сервис – новый вид профессиональной деятельности,

который направлен на удовлетворение потребностей пациента, связанных с нарушениями адаптации к повседневной жизни, стигматизацией, дискриминацией, зависимостью от окружающих. Структура сервисной гуманитарной деятельности (human services) при оказании психиатрической помощи, как прикладной социальной науки, должна соответствовать структуре потребностей пациента: материально ориентированная сервисная деятельность – материальным потребностям, социально ориентированная – социальным потребностям, духовно ориентированная – духовным потребностям.

Основными критериями уровня ВСПП являются:

1. Соответствие предлагаемой медицинской помощи ожиданиям пациента и членов его семьи.
2. Возможность достижения высокого результата лечения.

Ожидания пациента от предлагаемой психиатрической помощи включают:

- а) получение безопасной, относительно ком-

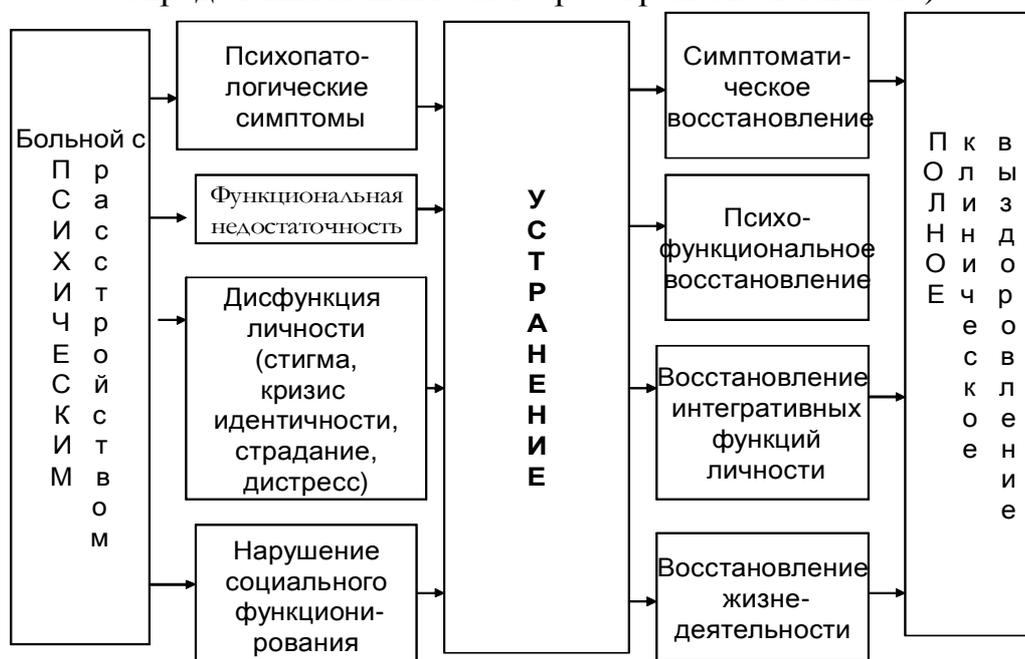
фортной и соответствующей современному уровню научных знаний помощи; б) гуманное отношение, исключающее унижение чести и достоинства человека; в) достижение быстрого, осязаемого и долговременного результата, вернуться к полноценной жизни.

Возможность достижения высокого результата лечения определяется его высоким качеством и ориентацией на выздоровление пациента с формированием достаточного уровня качества жизни и социального функционирования. Достижение такого результата станет возможным, если в содержании оказываемой помощи будут заложены основополагающие ценностные подходы и удовлетворение потребностей пациентов, а содержание и безопасные дестигматизирующие условия оказания психиатрической

помощи будут конкретизированы в контексте защиты прав пациента и персональной ответственности профессионалов за качество оказанной помощи и её конечный результат. В конечном счёте, ВСПП – это высокий профессионализм специалистов, новейшие диагностические и лечебно-реабилитационные технологии и достойный уровень гуманитарного сервиса.

Такой подход согласуется с данными экспертов ВОЗ (1986), согласно которым задачей третьего уровня психиатрической помощи является восстановление полного здоровья (выздоровление) после перенесенного заболевания или периода нетрудоспособности. Исходя из определения психического расстройства, представленного в МКБ-10, можно определить ряд операциональных критериев (этапов) выздоровления.

Операциональные критерии выздоровления (в контексте определения психического расстройства в МКБ-10)



Симптоматическое восстановление предполагает устранение психопатологической симптоматики или выраженность остаточных симптомов ниже диагностического уровня при правильном поведении пациента. Однако такой уровень восстановления совершенно не затрагивает многочисленных негативных последствий, связанных со специфическими изоляционно-ограничительными особенностями психиатрического вмешательства, в частности, личностной дисфункции и травматичных переживаний пациента (страдание, фрустрация, когнитивный диссонанс, деструктивный кризис личности), обусловленных стигмой и дискриминационными эффектами.

Такой уровень выздоровления не может рассматриваться как достаточный, отражающий существующие ресурсы психиатрической помощи, и содержит в себе реальную угрозу дестабилизации состояния больного и возникновения рецидивов болезни. Ограниченность исходов психического расстройства уровнем симптоматического выздоровления лишает пациента надежды на полноценную социальную интеграцию, а терапевтический ресурс оказания психиатрической помощи, ограниченный уровнем симптоматического медикаментозного лечения, не может претендовать на уровень высокотехнологической (высокоспециализированной) помощи.

Психофункциональное восстановление – предусматривает устранение индивидуальной функциональной недостаточности пациента в когнитивной, эмоционально-мотивационной и коммуникативной сферах как необходимых предпосылок для восстановления интегративных функций личности и продуктивной жизнедеятельности.

Восстановление интегративных функций личности – более высокий уровень выздоровления при психических расстройствах. Он заключается в устранении всех компонентов психического расстройства, которые, по мнению составителей МКБ-10, характеризуется определённым набором симптомов и поведенческих признаков, причиняющих страдание и препятствующих личностному функционированию. Исходя из этого, атрибутом большинства психических расстройств и, возможно, их экзистенциальной сущности, является совокупность негативных переживаний пациента и их апогей – страдание. Однако, является ли непосредственной его причиной «группа симптомов и поведенческих признаков»? С нашей точки зрения, страдание, как, главным образом, нравственная категория, это негативная, субъективно тягостная реакция человека на разрушение или утрату ценностей, имеющих для него первостепенное значение, являющихся смыслом всей его жизни, центром его мировоззрения. Страдание возникает лишь в конкретном содержании жизненного процесса, как совокупность эмоционально-ситуационных ценностно-значимых переживаний, как форма активного напряжения духовно-нравственных сил пациента. Суть страданий заключается в переживании утраты физического, душевного и социального благополучия, личностных смыслов и жизненной перспективы вследствие болезни и сопутствующих ей обстоятельств.

Одним из таких неблагоприятных обстоятельств, пронизывающих все этапы психиатрического вмешательства и способствующих формированию дисфункциональных состояний личности, является стигматизация, поражающая базовые ценности личности, разрушающая привычную картину его мира, приводящая к полной дезинтеграции идентичности. С первых контактов пациента с психиатрической службой начинается долговременная, если не пожизненная «карьера» пациента с психическим расстройством и потерей своей роли в обществе. Этот процесс сопровождается страданием или переживанием утраты точки опоры. Выздороветь с

социальным ярлыком «психически больной» гораздо труднее, так как в этом случае процесс выздоровления затрагивает не только психическое расстройство, но и тяжёлый стресс из-за стигмы, исключившей его из общества и причиняющей страдание.

Таким образом, страдание пациента является отражением его стигматизации и аутостигматизации как атрибута клинической модели психиатрической помощи. Его причина заключается не в болезни как таковой, а в переживании пациентом:

- Стигматизирующих эффектов психиатрической помощи (принуждение, изоляция, социальный контроль, пренебрежение к реальным потребностям, нуждам и ценностям больных);
- Социальных утрат (образовательных, профессиональных, личных, семейных);
- Социальной несостоятельности, утраты права на свободу выбора.

Как негативный феномен, стигматизация препятствует личностному и социальному восстановлению пациента. Наличие стигмы и её вредных последствий исключает оценку лечения как эффективного, даже при полном купировании психопатологических симптомов. Поэтому улучшение качества психиатрической помощи предполагает устранение стигматизирующих эффектов на всех её уровнях, как главного препятствия на пути к полному выздоровлению.

Такая возможность может стать реальностью только в случае ориентации лечебного процесса не только на устранение симптомов болезни, но и на субъективную модель выздоровления, предполагающую восстановление интегративных функций личности путём разрушения (предупреждения) стигмы психического расстройства и других источников травматизации и страдания больного при оказании ему психиатрической помощи.

В качестве интегративной функции личности, основной объединяющей её силы принято рассматривать такое качество как идентичность, которая активизирует, интегрирует и приводит во взаимодействие все остальные функции личности, определяя её индивидуальность. Устранение деструктивных проявлений идентичности, лежащих в основе процессов стигматизации и самостигматизации, является основой для восстановления личности и личностного роста пациента и предпосылкой для устранения дистресса и источников травматизации. Выздоровление при этом рассматривается как личностный процесс разрушения (обесценивания) стигмы, вос-

становление смысла жизни, обретение полномочий, вновь значимых ценностных ролей и контроля над своей жизнью, удовлетворяющей пациента даже при наличии функциональных ограничений, вызванных болезнью, возвращение способности справляться с дистрессами и решать свои проблемы. Такой персонифицированный подход к оказанию психиатрической помощи направлен не только на устранение проявлений болезни, но и на восстановление интегративных функций личности, и на формирование у пациента конструктивных ролевых функций, расширение его полномочий, самостоятельности и ответственности в принятии решений, касающихся его жизни.

Восстановление продуктивной жизнедеятельности (социального функционирования больного) считается наиболее высоким уровнем выздоровления при психических расстройствах. Как потенциально объединяющая цель всех участников оказания психиатрической помощи,

Требования к разработке высокоспециализированных технологий психиатрической помощи

Преобразование в системе психиатрической помощи и улучшением качества – это устранение (минимизация) конфликта между декларациями на международном, европейском и национальном уровнях, существующей клинической практикой (реальными взаимоотношениями) и новыми знаниями (медицинской наукой).

Устранение этих диспропорций возможно только путём разработки и внедрения в клиническую практику новых медицинских (медико-социальных) технологий, как наиболее рационального научного принципа организации и оказания психиатрической помощи. Этот принцип нашёл отражение в ст. 4 «Основ законодательства Украины о здравоохранении», который предусматривает «ориентацию на современные стандарты здоровья и медицинской помощи».

В международном кодексе медицинской этики основной принцип деятельности врача гласит: «врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты». Основным препятствием к практической реализации этого принципа при оказании психиатрической помощи является отсутствие технологической её основы, включая уровень высокоспециализированного психиатрического вмешательства.

Психиатрическая помощь – комплекс специальных мероприятий, направленных на обследование состояния психического здоровья граждан на основе и в порядке, предусмотренным законом Украины о психиатрической помощи и

включая пациента, восстановлению жизнедеятельности не обязательно предшествует полное клиническое восстановление больного. Восстановление жизнедеятельности – это процесс положительной приспособляемости пациента к остаточной болезни при сохранении уязвимости, но позволяющий, тем не менее, жить насыщенной продуктивной жизнью, возможно, при определённой семейной поддержке, однако, с выходом за пределы психиатрической помощи.

Главный критерий восстановления функционирования личности – это восстановление способности удовлетворять свои потребности и жить в обществе, когда пациент активно и ответственно начинает решать свои проблемы и справляться со стрессом. Выздоровление при этом переживается как возврат своего «я», контроля, ответственности, способности защищать свои права, гибкости в принятии решений в ситуации, вызывающей стресс или при изменении повседневного уклада.

другими законами, профилактику, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Основными принципами оказания психиатрической помощи является законность, гуманность, соблюдение прав человека и гражданина, добровольность, доступность и соответствие современному уровню научных знаний, необходимость и достаточность лечебных мер с минимальными социально-правовыми ограничениями. В рамках вышеуказанных принципов государство гарантирует обеспечение лиц, страдающих психическими расстройствами, качественной лечебно-диагностической помощью и социальной защитой, соответствующей международным стандартам.

Оказание качественной и безопасной психиатрической помощи населению является главной целью любого медицинского учреждения и важнейшей социальной потребностью пациента. Оно определяется соответствием между оказанием медицинских услуг и современными представлениями о необходимом уровне и объёме психиатрической помощи с учётом индивидуальных особенностей пациента и назначением конкретного медицинского учреждения.

Однако традиционные, рутинные («cook book») методы и клинические протоколы оказания психиатрической помощи, разработанные на основе консенсуса специалистов, не согласуются с принципами доказательной медицины. Ос-

нованием для такого утверждения является отсутствие доказательств эффективности и безопасности представленных рекомендаций и односторонний их характер, не учитывающий этической составляющей и специфических условий оказания психиатрической помощи. Такой уровень регламентации психиатрической помощи не отвечает её принципам, предусмотренным законодательством, потребностям и ожиданиям пациентов и сопровождается низким уровнем обращаемости за психиатрической помощью и падением репутации психиатрии, по сравнению с другими медицинскими специальностями.

По определению исследовательской группы экспертов ВОЗ (N.Black, 1992), гарантией качества медицинской, в т.ч. психиатрической, помощи является обеспечение каждого пациента таким комплексом диагностической и терапевтической помощи, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам. Выделяют три основных компонента качества психиатрической помощи (КПП): а) адекватность; б) экономичность; в) научно-технический уровень. Понятие «адекватность» предполагает доступность и результативность психиатрической помощи, которая должна быть оказана своевременно, в соответствии с установленной технологией и в объеме, достаточном для достижения положительного клинического результата. Под «экономичностью» понимается достижение максимальных результатов при минимальных финансовых затратах (соотношение затрат и достигнутых результатов). Наконец, «научно-технический уровень» отражает уровень использования при оказании психиатрической помощи современных достижений в области медицинских знаний и технологий.

В соответствии с международными стандартами, современная модель обеспечения КПП должна включать три основных компонента:

1. Системный подход, предполагающий, что методы управления и оценки деятельности психиатрического учреждения направлены на достижение четких, конкретных и проверяемых качественных результатов лечения.

2. Содержание психиатрической помощи должно быть ориентировано на максимально возможное удовлетворение потребностей пациента и соответствовать современным достижениям в области психиатрии и смежных дисциплин.

3. Критерии оценки КПП и механизмы контроля должны охватывать все составляющие этого процесса, быть максимально объективными и опираться на нормативную базу.

Развитие психиатрии как науки и сферы практической деятельности связано со становлением концепции и внедрением методов доказательной медицины (ДМ) или медицины, основанной на фактах (Evidence-Based Medicine). Главная идея доказательной медицины заключается в применении на практике только тех методов диагностики и лечения, эффективность которых доказана на основе строгих научных принципов и исследований. Качественная, научно обоснованная психиатрическая практика – это подход к принятию согласованного с пациентом решения, при котором врач (бригада специалистов) использует лучшее доступное обоснованное доказательство и ценностно-гуманистические процедуры, удовлетворяющие пациента наилучшим образом.

Среди вариантов определения понятия «доказательная медицина» выделяют следующие:

- добросовестное, точное и осмысленное использование результатов наиболее доказательных из существенных клинических исследований для выбора методов лечения конкретных больных;

- гарантирование наиболее эффективного, безопасного и экономичного лечения, основанного на самых надежных из доступных доказательствах;

- сбор, интерпретация и интеграция надежных клинических данных, полученных в результате сообщений пациентов, наблюдений специалистов и при проведении испытаний;

- технология описки, анализа, обобщения и применения медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения;

- процесс непрерывного самоуправляемого обучения, позволяющий интегрировать наиболее надежных из существующих доказательств и индивидуальным опытом;

- набор эволюционирующих принципов, стратегий и тактик в лечении;

- новая парадигма клинической медицины, характеризующаяся меньшим воздействием субъективного фактора на выбор критериев диагностики и терапии, и требующая от врача критической оценки мнений различных экспертов и результатов клинических исследований;

- информационная технология выбора оптимальных вариантов медицинской деятельности;

- медицинская помощь, основанная на разумном и точном использовании наиболее вероятных доказательств, имеющихся в клинической медицине, в принятии решений об оказании ме-

дицинской помощи конкретному пациенту.

Таким образом, современное определение термина «доказательная медицина» можно сформулировать так: доказательная медицина (ДМ) – это использование в диагностике, лечении и профилактике заболеваний только тех методов, эффективность которых доказана рационально организованным сравнительным объективным исследованием. Ключевым понятием доказательной медицины, как системы использования технологий диагностики, лечения и профилактики заболеваний, является понятие «технология» («технология доказательной медицины»).

Исходя из общепринятого определения технологий как «совокупности знаний и сведений о последовательности производственных операций в производственном процессе», медицинская технология – это совокупность знаний и сведений (клинической информации) о последовательности клинических решений в лечебно-диагностическом процессе. В доказательной медицине знания – это принципы оценки качества клинической информации; сведения – это собственно качественная клиническая информация; клинические решения – выбор врачом диагностических, лечебных и профилактических средств при определённой клинической ситуации у конкретного пациента; последовательность клинических решений – это главные положения протокола оказания медицинской помощи.

Технологии в психиатрии – это система, обеспечивающая предоставление медицинских (медико-психологических, медико-социальных) услуг больным с психическими расстройствами. Эта система предусматривает оценку развития и использования технологического обеспечения психиатрической помощи, этических, социальных и клинических последствий применения медицинских процедур (элементов технологии, устанавливающей определённый порядок конкретных взаимосвязанных действий, направленных на достижение поставленной цели), а также факторов, замедляющих или ускоряющих развитие психиатрической помощи.

Технологии ДМ, соответствующие потребностям и ожиданиям пациента, в настоящее время общепризнанны как наиболее рациональный научный принцип принятия клинических решений в психиатрической практике. Этот принцип реализуется в процессе инновационной деятельности, связанной с разработкой и внедрением новых диагностических и лечебно-реабилитационных технологий.

Инновации в психиатрии – это процесс преобразования научного знания в нововведение, предназначенного для клинического использования в виде новых технологий организации и оказания психиатрической помощи.

С позиции управления инновационной деятельностью целесообразно выделять следующие виды инноваций в области психиатрии:

1. Медицинские (медико-психологические, медико-социальные) технологические инновации, связанные с разработкой и внедрением новых методов (способов, процедур) профилактики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами.

2. Организационные инновации, реализующие реструктуризацию деятельности системы психиатрической помощи населению.

3. Информационно-технологические инновации, направленные на автоматизацию процессов сбора, обработки и анализа информационных источников в отрасли.

4. Экономические инновации, обеспечивающие внедрение современных методов планирования, финансирования, стимулирования и анализа деятельности психиатрических учреждений.

Инновационная модель развития психиатрической помощи должна предусматривать тесное её взаимодействие с планированием научных исследований, учитывающих потребности населения, активное внедрение научных результатов в практику, а также целенаправленную подготовку специалистов, способных обеспечить внедрение научных результатов.

Внедрение инновационных технологий в психиатрии обеспечивает современное решение конкретных клинических задач, способствует повышению реального качества жизни пациентов, достижению нового уровня лечебно-диагностических процедур, более эффективному расходованию средств, значительному повышению квалификации медицинского персонала, а также повышению репутации психиатрического учреждения и обращаемости за медицинской помощью.

Высокоспециализированные технологии в психиатрии – это самые наукоемкие технологии, выходящие за рамки медицинской модели помощи и ориентированные на широкий диапазон нужд и потребностей пациента в контексте его болезни и возможности мультипрофессионального интегративного подхода, обеспечивающего высокий уровень психиатрического сервиса. Это технологии доказательной медицины, осно-

ванные на научных фактах и сознательном использовании наилучших существующих сведений и знаний при лечении конкретного пациента. Технология доказательной медицины как базис совершенной клинической практики основана на определённых теоретических принципах оценки и использования новой, достоверной, качественной клинической информации. Общепринятым механизмом её реализации являются методические рекомендации и технологические стандарты лечения, утверждённые Минздравом Украины. На основе методических рекомендаций создаются нововведения и инновационные технологии.

Технологии доказательной медицины являются базовым принципом психиатрической практики, сущность которого заключается в использовании качественной клинической информации для принятия клинического решения по отношению к конкретному пациенту. Основой технологий доказательной медицины является качественный алгоритм действия, разработанный при помощи новых научных подходов к анализу клинических ситуаций. Клинические решения принимаются при условии полного информирования пациента о течении болезни и эффективности лечения в аналогичных ситуациях, а также с учётом его предпочтений, возможности альтернативных клинических решений и обстоятельств сопутствующих клинических ситуаций. Информационным источником для разработки технологий являются строго научные данные – клинические рекомендации.

Методология высоких технологий в психиатрии базируется на принципах системного подхода, в контексте целостных представлений о функциональной недостаточности и ресурсах пациента и интегративных мультипрофессиональных принципов оказания помощи пациентам. Процедуры высокой сложности предполагают использование биопсихосоциальных технологий, предусматривающих эффективное воздействие на различные составляющие психического расстройства: а) клинические проявления, личностную дисфункцию, страдание и б) нарушение социального функционирования и жизнедеятельности.

В целом доказательный подход в психиатрии объединяют: а) лучшее внешне обоснованное доказательство; б) индивидуальный клинический профессионализм; в) выбор и предпочтения пациента. Особое значение наличие качествен-

ных практик и технологических документов, соответствующих международным требованиям и адаптированных на национальном уровне, приобретает в условиях функционирования системы страховой медицины.

Анализ общемедицинских аспектов создания высокоспециализированных технологий и уровня научных достижений в области психиатрии и смежных дисциплинах позволил сформулировать основные требования, предъявляемые к технологиям психиатрической помощи высокой сложности:

1. Системный (биопсихосоциальный) подход к отбору содержания и условиям оказания психиатрической помощи и реализации диагностических и лечебно-реабилитационных процедур (методология высоких технологий).

2. Мультимодальный (бригадный) подход к обслуживанию пациента с установкой на его выздоровление; вовлечение пациента в деятельность служб, ориентированных на выздоровление.

3. Использование стратегий психосоциального лечения, основанных на качественных знаниях в области пациент-центрированной и ценностно-гуманистической методологии.

4. Безопасные и относительно комфортные условия оказания психиатрической помощи, минимизация неблагоприятных (вредных) её эффектов.

5. Оказание пациенту гуманитарных сервисных услуг, соответствующих потребностям, ценностям и ожиданиям пациента (сервисная модель психиатрической помощи).

6. Приоритетность выбора пациента при полном его информировании об ожидаемых рисках и возможности альтернативных решений с учётом предпочтений пациента.

7. Соблюдение международных требований и рекомендаций, основных национальных принципов оказания психиатрической помощи и принципов доказательной медицины.

8. Быстрый и ощутимый результат.

Таким образом, современная психиатрическая практика должна основываться на определённых теоретических принципах оценки использования наилучших из существующих сведений при лечении конкретного больного. Внедрение новых технологий доказательной медицины является наиболее рациональным научным принципом принятия клинических решений в процессе психиатрического вмешательства.

Базовые направления технологий высокой сложности при оказании психиатрической помощи

1. Многоосевые (функционально-реабилитационные) диагностические технологии, основанные на целостном представлении о пациенте и ресурсах его поддержки в сообществе.

2. Технологии организации и менеджмента мультипрофессиональной (бригадной) психиатрической помощи, ориентированной на выздоровление.

3. Технологии этико-правового регулирования психиатрической помощи и безопасных условий её оказания.

4. Психосоциальные личностно-ориентированные технологии восстановления интегративных функций личности и продуктивной жизнедеятельности.

5. Технологии ценностно-гуманистического (антистигматизационного) сервисного обслуживания пациентов.

6. Технологии социальной поддержки и социальной интеграции пациента.

Ниже в рамках отдельных технологий конкретизированы стандартные процедуры.

Многоосевая (функционально-реабилитационная) диагностическая технология, основанная на целостном представлении о пациенте и ресурсах его поддержки в сообществе.

1. Процедуры многоосевого функционально-реабилитационного диагноза и комплексного стандартизованного психодиагностического исследования, включая телекоммуникационные технологии.

2. Диагностика степени удовлетворения основных потребностей и нужд пациента, в контексте его заболевания.

3. Определение способности социального контроля, социального поведения и включения пациента в общение и совместную деятельность.

4. Оценка психологических ресурсов личности пациента.

5. Комплексная оценка стигматизирующих эффектов психиатрической помощи.

6. Технология интегративной оценки эффективности лечения и медико-социальной реабилитации пациентов.

Технология организации и менеджмента мультипрофессиональной (бригадной) психиатрической помощи, ориентированной на выздоровление.

1. Процедуры оказания психиатрической помощи, ориентированной на выздоровление.

2. Процедуры индивидуального менеджмента, координации помощи, интеграционного меж-

ведомственного взаимодействия.

3. Алгоритм мониторинга качества психиатрической помощи.

4. Требования к составлению плана действий по выздоровлению (инструмента для процесса восстановления), ориентированного на совместное участие специалиста и пациента.

5. Организационные подходы к мультипрофессиональному обслуживанию пациентов.

6. Программа раннего психиатрического вмешательства и ускоренного клинического и психосоциального восстановления.

Технология этико-правового сопровождения психиатрической помощи.

1. Порядок гарантированного правового регулирования психиатрической помощи и безопасных условий её оказания.

2. Алгоритм соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с тяжёлыми и нетяжёлыми психическим расстройствами.

3. Алгоритм действий при добровольных и недобровольных формах психиатрического вмешательства.

4. Процедура получения добровольного (не вынужденного) согласия на оказание психиатрической помощи.

5. Процедура интегративной оценки риска общественно опасного поведения больного.

Психосоциальная личностно-ориентированная технология восстановления интегративных функций и продуктивной жизнедеятельности.

1. Тренинг социальных навыков и навыков межличностного общения.

2. Психосоциальное и когнитивно-поведенческое образование.

3. Оптимизация потенциала личностного развития.

4. Процедуры антистигматизационного психиатрического вмешательства.

5. Развитие межличностных транзакций, вмешательств поддержки и сети поддержки по месту жительства.

6. Стрессменеджмент, минимизация стресса и негативных последствий первой госпитализации, повышение стрессоустойчивости и совладания с болезнью, и трудными жизненными ситуациями.

7. Семейная терапия (этапы: диагностический, информационно-обучающий, гармонизации семейных отношений и фокусной поддержки пациента).

Технология ценностно-гуманистического (антистигматизационного) сервисного обслуживания.

1. Процедуры дестигматизационного психиатрического вмешательства, формирование у пациента мотивации к реабилитации и удовлетворению потребностей.

2. Повышение уровня информированности и рационального отношения населения к проблемам психического здоровья. Формирование атмосферы толерантного отношения к пациенту в обществе.

3. Формирование отношений сотрудничества, партнёрства при наделении пациента полномочиями и ответственностью.

4. Повышение самооценки, восстановление контроля над своей жизнью и достижение личного благополучия пациента.

5. Процедуры гуманитарных подходов к оказанию психиатрической помощи.

6. Предоставление лицам с проблемами психического здоровья возможности выбора и вовлечения их в процесс собственного лечения с учетом их потребности и культурного уровня.

7. Обеспечение равенства возможностей и устранения дискриминации у больных с психическими расстройствами.

8. Расширение полномочий пользователей служб психического здоровья.

Технология социальной поддержки и социальной интеграции пациента.

1. Процедура реинтеграции пациента в социум.

2. Организация занятости и социальной поддержки больного.

3. Подходы к созданию и функционированию групп самопомощи и взаимопомощи.

4. Порядок предоставления ассертивной внебольничной помощи.

Для каждой медицинской технологии должна быть обеспечена высокая степень убедительности доказательств ее адекватности, эффективности и безопасности. Технологии ВСПП могут быть зарегистрированы в реестре медико-технологических нововведений Минздрава Украины и АМН Украины, утверждены методическими рекомендациями Украинского центра научной медицинской информации и патентно-лицензионной работы Минздрава Украины или приказами Минздрава Украины, зарегистрированы как

изобретения, утверждены действующими решениями съездов врачей специалистов Минздрава Украины.

Специалист, оказывающий высокоспециализированную психиатрическую помощь, должен владеть следующими профессиональными навыками и умениями:

1. Разбираться в методологических и концептуальных аспектах личностно-ориентированной ценностно-гуманистической модели оказания психиатрической помощи.

2. Уметь создавать условия (дизайн) психиатрической помощи, исключая необоснованное принуждение, проявление таких переживаний, как безнадежность, зависимость, обесценивание «я», потеря контроля над своей жизнью и формирующие мотивацию к реабилитации и надежду на восстановление.

3. Рассматривать симптоматическое восстановление как недостаточное для выздоровления и избавления пациента от болезни.

4. Ориентироваться в своей работе не только на купирование симптомов и борьбе с болезнью, но и на выздоровлении как на индивидуально личностных процедурах возвращения пациента к автономной жизни.

5. Использовать в своей работе современные наукоёмкие диагностические и лечебно-реабилитационные технологии.

6. Ориентироваться в принципах и организации работы полипрофессиональной терапевтической бригады и уровня своей персональной компетенции и ответственности.

7. Учитывать и развивать индивидуальные ресурсы личности пациента.

8. Рассматривать формирование у пациента полномочий как основу выздоровления.

Систематизация, оценка и регистрация медицинских технологий создают предпосылки для унификации лечебно-диагностических стандартов и клинических протоколов. Основанием для включения технологий в клинический протокол является наличие убедительных доказательств эффективности и безопасности технологии, подтвержденных ссылкой на первичные материалы, т.е. результаты полученных исследований, доказательность которых подтверждена данными поиска, включающего Кокрановскую библиотеку, библиотеку «Клинические доказательства» (Clinical Evidence) и Medline.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, Г.Г. Пуятін, І.В. Жигуліна

**МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ
ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні авторами запропоновано визначення високоспеціалізованої психіатричної допомоги, що ґрунтується на доказах та цінностях пацієнта, на використанні складних та унікальних технологій, які дозволяють досягнути у пацієнта достатнього рівня соціального функціонування та якості життя. Розроблено базові напрямлення технологій високої складності та методичні підходи до їхньої розробки на підставі доказової медицини та впровадження їх у практику високоспеціалізованої психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 5-14).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova, G.G. Putyatın, I.V. Zigulina

**THE METHODOLOGICAL AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE ELABORATION OF
THE HIGH SPECIALIZED TECHNOLOGIES OF THE PSYCHIATRIC HELP**

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

In the context of the public health system reforming in Ukraine the authors work out the definition of the of the high specialized psychiatric help that is based on the evidences and patient's valuables, the use of the complicated and unique technologies directed at the patient's sufficient level of the social functioning and the quality of life achievement. The main directions of the high complicated technologies and the methodical approaches to their elaboration are suggested, they are based on the evidence medicine and assigned for the application in the high specialized psychiatric help practice. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 5-14).

Поступила в редакцію 14.02.2012

УДК 616.895.8-021.3-058-035-085

*В.А. Абрамов, О.И. Осокина***ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, личностно-социальное восстановление больных

Шизофрения по сей день остается краеугольной проблемой психиатрии. Ее распространенность по данным ВОЗ составляет 0,8-1,9%. Шизофрения представляет собой хроническое психическое расстройство, которое затрагивает не только психическую деятельность человека, но и социальные аспекты его жизни. Это нарушение функционирования в семье, на работе, стигматизация, социальная изоляция, безработица, потеря финансовой независимости, инвалидизация, риск суицида и т. д.

В последние десятилетия стратегии лечения больных шизофренией сводятся не только к достижению симптоматической ремиссии, но и к реализации тенденций функционального (личностно-социального) восстановления [1]. Личностно-социальное восстановление целесообразно рассматривать с двух точек зрения: с объективной (с позиции специалиста, членов семьи, общества) и с субъективной (с точки зрения самого пациента). В первом случае, суть данного процесса сводится к объективно обозримым эффектам функционального восстановления пациента после перенесенного первого приступа шизофрении. К ним относится возвращение «нарушенного болезнью» удовлетворительного уровня жизнедеятельности пациента в различных сферах социального функционирования: учитывается возможность больного продолжать трудовую деятельность или учебу, вести финансово независимую жизнь, следить за своим внешним видом, эффективно организовывать свой быт и проведение досуга, продуктивно участвовать в жизни семьи, восстановить прежний уровень сексуальной активности, поддерживать близкие, гармоничные отношения с родственниками, развивать тесные социальные связи и плодотворно реализовывать свой потенциал даже в случае сохранения у него резидуальных симптомов болезни. Во втором случае, при рассмотрении функционального восстановления «изнутри» самого пациента, его глазами, мыслями, чув-

ствами и самоощущениями – оно представляет собой динамический процесс субъективного восстановления личности пациента на когнитивном, эмоциональном, экзистенциальном, поведенческом уровнях, избавление его от негативных последствий стигматизации, дистресса, душевного страдания, привнесенного психозом, правильное понимание и использование смысла опыта психоза, результатом чего является обретение надежды, цели, смысла жизни, своей ценностной роли и восстановление нарушенной болезнью самоидентичности.

Р.Е. Deegan описывает свое болезненное состояние, как критический период, когда создается угроза стать олицетворением болезни, подвергнуться трансформации обесценивания и лишения достоинства («Когда ты и твоя болезнь – одно целое, внутри тебя не остается никого, кто бы мог противостоять болезни»). Важно дистанцирование от болезни, сохранение человеческого достоинства, стремление «не выпустить из рук власть» над болезнью и сохранить позицию, позволяющую противостоять стрессу и начать процесс восстановления и исцеления. Восстановление происходит не только от психической болезни, но и от последствий жизни с ярлыком психической болезни, от обреченного привыкания к стигме, от дискриминации и ощущения себя человеком второго сорта, от того, что дается «в одной упаковке» с психологической травматизацией, отверженностью и безработицей [2].

Личностно-социальное восстановление, как феномен, представляет собой не исход болезни, а длительный (часто продолжающийся всю жизнь) процесс позитивной адаптации к болезни (или инвалидности, при ее наличии), в котором сама личность, используя свои психологические, духовные и социальные ресурсы, борется не только с симптомами болезни, но и со стигмой психического заболевания и ее воздействием на чувство самоидентичности, а также за пра-

во своего полноценного функционирования и реализации своих возможностей в социуме. Под самоидентичностью (или своей «самостью») понимается соотнесенность себя с собой, восприятие собственного сознания как самоощущения, а себя самого как уникальной, онтологически целостной и самостоятельной личности.

После первого приступа болезни и первой госпитализации в психиатрический стационар человек чувствует, что болезнь безвозвратно изменила их жизнь, что они уже не способны вернуться к прежней жизни, какой она была до болезни, и стремятся инкорпорировать болезненный опыт в свою идентичность – отсюда потеря самоидентичности [3].

Большинство пациентов, перенесших первый эпизод шизофрении, считает, что поворотным пунктом становится момент, когда человек активно и ответственно начинает решать свои проблемы и справляться с дистрессом. Начало восстановления часто описывают, как процесс, имеющий решающий момент, или «перелом», перед которым человек чувствует себя в тупике, возможно отрицая свое заболевание из-за тревоги или страдания по поводу утраты здоровья и перспективы [4]. Многие отмечают, что восстановление затягивается из-за низкого уровня ожиданий специалистов, особенно когда они снимают ответственность с пациентов, подтверждая, таким образом, их беспомощность. Отрицание возможности восстановления пациентов с шизофренией в повседневной практике питает терапевтический нигилизм профессионалов и приводит к хронификации состояния больных. По описаниям пациентов, поворот к восстановлению может возникнуть неожиданно, и чаще после бесед с другими пациентами, а не со специалистами. «Перелом» переживается ими, как возврат своего «Я», контроля и ответственности за свою жизнь, появление надежды и оптимизма с принятием прошлого и настоящего (но не смирением). Понимание смысла опыта психоза возвращает уверенность в своих силах и повышает уровень духовности.

Вышесказанное приводит к заключению о том, что помимо симптомов, привносимой самой болезнью, на пациента обрушивается много других феноменов, которые далеко не решаются только медикаментозным лечением. Это: 1) утрата различных элементов «направленности» личности, т. е. а) утрата привычных ценностей; б) утрата ощущения своей ценностной роли; в) утрата цели в жизни и ориентации на дости-

жение цели; г) преобладание направленности внутрь себя, а не вовне.

2) ощущение внутреннего напряжения (переживание дистресса) от стресса, которым является факт госпитализации и пребывания в клинике, факт постановки диагноза психического расстройства, необходимость длительного приема лекарств; ощущение тревоги и дистресса при мысли о возможной повторной госпитализации.

3) Неправильная трактовка и инкорпорирование опыта перенесенного психоза, незнание того, что с ним делать при «возвращении в реальность», трудности принятия своих болезненных переживаний и своего опыта болезни.

4) Спонтанное, бесконтрольное, неравномерное и часто неадекватное восстановление «критичности» пациента к болезни.

5) Негативные эмоциональные состояния, связанные с психической болезнью и переживанием ее последствий (депрессия, тревога, апатия, фрустрация, чувство «тупика», безысходности).

6) Эффекты стигмы психической болезни, которые приводят и поддерживают негативные эмоциональные состояния, потенциально повышают риск поведенческих нарушений (употребление психоактивных веществ, суицидальное поведение), приводят к нарушению на психологическом уровне чувства самоидентичности (на болезненном уровне нарушение самосознания большинство пациентов уже пережили в остром периоде шизофрении в виде синдрома психического отчуждения), вызывают страх перед будущим (общением с людьми, устройством на работу, созданием семьи и т. п.), снижение самооценки и веры в себя, неуверенность от взятия на себя ответственности за свою жизнь.

Таким образом, на определенном этапе восстановления больных шизофренией решающим оказывается не медикаментозное лечение, а исцеление души, восстановление целостности личности человека в полноте его физических, психологических и духовных проявлений. Для разработки и реализации системы функционального восстановления пациентов, грамотной организации и профессионального использования методического комплекса данной системы, необходимо создание ее теоретико-методологической платформы. Концепция представляет собой определенную систему взглядов, способов понимания какого-либо процесса или явления, связанных между собой путей аналитического решения конкретной задачи. Она определяет стратегию действий и может быть проверена на прак-

тике.

Концепция личностно-социального восстановления больных после первого приступа шизофрении признает важность оздоровления духовной сферы больных с обретением ими новых жизненных смыслов и целей.

Данная концепция строится на основании имеющихся знаний о проблемах и нуждах пациентов с шизофренией, характере течения самого заболевания, имеющихся научных подходах, а также организации психиатрической помощи данному контингенту больных на современном этапе. В основу данной концепции положены 1) биопсихосоциальный подход, в рамках которого получила свое развитие диатез-стрессовая модель шизофрении, которая предполагает, что шизофрения возникает только у пациентов с предрасположенностью к психозу, а средовые стрессоры являются важным звеном в «запуске» психотического приступа; 2) гипотеза «критического периода», которая определяет первые годы после начала заболевания (2 года) как наиболее уязвимые для биологических, психологических и социальных изменений, когда патологические процессы обнаруживают максимальную пластичность; 3) концепция ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией, постулирующая необходимость использования психосоциального лечения на самых ранних стадиях шизофрении; 4) концепция инсайта, который определяется, как адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов и видится, как динамичный, многоаспектный процесс осознания пациентом своего заболевания, имеющий большое клиническое значение и влияющий на течение, прогноз болезни и конструктивный комплаенс; 5) фазоспецифический подход при оказании психиатрической помощи; 6) концепция «гесcovery», (проявляется за рубежом в общественном движении бывших пациентов), позволяющая глубоко осознать нужды больных шизофренией, желание их «иметь потенциальный шанс выздороветь, вести плодотворную жизнь» и признающая возможность достичь ими социального и профессионального восстановления, полноценной, приносящей пользу другим жизни и самореализации; 7) концепция личности К.К. Платонова, в которой личность рассматривается, как динамическая система, состоящая из четырех подструктур: подструктура направленности (желания, цели, стремления, убеждения, идеалы, мировоззрение), подструктура опыта (знаний, умений, навыков, привычек), под-

структура индивидуальных особенностей психических процессов (памяти, эмоций, ощущений, мышления, восприятия, чувств, воли), подструктура свойств личности (темперамента, характера); 8) учет влияния на больного стигмы психического заболевания и ее негативных эффектов; 9) личностно-ориентированный и ценностно-гуманистический подход к организации психиатрической помощи; 10) акцент на скорейшую интеграцию больных в сообщество; 11) использование личностно-ориентированных интегративных конструкций психиатрического диагноза.

В последние десятилетия шизофрения рассматривается, как биопсихосоциальное заболевание, которое развивается при взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов, а потому проявляется в сочетании клинических симптомов болезни и нарушении функционирования больного в обществе.

Современная биопсихосоциальная модель формирования шизофрении, указывает на широкий диапазон клинических и функциональных исходов болезни и предполагает важность поиска предикторов для их прогнозирования, особенно на ранних этапах [5], так как только в этом случае возможна разработка и применение дифференцированных терапевтических подходов. Модель стресс-уязвимости [6] дала основание для выявления факторов, влияющих на исходы шизофрении. Особая роль здесь отводится биологически обусловленной индивидуальной уязвимости, предрасполагающей к развитию заболевания. Термином уязвимость можно обозначить биологически обусловленное и скрытое, клинически не выявляемое снижение толерантности нервно-психической организации индивидуума к стрессовым воздействиям, т. е. когнитивную, психодинамическую, психофизическую и биогенетическую готовность личности реагировать развитием эндогенного психического расстройства в ответ на пусковое воздействие стрессоров [7]. В качестве косвенных маркеров уязвимости выступали, по данным различных авторов, наследственная отягощенность [8]; соматическая конституция лептосомного телосложения [9]; некоторые анатомо-физиологические, биохимические и нейрофизиологические особенности; расстройства нейроинтегративных функций (нарушение подвижности психических процессов [10], снижение уровня устойчивости внимания [11], когнитивные расстройства [12], недостаточность переработки информации [13] и др.); нарушение идентификации, искажение

самоидентификации и самооценки [11]. Однако, пока еще ни один фактор или группа факторов не могут быть безоговорочно признаны в качестве маркера уязвимости в отношении шизофрении.

Был сформулирован постулат о непостоянстве уровня уязвимости во времени (так как всем физиологическим процессам в организме свойственны отчетливая волнообразность и ритмичность изменения порога восприимчивости к стрессорам) и чередовании в жизни человека временных интервалов повышения (чаще осенне-весенний период) и понижения уязвимости [14].

Опираясь на мультифакториальную пороговую модель (Reich, 1975), постулирующую, что гомеостаз в организме поддерживается благодаря функциональным адаптационным барьерам, для каждого из которых существует своя мера пороговой интенсивности внешних воздействий, превышение которой приводит к качественным изменениям в функциональной системе и организме в целом, группа авторов [15] развила представление о динамике нарушения психической адаптации, вплоть до возникновения болезни: 1) между уязвимостью (биологическим фактором, внешне не выявляемым) и диатезом (клинически обнаруживаемым в виде донозологических расстройств), существует некая граница («адаптационный барьер», «барьер уязвимости» [16], переход через который сопровождается появлением диатеза при условии превышения интенсивности стрессовых воздействий некой критической величины («порога уязвимости» [6]); 2) между диатезом и болезнью существует еще один адаптационный барьер – «барьер диатеза», капитуляция которого и появление клинических проявлений болезни наступает при превышении «порога диатеза» интенсивностью стрессорных факторов.

Гипотеза об участии стрессорных факторов в «прорывах» имеющихся барьеров учитывает следующее: 1) уязвимые в отношении шизофрении индивидуумы по механизму «слабого звена» будут реагировать появлением психического расстройства (а не соматических заболеваний) в ответ на стрессор; 2) мощными стрессорами для больного могут оказаться заурядные события жизни, не оказывающие влияния на «неуязвимых» к психическому заболеванию людей [17]; 3) акцент делается на субъективной значимости стрессового события, с точки зрения психодинамического подхода приводящего к появлению интрапсихического конфликта, а не на

объективную стрессовую нагрузку [18]; 4) частая «отставленность» во времени явной донозологической или клинически выраженной реакции индивидуума на стрессогенное воздействие, с наличием 2-4 месячного интервала, а иногда и более длительного промежутка времени, что может объясняться различной скоростью реагирования психики, зависящей от многих индивидуальных ее особенностей и «силы» адаптационного ресурса. Если событие приводит к состоянию стресса, то последствия зависят от взаимодействия защитных (адаптивных) сил и степени его уязвимости в данный момент времени. Так, у одних больных стрессовые события могут повышать уровень уязвимости, у других – выступать как триггерный механизм, у третьих – даже препятствовать действию причинного фактора, активизируя адаптационные возможности организма (эустресс по Н. Selye).

Возникновение заболевания при слабом накоплении стрессоров свидетельствует о сниженных адаптационно-компенсаторных возможностях организма, что логично сопровождается большей выраженностью негативной симптоматики и менее благоприятным течением, в то время как значительное накопление психотравмирующих событий при неплохом адаптационно-компенсаторном ресурсе личности характеризуется более благоприятными признаками болезни – острое начало, превалирование позитивных и минимальная выраженность негативных симптомов, приступообразное течение, положительная связь с «тимопатичностью».

В сфере современной отечественной и мировой психиатрии наблюдается направленность психиатрической службы на оказание раннего вмешательства при шизофрении, на этапе первого психотического приступа.

Согласно концепции «критического периода» [19,20], долгосрочные исходы шизофрении закладываются в первые 2 года болезни, во время которых происходит стабилизация клинических и социальных (в том числе профессиональных) показателей («плато-эффект»), а патологические процессы обнаруживают максимальную пластичность.

Раннее течение шизофрении представляет собой континуум в виде 1) продромальной фазы болезни, представленной гаммой неспецифических предвестников психоза, что затрудняет его предупреждение, и 2) фазы манифестации психоза – собственно первого психотического приступа. Период между появлением первых психотических симптомов и началом антипсихоти-

ческого лечения (период нелеченного психоза) достигает 2–3 лет [21]. Патобиологические изменения продромального периода шизофрении, усугубляемые манифестным психозом, являются основанием для раннего выявления психоза и неотложного вмешательства [22]. Рассмотрение раннего периода, как критического в длительной траектории шизофрении в связи с гипотетическим кумулятивным «токсическим» эффектом нелеченных психотических симптомов и клинико-социальными нарушениями на продромальной фазе болезни, являются теоретической предпосылкой разработки стратегий раннего комплексного лечения [21].

После первого обращения за психиатрической помощью и стационарного лечения, пациент и его семья продолжают испытывать стигматизирующее влияние постановки психиатрического диагноза, взятия на диспансерный учет, что вызывает дополнительные душевные страдания, потерю самоидентичности и смысла жизни, вынуждает больных избегать социального общения и устройства на работу, препятствует полноценному участию больных в жизни общества, реализации своего потенциала, т. е. социальному восстановлению и интеграции в сообщество [23].

Основными негативными эффектами стигматизации являются: потеря оптимизма и надежды, отсутствие цели и смысла жизни, нежелание жить дальше, сочетающееся с потенциально высоким риском суицида, снижение самооценки, идентификация себя с болезнью (потеря самоидентичности), потеря понимания своей уникальности, значимости, чувства собственного достоинства, чувство безысходности, стыда, вины, недоверие окружающим, боязнь дискриминации, насмешек, утраты положения в обществе, потери работы, друзей, семьи, социального отвержения.

В первые 2 года после первого приступа шизофрении у 40–50% больных отмечаются депрессивные симптомы [24], для облегчения своего состояния 25% больных употребляют психоактивные вещества [25], у 60% больных болезнь рецидивирует [26]; в первые 5 лет – у 75% больных нарушается функционирование в семье, у 45% пациентов наблюдается потеря финансовой независимости [27], около 60% становятся инвалидами; на первые 5 лет болезни приходится 66% всех суицидов больных шизофренией [28]. Это обуславливает ухудшение качества жизни и функционирования больных шизофренией и объясняет актуальность использования на ран-

них стадиях не только медикаментозного, но и психосоциального лечения.

Рассмотрение основных позиций концепции личностно-социального восстановления и традиционной модели медицинской помощи, ярко демонстрирует смещение всех понятий в субъективную сферу в модели восстановления. Основная цель медицинской модели – борьба с болезнью и ее симптомами, в то время как концепция личностно-социального восстановления преследует цель социальной интеграции пациента.

Так, «восстановление» в традиционной модели медицинской помощи тождественно с исходом болезни, тогда как в концепции личностно-социального восстановления – это личностный процесс; опора на профессиональную ответственность при стандартной медицинской помощи сменяется личной ответственностью, само- и взаимопомощью в модели личностно-социального восстановления; понятие симптом сменяется на дистресс; внимание к болезни, и симптоматике – на внимание к личности и жизни человека; дистанцирование от ценностей и предпочтений отдельного пациента – на ценностную ориентацию; лечение болезни с опорой на медикаменты – на рост и раскрытие личности с опорой на ее сильные стороны; директивное взаимодействие «специалист-пациент» при пассивной позиции пациента – на его активную позицию и партнерские отношения; ответственность и контроль за болезнью, и жизнь пациента специалист передает самому пациенту, трансформируя их в самоуправление и самоконтроль.

Следует сказать, что концепция личностно-социального восстановления не исключает, а дополняет традиционную медицинскую модель психиатрической помощи. Известно, что возможность вовлечения больного шизофренией в процесс восстановления, как и уровень его критичности в ходе течения болезни меняется (так критичность минимальна в период обострения, а до и после – ее уровень в различной степени повышается). С учетом этой динамичности, в зависимости от личностного ресурса больного, этапа болезни и уровня критичности пациента на конкретном этапе специалисту необходимо активно и гибко менять удельный вес позиций, отдавая предпочтение то более директивному, то партнерскому взаимодействию. Специалисту необходимо не бояться расставаться с паттерналистическим стилем взаимодействия с пациентом на тех этапах его болезни, когда он самостоятельно может брать на себя ответственность за свою жизнь, самостоятельно контролировать

свое заболевание, и передавать тот объем полномочий пациенту, которые тот сможет на себя взять, исходя из возможностей пациента на данном этапе болезни. С целью же достижения у пациента максимально полного функционального восстановления специалисту необходимо по возможности отдавать предпочтение опорным пунктам концепции личностно-социального восстановления.

Любая модель организации психиатрической помощи должна удовлетворять трем важным требованиям: быть экономически целесообразной, эффективной и удовлетворять потребностям населения. Современное состояние психиатрической помощи не отвечает этим критериям. Так, клинические протоколы, являющиеся основой выбора методов лечения психических расстройств, не ориентированы на потребности пациента, не предусматривают оценку их функциональных возможностей и не отражают необходимость следования этико-правовым нормам по отношению к пациентам. Это приводит к формированию многочисленных социальных, клинических, психологических проблем у пациентов, проявлениями которых является стигматизация больных с нарушением самоидентичности личности больного [29].

Таким образом, основными положениями, которые должны учитываться психиатрическими службами, ориентированными на восстановление, являются:

1. Пациент-центрированный и ценностно-ориентированный подходы. Профессионалы должны выражать интерес к больным, как к личностям, и видеть их не только в роли пациента, но общаться с ними в более целостном контексте, помогать продвигаться за пределами системы психиатрической помощи, где можно получить значимые, социально ценные роли.

2. Сотрудничество с пациентом. Т. е. стимулирование участия пациентов в дизайне и осуществлении психиатрической помощи, использование не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самими пациентами. Необходимо формирование партнерских отношений специалиста и пациента, и участие пациента в деятельности служб, ориентированных на восстановление.

3. Предоставление пациенту возможности выбирать свои долгосрочные цели, способы их достижения и специалистов лечебных учреждений. Как известно, залогом успешного лечения является формирование комплаентного поведения у больного.

Комплаенс (в переводе с англ. — согласие, податливость, уступчивость) — это осознанное сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи. COMPLAINT является терапевтическим инструментом, обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии.

Однако нужно помнить, что COMPLAINT только как следование указаниям врача без выяснения предпочтений пациента может становиться барьером для процесса восстановления.

4. Формирование и поддержание оптимизма и надежды на будущее – является неотъемлемым компонентом процесса восстановления. Надежда включает понимание того, что процесс восстановления может быть долгим, со многими отступлениями и плато на этом пути. Психиатрическая помощь, направленная только на купирование симптомов, поддержание удовлетворительного состояния и предотвращение обострений, и не предоставляющая возможности и поддержку выше этих рамок, не является качественной, не может полностью удовлетворять пациентов и достигать уровня личностно-социального восстановления.

5. Фокусировка на сообщество. Включает интеграцию пациентов в сообщество, помощь в формировании новых жизненных целей, ценностей и смысла, подготовку пациента к жизни в обществе, присоединение неформальной поддержки (семья, родственники, друзья, поддержка других пациентов).

6. Формирование у пациента активной позиции, передача ему полномочий, самоуправления своей болезнью, взятие им на себя контроля и ответственности за свою жизнь. Пассивный прием лекарств, вынужденная госпитализация без желания пациента, уступчивость и податливость пациента без понимания им необходимости лечения, перекладывание ответственности за свою жизнь на врача и семью, отсутствие целей и смысла жизни – это пассивная позиция, ни в коем случае не приводящая к восстановлению. Концепция личностно-социального восстановления требует от окружения пациента передачи ему полномочий и ответственности за его жизнь в той мере, в которой он способен их принять.

Согласно ЗУ «Про порядок проведения реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» и ЗУ «О внесении изме-

нений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования предоставления медицинской помощи» от 7 июля 2011 года реформирование системы охраны здоровья подразумевает научное обоснование стратегий качественно новой функционально-организационной системы психиатрической помощи и создание условий для оказания третичной, высокоспециализированной психиатрической помощи.

В связи с этим особую важность приобретает переориентация психиатрической помощи на ориентированный на пациента ценностно-гуманистический подход, фокусировку на интеграцию больных в сообщество, минимизацию стигматизирующих последствий психиатрического вмешательства, что повышает научно-технический аспект качества психиатрической помощи и полностью отвечает требованиям третичному уровню ее оказания.

Разработка и использование технологий лич-

ностно-социального восстановления выходит за рамки возможностей традиционной медицинской модели оказания психиатрической помощи общепсихиатрических отделений с ограниченно-стигматизирующими условиями работы и реальными возможностями вторичного уровня психиатрической помощи.

Использование концепции *лично-социального восстановления* в качестве методологической платформы для разработки высокоспециализированных технологий лично-социального восстановления, дает пациентам с психотическими расстройствами реальный шанс и возможность вернуться к прежней плодотворной, наполненной смыслом жизни. Такой подход по-новому освещает возможность лично-социального восстановления больных психотическими расстройствами и дает возможность последующей разработки критериев оптимизации амбулаторного наблюдения больных с впервые диагностированной шизофренией.

В.А. Абрамов, О.И. Осокина

ОСОБИСТІСНО-СОЦІАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ХВОРИХ З ПЕРШИМ ЕПІЗОДОМ ШИЗОФРЕНІЇ: КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті проведено теоретико-методологічне обґрунтування концепції особистісно-соціального відновлення хворих з вперше діагностованою шизофренією, описані основні сучасні підходи до вивчення даної нозології, визначено потреби даного контингенту хворих з урахуванням сучасної спрямованості та реформування системи охорони здоров'я нашої країни. Зроблено висновок про можливість розробки на базі зазначеної концепції технологій особистісно-соціального відновлення хворих після перенесеного першого нападу шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 15-22).

V.A. Abramov, O.I. Osokina

PERSONAL-SOCIAL RECOVERY OF PATIENTS WITH FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIA: FRAMEWORK

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

In the article there was conducted theoretical and methodological basis of the concept of personal-social recovery of patients with newly diagnosed schizophrenia. There was described the main current approaches to the study of this disease, identified the needs of this group of patients in accordance with modern orientation and health care reform in our country. The conclusion about the need to develop on the basis of this concept the recovery personal-social technologies of patients after suffering a first episode of schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 15-22).

Литература

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. - Донецк: Каштан, 2009. - 584 с.
2. Deegan P.E. Recovery as a journey of the heart // Psychosoc. Rehab. J. - 1996. - Vol.19. - P. 91-97.
3. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services // World Psychiatry. - 2007. - Vol. 6, №2. - P. 4-10.
4. Roberts G., Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all // Advances in psychiatric treatment. - 2004. - Vol.10: - P.37-48.
5. Lenior M.E., Dingemans P.M.A.J., Schene A.H., Linszen D.H. Predictors of the early 5-year course of schizophrenia: a path analysis // Schizophr Bull. -2005.-Vol.31. -P.781-791.
6. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S.R. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability.// Psychol Med-1983.

- Vol. 13(3). -P.551-571.
7. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. - СПб: Питер, 2008. - 512 с.
8. Нуллер Ю.Л., Пегашова А.Е., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных // Соц. и клин. психиатрия. - 1998. - Т.8. - Вып.2. - С. 5-11.
9. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. Конституция и психозы: (телосложение и психозы) // Журн. невропатол. и психиатр. - 1973. - Т.73. - Вып.1. - С. 140-148.
10. Lehman A.F., Carpenter W.T. et al. Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy and research // Schizophr. Bull. - 1995/ - Vol. 21. - №4. - P. 43-49.
11. Свердлов Л.С., Скорик А.И. О механизмах развития рецидивов при эндогенных психозах: длительность ремиссии при аффективных психозах // Журн. невропатол. и психиатр. - 1991. -

Т.91. – Вып.4. – С. 65–69.

12. Розум С.И. Категория значения, процесс коммуникации и когнитивные нарушения при шизофрении // Обзор психиатрии и мед психол. Им. В.М. Бехтерева. – 1998. - №1. – С. 9–1

13. Neuchterlein K.H., Dawson M.E., Ventura J. et al. The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: longitudinal study // Acta Psychiat. Scand. – 1994. - №382. – P.58–64.

14. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Соц. и клин. психiatr. – 1995. - №2. – С. 114–118.

15. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др. Психопатологический диатез СПб.: Гиппократ, 2008. – 128 с.

16. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1999. – 35 с.

17. Воловик В.М., Вид В.Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1989. – С. 98–117.

18. Сливко-Кольчик Е.Б. Стрессогенные жизненные события и стратегии копинг-поведения у юношей с эндогенной психической патологией // Обзор. психiatr. и мед. психол. Им. В.М. Бехтерева. – 1996. - №2. – С. 200–201.

19. 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.

20. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катamnестическое клинико-нейропсихологическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 : Москва, 2010. - 25 с.

21. Былим И.А., Шикин Ю.М. Стратегии раннего вмешательства при шизофрении // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 2008. - №3. - С. 78-83.

22. Cahn W., van Haren N.E.M. et al. Brain volume changes in the first year of illness and 5-year outcome of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. - 2006. -Vol.189.-P. 381-382.

23. Ряполова Т.Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (биопсихосоциальная модель) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Харьков, 2010. – 35 с.

24. Singh S.P., Singh V., Kar N., Chan K. Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis // British J. of Psychiatry. – 2010. – Vol.197. – P. 174–179.

25. Ventura J., Subotnic K.L., Guzik L.H., Hellermann G.S., Gitlin M.J., Wood R.C., Nuechterlein K.H. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia // Schizoph. res. – 2011. – Vol.132 (1). – P. 18–23.

26. Owens D.C., Johnstone E.C., Miller P., Macmillan J.F., Crow T.J. 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.

27. Schennach-Wolff R., Seemüller F.H., Maier A., Klingberg S., Heuser I., Klosterkötter J., Gastpar M., Hdfner H., Sauer H., Schneider F., Gaebel W., Jldger M., Müller H.-J., Riedel M. An early improvement threshold to predict response and remission in first-episode schizophrenia // British J. of Psychiatry. – 2010. – Vol.196. – P. 460–466.

28. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Т.18. – вып. 2. - С. 7-14.

29. Н.О. Марута, В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.Г. Студзінський, О.В. Абрамов, І.В. Жигуліна, О.І. Осокіна, Г.Г. Путятін Систематизація передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади: Метод. рек. – Київ, 2011. – 28 с.

Поступила в редакцию 21.05.2012

В.С. Підкоритов, О.І. Серікова, О.В. Скринник, О.С. Серікова

КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО ТИПУ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: шизоафективний розлад, клініка, діагностика

Термін «шизоафективний психоз» вперше був запропонований J.Kasanin ще в 1933 році, але тільки наприкінці XX сторіччя він здобув самостійну діагностичну рубрику у класифікаціях психічних розладів – МКХ-10 та DSM-IV. Пошук місця шизоафективних психозів в систематичі ендогенних психічних захворювань неминуче пов'язан з визначенням провідних клінічних параметрів, що відображають їхню своєрідність і нозологічну приналежність [1, 2].

Загальний принцип відокремлення шизоафективного розладу (ШАР), який ґрунтується на обов'язковому поєднанні у клінічній картині (поєдновано чи одночасно) афективних порушень з ознаками шизофренії, визначає всю складність синдромальної та нозологічної оцінки цього захворювання. Досьогодні обговорюється питання про те, які саме розлади – афективні чи маячні є провідними у визначенні клінічної суті шизоафективного психозу [3].

Метою нашої науково-дослідної роботи було: визначити сучасну клініко-типологічну структуру депресивного типу шизоафективного розладу.

Завдання: описати клініко-психопатологічні особливості депресивного типу шизоафективного розладу.

Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації.

Нами було проаналізовано 28 історій хвороб пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН АМН України» з 2000 по 2011 роки, з діагнозом «Шизоафективний розлад, депресивний тип» за МКХ-10 (F25.1) [4]. Серед них було 18 жінок та 10 чоловіків (співвідношення 1,8:1). Середній вік хворих був (34,54 ± 8,43) років, загальна тривалість шизоафективного розладу на момент початку загострення (7,93 ± 3,36) років. Тривалість депресивної симптоматики (6,71 ±

3,82) місяців, після чого наступала ремісія протягом (5,58 ± 3,81) місяців. Клінічна картина відрізнялася атиповістю проявів, глибиною та значною синдромальною складністю. На відміну від депресивних епізодів при біполярному афективному розладі майже всі депресії у обстежених нами хворих мали значно більшу тривалість. Незалежно від особливостей клінічної картини вони в більшості випадків досягали рівня розвитку депресивного марення, до якого приєднувалося неафективне маячення. Розвиток психотичних порушень практично у всіх хворих був зв'язаний з появою психомоторної загальмованості.

У хворих на ШАР було відокремлено три основних типи депресивного синдрому – тужливо-депресивний, тривожно-депресивний та тужливо-адинамічний (див. табл. 1).

Тривожно-депресивна симптоматика була найчастішою і спостерігалася в 42,86 % випадків (12 пацієнтів). Розвитку загострень у таких хворих, в більшості випадків передували соматогенії або психогенії, які, проте, не відбивалися в змісті переживань. Як правило, тривожно-депресивний синдром формувалася у осіб віком - (39,51 ± 6,28) років, з анамнезом захворювання (9,32 ± 1,53) роки. Становлення клінічної картини депресії було достатньо швидким, протягом 7 - 10 днів. Тривожний афект із самого початку носив гетерогенний характер, супроводжувався короткочасними епізодами відчуття страху і наближався до тривожно-боязливого. До нього незабаром приєднувалися тривожні побоювання надцінного характеру та окремі ідеї відношення. Нерідко мали місце короткочасні і фрагментарні синдроми дереалізації та деперсоналізації. Тривога наростала до ступеня вираженого відчаю, відчуття загального краху, що насувається, але не супроводжувалася ажитацією. Навпаки, нерідко пацієнти скаржилися на прояви ідеомоторної загальмованості. Тривожний афект також носив пароксизмальноподібний ха-

ракти, але не досягав ступеня паніки і міг проявлятися нав'язливими побоюваннями. Тривожні переживання лише іноді супроводжувалися моторним неспокоєм, що перемежався з різкою фізичною слабкістю. В інших випадках тривожний афект в структурі загострення шизоафективного психозу носив характер безпричинного страху («ніби постійно чогось чекаю») або очікування чогось неприємного, з раптовими пробудженнями серед ночі. В проміжках між епізодами тривоги мали місце прояви непосидючості, постійного прагнення до руху («якесь нетерпіння», «кудись поспішаю», не можу залишатися на одному місці») з відчуттям внутрішньої напруги («весь організм стислий як пружина») і нав'язливими побоюваннями, що доходили до ступеня уявлень про можливий рецидив раніше перенесеного нападу, іноді - вербально-галюцинозу. За 3 - 6 тижнів з'являлися депресивні ідеї винності і гріховності. Становлення неафективного марення було аутохтоним. Депресивний афект в цей час витіснявся відчуттям страху. В цей період до нього також приєднувалися прості і буденні за змістом переживання на тему про чаклунство і телепатію. Вони могли

супроводжуватися окремими зоровими обманми, окликами, рідше — функціональними галюцинаціями. Надалі можна було відзначити ускладнення маревних розладів з тенденцією до їхньої видозміни у бік більш фантастичного змісту. Починала виявлятися персекуторна тематика марення, з окремими виявами синдрому Кандинського - Клерамбо. Розвивалися нерозгорнене марення інсценування і поодинокі помилкові впізнавання (останні носили характер вигадки). Подібні маревні розлади відповідали наочно-образному маренню уяви. Вони зустрічалися в 75,00 % випадків (9 хворих) цього типу; тривалість їх не перевищувала 4 – 6 тижнів. Лише у 5 пацієнтів неголотимні маревні розлади визначалися маренням сприйняття (марення інсценування). Вихід був ближче до критичного, протягом 1 - 2 тижнів. В подальшому на перший план виступали ідеї власної нікчемності і неспроможності, які зберігалися іноді протягом декількох місяців. Розгорнений депресивний стан в подальшому тривав протягом $(6,21 \pm 2,79)$ місяців. Критика до переживань була неповною. Ремісії в більшості випадків були короткими - $(4,56 \pm 1,09)$ місяці.

Таблиця 1

Основні клінічні характеристики клінічних синдромів у хворих на депресивний тип шизоафективного розладу ($p < 0,05$)

Клінічний варіант	Основні характеристики за групами				
	кількість хворих (осіб)	середній вік (в роках)	тривалість розладу (в роках)	тривалість загострення (в місяцях)	тривалість ремісії, що йде за загостренням (в місяцях)
Тривожно-депресивний	12	$39,51 \pm 6,28$	$9,32 \pm 1,53$	$6,21 \pm 2,79$	$4,56 \pm 1,09$
Депресивно-тужливий	9	$29,25 \pm 3,25$	$3,23 \pm 1,13$	$4,24 \pm 1,62$	$9,54 \pm 1,46$
Тужливо-динамічний	7	$34,87 \pm 3,76$	$8,24 \pm 0,97$	$9,67 \pm 2,66$	$2,64 \pm 1,08$
Загалом депресивний тип	28	$34,54 \pm 8,43$	$7,93 \pm 3,36$	$6,71 \pm 3,82$	$5,58 \pm 3,81$

Тужливо-депресивна симптоматика спостерігалися у 32,14 % хворих (9 випадків). Як правило даний варіант мав місце у осіб відносно молодого віку - $(29,25 \pm 3,25)$ років. Середня тривалість розладу була $(3,23 \pm 1,13)$ років. Афективні симптоми формувалися швидко, протягом 1 - 2 тижнів, і характеризувалися наявністю вітального афекту туги, значними добовими коливаннями настрою, виразними соматовегетативними проявами – погіршення сну з раннім пробудженням, зниження апетиту, загальна

слабкість, розширення зіниць, сухість шкіри, зниження апетиту, втрата ваги, запори. Ці ознаки поєднувалися з песимістичним баченням майбутнього, зниженням творчої активності зі збереженням здатності до виконання звичайних дій на початкових етапах загострення. Дані симптоми мали характерне добове коливання – максимальна їх вираженість була вранці. В цей час у хворих поступово знижувався настрій, вони відчували свою провину зі стертими суїцидальними думками, переживали втрату сенсу життя.

Якщо їхньому розвитку передували психогенії, то вони на початкових етапах відображалися у змісті депресивних переживань. Це дозволяло припустити участь ендореактивних механізмів в їхньому розвитку. На відміну від класичних депресій при біполярному афективному розладі ідеї самозвинувачення спочатку були спрямовані всередину і відчуття вітальної туги сприймалося хворими як «обтяжливі та неприємні думки». Через 1 - 2 місяці зазвичай з'являлося виразне депресивне марення у вигляді стійких ідей винності і гріховності. На висоті депресивного стану воно досягало ступеню депресивного світогляду. З розвитком депресивного марення почала наростати ідеаторна і, у меншій мірі, моторна загальмованість. Період «ізолюваного» депресивного марення тривав 2 - 4 тижні. Потім поступово розвивалося неафективне марення. Якщо напередодні загострення мала місце психогенна ситуація, то її зміст відображався у психотичних переживаннях лише в перші дні. Потім на тлі безсоння з'являлися внутрішня напруженість, настороженість, афект страху. Навколишнє оточення здавалося «по-особливому зміненим», мало «зловісний сенс», жести та міміка оточуючих сприймалися хворими як «незрозумілі натяки». На висоті такого стану виникали рудиментарні ознаки персекуторного марення у вигляді швидкоплинних поодиноких ідей переслідування, помилкових впізнавань, які могли змінюватися ідеями винності і гріховності. Такого роду маревні розлади не мали певної фабули, більше відповідали маренню сприйняття, а саме — «маревному настрою». Такого роду переживання були відносно нетривалими – біля 2 – 4 тижнів. У деяких хворих марення сприйняття носило більш розгорнений характер та відповідало маренню інсценування, яке виводилося з афективних маячних переживань та було тісно з ними спаяне. Вихід з етапу маревних розладів був зазвичай критичним. Більш повільною була зворотна динаміка афективного марення (протягом 2 - 3 тижнів). Депресія тієї ж структури зберігалася в подальшому протягом 1,5 - 2 місяців. Тривалість цих станів в середньому складала $(4,24 \pm 1,62)$ місяців. Потім стан хворих починав нормалізуватися, з'являлася критика до хвороби. За нею йшла ремісія протягом $(9,54 \pm 1,46)$ місяці.

Тужливо-динамічна симптоматика мала місце у 25,00 % проаналізованих випадків (7 хворих). Як правило, даний варіант мав місце у пацієнтів $(34,87 \pm 3,76)$ років з загальною тривалістю захворювання $(8,24 \pm 0,97)$ років. Якщо

загострення виникали під впливом незначних психогеній, то їх зміст «звучав» в клінічній картині лише на самих початкових етапах психозу. Становлення депресивного синдрому в цих випадках було поступовим, протягом 2 - 3 тижнів. Він супроводжувався відчуттям вітальної туги з типовим болем у за грудинній області, ідеями самозвинувачення. Настрій визначався хворими як «пригнічений», «похмурий» та відображав безперспективність їх існування. В той же час хворі переживали байдужість, «відсутність розумової енергії» та внутрішнього спонування до дій. Це все оцінювалося як дуже тяжкий та найбільш болісний прояв хвороби. Туга в цих випадках паралельно співіснувала з адинамією, але виразність останньої в періоди підсилення тужливого компоненту не змінювалася. Відсутність активності пацієнти поясняли тугою, вони говорили, що остання є основною причиною неможливості будь-що робити. По мірі наростання адинамії виразність туги зменшувалася. Це було особливо помітно при максимальному ступені виразності адинамічних проявів, коли відчуття туги у пацієнтів було практично відсутнім або мало помітним. В протилежність тужливій симптоматиці, яка значно підсилювалася рано вранці, адинамічні прояви «не підкорювалися» добовим коливанням. Вони залишалися незмінними протягом дня, хоча у деяких хворих спостерігалася більша їх інтенсивність вранці. Моторна загальмованість проявлялася недостатньою рухливістю пацієнтів. Хворі значну частину часу проводили у ліжку, деякі з них побоювалися, що фізичні навантаження викликають погіршення стану. Ідеаторна загальмованість проявлялася зниженням темпу мислення, труднощами зосередження. Хворі відмічали, що їм дуже важко почати що-небудь робити, важко зосередити увагу. Апатичні прояви відображалися у фабулі ідей самозвинувачення. Пацієнти звинувачували себе в тому, що через свою пасивність та інертність вони не допомагають родині, що вони є тягарем для суспільства, що вони негідні виховувати дітей, не можуть виконувати звичайну роботу, утримувати сім'ю. На початку розвитку неафектного марення іноді відбувалася різка видозміна афекту у бік тривоги. Навколишнє оточення ставало «неприродним» і сприймалося як розиграш. Маревні розлади характеризувалися калейдоскопічністю, нестійкою, чуттєвою конкретністю. Афект подиву то переважав в картині психозу, то замінювався депресивними ідеями гріховності і засудження. Маревні розлади, як правило, відповіда-

ли маренню інсценування. Рідше виявлялися вияви маревого настрою, марення символічного значення і наочно-образного марення уяви. Вихід з психозу частіше був протягом 2 - 3 тижнів, тривалість неафективного марення не перевищувала 4 - 7 тижнів. Загальна тривалість станів цього типу в середньому складала $(9,67 \pm 2,66)$ місяців. Надалі критика до перенесеного стану у більшості хворих була достатньо повної. Середня тривалість ремісії $(2,64 \pm 1,08)$ місяці.

Таким чином, серед вивчених історій хвороб пацієнтів з депресивним типом шизоафективного розладу було виділено декілька типів депресивного синдрому - тривожно-депресивний (42,86 % випадків), тужливо-депресивний (32,14 % випадків), тужливо-динамічний (25,00 % випадків). На початку розвитку загострення на перший план виступали афективні симптоми, в тому числі і афективне марення, що могло супроводжуватися суїцидальними думками. В подальшому, можна було спостерігати аутохтонне становлення неафективного марення, також не-

рідко були присутні окремі зорові галюцинації, оклики, рідше - функціональні галюцинації або псевдогалюцинації. В процесі розвитку хвороби можна було відзначити ускладнення маревних розладів з тенденцією до формування наочно-образного марення уяви або марення інсценування. Редукція симптомів мала зворотній характер – першою зникала неафективна симптоматика, а потім – депресивна. Тобто, діагностику шизоафективного розладу не можна зводити до простого формального поєднання одночасно і рівномірно представлених ознак афективного психозу і шизофренії через тісну взаємодію афективної та неафективної симптоматиці в процесі синдромокінезу.

Виявлені нами варіанти депресивного типу ШАР скоріше за все мають деякі відмінності в патогенетичних механізмах захворювання, що відбивається на особливостях їх клінічних проявів. Відповідно, фармакотерапія має бути більш індивідуалізована і орієнтована на домінуючий синдромокінез.

V.S. Podkorytov, O.I. Syerikova, O.V. Skrynyk, O.S. Serikova

КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО ТИПА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»

На основе анализа 28 историй болезней рассмотрены особенности клинической картины депрессивного типа шизоаффективного расстройства. Выделены три основных клинических синдрома: тревожно-депрессивный – 42,86 % случаев, тоскливо-депрессивный – 32,14 %, тоскливо-динамический – 25,00 %. Во всех рассмотренных нами случаях в начале развития обострения на первый план выступали аффективные симптомы, в дальнейшем к ним присоединялась неаффективная симптоматика в виде наглядно-образного бреда воображения или бреда инсценировки, иногда это были неразвернутые перцептивные нарушения. Редукция симптомов имела обратный характер – первой исчезала неаффективная симптоматика, а затем – депрессивная. Это указывает на то, что при шизоаффективном расстройстве аффективная и шизофреническая симптоматика находятся в процессе сложного взаимодействия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 1 (28). — С. 23-26).

V.S. Pidkorytov, O.I. Syerikova, O.V. Skrynyk, O.S. Serikova

CLINIC-TYOPOLOGICAL FEATURES OF THE DEPRESSED TYPE OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine»

On the basis of analysis 28 clinical cases are considered the clinical features of the depressed type of schizoaffective disorder. Three basic clinical syndromes were found: anxious-depressed – 42.86 % cases, melancholic-depressed – 32.14 %, melancholic-adyamic – 25.00 %. In all of the cases considered by us at the beginning of exacerbation affective symptoms came forward on the first plan, and then they were joined by non-affective symptoms - perceptible delusion, delusion of feint, sometimes – non-detailed perceptive disorders. Symptoms reduction had return way – non-affective symptoms disappeared first, and then – depressive one. It was shown that at schizoaffective disorder affective and schizophrenic symptoms are in the process of complex co-operation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 23-26).

Література

1. Leonhard K. Cycloid psychoses - endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive / K. Leonhard // Journal of Mental Science. – 1961. – Vol. 107. - P. 632-648.
2. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. - Berlin: Acad Verlag. – 1980. – 342s.
3. Дикая В.И. О клинической дифференциации

- шизоаффективного психоза (современное состояние проблемы) / В.И. Дикая, А.Н. Корнев, П.В. Бологов // Материалы научно-практической конференции 7-8 апреля 1998 г. - 1998. – С. 23-27.
4. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.

Поступила в редакцию 12.03.2012

Л.Н. Гуменюк

АРТ-ТЕРАПИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ: ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

Ключевые слова: арт-терапия, первый психотический эпизод, лечебно-реабилитационный эффект

В последние десятилетия в психиатрических учреждениях разных стран все более активно применяется такой инновационный «здоровье сберегающий» подход, как психотерапия искусством (expressive arts therapies) [1]. За последние годы в нашей стране и за рубежом были проведены исследования, показывающие перспективность и терапевтическую эффективность арт-терапии в работе с пациентами стационарных и амбулаторных психиатрических отделений.

В литературе имеются указания на необходимость дифференциации форм, задач и методов арт-терапии в зависимости от биопсихосоциального статуса больных, характера постпсихотических изменений личности, их индивидуальных потребностей, характера проблем и степени ограничения коммуникативных, познавательных и эмоционально-волевых ресурсов, а также наличия экономических, культурных и социальных (микросоциальных) ресурсов, которые могут быть привлечены.

По мнению большинства авторов, применение арт-терапевтических методов в психиатрической практике является актуальным в силу того факта, что они позволяют затрагивать проблемы больных, которые не могут быть решены с помощью других методов психотерапии [2]. Важнейшими факторами лечебно-коррекционного воздействия в арт-терапии выступают творческая деятельность, психотерапевтические отношения и обратная связь пациента и специалиста. «Главная цель арт-терапии состоит в том, чтобы помочь страдающим своей неполноценностью изучить особенности, прежде всего, своей природы, души, найти созвучную им свою тропу, свой смысл, свою любовь, словом – свое творческое вдохновение, свойственное психастенику, артисту...» [3]. При этом арт-терапия нередко продолжает восприниматься как «альтернативный метод лечения» [4]. В нашей стране выполнены единичные исследования, посвящен-

ные изучению лечебно-реабилитационных возможностей данного метода. Несмотря на подтвержденное О.А. Ионовым (2004) [5] улучшение КЖ психически больных и устойчивую редукцию психопатологической симптоматики вследствие проведения с ними групповой арт-терапии в отделении восстановительного лечения, данное исследование оставляет без внимания многие эффекты и механизмы лечебно-реабилитационного воздействия, в том числе, проявляемые в амбулаторных условиях. Не изученным остается вопрос об эффективности арт-терапевтических вмешательств от их сроков, условий применения и этапов лечебно-реабилитационного процесса.

Результаты аналитического обзора источников научно-медицинской информации в соответствии с изучаемой темой свидетельствуют об отсутствии исследований терапевтической эффективности арт-терапии на основе принципов доказательной медицины. Следовательно, клинико-психопатологический и патопсихологический анализ эффективности арт-терапии у больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) является актуальным и необходимым.

Цель исследования. Оценка эффективности арт-терапии у больных с первым психотическим эпизодом на основе комплексного анализа динамики клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей данного контингента в процессе лечения.

Для выполнения поставленной цели определены следующие задачи:

1. Изучить динамику клинико-психопатологических нарушений у больных с ППЭ под действием арт-терапии.
2. Проанализировать изменения когнитивных функций у больных с ППЭ под действием арт-терапии.
3. Изучить динамику личностных особенностей у больных с ППЭ под действием арт-терапии.

4. Проанализировать поведенческие изменения у больных с ППЭ под действием арт-терапии.

5. Изучить динамику уровня социального

функционирования у больных с ППЭ под действием арт-терапии.

6. Оценить лечебно-реабилитационный эффект арт-терапии у больных с ППЭ.

Материал и методы исследования

Выборка включала 150 пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (F23.1) в возрасте от 18 до 50 лет. Из них основную группу составили 75 человек, которым в традиционный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий согласно рекомендациям «Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на первинний психотичний епізод» МЗ Украины (психофармакотерапия, КБТ) была включена арт-терапия. Контрольную – 75 больных, которым арт-терапия не проводилась. Группы были гомогенны по клиническим и социально-демографическим характеристикам. В первую группу сравнения вошли 24, во вторую – 33 пациента из основной и контрольной групп, соответственно, которые по объективным или субъективным причинам не приняли участие в терапевтической программе на амбулаторном этапе лечения. Методологической основой исследования был системный междисциплинарный подход при соблюдении принципов детерминизма и развития.

В качестве инструментария исследования применена специально разработанная «Карта исследования больных с ППЭ», содержащая 69 дескрипторов, относящихся к шести тематическим блокам и охватывающая: 1) социально-демографические данные; 2) анамнестические сведения; 3) клинико-психопатологические особенности (верификация нозологической принадлежности по МКБ-10; 4) катamnестические сведения; 5) социодемографические данные; 6) данные специальных методов исследования. На основе информации карты формировалась база данных обследованных больных (форма Microsoft Excel 2000) для последующей статистической обработки.

Основным диагностическим методом исследования был клинико-психопатологический. Квалификацию выявляемых психических расстройств определяли на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10). С целью формализованной

статистической оценки динамики клинико-психопатологических нарушений использовали шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS) (Positive and Negative Syndrome Scale), составленную S.R. Kay, L.A. Opler, A. Fiszbein в 1986 году. Процедура исследования с помощью PANSS заключалась в оценке степени проявления каждого симптома после изучения материалов истории болезни, сбора анамнеза и детального расспроса респондентов. Клинико-анамнестическое исследование являлось источником информации о преморбидности личности и ее истории, рассматриваемой в контексте социальных связей, отношений, жизненного, профессионального опыта и ситуаций, предшествовавших и сопутствующих заболеванию; изучение медицинской документации (истории болезни, выписки из истории болезни, амбулаторные карты). В рамках клинико-катamnестического метода проводили оценку эффективности арт-терапии у больных с ППЭ (катamnестический период составлял 2 года).

Психодиагностический метод включал в себя использование различного диагностического инструментария в зависимости от этапа обследования и применялся с целью изучения психопатологических особенностей исследованных. В основу методологии изучения динамики когнитивного дефицита у больных с ППЭ положены подходы, рекомендованные А.Р.Лурией.

Для изучения характера и структуры нарушений мышления использовали методику «Исключение лишнего», что позволило исследовать уровень процессов операционной стороны мышления, динамики мыслительной деятельности и нарушения мотивационного компонента. Анализ других особенностей мышления проводился с помощью методики пиктограмм.

Для определения функциональных особенностей внимания (уровень концентрации и степень устойчивости) использовали таблицы Шульте. Изучение операционных свойств памяти проводилось с помощью методики «Запоминание 10 слов», что позволило выделить количественные и качественные показатели состояния кратковременной и долговременной памяти, активности внимания и утомляемости, а также ретенции

онных способностей. Для изучения динамики личностных особенностей больных (диагностики ведущих механизмов психологической защиты (МПЗ), а также степени оценки напряженности каждого использовали опросник Келлермана-Плутчика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС). Для анализа изменений поведенческих особенностей пациентов (частоты использования и выраженности копинг-стратегий) применяли методику «Копинг-поведение» в стрессовых ситуациях Норманн С. и др. (русскоязычная адаптация Крюковой Т.А.).

Согласно поставленной цели и задачам исследования нами проводилось социодемографическое исследование, включающее оценку показателей социального функционирования (СФ) больных с ППЭ. Влияние заболевания, его симптомов и признаков; ограничение функциональ-

ной способности, наступающее в результате заболевания; влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного исследовали с помощью психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности Всемирной организации здравоохранения – Psychiatric Disability Assessment Schedule (2-й раздел – выполнение социальных ролей), которая позволила провести оценку СФ в двух временных периодах: на момент обследования и в динамике применения комплексного лечения. Социально-демографический метод применяли с целью анализа социально-демографических показателей риска формирования ППЭ шизофрении у исследованного контингента. При этом изучали гендерные и возрастные особенности, собирали информацию о самом обследованном, его семье, материально-бытовых условиях.

Результаты исследования

Основными принципами проведения арт-терапии у больных с ППЭ являлись системность; комплексность; дифференцированный (индивидуальный подход); принцип непрерывности и перманентности; принцип этапности; принцип своевременности; принцип динамического мониторинга; организация терапевтической среды (сеттинг); организация терапевтического процесса (правила работы терапевтической группы).

Целью проведения арт-терапии у больных с ППЭ являлась мобилизация креативного потенциала личности для восстановления недостаточных или утраченных вследствие болезни когнитивных, эмоциональных, поведенческих и психосоматических ресурсов, формирования и совершенствования знаний, умений и навыков взаимодействовать, адекватно использовать стилевые психологические защиты, избирать оптимальные копинг-стратегии совладания со стрессорами внутреннего и внешнего порядка, преодолевать социальное давление стигматизации и улучшать достижения в решениях проблем, что способствует социальной адаптации, ресоциализации и реинтеграции пациентов в общество.

Арт-терапевтическая интервенция имела долгосрочный характер и состояла из двух последовательных блоков: основного (интенсивного) – на стационарном этапе лечения и поддерживающего – на амбулаторном (внебольничном). Курс работы в рамках основного блока составлял 2 месяца, поддерживающего – 24 месяца. Общее количество арт-терапевтических занятий – 117. Длительность каждого сеанса в зависи-

мости от этапа арт-терапии варьировала в пределах 45-90 минут. Адекватным являлось использование группового варианта арт-терапии. В рамках основного блока арт-терапия осуществлялась в закрытых группах, поддерживающего – в частично открытых под руководством врача-психиатра/психотерапевта и медицинского психолога. При работе использовали тематически-аналитический подход. Комплексность арт-терапевтического воздействия заключалась в сочетании использования импрессиивно-экспрессивных свойств визуально-пластических изобразительных средств; аудио-музыкальных воздействий; повествований; танцевально-двигательных и драматически ролевых компонентов самовыражения больных с ППЭ. При этом изобразительная деятельность выступала в качестве основополагающей. Использование данного принципа позволяло максимально интенсифицировать арт-терапевтический эффект за счет интермодального синергизма используемых техник.

Арт-терапевтические интервенции реализовывались на 4 этапах: первым этапом являлся – психодиагностика и организационная подготовка. Цель этапа – определение мишеней арт-терапии и формирование комплайенса. Использовали следующие приемы: побуждающая презентация «анонсов» предстоящей работы в группе; активное выслушивание; подчеркивание преимуществ активного комплексного лечения. Этап психодиагностики и организационной подготовки подразумевал директивный стиль веде-

ния занятий с поддерживающей позицией психотерапевта, низкой общей нагрузкой, внутриличностной направленностью коммуникаций, низким уровнем интерактивности. Экспрессивные средства – изобразительное творчество (ее проективные свойства). Используется изобразительное творчество, преимущественно в примитивной экспрессивной форме, позволяющее получать диагностические сведения; обеспечивать процесс самораскрытия личностных свойств пациента, оказывать терапевтический эффект снятия эмоционального напряжения.

Организация арт-терапевтического процесса на этапе симптоматической коррекции характеризовалась директивным стилем ведения занятий с поддерживающей позицией психотерапевта, низкой общей нагрузкой, внутриличностной с постепенным усилением межличностной направленностью коммуникаций, ограниченной интерактивностью. Экспрессивные средства – изобразительное творчество, (примитивная экспрессия), рецептивная музыкальная терапия (фоновая). Изобразительная деятельность на фоне пассивной музыкальной перцептивной стимуляции. В качестве фона используются седатизирующие и транквилизирующие свойства классических произведений, релаксационных композиций экологического транса.

Этап личностной реконструкции подразумевал мягкий директивный стиль ведения занятий с поддерживающей позицией психотерапевта, умеренной общей нагрузкой, внутриличностной и межличностной направленностью коммуникаций, относительно высоким (умеренным) уровнем интерактивности. Экспрессивные средства – изобразительное творчество (имажинативная экспрессия), перцептивная музыкальная терапия, кинестетическая (арт-пластик) терапия. В качестве экспрессивных средств используется художественное творчество в сочетании с релаксирующими музыкальными произведениями в формате классики и экологического стиля «New-Age». Усложнение задач по устранению недостатков проблемно-решающего поведения находится в поле проективных изобразительных методик. К завершающим занятиям этапа личностной реконструкции пациенты овладевают навыками свободной дискуссии, могут раскрыть суть собственных конфликтных переживаний, что способствует восстановлению отношений с родными, появлению реалистичных планов по возвращению на доболезненные социальные уровни функционирования.

Групповая форма организации арт-терапевти-

ческого процесса на этапе поддержки позитивных изменений характеризовалась недирективным стилем ведения занятий с поддерживающей позицией психотерапевта, высокой общей нагрузкой, межличностной направленностью коммуникаций, высокой интерактивностью. Экспрессивные средства – изобразительное творчество, групповые экспрессии, перфоманс, инсталляция, перцептивная музыкальная терапия, экзистенциальная и психоаналитическая музыкотерапия, кинестетическая хорео-пантомимическая терапия. Использование психоаналитических и экзистенциальных техник музыкальной перцепции способствует продолжению освоения навыков управления своей эмоциональностью. На фоне сложившихся групповых взаимодействий эффективно применение кинестетических методик, включая сложные по драматургии хорео-пантомимические экспрессии.

Работа с больными проводилась в специально оборудованном арт-терапевтическом центре с полным набором необходимых материалов и инструментов в специально выделенное время.

Оценка эффективности арт-терапии для больных с ППЭ проводилась с учетом международных критериев и принципов доказательной медицины. При обработке результатов рандомизированных клинических исследований применяли методологию оценки клинических исходов с использованием таблиц сопряженности. Риск отсутствия лечения в основной и контрольной группе составил 17,33 % и 6,67 %, соответственно. Установлено, что предлагаемая нами методика снижает риск неэффективности лечения на 10,67 % в сравнении с традиционными методами лечения. Интервальная оценка (95% доверительный интервал) составил 0,1%, 21,5%, соответственно. Снижение относительного риска – 38,5%. Интервальная оценка (95% доверительный интервал) составляла – 14,4%, 102,5%, соответственно. Уровень значимости отличий между эффективностью методик составил $p=0,047$. Число больных, которых необходимо лечить – 9. Риск отсутствия лечения в основной и контрольной группе на амбулаторном этапе лечения составил 19,05 % и 3,92 % соответственно. Таким образом, предлагаемая методика снижает риск неэффективности лечения на 15,13 %. Интервальная оценка составила – 2,11 % при проведении арт-терапии и 28,14 % при использовании традиционных методов лечения. Снижение относительного риска – 20,6%. Интервальная оценка (95% доверительный интервал) составила – 4,6%, 91,8%, соответственно. Уровень

значимости отличий между эффективностью методик составил $p=0,032$. Число больных, которых необходимо лечить – 6,6 (3,65, 35,04)

Риск отсутствия лечения в основной и контрольной группе составил 66,67 % и 37,50 %, соответственно. Таким образом, предлагаемая методика снижает риск неэффективности лечения на 29,17 %. Интервальная оценка составила

3,99 % при проведении арт-терапии и 54,34 % при использовании традиционных методов лечения. Снижение относительного риска – 20,6%. Интервальная оценка (95% доверительный интервал) составила 4,6%, 91,8%, соответственно. Уровень значимости отличий между эффективностью методик составил $p=0,0317$. Число больных, которых необходимо лечить – 3,4 (рис. 1).

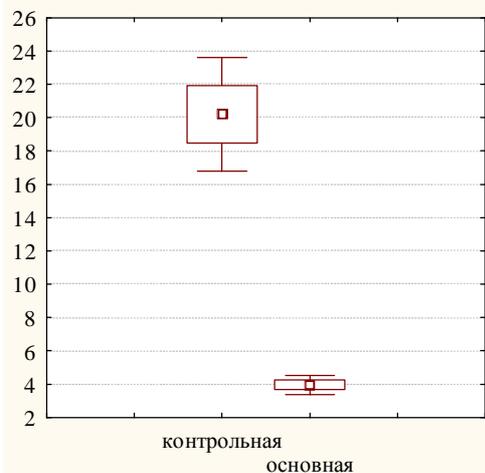


Рис. 1. Интервальная оценка риска неуспешного амбулаторного лечения для исследованных основной и контрольной группы (%)

Таким образом, арт-терапия статистически значимо снижает абсолютный и относительный риски неэффективности лечения в сравнении с общепринятыми (традиционными) методами лечения.

Результаты катamnестического исследования представлены на рис. 2.

Арт-терапия для больных с ППЭ характеризовалась более высокой эффективностью в срав-

нении с методами, которые использовались традиционно (96,1 % - в основной группе, 80,9 % - в контрольной, $p=0,032$). Катamnестическое исследование, которое осуществлялось в течение двух лет, свидетельствовало о стойкости достигнутого эффекта у пациентов с ППЭ, которые продолжили участие в арт-терапии на амбулаторном этапе лечения.

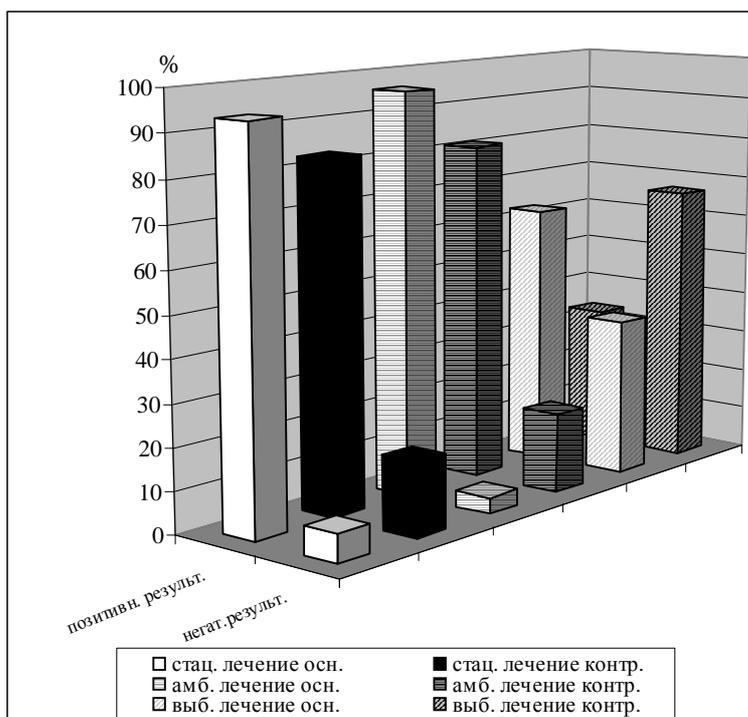


Рис. 2. Результаты катamnестического исследования больных с ППЭ

Примечание. Позитивный результат – белая заливка; негативный результат – черная заливка.

Выводы. 1. Арт-терапевтическое воздействие, основанное на разработанных принципах, для больных с ППЭ характеризуется более высокой эффективностью в сравнении с методами, которые использовались традиционно (96,1 % - в основной группе, 80,9 % - в контрольной,

$p=0,032$).

2. Катамнестическое исследование, которое осуществлялось в течение двух лет, свидетельствовало о стойкости достигнутого эффекта у пациентов, которые продолжили участие в арт-терапии на амбулаторном этапе лечения.

Л.М. Гуменюк

АРТ- ТЕРАПИЯ ДЛЯ ХВОРИХ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ: ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЕФЕКТ

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського»

У статті наведено результати вивчення лікувально- реабілітаційного ефекту арт- терапії у хворих з першим психотичним епізодом. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 27-32).

L.N. Gumenyuk

ART-THERAPY FOR THE PATIENTS WHO HAVE THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE: TREATMENT AND REHABILITATION EFFECT

State Institution “Crimean State Medical University named after S.I. Georgiyevsky”

The results of the study of treatment and rehabilitation effect of the art-therapy on the patients who have the first psychotic episode are presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 27-32).

Литература

1. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии / М. Е. Бурно. – М. : Альма Матер : Академ. проект, 2009. – 718 с. – (Психотерапевтические технологии).

2. Копытин А. И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология применения, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты : автореф. дис... д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 / А. И. Копытин. – СПб., 2010. – 51 с.

3. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением : учеб. пособие по психотерапии / М. Е. Бурно. – М. : Академ. проект, 2006. – 429 с.

4. Копытин А. Photography and art therapy: an easy partnership / А. Копытин // Int. J. Art Ther. – 2004. – Vol. 9, N 2. – P. 49–58.

5. Ионов О. А. Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных : автореф. дис... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / О. А. Ионов. – М., 2004. – 27 с.

Поступила в редакцию 17.05.2012

УДК 616.-008.44+612.017.2+616.12-009.72+616./27-005.8

*А.А. Помилуйко***ВЛИЯНИЕ АЛЕКСИТИМИИ НА УРОВЕНЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алекситимия, стрессоустойчивость, стенокардия, инфаркт миокарда

Феномен алекситимии в научной литературе рассматривается преимущественно в качестве предиктора и признака психосоматической патологии (1-8), эмоциональных расстройств, ассоциированных с тревогой и депрессией (9-13) и как своеобразной личностной характеристики (14-20). Она была описана при ишемической болезни сердца (21,22), первичной артериальной гипертензии (23,24), сахарном диабете (25-26), бронхиальной астме (27) и других психосоматических заболеваниях.

Алекситимия характеризуется затруднением или неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. Некоторые исследователи подчёркивают также бедные по содержанию фантазии и сновидения, таким пациентам трудно передать словами свои

телесные ощущения – контакт с собственной психической сферой как бы затруднён; отмечается натянутость в позе и движениях, бедность мимики, роботообразная деятельность (28).

У пациентов с ИБС алекситимия встречается в 31-49% случаев (29). Исследования механизмов психической адаптации у больных с витальной угрозой при хронической сердечной недостаточности выявили высокий уровень алекситимии у этих пациентов (30).

Изучение выраженности алекситимии у лиц, перенесших инфаркт миокарда, показало, что эти пациенты имеют высокую частоту алекситимии (50%). Причём у больных с острым инфарктом миокарда алекситимия выявляется чаще, чем у лиц с постинфарктным кардиосклерозом (в 51,6 и 46,7% случаев соответственно) (31).

Цель настоящего исследования: изучить особенности алекситимии, их влияние на уровень стрессоустойчивости у больных со стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы исследования

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

Проявления алекситимии в контексте настоящего исследования рассматривались как личностные характеристики на фоне хронической стрессовой ситуации, к которой пациенты адаптировались и не оценивали её как чрезвычайную. Косвенными признаками алекситимии, выявленной у обследованных больных, являлись такие типичные особенности, как многословное описание своих ощущений, затруднения при попытке их чётко сформулировать, бедность межличностных связей и образа жизни.

Для измерения выраженности проявлений

алекситимии была использована Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ), предложенная в 1985 году G. Teulor и соавт. и адаптированная в институте им. В.М. Бехтерева. Шкала состоит из 26 пунктов. Для более тщательного изучения корреляционных связей были выделены такие составляющие суммарного показателя как: а) нарушение идентификации эмоций; б) нарушение экспрессии эмоций; в) экстернальность эмоций.

При заполнении опросника пациент характеризовал себя, используя шкалу Ликерта – от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». При этом одна половина пунктов имела положительный код, а другая – отрицательный. Алекситимичными считали лиц, набравших по TAS 74 балла и более, отсутствию алекситимии соответствовал показатель менее 62 баллов, показатель от 62 до 74 баллов свидетельствовал о

пограничном типе личности.

Исследование стрессоустойчивости проводилось при помощи симптоматического опросника «Самочувствие в экстремальных условиях» (СОС) А. Волкова и Н. Водопьяновой (2009). Опросник позволяет определить предрасположенность к патологическим стресс-реакциям по следующим симптомам самочувствия: психофизическое истощение (снижается психическая и физическая активность), нарушение волевой регуляции, неустойчивость эмоционального фона и настроения, вегетативная неустойчивость, нарушение сна, тревога и страхи, нарушение адаптации к жизненным обстоятельствам. Опросник состоит из 42 вопросов. Суммарное количество баллов до 15 оценивалось как высокий уровень психологической устойчивости, 16-26 баллов – как средний уровень, 17-24 балла – как низкая стрессоустойчивость и высокий уро-

вень предрасположенности к патологическим стресс-реакциям.

Статистическая обработка полученных результатов исследования проведена с помощью компьютерного пакета лицензионных программ Statistica. Оценивали средние значения (M), их ошибку (m), критерий Стьюдента, Хи-квадрат.

Алекситимический тип личности выявлен у 38 обследованных больных (35,8%), в том числе у 17 чел. (40,5%) – перенесших ИМ и 21 чел. (33,8%) со стенокардией напряжения.

Пограничный тип личности оказался характерным для 36 человек (33,9%), в т.ч. – 8 (19,0%) – перенесших ИМ и 28 (43,8%) – со стенокардией напряжения.

Неалекситимический тип личности установлен у 32 человек (30,3%), в т.ч. у 17 чел. (40,5%), перенесших ИМ и у 15 чел. (23,4%) - со стенокардией напряжения.

Таблица 1

Распределение больных стенокардией и перенесших инфаркт миокарда по уровню алекситимии

Контингент больных	Алекситимический тип личности	Пограничный тип личности	Неалекситимический тип личности
Стенокардия напряжения (N=64)	21 (32,8%)	28 (43,8%)	15 (23,4%)
Инфаркт миокарда (N=42)	17 (40,5%)	8 (19,0%)	17 (40,5%)
Всего	38 (35,8%)	36 (33,9%)	32 (30,3%)

В сравнительных группах больных средний общий показатель алекситимии ($66,5 \pm 1,42$ и $69,7 \pm 1,40$) существенно отличался от показателей здорового контингента ($59,3 \pm 1,3$). По критерию t Стьюдента эти различия были высокодостоверны ($p < 0,05$), что подтверждается резуль-

татами сопоставления кривых распределения частот показателей алекситимии в этих группах по информационной статистике Хи-квадрат ($p < 0,01$). В то же время при анализе показателей алекситимии у больных сравниваемых групп существенных различий не выявлено.

Таблица 2

Общий показатель уровня алекситимии в сравниваемых группах больных

	Стенокардия напряжения	Инфаркт миокарда	Контрольная группа здоровых
Средние значения показателей алекситимии	$69,7 \pm 1,40$	$66,5 \pm 1,42$	$59,3 \pm 1,3$
Достоверность различий ($p < 0,05$)	СН – К ИМ – К		

В ходе исследования были проанализированы показатели отдельных субшкал алекситимии:

- Субшкала нарушения идентификации эмоций (затруднений в определении и описании (вербализации) собственных переживаний, сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями);

- Субшкала нарушения эмоциональной экспрессии (неспособность выражать переживаемые чувства, неструктурированность чувств, ссылки на мнение окружающих, недостаточная эмоциональная включенность в объективную ситуацию, фиксация в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях);

- Субшкала экстернальности мышления (бедность фантазии, воображения, снижение способности к символизации, конкретный утилитарный тип мышления, не затрагивающий внутренних переживаний; неспособность к рефлексии, к эмоциональной включенности в объективную ситуацию,

недостаточная дифференциация субъект-объективных отношений, упрощение жизненной направленности и взаимосвязей с окружающим миром).

У больных стенокардией напряжения достоверных различий средних показателей субшкал TAS не выявлено. В то же время у больных, перенесших ИМ, установлено отчётливое, статистически достоверное повышение показателя субшкалы «экстернальность мышления» ($3,16 \pm 0,14$) и особенно субшкалы «нарушение идентификации эмоций» ($3,55 \pm 0,23$), по сравнению с показателями субшкалы «нарушение эмоциональной экспрессии» ($23,7 \pm 0,17$). Кроме того, у больных перенесших ИМ, показатель «идентификация эмоций» превышал аналогичный показатель у больных стенокардией напряжения ($p < 0,05$). По другим шкалам достоверных различий в этих группах выявлено не было. Сравнение средних показателей субшкал TAS в сравниваемых группах больных показано в таблице 3.

Таблица 3

Значение средних показателей субшкал TAS в сравниваемых группах

Субшкала	СН	ИМ
Нарушение идентификации эмоций	$3,0 \pm 0,13$	$3,55 \pm 0,23^* / **$
Нарушение эмоциональной экспрессии	$2,62 \pm 0,09$	$2,37 \pm 0,17$
Экстернальность мышления	$3,16 \pm 0,14$	$3,16 \pm 0,14^*$

* - статистически значимые различия, по сравнению с показателем субшкалы «нарушение эмоциональной экспрессии» ($pd \leq 0,01$); ** - статистически значимые различия, по сравнению с больными СН ($pd \leq 0,01$).

Гендерные различия показателей алекситимии у больных стенокардией напряжения и пе-

ренесших инфаркт миокарда, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Гендерные различия показателей алекситимии у больных СН и ИМ

Тип алекситимии	СН		ИМ		Группа в целом	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Алекситимический тип	10 (38,5%)	12 (31,6%)	13 (40,6%)	3 (30,0%)	23 (39,6%)	15 (31,2%)
Пограничный тип	10 (38,5%)	19 (50,0%)	3 (9,4%)	7 (70,0%)	13 (22,4%)	26 (54,2%)
Неалекситимический тип	6 (23,0%)	7 (18,4%)	16 (50,0%)	-	22 (38,0%)	7 (14,6%)

Из таблицы следует, что у больных СН отсутствуют существенные гендерные различия по показателю выраженности алекситимии. В то же время среди больных, перенесших ИМ, и неалекситимическим типом личности женщин не было. Это свидетельствует о том, что женщины без признаков алекситимии являются наиболее устойчивыми с точки зрения вероятности возникновения у них ИМ. По-видимому этим, а также преобладанием у мужчин

факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем) можно объяснить большую встречаемость у них ИМ.

Анализ показателей предрасположенности больных к патологическим стресс-реакциям позволил выявить три уровня их психологической устойчивости: высокий, средний, низкий. Частота этих уровней в сравниваемых группах больных показана в таблице 5.

Таблица 5

Сравнительная частота уровней стрессоустойчивости в группах больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Уровень психологической устойчивости	Больные стенокардией напряжения (n=64)	Больные, перенесшие инфаркт миокарда(n=42)	Группа в целом (n=106)
Высокий	16 (25,7%)	10 (11,1%)	26 (24,5%)
Средний	40 (62,0%)	16 (37,5%)	56 (52,8%)
Низкий	8 (12,3%)	16 (37,5%)	24 (22,7%)

Высокий (оптимальный) уровень стрессоустойчивости наблюдался у 24,5% больных, средний (неустойчивый) – у 52,8% и низкий – у 22,7% обследованных. Высокие показатели стрессоустойчивости значительно чаще встречались у больных стенокардией напряжения, в то время как низкие показатели стрессоустойчивости в 3 раза чаще наблюдались в группе больных, перенесших инфаркт миокарда. По-видимому, это связано с нараставшими у этих больных изменениями невротического и неврозоподобного характера, кардиофобическими и тревожно-депрессивными реакциями больных на тяжёлое опасное для жизни заболевание. Более 40% больных этой группы испытывали страх перед вторым инфарктом и внезапной смертью от

сердечного приступа. У них отмечалось угнетённое настроение, они не верили в возможность благоприятного течения заболевания, испытывали чувство надвигающейся беды, опасения за исход заболевания, тревогу за благополучие семьи. Многие больные демонстрировали постоянную и явную переоценку тяжести своего состояния, несоответствие обилия жалоб объективным соматическим изменениям, чрезмерную фиксацию внимания на состоянии своего здоровья, эгоцентризм, поиск сочувствия и поддержки.

В процессе анализа полученных данных установлена зависимость между выраженными алекситимическими особенностями больных и уровнем их стрессоустойчивости (табл. 6)

Таблица 6

Влияние алекситимических характеристик личности у больных СН и ИМ на уровень их стрессоустойчивости

Уровень стрессоустойчивости	СН		ИМ	
	Алекситимический тип	Неалекситимический тип	Алекситимический тип	Неалекситимический тип
Высокий	5 (23,8%)	4 (26,7%)	-	11 (64,7%)
Средний	9 (42,8%)	11 (73,3%)	3 (17,6%)	6 (35,3%)
Низкий	7 (33,4%)	-	14 (82,4%)	-

В обеих группах больных склонность к алекситимическим проявлениям способствовала снижению их стрессоустойчивости. В частности, у больных с алекситимическим типом личности только в 13,1% случаев наблюдались высокие показатели стрессоустойчивости, тогда как в группе неалекситимических пациентов - у 64,9%. В то же время низкие показатели стрессоустойчивости наблюдались более чем у половины алекситимических больных (55,3%) и были совершенно не характерны для неалекситимических пациентов обеих сравниваемых групп.

Наиболее высоким уровнем стрессоустойчивости отличались больные с низкими показателями алекситимии (неалекситимическим типом личности), перенесшие ИМ. При этом у 82,4% алекситимических пациентов этой группы наблюдался низкий уровень стрессоустойчивости. В группе больных СН низкие показатели стрессоустойчивости встречались почти в 3 раза реже (33,4%) и только у алекситимиков. Это свиде-

тельствует об особенно низком уровне стрессоустойчивости у больных, перенесших инфаркт миокарда с алекситимическим типом личности и о возможности анализа алекситимического радикала в качестве одного из факторов, способствующих осложнённому течению стенокардии и возникновению ИМ.

Таким образом, проведённый анализ полученных результатов позволил конкретизировать вклад алекситимичности в формировании психологической проблематики больных СН и ИМ. С выраженностью алекситимических черт, в частности с нарушением экспрессии эмоций связано снижение эффективности контроля за собственным состоянием и отношениями с другими людьми. Усиление алекситимических черт способствует преобладанию стиля фальсификации «Я» в рамках психологической защиты, а также нарастанию противоречий при стремлении к удовлетворению потребностей контроля и самоконтроля. В конечном счёте это приводит к снижению стрессоустойчивости больных.

А.О. Помілуйко

ВПЛИВ АЛЕКСИТИМІЇ НА РІВЕНЬ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ХВОРИХ СТЕНОКАРДІЄЮ ТА ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Вивчено вплив алекситимії на рівень стресостійкості 106 хворих на серцево-судинні захворювання (64 чоловіка з ІХС та стенокардією напруги і 42 чоловіка, які перенесли інфаркт міокарду. Найвищим рівнем стресостійкості відрізнялися хворі з низкими показниками алекситимії (неалекситимічним типом особистості). Прояви алекситимії оцінюються як один з факторів, який забезпечує незадовільну динаміку стенокардії та виникнення інфаркту міокарда. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 33-38).

A.A. Pomiluiiko

INFLUENCE OF ALEXITIMIA ON LEVEL OF RESISTANCE TO STRESS OF PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS AND AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

M. Gorky Donetsk state medical university

We studied the influence of alexithymia on resistance to stress level at 106 patients with cardio-vascular disorder (64 patients with ischemic heart disorders and angina pectoris, and 42 patients after myocardial infarction).

To the highest level of a resistance to stress there were patient with low indicators of alexithymia (non alexitimic type of personality). Alexitimic manifestations are considered as one of the factors promoting the complicated course of angina pectoris and myocardial infarction. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 33-38).

Литература

1. Aftanas L.I., Varlamov A.A. Effects of alexithymia on the activity of the anterior and posterior areas of the cortex of the right hemisphere in positive emotional activation. //Neurosci Behav Physiol. 2007. Vol.37. P.67-73.
2. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J. Psychological stress. Distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perception, coping and alexithymia. //Br. J. Clin. Physiol. 2002. Vol.41. N2.
3. Friedberg F., Quick J. Alexithymia in chronic fatigue syndrome: associations with momentary, recall, and retrospective measures of somatic complaints and emotions. //Psychosom. Med. 2007, Vol.69. P.54-60.
4. Jerlang B.B. Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia – a preliminary study. //J. Oral Pathol. Med. 1997.

- Vol.26. N6. P.249-253.
5. Kooiman C.G., Bolk J.H., Brand R., Trijburt R.W., Rooijmans H.G. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? // Psychosom. Med. 2000, Vol.62. P.768-778.
6. Man L., Wise T.N., Trinidad A., Kohanski R. alexithymia, affect recognition, and five factors of personality in substance abusers. // Percept. Mot. Skills/ 1995. Vol. 81. N1.
7. Peters R.M., Lumley M.A. Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. //Compr Psychiatry. 2007. Vol.48. N1. P.34-41.
8. Porcelli P., Bagby R.M., Taylor G.J., De Carne M., Leandro G., Todarello O. alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. // Psychosom. Med. 2003,

Vol.65. N5. P.911-918.

9. Le H.N., Ramos M.A. The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. // *J. Psychosom. Res.* 2007, Vol.62. P.215-222.

10. Lundh L.G., Johnsson A., Sundqvist K., Olsson H. alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. // *Emotion.* 2002. Vol.2.N4. P. 361-379.

11. Matsumoto A. Ichikawa Y., Kanayama N., Ohira H., Lidaka T.3 Gamma band activity and ist synchronization reflect the dysfunctional emotion processing in alexithymic persons. // *Psychophysiology.* 2006. Vol.43. N6. P.533-540.

12. Moryguchi Y., Ohnishi T., Lane R.D., Maeda M., Mori T., Nemoto K., Matsuda H., Komaki G. Impaired self-awareness and theory of mind: and fMRI study of mentalizing in alexithymia. // *Neuroimage.* 2006. Vol.31. N3. P.1472-1482.

13. Mueller J., Alpers G.W., Reim N. Dissociation of rated emotional valence and Stroop interference in observer-rated alexithymia. // *J. Psychosom. Res.* 2006, Vol.61, P.261-269.

14. Martina L. Modulation between alexithymic characteristic internal reality (Tas 20) and external coping in a group of artisans. // *G. Ital. Med. Ergon.* 2006, Vol.28, P. 217-219.

15. Mattila A.K., Salminen J.K., Nummy T., Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. // *J. Psychosom. Res.* 2006, Vol.61, P.629-635.

16. Mikolajczak M., Luminet O., Menil C. Predicting resistance to stress: incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. // *Psicothema.* 2006. Vol.18. Suppl. P.79-88.

17. Muneta S., Kobayashi T., Matsumoto I. Personality characteristics of patients with «white coat» hypertension. // *Hypertens. Res.* 1997. Vol.20. P.99-104.

18. Salminen J.K., Toikka T., Kauhanen J. Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. // *J. Psychosom. Res.* 2006, Vol.61, P.275-278.

19. Velasco C., Fernandez I., Campos M. Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. // *Psicothema.* 2006. Vol.18. P.89-94.

20. Wise T. N., Mann L.S. The attribution of somatic symptoms

in psychiatric outpatients. // *Compr. Psychiatry.* 1995. Vol.36 N6. P.407-410.

21. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. // *Клин. Мед.* 1997; 11: 32-34.

22. Numata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is a related to coronary spasm. *Jpn Circ J* 1998; 62: 6: 409-413.

23. Gage B.C., Egan K.J. The effect of alexithymia on morbidity in hiper-tensives. *Psychother Psychosom* 1984; 43: 3: 136-144.

24. Tobarello O., Taylor G.J., Parker J.D., Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. // *J. Psychosom. Res.* 1995; 39: 8: 987-994.

25. Abramson L., McClelland D.C., Brown D., Kelner S.Jr. Alexithymic characteristic and metabolic control in diabetic and healthy adults. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 8: 490-494.

26. Fukunishi I. Alexithymic characteristic of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease. *Psychol Rep* 1997; 81: 2: 627-633.

27. Dirks J.F., Robinson S.K., Dirks D.L. Alexithymia and psychosomaintenance of bronchial asthma. *Psychother Psychosom* 1981; 36: 1: 63-71.

28. Nemiah J.C., Sifnoes P.E. Psychosomatic illness and problem of communication // *Psychoter Psychosom.* – 1970. – № 18. – P. 154-160.

29. Привоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // *Российский мед. журнал.* – 1998. – № 6. – С. 45-47.

30. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Недошивин А.О. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы // *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2004. – Т. 1, № 2. – с. 6.

31. Коркина М.В., Цивилько М.А., Кисляк О.А., Бухарева С.В. Выраженность алекситимии и уровень комплаенса у больных, перенесших инфаркт миокарда // *Соц. и клин. Психиатрия.* -1999. – Т. 9, № 4. – С. 20-22.

Поступила в редакцию 27.04.2012

УДК 616.89-007.17-082

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, Г.Г. Пуятин, А.В. Абрамов***СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: стигматизация, психиатрическая помощь

Положение больных с психическими расстройствами в обществе, их права и качество жизни в значительной мере определяются существующими социальными установками, стереотипными представлениями, которые способствуют формированию предубежденного отношения к ним. Непосредственным негативным следствием такого отношения является навешивание на человека с психиатрическим диагнозом определенного ярлыка, который квалифицируется как социальное клеймо или стигма. Таким образом, понятие «стигма» используется в психиатрической практике прежде всего как свидетельство негативного отношения к людям только на основании их принадлежности к определенной, наделяемой отрицательными качествами группе (психически больные), которая выделяется как отдельная категория людей.

Стигма как смыслообразующее понятие, процессуально связана с целым рядом социально-психологических и клинко-психопатологических феноменов, интегрированных в различные составляющие качественной психиатрической помощи. Как крайне негативный признак, она лежит в основе стигматизации или процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом.

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2001) в разделе «Психическое здоровье, новое понимание, новая надежда» отмечено, что стигма – «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества». Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства – это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать общения, принятия на работу или совместной работы, мешает проживанию с людьми, наблюдающимися у психиатров. Стигма трагическим образом лишает

людей их достоинства, полноценного участия в жизни общества, она является серьезным препятствием для личностного развития и социальной интеграции больных.

Стигматизация (греч. – стигма, ярлык, клеймо) – навешивание социальных ярлыков; ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Стигматизация является составной частью многих стереотипов и предубеждений. Негативная социальная стигма – своего рода вторая болезнь, болезнь с плохой репутацией.

Негативный контекст понятий «стигма» и «стигматизация» нашел отражение в многочисленных определениях их сути: «стигма символизирует особенное, исключительное существование человека», стигматизация – «это негативная реакция общества на различные неблагоприятные атрибуты образа психически больного человека и организации психиатрической помощи», «причинение больным моральных (душевных) страданий или морального вреда», «состояние нравственных страданий, усиливающих степень тяжести психических расстройств».

Стигматизация в психиатрии – явление глобальное, выходящее за рамки клинической практики, затрагивающее различные стороны общественных отношений. Как социально-психологическому феномену ей присущи определенные закономерности, механизмы формирования и динамики. Схематично содержание этого процесса и этапность формирования стигмы у больных с психическими расстройствами можно представить следующим образом (рис. 1).

Стереотипы психических расстройств – это санкционированные обществом чрезвычайно стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные представления о больных с психическими расстройствами или проекция отрицательных качеств на образ психи-

чески больного с отождествлением его с маргинальной личностью и снижением толерантности к этой категории больных. Эти стереотипы можно трактовать, как мысли человека (индивидуальные стереотипы) или сообщества (соци-

альные стереотипы) о личностных качествах определенной группы людей. Однако из-за чрезмерного обобщения и неточности эти мысли приобретают свойства убеждений и ценностных ориентаций.

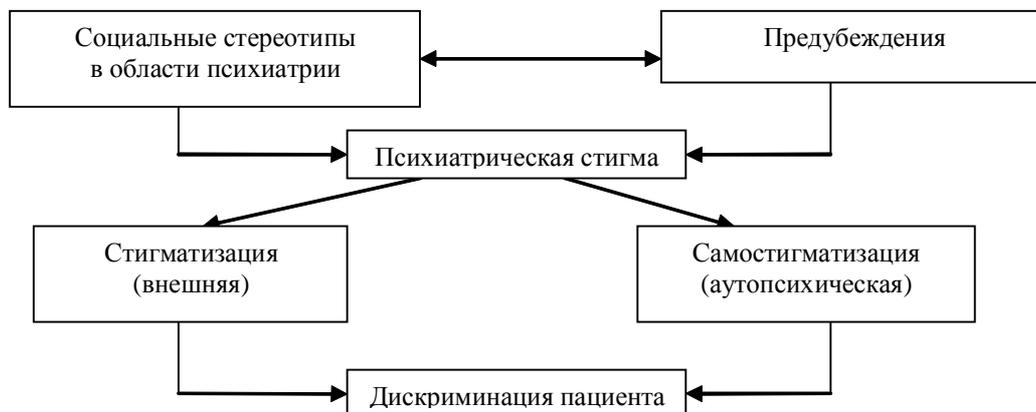


Рис. 1. Структурно-динамические особенности психиатрической стигмы.

Процесс формирования негативных стереотипных представлений (заблуждений) о психически больных людях и отнесение их к определенному классу («маркировка», «приклеивание ярлыка») сопровождается последующим приписыванием им всех качеств, относящихся к стереотипным представлениям о данном классе. Стереотипы, относящиеся к больным с психическими расстройствами характеризуются упрощенностью оценок и обобщений, неverifiedованностью, выраженной эмоциональной окраской, чрезмерной категоризацией и генерализацией негативных оценок («все они одинако-

вые»), активным противодействием изменениям стереотипов. Основными психологическими механизмами их формирования являются схематизация, категоризация, каузальная атрибуция.

На протяжении многих веков в различных странах отношение к людям с ярлыком психического заболевания было почти постоянно и практически повсеместно негативным. При этом, как отмечает Blanch (1990), обращение с психически больными в каждый конкретный исторический период определялось господствующими установками или стереотипными представлениями (табл.1)

Таблица 1

Зависимость социальных реакций от доминирующих стереотипных представлений

Представление о человеке с ярлыком психического заболевания	Социальная реакция
Порочный, плохой	Наказать, изолировать
Одержимый	Изгнать злых духов
Никчемный, лишенный человеческих качеств	Игнорировать, оставить без внимания и помощи
Слабый, уязвимый, ранимый	Защитить, институционализировать
Больной	Лечить, применить лекарства, госпитализировать
Утративший психологическое равновесие, беспокойный	Успокоить, утешить
Опасный	Держать взаперти, применить ограничительные меры
Непредсказуемый	Обеспечить надзор
Некомпетентный	Принять ответственность на себя

К наиболее типичным индивидуальным и социальным стереотипам психических расстройств, являющихся предпосылками и атрибутивными элементами формирования предубеж-

денности, стигмы и дискриминации, относятся следующие суждения:

- люди с психическими расстройствами некомпетентны, непредсказуемы, представляют

опасность для окружающих;

- таким людям нельзя доверять, они не надежные, их надо исключить из общественной жизни;
- психически больные люди никчемные и беспомощные и зависимы от окружающих;
- они вызывают неприязнь, отвращение, стремление дистанцироваться от них.

Предубеждение – основанное на стереотипных представлениях, необоснованное, негативно-пренебрежительное отношение к психически больному человеку, способствующее обесцениванию его личности, дистанцированию от него в конкретном личностном и социальном контексте и в конечном счете, к его дискриминации и ухудшению качества жизни. Этот феномен возникает на основе стереотипов и имеет аналогичные социально-психологические механизмы формирования. По отношению к психически больным они рассматриваются как установки, которые не основаны на знаниях и личном опыте, стойкие к каким-либо изменениям, возникшие на основе неверной информации и выявляющие отрицательное отношение и неприятие объекта предубеждений. Эти установки (аттитюд) включают негативные суждения и стереотипы, различный спектр отрицательных эмоциональных реакций (страх, ненависть, враждебность) и поведенческий компонент в виде намерения вести себя негативным образом по отношению к психически больным только на основании их принадлежности к соответствующей группе, которая априори наделяется предсудительными свойствами. Предубеждения могут проявляться в трех нормах : вербальное неприятие, избегание, дискриминация.

К основным личностно-психологическим факторам, формирующим предубеждения и стремление стигматизировать больных, относятся:

- стремление повысить собственную самооценку за счет выделения более слабых и никчемных (мотивация укрепления Я – концепции);
- непереносимость неопределенности, стремление придерживаться стабильных авторитарных взглядов (консерватизм);
- страх возможного вмешательства «девиантов» в жизнь сообщества;
- циничное мировоззрение;
- враждебная настроенность к окружающим;
- присвоение психически больным содержания мифов о них и защитное «вытеснение» этой категории людей из жизни сообщества;
- стремление к ощущению собственной бе-

зопасности, компетентности и внутренней стабильности путем проекции своего представления о некомпетентности и потенциальной угрозе на образ психически больного;

- отождествление понятий «психически больной» и «девиант»;
- однобокая интерпретация стигматизирующей больно информации.

Стигматизация рассматривается как неблагоприятный ситуационный фактор, как хронический социальный стресс, препятствующий нормальному социально-психологическому функционированию человека, независимо от наличия или отсутствия у него симптомов психического заболевания. Социальные и личностные источники стигматизации определяются степенью удовлетворенности своей жизнью и, в частности, самореализацией, иерархией ценностей и обобщенным образом психически больного как у конкретной личности, так и в обществе. Поэтому понятие «психическая болезнь» для широкой общественности является прежде всего личностной характеристикой, отражающей соответствие социального и психологического функционирования человека стереотипам, которые сложились и санкционированы в данном обществе.

Основой стигматизации является процесс дистанцирования от больного в конкретном личностном и социальном контексте. На личностном уровне он базируется на стремлении к ощущению собственной безопасности, компетентности и внутренней стабильности и проецировании своего представления о некомпетентности и потенциальной угрозе на образ психически больного с идентификацией его как «чужого».

На социально-психологическом уровне мотивация конкретной личности к стигматизации психически больных определяется потребностью в сохранении удовлетворительных условий своей жизни, необходимого уровня функционирования и эмоциональной стабильности. При этом представляется, что психическая болезнь поражает то, что считается наиболее ценным в человеческой личности и поэтому она воспринимается как препятствие к удовлетворению своих потребностей.

Социальные и личностные источники стигматизации определяются степенью удовлетворенности своей жизнью и, в частности, самореализацией, иерархией ценностей и обобщенным образом психически больного как у конкретной личности, так и в обществе. Таким образом, по-

нятие «психическая болезнь» для широкой общест­венности является прежде всего личност­ной характеристикой, отражающей соответствие психологического и социального функцио­нирования человека стереотипам, которые санкцио­нированы данным обществом.

Предпосылками к предвзятому отношению к психически больным являются: 1) готовность в отношении психически больного к признанию его в качестве объекта предвзятости; 2) соци­альная допустимость и санкционированность предвзятости (отсутствие негативной реакции общества на предвзятое отношение к больному); 3) недостаток персональных знаний большин­ства людей об объекте предвзятости.

С позиции человека с психиатрическим ди­агнозом стигматизация является практически постоянной ситуацией, существующей в различ­ных сферах его жизни. В таких условиях для окружающих он по существу теряет свое уни­кальное содержание и рассматривается лишь как носитель приписываемых ему таких мифичес­ких качеств как опасный, странный, злобный, непредсказуемый, неадекватный, отталкиваю­щий и т.п. Контакт такого человека с окружаю­щими становится опосредованным «через миф». Таким образом, пациент попадает в длительно сохраняющуюся ситуацию перманентного внешнего и внутреннего конфликта, включаю­щую, в частности, навязывания ему неопреде­ленной роли «сумасшедшего». Стигматизиро­ванный пациент с заниженной самооценкой не способен к полноценному сотрудничеству, парт­нерским межличностным взаимоотношениям, реализации личностных полномочий и активно­му решению собственных проблем.

Процесс стигматизации психически больных включает когнитивные, эмоциональные и пове­денческие составляющие. На этом основаны индивидуальные особенности мотивации стиг­матизации, а также меры дестигматизационных воздействий. К когнитивному компоненту стиг­мы относятся представления о психиатрических проблемах, уровень «психиатрической грамот­ности». Эмоциональный компонент стигматиза­ции выражается в отношении общества к пси­хически больным, а поведенческий компонент – в действиях и поступках, дискриминирующих психически больных.

Формулируя свой опыт, связанный с психи­ческим заболеванием и лечением, пациенты или бывшие пациенты описывают его как процесс усвоения роли пациента, потери своих основных прав и, в конечном счете, развитие чувства без­

надежности во взглядах на будущее.

Одна из причин, в силу которых людям с пси­хическими расстройствами трудно добиться удовлетворения своих основных потребностей, состоит в том, что эта группа, посредством мощ­ного процесса стигматизации определена как имеющая высокоспецифические нужды, прин­ципиально отличающиеся от характерных для остальных граждан. Как отмечают Wilson et al.1987, «индивиды с диагнозом психического заболевания рассматриваются как нуждающиеся в совершенно иных вещах, чем «более обыч­ные» люди; притом их основные потребности в уважении, чувстве собственного достоинства, в любви, в возможности делать выбор, в поддер­жке со стороны окружения расценивались как вторичные по отношению к потребностям в ле­чении.

Наряду с интернализацией роли пациента, постепенно формируется чувство глубокой без­надежности и беспомощности, подкрепляемое к тому же целым рядом факторов: катастрофи­ческими экономическими последствиями «боль­шого» психического расстройства; пронизыва­ющей все сферы жизни стигматизацией; патер­налистическими формами обращения с пациен­тами в психиатрических учреждениях.

Дегуманизирующие эффекты традиционной модели оказания психиатрической помощи оп­ределяются отсутствием системы ценностей в понимании психических расстройств и в орга­низации психиатрической помощи. Эти ценно­сти (приспособительное поведение, функцио­нирование, качество жизни, самоопределение, вы­бор, права человека, жизненные предпочтения и др.), как правило, не учитываются при прове­дении лечебно-диагностических и реабилита­ционных мероприятий, что само по себе попирает чувство собственного достоинства пациента, лишает его права на самоопределение, возмож­ности полноценного участия в жизни сообще­ства, надежды на выздоровление и способству­ет закреплению (если не активному культиви­рованию) постоянной зависимости и отдаленно­сти от остальной части общества.

Игнорирование ценностного подхода, ориен­тированного на личность пациента, проявляется в следующих формах:

- невнимание сообщества к проблемам лиц с психическими расстройствами; отсутствие у них возможности выбора и вовлеченности в интег­рационные и реабилитационные программы; отсутствие естественным образом сложившихся бескорыстных добровольных взаимоотноше­

ний с окружающими, не сконцентрированных на заболевании пациента;

- ограниченный выбор форм взаимодействия с официальной системой психиатрического обслуживания (психиатрическая больница, диспансер), включающей такие стигматизирующие элементы как изоляция, ограничения, учет;

- несовершенство Закона о психиатрической помощи, в части одностороннего толкования безопасности оказания психиатрической помощи, допускающего широкое применение мер физического воздействия и (или) изоляция пациента (ст.8), не являющихся лечебными методами и конкурирующих с морально-этическими принципами медицинского вмешательства, а также предусматривающего использование методов диагностики, лечения и лекарственных препаратов с повышенным риском для здоровья пациента (ст.7);

- низкое качество лечения и поддержки в обществе; сегрегативный характер среды и оказываемой помощи, исключающей возможность реализации большинства основных человеческих потребностей;

- отсутствие внимания (интереса) со стороны медперсонала к «субъективной картине болезни», отношение к пациентам как к некомпетентным и недостаточно мотивированным лицам с ориентацией на приоритетность методов биологического лечения, наблюдения и опеки;

- тотальная неосведомленность пациентов о проблемах собственного здоровья, реальных возможностях его улучшения и собственной роли в улучшении качества своей жизни; дефицит информированности микросоциального окружения о предпочтениях пациентов;

- узость социальной сети и многорольевых связей больных; отсутствие гибкой системы их социальной поддержки; отсутствие связей у лиц, оказывающих психиатрическую помощь, открывающих доступ к ключевым ресурсам сообщества и работникам, обладающим опытом реализации подхода, нацеленного на интеграцию больных в сообщество;

- преграды на пути к получению образования и профессиональной подготовки; трудности в обеспечении, доступа к работе и расширения возможностей трудоустройства;

- недостаточный уровень приоритетов финансирования реорганизации служб психиатрической помощи и систем поддержки пациентов.

К основным формам стигматизации в психиатрии относятся:

1. Стигматизация психически больных (отно-

шение к ним как к опасным, никчемным, непредсказуемым, безнадежным, неадекватным людям, за которых должно быть стыдно и семье, и обществу и которых нужно изолировать (использование специфической оскорбительной лексики: «дебил», «шизо», «идиот», «кретин», «психопат», «чокнутый» и т.п.)

2. Стигматизация психических заболеваний (признание психических болезней «ненастоящими и неизлечимыми заболеваниями», признаком личной «слабости», неизбежно передающимся по наследству). Например, диагноз «шизофрения» включает в себе негативно-устрашающий контекст состояния и поведения больного, а страх заболеть шизофренией – это одновременно страх быть исключенным из общества.

3. Стигматизация психиатрических учреждений («дурдом», «психушка»).

4. Стигматизация медперсонала психиатрических учреждений (черствые, авторитарные, безразличные, деморализующе-ироничные)

5. Стигматизация методов лечения психических расстройств и медицинских препаратов («изоляция», «принудительные меры», «вызывающие побочные эффекты и привыкание», «разрушающие личность»)

6. Стигматизация психиатрии. Все негативные представления о психиатрии нашли отражение в отношении к понятию «стигматизация психиатрии» как к признанию ее «наукой без доказательств» и малопродуктивной практикой с большим количеством социальных рисков и угроз для личности пациента, защиты его прав и качества жизни.

Выделяют следующие векторы стигматизации пациента: а) стигматизация больного со стороны медицинского персонала; б) стигматизация со стороны формального микросоциального окружения; в) стигматизация больного в семье; г) самостигматизация больного.

Стигматизация больных со стороны медицинского персонала.

Стигматизирующие больного факторы при его взаимодействии с медперсоналом наблюдаются на всех этапах оказания ему психиатрической помощи, включая пребывание в психиатрической больнице, дневном стационаре и в процессе диспансерного наблюдения. Наибольшую негативную нагрузку включает в себе межличностное взаимодействие врача с пациентом, определяемое стремлением выявить психопатологические феномены, определить психиатрический диагноз и назначить медикаментозное лечение, не затрагивающее какие-либо сферы жиз-

недеятельности больного, кроме симптомов. В конечном счете это приводит к терапевтически несбалансированным формам терапевтических отношений:

- пациент рассматривается как носитель проблем, а не как человек со сложным взаимодействием межличностных и социальных факторов;
- отношение к пациенту как к «клинически нестабильному», склонному к рецидивам заболевания, нуждающемуся в постоянном наблюдении;
- необоснованная убежденность в невозможности выздоровления пациента, формирование у него чувства обреченности;
- взятие медперсоналом ответственности за контроль над всеми ключевыми решениями, влияющими на жизнедеятельность пациента;
- дефицит внимания к осознанным целям и нуждам пациентов;
- дефицит ценностных принципов и подходов при оказании психиатрической помощи (возможность выбора, расширение компетенции больных, предоставление поддержки окружения).

Такой спектр терапевтических отношений порождает протестные реакции при возникающей необходимости обращения в психиатрическое учреждение. В наиболее концентрированном виде стигматизирующие эффекты присущи периоду стационарного лечения. Тогда же происходит и наибольшая интернализация стигмы.

Госпитализация, особенно длительная, в психиатрический стационар, сама по себе способствует стигматизации и формированию у больных дезадаптивных форм приспособительного поведения. Отлучение пациентов от своих семей и сообщества обычно происходит в условиях реализации т.н. «патерналистических» лечебных программ, включающих такие составляющие как опека, надзор, уход, не предусматривающих возвращение пациента в социум. Это способствует тому, что вся социальная предистория человека постепенно нивелируется, его отношения с медперсоналом становятся пассивными и зависимыми. Пациенты в таких случаях используют довольно ограниченный набор «приемлемых форм поведения», жесткие рамки которых дистанцируют их от персонала, а в дальнейшем от остальных членов сообщества. Формирующаяся при этом жизнеопределяющая роль «получателя лечения», во всем зависимость от персонала, способствует утрате пациентами человеческой уникальности, снижению реабилитационного потенциала, социальной отгорожен-

ности и дистанцированию от общества.

Качество жизни «среднестатистического» пациента психиатрического стационара характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляет внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», нарушению навыков преодоления. Для больных с хроническими заболеваниями жизненное пространство в отделении, с которым они постоянно соприкасаются, приобретает черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы», формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей.

Понятие «длительно существующая агрессивная среда», применительно к условиям психиатрического отделения, подразумевает три вектора неблагоприятных воздействий: а) невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных; б) отсутствие социальной поддержки; в) отсутствие системы преодоления. Агрессивность социальной среды характеризуется также насмешливо-ироничным отношением медперсонала, пренебрежением реальными нуждами и заботами больных, утративанием негативных особенностей их поведения, отсутствием мер по вовлечению в принятие решений, относящихся к их здоровью. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

К стигматизирующим факторам можно отнести и неприязненное отношение к психически больным со стороны врачей общей практики.

Стигматизация со стороны формального микросоциального окружения.

К основным стигматизирующим факторам со стороны микросоциального окружения относятся:

- 1) стереотипизация массового сознания; манипуляции общественным мнением в отноше-

нии психически больных;

2) формирование негативного имиджа психиатрических учреждений и уровня психиатрической помощи;

3) низкий уровень психиатрической грамотности в обществе, стремление дискредитировать возможности психиатрии;

4) убежденность в низкой социальной полезности больных с психическими расстройствами, низкий уровень их социальной востребованности;

5) низкий уровень толерантности и эмпатии по отношению к лицам с нарушениями психики, стремление дистанцироваться от них;

6) дискриминационные меры при решении различных социальных вопросов в т.ч. отсутствие квотирования рабочих мест на рынке общего труда, дефицит учебных и производственных баз для этой категории больных, в связи с изменившейся социально-экономической ситуацией в стране.

Стигматизация больного в семье.

Семья как первичная социальная группа имеет непосредственное отношение к заболеванию своего родственника, его течению и исходу. Существующие предрассудки, предубеждения и негативная отвергающая установка по отношению к психически больным определяют особое отношение семьи к самому факту психического заболевания ее члена и порождает своеобразное их поведение в общении с больным, внутреннюю противоречивость мотивов обращения к специалистам и изменение структуры взаимоотношений семьи с внешним окружением.

На ранних стадиях заболевания стигматизационные эффекты отношения к больному в семье проявляются в стремлении скрыть факт заболевания от окружающих, что само по себе сопровождается сокращением социальных связей, неспособностью общения с окружающими как с равными, регрессивным типом приспособительного поведения. В дальнейшем социальная изоляция больного становится барьером на пути интеграции пациента в общество, чему способствует снижающийся уровень его социальной компетентности, социальная отгороженность из-за страха отвержения, пассивная жизненная позиция.

Патерналистический стиль поведения медицинского персонала психиатрических учреждений служит своего рода сигналом для самого больного – о том, какого отношения к себе он должен теперь ожидать от окружающих, а для членов семьи –

о том, как они должны вести себя по отношению к больному. Стигматизирующий эффект диагноза и врачебный патернализм побуждают семью к гиперпротективности и чрезмерному контролю, тем самым снижая способность больного управлять своей жизнью.

Другой крайностью является отвержение и пренебрежение нуждами пациента со стороны медицинских и социальных служб, что получает аналогичный «отклик» в семье и приводит к агрессивно-пренебрежительному отношению со стороны здоровых членов семьи и маргинализации психически больного. Этому в определенной степени способствует наличие объективной и субъективной «семейной нагрузки», являющейся не только результатом стресса, но одновременно и стрессором для других членов семьи. Эта «нагрузка», которую испытывает семья при совместном проживании с больным, способствует постепенному истощению семейной поддержки больного.

Стигматизация обществом семьи больного.

Эта разновидность стигматизации обусловлена следующими обстоятельствами:

- ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником, которая приводит к значительному эмоциональному напряжению семьи;
- чувством вины по отношению к больному у его родных;
- тенденцией семей больных к защите от внешнего окружения и усилению со временем их социальной изоляции;
- неоправданными ожиданиями и требованиями, предъявляемыми к больному.

Члены семей больных с психическими расстройствами обычно испытывают острую душевную боль из-за потери «нормального» родственника, ввиду крушения всех надежд и ожиданий, связанных с ним, переживают болезненный процесс адаптации к новым реалиям жизни, которая в силу сложившихся обстоятельств оказалась совершенно не такой, на какую они рассчитывали. Эти психологические реакции сочетаются с драматическими переменами в динамике семьи, нарушая здоровые паттерны взаимоотношений друг с другом. Стигматизированные семьи ориентируются в первую очередь на лекарственную терапию и в этом отношении становятся ее «пассивными потребителями».

Аутопсихическая стигматизация (само-стигматизация).

Внешнее стигматизирование только тогда оказывает свое действие, если разворачивается

процесс аутопсихической стигматизации, если пациент сам себя стигматизирует. Реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного). Поэтому стигматизацию и самостигматизацию следует рассматривать в качестве единого процесса приобретения пациентом новой (деструктивной) идентичности. При этом, если стигматизацию понимают как воздействие извне (социальный процесс), то самостигматизация – это процесс саморазрушения социальной и личностной идентичности пациента в связи с принятием им и субъективным переживанием «психиатрической» стигмы.

Самостигматизирование больного осуществляется при соблюдении следующих условий: 1) готовность пациента к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных»; 2) больной должен себя идентифицировать со стигматизированной группой; 3) больной должен принять негативные представления об этой группе и быть убежденным в их правдивости и реалистичности.

Самостигматизация – это деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя психиатрического, а следовательно, социального статуса. Этот феномен проявляется в тех случаях, когда окружающие больного здоровые люди начинают восприниматься им как «чужие». Он складывается из наличия психиатрического диагноза, усвоенных мифов о психических болезнях и применения их к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от реальных и потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса и самооценки. В этих случаях происходят более или менее выраженные нарушения идентификации пациента, формируется особая система отношений больного, согласно которой все его существование на данный момент и в перспективе определяется болезнью. Этому сопутствуют не соответствующие его ожиданиям реакции в виде санкций или социальных ограничений. Это в свою очередь повышает эмоционально-мотивационное напряжение, которое личность снижает за счет различных, в том числе неадекватных механизмов психологической защиты и копинг – стратегий. Такие личностные реакции, определяя ответ больного на стигматизацию, углубляют психическую дезадаптацию больного.

Важную роль в формировании аутопсихической

стигматизации играют информация о заболевании, воспринятая больным через призму мифов, личный опыт переживания болезни, подсознательный страх перед атрибутами психиатрического обслуживания и место заболевания в иерархии ценностей больного, а также степень оформленности образа болезни как чего-то отличного от Я.

В таких условиях оборонительная субъективная позиция пациента по отношению к психиатрической помощи довольно быстро трансформируется в усвоенное и интернализованное самим пациентом чувство собственной некомпетентности. Психиатрический диагноз фактически становится морально-юридическим приговором, допускающим и санкционирующим грубые нарушения прав человека, изоляцию, дискриминацию, а сообщество трактуется больным как источник страха, предубеждений, невежества, отвержения, а не как источник понимания, одобрения, принятия и расширения возможностей.

Процесс самостигматизации сопровождается переживаниями социального риска или риска социально неблагоприятных последствий психического расстройства и значительного ухудшения качества жизни, связанных с фактом психиатрического диагноза и необходимости обращения за психиатрической помощью (Рис.2). Социальный риск следует понимать достаточно широко, как реальную возможность нарушения права на достойное обращение, уважение, права иметь семью, права на выбор профессии и др.

Наш клинический опыт позволяет выделить основные стадии (этапы) формирования стигмы (стигматизации) больных шизофренией.

1-я стадия - осознание пациентом существования в макро- и микросоциальной среде феномена выделения и «маркировки» человека с психиатрическим диагнозом и присвоение ему негативных качеств в соответствии с предубеждениями и стереотипами обесценивания и дискриминации лиц с психическими расстройствами.

2-я стадия - внутреннее согласие и принятие негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей).

3-я стадия - перенос стереотипных представлений о психически больном на собственную личность с интериоризацией таких качеств как стыд, опасность и некомпетентность; готовность к деструктивным формам самоидентификации в социальной и личностной сферах.



Рис. 2. Причины переживаний и сферы риска неблагоприятных социальных последствий психического расстройства.

4-я стадия - эмоционально-мотивационное напряжение с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации, нарастанием готовности связывать свои ролевые функции со статусом психически больного.

5-я стадия - формирование деструктивных статусов личностной и социальной идентичности, отражающих обесценивание личности, сни-

жение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязвимости и собственной несостоятельности.

6-я стадия - принятие статуса «члена когорты пациентов» с избеганием контактов со здоровыми людьми, дистанцированием от потенциальных стигматизаторов и фактической утратой социальных навыков, реальных полномочий, жизненных целей и мотивации к изменению сформировавшейся деструктивной идентичности.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, Г.Г. Пуятін, О.В. Абрамов

СТИГМАТИЗАЦІЯ ПАЦІЕНТА У КОНТЕКСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті представлено структурно-динамічні особливості стигми у хворих на психічні розлади. Показано соціальні та особисті джерела стигматизації. Описано основні форми стигматизації в психіатрії. Представлено основні етапи формування аутостигматизації на підставі власного досвіду. Представлені дані важливі для розробки особисто-орієнтованих підходів до надання психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 39-48).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova, G.G. Putyatin, A.B. Abramov

**STIGMATISATION OF THE PATIENT IN THE CONTEXT OF THE PSYCHIATRIC
ADMINISTRATION**

Donetsk national medical university named after M. Gorky

The structural-dynamic peculiarities of the stigma in the patient with mental disorders are presented in the article. The social and personal sources of stigmatization are shown. The main forms of the stigmatization in the psychiatry are described. At the own experience the stages of the autostigmatisation forming are distinguished. Represented data are important for the elaboration of the personality oriented approaches to the psychiatric administration. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 39-48).

Поступила в редакцию 24.03.2012

УДК 616.858-008.6:616.89-092-07

*Д. Ю. Сайко***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ
ОРГАНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛАБИЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

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

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, органическое эмоционально-лабильное расстройство личности, клиничко-психопатологические особенности

Общемировая тенденция к постепенному старению населения планеты обуславливает высокую актуальность изучения проблем возрастозависимой патологии, в частности болезни Паркинсона, как одной из наиболее распространенных неврологических болезней людей пожилого возраста. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается около 3,7 млн. пациентов с болезнью Паркинсона, в Украине — около 70 тыс. больных [4,6]. С возрастом частота болезни Паркинсона в популяции неуклонно увеличивается: в возрастной группе до 65 лет она составляет около 1%, от 65 до 75 лет — 2% и, наконец, у лиц старше 75 лет болезнь Паркинсона встречается с частотой 3–4%. Неуклонно прогрессирующий нейродегенеративный процесс при болезни Паркинсона сопровождается резким снижением активности пациента, его качества жизни, и влечет за собой существенные социальные и экономические последствия [1, 4, 9].

Несмотря на то, что диагноз болезни Паркинсона базируется на обнаружении специфических двигательных проявлений, наличие психопатологических нарушений оказывается не менее характерным для данного заболевания [3-5, 7, 8]. Психопатологические проявления возникают зачастую уже на ранних стадиях болезни (а иногда и предшествуют моторным нарушениям), однако своевременно не учитываются и не подвергаются должной коррекции. При этом наличие психического расстройства при болезни Паркинсона усугубляет симптоматику и течение моторных нарушений, существенно ухудшает качество жизни пациентов и исход заболевания, что обуславливает необходимость детального изучения вопросов клинического оформления психопатологии при болезни Паркинсона [2,5,10].

Вышеизложенное и определило цель данно-

го исследования - изучение клиничко-психопатологической структуры органического эмоционально-лабильного расстройства личности при болезни Паркинсона и особенностей самой болезни Паркинсона у данной категории больных.

В исследовании приняло участие 128 больных болезнью Паркинсона, среди которых 52 больных с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 (основная группа), 76 больных без психических нарушений (контрольная группа).

Использовались клиничко-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, в структуре психопатологии больных болезнью Паркинсона органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство личности составляло 17,5%. Средний возраст больных паркинсонизмом с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 составлял $69,4 \pm 2,8$ лет, а длительность заболевания — $20,3 \pm 1,4$ лет (при $p < 0,05$).

Среди позитивных и негативных симптомов психических расстройств у больных паркинсонизмом с расстройством F06.6 преобладали: в сильной степени выраженности - нарушения абстрактного мышления (в 61,5% случаев); в средней степени выраженности — пассивно-апатичная социальная отстраненность (в 53,8% случаев), расстройства воли (в 48,1% случаев), скудная коммуникабельность (в 42,3% случаев), нарушения внимания (в 42,3% случаев); в умерен-

ной степени выраженности – плохое управление импульсивностью (в 59,6% случаев), расстройства мышления (в 55,8% случаев), ипохондрическая мнительность (в 50,0% случаев), возбуждение (в 46,2% случаев), стереотипное мышление (в 44,2% случаев).

Признаки депрессии (по результатам шкалы MADRS) у больных обеих обследованных групп отсутствовали ($9,5 \pm 2,4$ баллов и $8,2 \pm 3,1$ баллов, соответственно). По результатам клинической шкалы (CAS) у больных обеих групп отмечался низкий уровень тревожности ($5,2 \pm 2,8$ баллов и $4,7 \pm 2,0$ баллов, соответственно).

Значимых различий в представленности и выраженности моторных нарушений психопатологического генеза у больных основной и контрольной групп также обнаружено не было, у больных основной группы данные расстройства встречались довольно редко (в 7,7% случаев наблюдалось двигательное беспокойство), у больных контрольной группы - отсутствовали.

Относительно уровня когнитивного дефицита у больных основной группы отмечалось значительное ухудшение когнитивных функций: в 75,0% случаев фиксировались умеренные когнитивные изменения, а в 11,5% случаев отмечалась начальная стадия деменции (при $p < 0,01$), по сравнению с контрольной группой, где в большинстве случаев не отмечалось когнитивного дефицита (в 71,1% случаев) либо фиксировались легкие когнитивные изменения (в 21,1% случаев).

Среди расстройств мышления и когнитивных функций у больных паркинсонизмом и расстройством F06.6 наиболее часто отмечались: быстрая истощаемость психической деятельности (в 92,3% случаев), снижение уровня концентрации внимания (в 76,9% случаев), ригидность мышления (67,3% случаев), нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной) (в 63,5% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные расстройства мышления и когнитивных функций не превышали уровень в 18,4%, 17,1%, 13,2%, 19,7% соответственно (при $p < 0,01$).

Расстройства поведения у больных паркинсонизмом значительно чаще отмечались у больных с расстройством F06.6, среди них преобладающими были астенические расстройства (в 92,3% случаев) и ухудшение коммуникативных функций (в 76,9% случаев), по сравнению с контрольной группой больных, где расстройства поведения отмечались только в виде ухудшения коммуникативных функций в 14,5% случаев (при

$p < 0,01$).

Эмоциональные нарушения также значительно чаще фиксировались у больных основной группы, и проявлялись преимущественно в виде постоянного ощущения усталости (в 80,8% случаев), эмоциональной лабильности (в 76,9% случаев), слабодушия (в 61,5% случаев), неудовлетворенности собой (в 40,4% случаев), неудовлетворения (в 36,5% случаев), отчаяния (в 32,7% случаев) и гнева (в 30,8% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные эмоциональные расстройства наблюдались значительно реже в 3,9%; 10,5%; 2,6%; 10,5%; 9,2%; 2,6% случаев соответственно, эмоций отчаяния в контрольной группе не наблюдалось (при $p < 0,01$).

Основными соматовегетативными расстройствами у больных основной группы были: нарушение сна (в 53,8% случаев), вегетативно-висцеральные кризы (в 44,2% случаев), головные боли (в 36,5% случаев), нарушения сердечно-сосудистой системы (в 32,7% случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные соматовегетативные нарушения отмечались значительно реже в 17,1%, в 15,8%, в 10,5% и в 7,9% случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

При катamnестическом наблюдении, после проведенного лечения органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства F06.6 у больных паркинсонизмом астенические и эмоциональные расстройства регрессировали, за исключением слабодушия и эмоциональной лабильности, которые снижались, вегетативное состояние стабилизировалось, улучшались коммуникативные и когнитивные функции, регрессировали ипохондрические мысли, но по-прежнему, отмечался умеренно-выраженный когнитивный дефицит.

Сравнительный анализ клинических особенностей болезни Паркинсона (по данным шкалы MDS-UPDRS) у больных основной и контрольной групп, позволил заключить, что основными немоторными проявлениями у больных паркинсонизмом с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 являлись выраженная усталость ($2,4 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), нарушение когнитивных функций ($2,3 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), проблемы сна ($2,1 \pm 0,3$, при $p < 0,01$); наличие умеренных признаков синдрома дофаминовой дезрегуляции ($1,5 \pm 0,3$, при $p < 0,01$) и дневная сонливость ($1,4 \pm 0,4$, при $p < 0,01$). У больных контрольной группы усталость не превышала уровень в $1,3 \pm 0,3$ балла, нарушение когнитивных функций – уровень в

0,8±0,1 баллов, проблемы сна – уровень в 0,7±0,2 балла, признаки синдрома дофаминовой дезрегуляции – в 0,5±0,2 баллов, дневная сонливость – уровень в 0,5±0,3 балла.

Из двигательных проявлений болезни Паркинсона в повседневной жизни, оцененных больными, основными моторными проявлениями болезни Паркинсона с расстройством F06.6 являлись: выраженный тремор (2,6±0,2, при $p<0,01$), расстройства письма (2,3±0,3, при $p<0,05$), расстройства вставания (2,0±0,4, при $p<0,01$); умеренные расстройства ходьбы и рисования (1,7±0,1, при $p<0,01$), застывания (1,4±0,4, при $p<0,01$), расстройства поворотов в постели (1,4±0,5, при $p<0,01$), расстройства навыков приема пищи (1,4±0,1, при $p<0,01$), расстройства речи (1,3±0,2, при $p<0,01$), расстройства хобби и другой деятельности (1,2±0,3, при $p<0,05$), нарушение гигиенических навыков (1,1±0,2, при $p<0,05$). У больных контрольной группы выраженность вышеперечисленных двигательных расстройств не превышала 1,3±0,5; 1,2±0,4; 0,8±0,1; 0,7±0,4; 0,6±0,3; 0,6±0,3; 0,5±0,2; 0,6±0,2; 0,7±0,2 и 0,8±0,1 баллов, соответственно.

По данным экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с F06.6 отмечались: в выраженной степени ригидность (2,3±0,4, при $p<0,01$), расстройства пронации и супинации (2,1±0,2, при $p<0,01$), расстройства быстроты ног (2,0±0,5, при $p<0,05$); в умеренной степени выраженности – продолжительность тремора покоя (1,8±0,1, при $p<0,01$), тремор покоя (1,7±0,2, при $p<0,01$), постуральный тремор в руках (1,7±0,1, при $p<0,01$), брадикинезии (1,7±0,2, при $p<0,01$), расстройства вставания со стула (1,7±0,2, при $p<0,01$), кинетический тремор в руках (1,6±0,3, при $p<0,05$), расстройства речи (1,6±0,3, при $p<0,01$), нарушение осанки (1,5±0,3, при $p<0,01$), застывания при ходьбе (1,5±0,2, при $p<0,01$), нарушения выражения лица (1,4±0,3, при $p<0,01$), нарушения постуральной устойчивости (1,3±0,2, при $p<0,05$), расстройства движения руками (1,3±0,4, при $p<0,05$). В контрольной группе данные расстройства были выражены значительно меньше и составляли 1,0±0,5; 0,6±0,2; 1,2±0,5; 0,6±0,1; 0,5±0,2; 0,8±0,1; 0,6±0,3; 0,6±0,3; 1,1±0,3; 0,7±0,1; 0,5±0,1; 0,5±0,2; 0,5±0,3; 0,7±0,2 и 0,7±0,2 баллов, соответственно.

Среди двигательных осложнений в группе больных паркинсонизмом с расстройством F06.6 выявлены в умеренной степени выраженности особенности двигательных флюктуаций

(1,8±0,1, при $p<0,01$), влияние флюктуаций на функциональную активность (1,7±0,2, при $p<0,01$), влияние дискинезий на функциональную активность (1,6±0,2, при $p<0,01$), продолжительность дискинезий (1,6±0,3, при $p<0,01$), болезненная дистония периода «выключения» (1,5±0,3, при $p<0,01$). В контрольной группе выраженность этих осложнений составляла 0,4±0,1; 0,8±0,1; 0,5±0,2; 0,7±0,1 и 0,5±0,2 баллов, соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и расстройством F06.6 показал наличие позитивных корреляций между органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 и акинетико-ригидно-дрожательной формой ($r=0,6$); медленным типом прогрессирования ($r=0,8$) и 3-4 стадией болезни Паркинсона ($r=0,72$).

Анализ дневной двигательной активности продемонстрировал преобладание среди больных паркинсонизмом с расстройством F06.6 больных с 60-50% дневной двигательной активностью (в 69,2% случаев), среди больных контрольной группы этот уровень дневной двигательной активности наблюдался в 21,1% случаев (при $p<0,01$). Таким образом, у большей части пациентов с болезнью Паркинсона и органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством F06.6 дневная двигательная активность находилась в пределах от высокой степени зависимости до выраженной зависимости, в 50% случаев больные нуждались в постоянной помощи, а их двигательная активность осуществлялась с выраженной замедленностью и затруднениями.

Подводя итоги проведенного исследования, в качестве основных особенностей клиники органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства F06.6 у больных паркинсонизмом следует отметить: наличие в поведении выраженных астенических расстройств, ухудшения коммуникативных функций и пассивно-апатичной социальной отстраненности; выраженных когнитивных расстройств в виде быстрой истощаемости психической деятельности, снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, нарушений памяти и абстрактного мышления, а также в средней степени выраженности расстройств воли и ипохондрической мнительности; преобладание в эмоциональных расстройствах постоянного ощущения усталости в выраженной степени, эмоциональной лабильности, слабодушия, неудовлет-

воренности собой, общего чувства неудовлетворения, отчаяния, гнева, возбуждения и импульсивности в средней и умеренной степени выраженности; среди вегетативных расстройств – наличие выраженных нарушений сна; вегетативно-висцеральных кризов, головных болей и нарушений сердечно-сосудистой системы.

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство F06.6 формировалось преимущественно у больных с длительностью заболевания болезнью Паркинсона $20,3 \pm 1,4$ лет (при $p < 0,05$), при акинетико-ригидно-дрожательной форме ($r = 0,6$), медленном типе прогресси-

рования ($r = 0,8$) и 3-4-й стадией ($r = 0,72$) болезни Паркинсона. Клинические проявления болезни Паркинсона у больных с расстройством F06.6, по сравнению с контрольной группой, были более выражены. Отмечалось наличие умеренно-выраженных двигательных расстройств и когнитивного дефицита, преобладание 60-50% дневной двигательной активности среди больных данной категории.

Полученные результаты представляется необходимым учитывать при проведении дифференциальной диагностики данного вида психопатологии у больных болезнью Паркинсона.

Д. Ю. Сайко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЧНОГО ЕМОЦІЙНО-ЛАБІЛЬНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

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

Обстежено 52 хворих хворобою Паркінсона з органічним емоційно-лабільним розладом особистості (основна група) і 76 хворих паркінсонізмом без ознак психічних порушень (контрольна група). Виділено особливості клініки органічного емоційно-лабільного розладу особистості при хворобі Паркінсона. Встановлено позитивні кореляції даної форми психопатології з акінетико-ригидно-тримтільною формою, повільним типом прогресування та 3-4-ю стадією хвороби Паркінсона. Відзначено наявність більш виражених клінічних проявів хвороби Паркінсона у хворих з органічним емоційно-лабільним розладом особистості, в порівнянні з контрольною групою. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 49-52).

D. Yu. Sayko

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMATION OF ORGANIC EMOTIONAL-LABILE PERSONALITY DISORDER IN PARKINSON'S DISEASE

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

Fifty two patients with Parkinson's disease (PD) and organic emotional-labile personality disorder (the main group) and 76 patients with PD without signs of mental disorders (the control group) were examined. Clinical peculiarities of organic emotional-labile personality disorder in PD were determined. The positive correlations between this form of psychopathology and PD akinetic-rigid-tremor form, slow type of PD progression, and III-IV PD stages were found out. It was pointed out a presence of more prominent clinical PD manifestations in patients with organic emotional-labile personality disorder as compared with the control group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 49-52).

Литература

1. Голубев, В.Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма [Текст] / В.Л. Голубев, Я.И. Левин, А.М. Вейн. - М.: Медпресс, 2000. - 416с.
2. Калишук-Слободин, Т.Н. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона [Текст] / Т.Н. Калишук-Слободин, Ю.И. Головченко, С.И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т.15, вип. 1(50), (додаток). - С. 58-59.
3. Карабань, И.Н. Влияние курсового лечения ноофеном на двигательную активность, когнитивные функции и психоэмоциональное состояние у больных болезнью Паркинсона [Текст] / И.Н. Карабань, Е.П. Луханина, Н.А. Мельник // Український вісник психоневрології. - 2006. - Т.14, вип. 1(46). - С. 26-30.
4. Левин, О.С. Болезнь Паркинсона [Текст] / О.С. Левин, Н.В. Федорова. - М.: Медицина, 2006. - 256с.
5. Московко, С.П. Депрессии при болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Н.Г. Старинец, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. - №3/1. - 2008. - С. 55-56.

6. Московко, С.П. Мир болезни Паркинсона [Текст] / С.П. Московко, Г.С. Московко // НЕЙРОNEWS. - №3/2. - 2008. - С. 43-49.
7. Aarsland, D. Neuropsychiatric symptoms of patients with progressive supranuclear palsy and Parkinson's disease [Текст] / D. Aarsland, I Litvan, J.P. Larsen // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. - 2001. - Vol.13(1). - P. 42-49.
8. Braak, H. Cognitive status correlates with neuropathologic stage in Parkinson disease [Текст] / H. Braak, U. Rub, E.N. Jansen Steur et al. // Neurology. - 2005. - Vol.64. - P. 1404-1410.
9. Pahwa, R. Practice parameter: Treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review). Report of Quality standards Subcommittee of the American Academy of Neurology [Текст] / R. Pahwa, S.A. Factor, K.E. Lyons et al. // Neurology. - 2006. - Vol.66. - P. 983-995.
10. Weintraub, D. Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease [Текст] / D. Weintraub, P.J. Moberg, J.E. Duda // J. Am. Geriatr. Soc. - 2004. - Vol.52. - P. 784-788.

Поступила в редакцию 11.04.2012

В.А. Розанов, В.В. Валиев, С.Е. Захаров, П.Н. Жужуленко, Г.Ф. Кривда

СУИЦИДЫ И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В Г. ОДЕССЕ В 2002-2010 гг.

Одесский национальный университет имени И.И.Мечникова, Одесская городская станция скорой медицинской помощи, Одесское областное бюро судебно-медицинских экспертиз

Ключевые слова: суицид, дети, подростки

Частота суицидальных проявлений среди детей и подростков в течение последних десятилетий имеет явную тенденцию к росту [10]. У 30% лиц в возрасте 14 – 24 лет бывают суицидальные мысли, 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные действия [21]. По данным государственной статистики количество детей и подростков в возрасте до 18 лет, покончивших с собой, в России составляет 12,7%, а на Украине – 10,8% от общего числа лиц данной возрастной категории, умерших от внешних причин [2, 8].

Сведения об уровнях (индексах самоубийств) среди подростков крайне скудны, в обзоре de Wilde E.J. (2000) приводятся данные о наиболее высоком «национальном» уровне самоубийств среди молодых людей в возрасте 15-24 года в Финляндии (8 на 100000 среди женщин и 45 на 100000 среди мужчин). В то же время, этот же автор, обобщая данные ряда исследований, основанных на самоотчетах детей, приводит распространенность суицидальных попыток в школьной популяции (до 16 лет) в пределах 2-8%, а суицидальных мыслей – в пределах 3-25% [20]. Более свежая сводка [9] по этой проблеме приводит следующие данные. Индексы самоубийств в возрастной группе 5-14 лет низки (порядка 0,5-2,5 на 100000 в зависимости от страны или региона), однако среди молодежи (14-25 лет) они уже значительно выше (5,0 – 28,0 на 100000). При этом для лиц моложе 25 лет самоубийство является 3-й по рангу причиной смерти [9].

Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный следственными органами в Российской Федерации, показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних так или иначе связаны с семейными конфликтами и неблагополучием, страхом насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями, од-

ноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих. Из различных источников можно почерпнуть информацию, что часто завершенные суициды среди подростков являются следствием «копирования» суицидального поведения, растиражированного СМИ (чаще всего – телевидения)[1].

Углубленное изучение характеристик суицидального поведения среди молодежи показывает, что лишь в 10% случаев суицидальная попытка имеет цель покончить собой, в то время как в 90% случаев – это стремление привлечь внимание окружающих к своим проблемам (крик о помощи). Считается, что решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки, от ощущения одиночества, собственной ненужности, неспособности справиться со стрессом или в связи с утратой смысла жизни [2, 7, 8]. Своевременная психологическая поддержка, оказанная подросткам в трудной жизненной ситуации, помогла бы избежать трагических исходов, наносящих тяжелый удар по их окружению. Особенно важна такая помощь после совершенной суицидальной попытки, поскольку риск завершенного суицида в данном случае возрастает [7].

Эти соображения разделяются многими авторами, однако как России, так и на Украине до сих пор не существует принятых на государственном уровне национальных программ профилактики самоубийств. Нескоординированные действия и отдельные психотерапевтические интервенции, сколь бы успешными они ни были, в силу своей локальности не позволяют снизить рост суицидальных проявлений среди молодежи [4]. Опыт многих стран свидетельствует, что многоуровневая национальная программа, особенно со специальными мерами на базе школ, колледжей и высших учебных заведений, способна изменить сложившиеся тенденции [13, 18]. Любая программа должна базироваться на

объективных данных частоты суицида и суицидальных попыток с целью выявления наиболее уязвимых групп риска. Важным в связи с этим представляется рассмотрение региональных различий в суицидальном поведении молодых людей как в России, так и в Украине, выяснение основных тенденций в городах и в сельской местности, в специфических молодежных сообществах, половозрастных группах, а также изуче-

ние такого фактора, как семейное окружение (полные и неполные семьи, сиротство, и т.д.).

В настоящей статье представлены аналитические данные по суицидальным попыткам и завершенным самоубийствам среди детей и подростков до 18 лет включительно в г. Одессе за период с 2002 по 2010 гг., приведенные как в абсолютных числах, так и во взвешенных показателях, с учетом пола и возраста суицидентов.

Материал и методы исследований

Сбор данных осуществлялся в соответствии со стандартами Европейской сети ВОЗ по мониторингу и превенции суицидальных попыток. Мониторинг суицидальных попыток основывался на данных обращений в Одесскую городскую станцию скорой медицинской помощи. Основным источником информации являлись карточки суицидальной попытки, разработанной для целей проекта ВОЗ-ЕВРО по мониторингу и превенции суицидальных попыток [16]. Данные вносили в таблицы Excell и обра-

батывали с помощью встроенных программ. Охвачен период с 2002 г. по 2010 г. Всего в базе данных обработано 400 случаев попыток, совершенных лицами в возрасте до 18 лет включительно. Сведения о завершенных самоубийствах среди лиц до 18 лет за тот же период времени (всего 26 случаев) почерпнут из статистических данных Одесского областного судебно-медицинского бюро. Демографические данные получены в Одесском областном управлении статистики.

Полученные результаты и их обсуждение

Из общего числа самоубийств и суицидальных попыток, зарегистрированных за 9 указанных лет, детям и подросткам до 18 лет принадлежало соответственно 1,8 и 9,7 % случаев. В подростковой популяции общее число суицидальных попыток превышает

число завершенных суицидов в 15,4 раза, в то время как среди лиц старше 18 лет это соотношение составляет 2,6. Нами проанализированы данные об общем числе попыток по годам за период наблюдения и оценено гендерное соотношение (табл. 1).

Таблица 1

Общие количественные показатели суицидальных попыток среди детей и подростков в г. Одессе в 2002-2010 гг. с учетом гендерного признака

Год	Всего	Мужчины	Женщины	Соотношение м/ж
2002	60	22	38	0,58
2003	57	16	41	0,39
2004	45	11	34	0,32
2005	34	8	26	0,31
2006	45	15	30	0,50
2007	41	12	29	0,41
2008	46	18	28	0,64
2009	38	12	26	0,46
2010	34	7	27	0,26
Весь период	400	121	279	
Среднее за весь период	44,4	13,4 (30,2%)	31 (69,8%)	0,43

Как видно из представленных данных, в среднем за год в г. Одессе детьми и подростками совершалось около 44 суицидальных попыток, из них 30,2% - юношами, а 69,8% - девушками. Со-

отношение между юношами и девушками при расчете в абсолютных показателях составляет 0,43. При сравнении полученных данных с подобными данными, полученными у взрослых [5,

б) видны различия. Так, в возрастной группе старше 18 лет 45,6% попыток совершается мужчинами и 54,4% - женщинами, что дает соотношение 0,84, т.е. в 2 раза выше, чем среди молодых людей. Более высокая суицидальная активность девушек-подростков и молодых женщин в возрасте до 18 лет может отражать их более раннее психо-социальное и физическое созревание с одной стороны, а также характерный для женского пола стиль реагирования на жизнен-

ные трудности с другой [11].

Построенная по таблице 1 гистограмма (рис. 1) позволяет нам отследить изменение суицидального поведения среди детей и подростков в г. Одессе за 9 лет. После пика суицидальных попыток в 2002 году началось постепенное снижение, которое продолжалось до 2005 года, после чего был отмечен умеренный рост в 2006 году и затем наблюдались колебания с наиболее заметным подъемом в 2008 г.

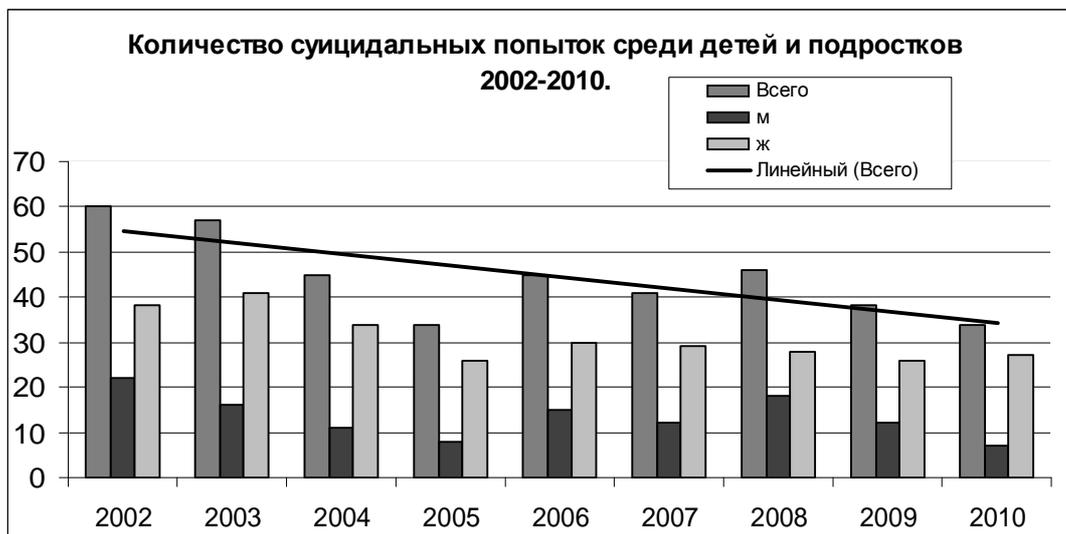


Рис. 1. Характеристика суицидальных попыток среди детей и подростков за 9 лет наблюдения. По вертикали – число случаев в год.

Приведенные данные могут оставлять впечатление общей тенденции к снижению суицидальной активности молодых людей (о чем свидетельствует линия тренда), однако в связи с демографическими процессами последних лет (снижение числа детей в демографической пирамиде) опираться на эти данные нежелательно. Более объективная картина может быть сформирована при расчете на 100000 детского населения, в связи с чем целесообразно установить нижнюю возрастную границу. Как видно из табл. 2 в возрастной группе 10-12 лет зарегистрированные попытки единичны, и в более раннем возрасте не встречаются (или расцениваются как несчастные случаи). В связи с этим целесообразно вести расчет на число детей в возрасте 10-18 лет с разбивкой по возрастным группам 13-15 и 16-18 лет, что отражает переход от периода отрочества к периоду юности. При расчете данных показателей на 100000 детского населения соответствующих возрастных групп получены следующие данные (табл. 2).

Как видно из таблицы, в группе 13-15 лет

женские попытки преобладают над мужскими в 3 раза, в то время как в группе 16-18 лет – в 2 раза. При этом суицидальная активность при переходе от подросткового возраста к юношеству растет. Рассмотрим индексы суицидальных попыток среди детей и подростков в возрасте 13-15 лет и 16-18 лет за исследуемый период в графическом представлении (рис. 2, 3). Гистограммы дают возможность проследить определенную тенденцию: среди подростков в возрасте 13-15 лет за весь период наблюдения суицидальная активность растет, в то время как среди более старшей группы (16-18 лет) – в целом снижается. Таким образом, общая тенденция, представленная на рис. 1, существенно уточняется и распадается на два разнонаправленных тренда, причем младшая возрастная группа, как выясняется, более уязвима. Обращает на себя внимание подъем индекса суицидальных попыток среди юношей возрастной группы 13-15 лет в 2008 г., в результате чего резко меняется соотношение между юношами и девушками.

Число суицидальных попыток по возрастным группам детей в расчете на 100000 населения

Год	Пол	Возраст					
		10-12		13-15		16-18	
		Число попыток	На 100000	Число попыток	На 100000	Число попыток	На 100000
2002	М	0	0	4	19,9	18	62,5
	Ж	0	0	11	57,4	27	107,6
2003	М	1	6,3	2	10,5	13	51,5
	Ж	0	0	11	60,1	30	123,2
2004	М	1	7	1	5,4	9	36,9
	Ж	0	0	5	28,4	27	113,2
2005	М	0	0	3	17,4	5	20,8
	Ж	0	0	11	67,0	15	62,7
2006	М	0	0	3	18,9	11	47,8
	Ж	0	0	5	32,9	26	112,1
2007	М	0	0	2	14,0	10	44,7
	Ж	0	0	11	81,0	18	81,3
2008	М	1	8,9	6	46,9	12	54,6
	Ж	0	0	8	65,3	19	88,8
2009	М	0	0	2	16,5	10	47,6
	Ж	0	0	4	34,7	22	106,5
2010	М	0	0	3	25,3	4	20,7
	Ж	0	0	9	81,0	18	91,8
Среднее М					19,4		43,0
Среднее Ж					56,4		86,2

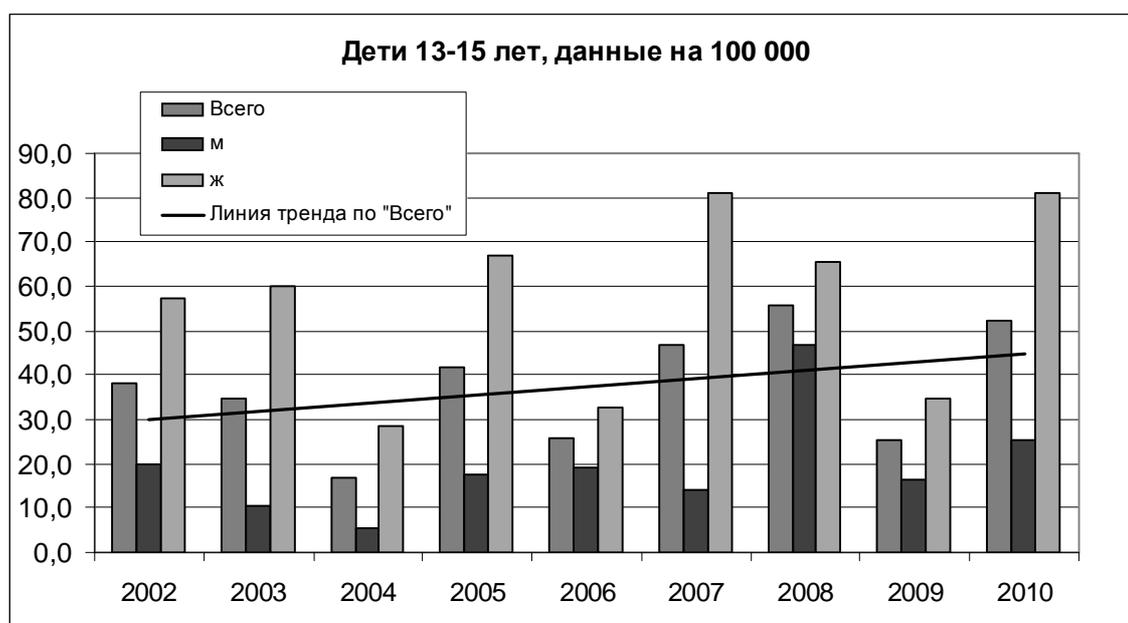


Рис. 2. Динамика суицидальных попыток среди детей и подростков в возрасте 13-15 лет за 9 лет наблюдения.

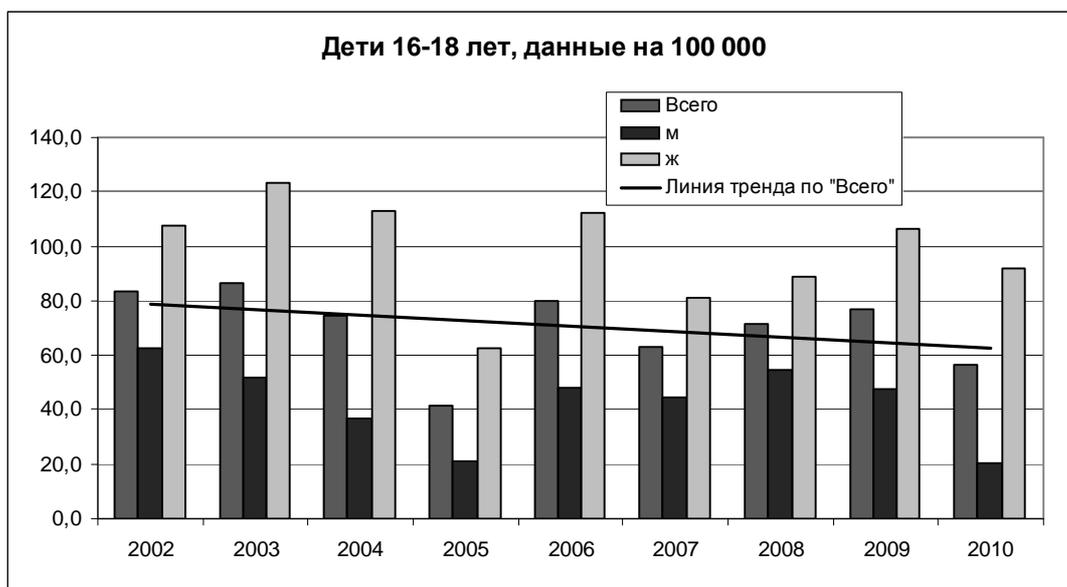


Рис. 3. Динамика суицидальных попыток среди детей и подростков в возрасте 16-18 лет за 9 лет наблюдения.

Из представленных данных также видно, что частота суицидальных попыток возрастает по мере взросления. В частности, если в группе 10-12 лет попытки единичны, то в группе 13-15 лет их число резко увеличивается, а в группе 16-18 лет – увеличивается еще вдвое. Данный факт характерен для всего периода наблюдения и, несомненно, обусловлен особенностями психологии подросткового периода, наиболее четко проявляющимися в связи с моментом полового созревания. Изменения гормонального фона

приводят к значительным эмоциональным кризам, таким как частая смена настроения, депрессия, раздражительность, импульсивность, тревога, агрессия и проблемное поведение. Все это в сочетании с другими факторами социального характера (отношения в семье, статус среди сверстников, провалы в учебе, разрывы отношений и связанные с этим переживания) могут провоцировать суицидальное поведение.

При анализе способов совершения суицидальных попыток получены следующие данные (рис. 5)

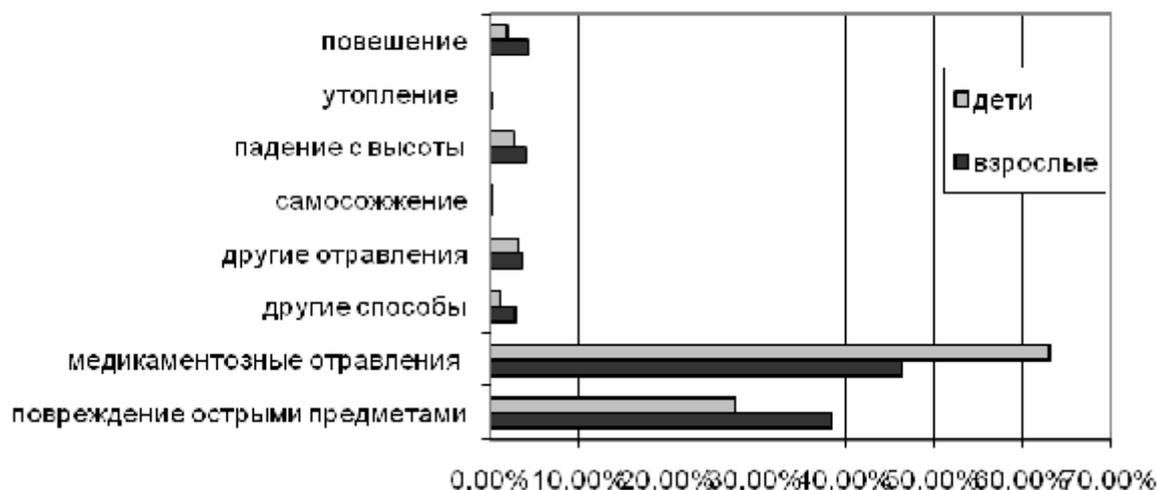


Рис. 5. Способы попыток самоубийств среди детей и подростков в сравнении с взрослыми г. Одессы за весь период наблюдения.

Как видно из представленных данных, среди подростков основную массу составляют медикаментозные отравления и вскрытия вен. В сумме эти способы составляют 89% от всего числа суицидальных попыток. Крайне редко встречаются такие высокотравматичные способы, как утопление и самосожжение (всего 1 случай попытки утопления и 2 случая попытки самосожжения за весь период наблюдения). К другим способам отнесены попытки суицида с помощью нанесения колотых и резаных ран живота и грудной клетки. Сопоставление с взрослыми позволяет выявить следующую тенденцию: среди детей в возрасте до 18 лет малотравматичные способы занимают больший удельный вес,

что подтверждает тезис об относительно низкой намеренности достижения смертельного исхода среди подростков.

При сопоставлении способов суицида среди юношей и девушек (рис. 6) медикаментозные отравления у девушек преобладают в 2 раза, наоборот, самопорезы среди юношей встречаются в 2 раза чаще, попытки повешения преобладают у юношей в 5 раз. За весь период наблюдения не было ни одной попытки суицида с использованием огнестрельного оружия, что, вероятно обусловлено относительно небольшим распространением огнестрельного оружия среди гражданского населения и ограничением взрослыми доступа детей и подростков к оружию.

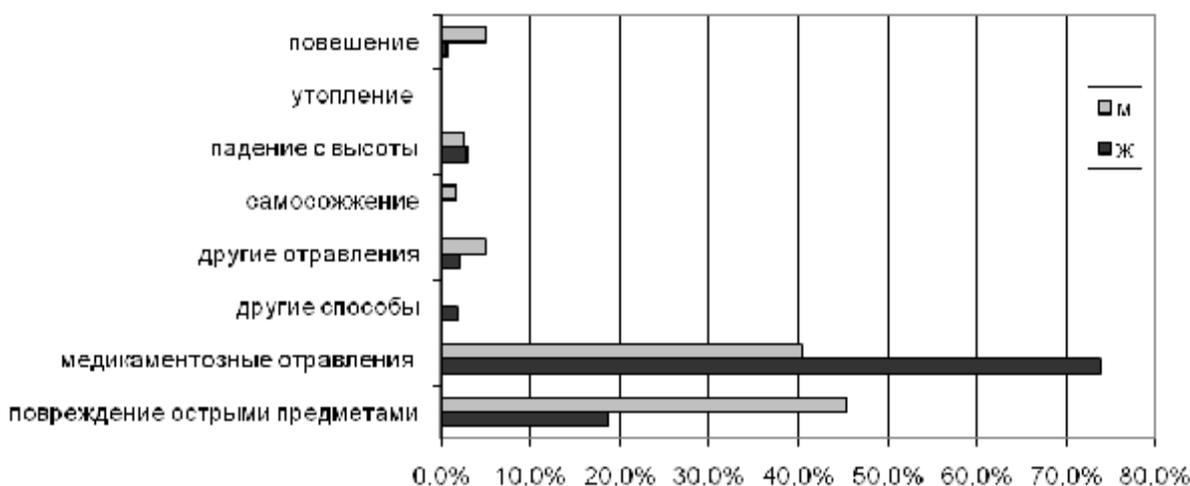


Рис. 6. Способы попыток самоубийств среди детей и подростков, гендерные различия, за весь период наблюдения

Полученные в результате исследования данные близки к тем закономерностям, которые характерны для данных, полученных при изучении суицидальных попыток у взрослых в г. Одессе, а также для западной и восточно-европейской цивилизации в целом [5, 14, 19]. Заставляет задуматься тот факт, что после отчетливой тенденции к снижению числа суицидальных попыток, наблюдавшейся с 2001 по 2005 г, начиная с 2006 г появились пики активности, особенно выраженные в 2008 г. Ранее на более обширном материале, касающемся всего населения г. Одессы, мы указали на параллелизм в динамике числа суицидов и попыток по годам и отметили, что рост в 2008 г. (принадлежащий только молодым людям, прежде всего мужчинам в возрасте 15-

34 лет) не связан с экономическими факторами [3]. Причины и механизмы, приводящие к повышению суицидальной активности молодых людей в отдельные периоды наблюдения, остаются неясными и требуют дальнейшего изучения. В данной работе имеющиеся данные использованы нами для уточнения тренда завершенных самоубийств среди подростков до 18 лет в сравнении с взрослыми после изъятия принадлежащих им самоубийств из общего числа смертельных случаев (рис. 7 и 8). Из 25 случаев, вошедших в гистограмму 7, мужчин было 21, женщин – 4; минимальный возраст – 13 лет (1 чел.), 14-летних 4 случая, 15-летних – 3, 16-летних – 4, 17-летних – 4, 18-летних – 9, повешений – 17, падений с высоты – 6, других методов – 2.

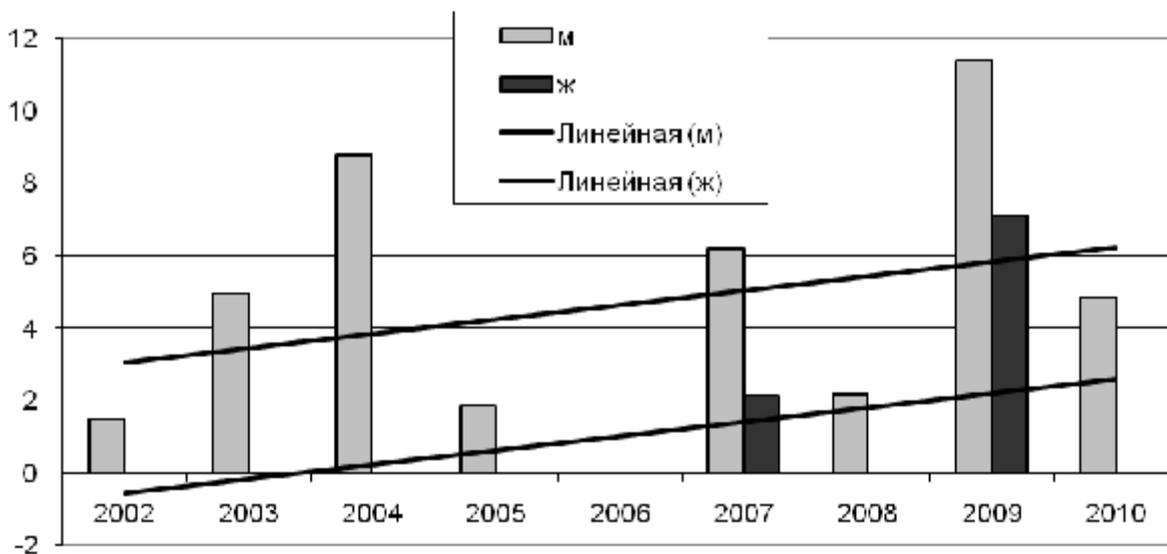


рис. 7. динамика индексов завершенных самоубийств среди детей и подростков в возрасте до 18 лет за 9 лет наблюдения.

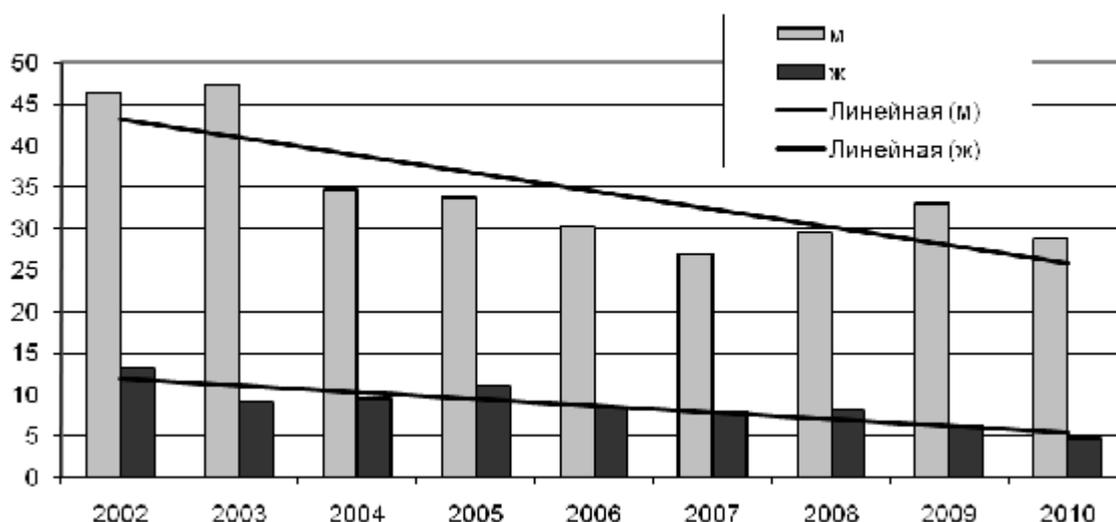


Рис. 8. Динамика индексов завершенных самоубийств среди взрослых за 9 лет наблюдения.

Как видно из представленных гистограмм, среди взрослого населения начиная с 2002-2003 г.г. в течение 4-5 лет наблюдалось стабильное снижение индексов самоубийств, которое сменилось периодом подъема в 2008-2009 г. Эта тенденция касалась прежде всего мужчин. На этом фоне совершенно иная тенденция отмечается среди детей в возрасте до 18 лет. Здесь наблюдается два подъема: в 2002-2005 гг. и в 2007-2010 гг., при этом линия тренда указывает на рост су-

ицидальности. При этом в 2007 и 2009 гг. впервые за весь период наблюдения отмечены женские суициды. Таким образом, общей тенденцией среди лиц до 18 лет является подъем суицидальности за весь период наблюдения.

Колебания суицидальной активности могут быть связаны с множеством факторов, среди которых как психо-социальные обстоятельства, так и особенности того поколения, которое вступает в период пика суицидальной активности в

том или ином году. Однако нельзя не обратить внимание на общую тенденцию к росту суицидальной активности среди детей и подростков. Она проявляется в нарастающей частоте суицидальных попыток в возрастной категории 13-15 лет и в общей частоте самоубийств среди лиц в возрасте 18 лет и менее за последние годы. Эти негативные тенденции совпадают с наблюдениями, согласно которым в последние десятилетия наблюдается общее ухудшение психического здоровья подростков [10, 12, 15, 17].

Полученные результаты могут быть полезными при разработке стратегий превенции самоубийств в целом и суицида среди детей и подростков в частности, для более глубокого понимания суицидального поведения детей и подростков при разработке мер профилактики. Очевидно, меры превенции должны быть направлены на подростков в возрасте 13-15 лет, среди которых растет число суицидальных попыток. С этой

точки зрения наиболее целесообразны все более ранние интервенции, реализация которых наиболее вероятна в условиях школ. С 13 лет появляются и завершённые суициды, но их число резко нарастает по мере приближения к 18-летию, когда подростки оказываются за пределами школьной среды. Все это является основанием для проактивных вмешательств на базе школ, аналогичных описанным в работе [17]. Усилия должны быть направлены на своевременное ознакомление подростков с представлениями о нарушениях психического здоровья (стресс, депрессия, тревога, негативные мысли и иные психо-социальные проблемы, потенциально связанные с суицидальными проявлениями) и о возможностях их преодоления. Проведение образовательных интервенций должно включать противодействие различным видам рискованного саморазрушающего поведения и пропаганду навыков позитивного жизненного стиля.

В.А. Розанов, В.В. Валіев, С.Е. Захаров, П.Н. Жужуленко, Г.Ф. Кривда

СУИЦИДИ ТА СУИЦИДАЛЬНІ СПРОБИ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В м. ОДЕСА У 2002-2010 РР.

Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, Одеська міська станція швидкої медичної допомоги, Одеське обласне бюро судово-медичних експертиз

За 9 років спостереження серед дорослих спостерігалось зниження індексів самогубств, в той час як серед дітей та підлітків в віці до 18 років відбувалися несистематичні підйоми з загальною тенденцією до підвищення частоти самогубств. Окремі випадки зафіксовані у віці починаючи з 13 років, але найбільша частина самогубств належить особам, які досягли 18 років. Суїцидальні спроби серед підлітків перевищують завершені самогубства в 15 разів. Завершені самогубства серед осіб чоловічого полу спостерігаються в 5 разів частіше, ніж серед жінок, в той час як суїцидальні спроби приблизно в 2,5 рази більш притаманні жінкам. За весь період спостереження серед осіб віком 16-18 років частота спроб має тенденцію до зниження, в той час як серед осіб віком 13-15 років спостерігається підйом суїцидальної активності. Отримані дані свідчать про негативні тенденції у сфері психічного здоров'я дітей та підлітків в досить чутливому періоді їх життя. Для подолання цих тенденцій необхідні своєчасні превентивні заходи шкільного рівня. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 53-61).

V.A. Rozanov, V.V. Valiev, S.E. Zaharov, P.N. Zhuzhulenko, G.F. Kryvda

CHILDREN AND ADOLESCENTS SUICIDE ATTEMPTS AND COMPLETED SUICIDES IN ODESSA IN 2002-2010

Odessa National Mechnikov University, Odessa Municipal Ambulance, Odessa Regional Bureau of Forensic Medicine

For 9 years of monitoring in children and adolescents under 18 there were several peaks of completed suicides with general tendency to growth of suicide indexes while in adults suicides for the same period were decreasing. Cases of completed suicides are registered from the age 13 but the overwhelming majority of them belongs to young people aged 18. Suicide attempts incidence is 15 times higher in adolescents than completed suicides. Completed suicides in males are registered 5 times more often than in females, while suicide attempts are approximately 2.5 times more typical to females. For the whole period of monitoring in persons aged 16-18 there was a tendency to decrease of suicide attempts, while in persons aged 13-15 – to increase of attempts incidence. The data obtained reveal negative tendencies in the domain of mental health in children and adolescents during a rather sensitive period of their lives. To overcome these problems timely preventive school-based intervention are needed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 53-61).

Литература

1. Андрушин Г.А., Вышегородцев Е.С. Психолого-криминологическая характеристика суицида. Лекция. - Орел: ОрЮИ МВД России, 2002. – 44 с.
2. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2007. – 280 с.
3. Захаров С.Е., Розанов В.А. Динамика самоубийств и

- суицидальных попыток в Одессе в 2001-2008 гг – первые признаки влияния мирового кризиса? // Медична психологія. – 2009. – Т.4, № 4(16). – С.38-47.
4. Мангуби В.А. Детская суицидальность: факты и пути преодоления. – Вісник психічного здоров'я. – 1999. – № 4. – С.41-44.
5. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф.

Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2000-2005 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19, вып. 2. – С. 35-41.

6. Розанов В.А., Захаров С. Е., Кривда Г.Ф., Пироженко Л.А. Завершенные самоубийства в Одесском регионе в период 2000-2002 гг. // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т.14, вип. 1 (46). – С.92-97.

7. Суицид. Напрасная смерть / ред. Д. Вассерман, Тарту: Tartu University Press, 2001. – 288 с.

8. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 470 с.

9. Apter A., Burzstein C., Bertolote J.M. et al. Suicide on all continents in the young. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D.Wasserman, C.Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – p.621-628.

10. Brown, P. Choosing to die – a growing epidemic among the young // Bulletin of the WHO. – 2001. – V. 79(12). – P.1175-1177.

11. Canetto S.S. Prevention of suicidal behavior in females. Opportunities and obstacles. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D.Wasserman, C.Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – p. 241-247.

12. Collishaw S., Maughan B., Goodman R. et al. Time trends in adolescent mental health // J. Child Psychol. Psychiatry. – 2004. – V. 45 (8). – P. 1350–1362.

13. Gould M., Brunstein Klomek A., Batejan K. Role of schools, colleges and universities in suicide prevention. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed.

D.Wasserman, C.Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – 551-560.

14. Polewka A., Groszek B., Targosz D. et al. The frequency of suicide attempts depending on gender/age structure // Przegl. Lek. – 2004. – V.61, No.4. – P.265-268

15. Ravens-Sieberer U., Erhart M., Gosch A. et al. Mental health of children and adolescents in 12 European countries – results from the European KIDSCREEN study // Clin. Psychol. Psychother. – 2008. – V. 15. – P. 154–163.

16. Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. World Health Organization – 2002. – 20 p.

17. Wasserman D., Carli V., Wasserman C. et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial // BMC Public Health. – 2010. – V. 10. – P.192-207.

18. Wasserman D., Durkee T. Strategies in suicidal prevention. - In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D.Wasserman, C.Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. – p. 381-387.

19. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures / Ed. U. Bille-Brahe. – WHO, 1999. – 100 p.

20. Wilde de, E.J. Adolescents suicidal behavior: a general population perspective. In.: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. Keith Hawton and Kees van Heeringen. - John Wiley & Sons Ltd, 2002. – p. 249-259.

21. Yang B, Lester D. Natural suicide rates in nations of the world. Short report // Crisis. – 2004. – V. 26. – P. 187–188.

Поступила в редакцию 06.02.2012

УДК: 616.89-008.19-056.1-055:351.74-051-057.875

*В.Ю. Омелянович***ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СОСТОЯНИЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И КУРСАНТОВ ВУЗОВ МВД**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическая адаптация, психический дистресс, парциальная психическая дезадаптация, психосоматические расстройства, симптоматическая структура, сотрудники органов внутренних дел

В последние годы в научной литературе получила широкое развитие идея об отсутствии резких граней между здоровьем и болезнью, о необходимости углублённого рассмотрения групп риска, составляющих важнейший раздел превентивной психиатрии, что особенно актуально для ведомственных психологических и психиатрических служб системы МВД [1 - 3].

До настоящего времени имеются значительные различия как в клиническом понимании, так и в терминологии реакций и состояний, относимых к нозологическим формам психической патологии: авторы использовали такие термины, как «аномальные реакции», «варианты субклинического реагирования», «пре-невротические состояния», «третье состояние» [4, 5]. С. Б. Семичёв предложил назвать их «явлениями психической дезадаптации» [5], не включая в них нозологические единицы психических заболеваний, а Ю. А. Александровский использовал термин «непатологические невротические проявления», характеризующиеся неспецифическими общевевротическими симптомами [6].

Кроме того, принимая во внимание общепринятую в отечественной научной среде точку зрения о единстве биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в этиологии психосоматических расстройств, когда ПСР рассматриваются в качестве психогенно обусловленных соматических нарушений [7]. Один из наиболее известных в психосоматической медицине авторов А.Б.Смулевич [8] определяет психосоматические расстройства как группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматиза-

цией психических нарушений.

Таким образом при изучении процессов психической адаптации к специфическим условиям службы в органах внутренних дел представляется необходимым рассматривать в качестве типичных проявлений дезадаптации не только состояния парциальной психической дезадаптации, но и психосоматозы. При этом следует подчеркнуть, что нам представляется весьма объективным мнение R. Jenckins отмечающего, что высокий уровень распространенности «малой психиатрической патологии» у лиц трудоспособного возраста заставляет изучить эту проблему не только в аспектах заболеваемости, но и применительно к помехам производству, т.е. относительно степени адаптации к профессиональной деятельности [9].

Учитывая вышесказанное, целью настоящей работы явилось изучение гендерных особенностей состояний парциальной психической дезадаптации и психосоматических расстройств, как базиса для дальнейшего изучения патопсихологических характеристик функционирования основных психологических феноменов, задействованных в процессах психической адаптации к специфическим условиям служебной деятельности в органах внутренних дел.

В соответствии с поставленной целью, основными задачами настоящего исследования являлось выявление выраженности симптоматического дистресса у лиц в состоянии парциальной психической дезадаптации и страдающих психосоматическими расстройствами, структуры и тяжести психопатологических симптомов, характеризующих состояние пациентов данных категорий, а так же установление гендерной специфичности выявленных особенностей.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования являются результаты экспериментально-психологического обследования 2123 человек, из них - 1630 сотрудников ГУМВД Украины в Донецкой области и 493 курсантов Донецкого юридического института МВД Украины.

Первую исследовательскую группу составили пациенты в состоянии парциальной психической дезадаптации (ППД): 125 мужчин-сотрудников ОВД (70,0% группы сотрудников ОВД) и 54 женщины (30,0% группы), а так же 63 мужчины-курсанта (100% группы курсантов). К данной группе были отнесены лица, выделенные ($p < 0,001$) из статистической совокупности обследованных сотрудников ОВД по результатам иерархического кластерного анализа интегральных показателей симптоматического дистресса методики SCL-90-R, без признаков выраженной социально-психологической дезадаптации, при наличии периодических, преходящих, фрагментарных невротических симптомов.

Вторая исследуемая группа состояла из пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами (ПСР): 213 сотрудника-мужчины (77,74% группы сотрудников ОВД) и 61 женщина (22,26%), а так же 21 мужчина-курсант (48,84% группы курсантов) и 22 женщины (51,16%). К этой группе были отнесены пациенты, наблюдающиеся у врачей-интернистов по поводу заболеваний, традиционно относящихся к разряду психосоматозов (вегетососудистая

дистония, артериальная гипертензия, нейродермиты и др.).

Используемая в качестве контрольной, группа практически здоровых (ПЗ) состояла из 1176 сотрудников ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) – к женскому, а так же из 388 курсантов, из которых 291 (75,0%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25,0%) – к женскому.

Структура и выраженность психопатологической симптоматики изучались при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), разработанного L.R. Derogatis и соавт. в адаптации Н.В. Тарабриной [10]. Ответы интерпритировались по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации (SOM), обсессивности-компульсивности (О-С), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранойяльных тенденций (PAR), психотизма (PSY) и по трем интегральным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PSD).

Для проведения математически-статистической обработки полученных результатов использовались однофакторный дисперсионный анализ с использованием классического метода Фишера (ANOVA) [11] и эксплораторный факторный анализ [12].

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение основных характеристик и гендерных особенностей психосоматических расстройств и состояний парциальной психической дезадаптации, предусмотренных задачами настоящей работы, наиболее целесообразно начать с оценки паттернов психологических симптомов у данных групп пациентов в каждом отдельно взятом гендере.

Согласно результатам однофакторного дисперсионного анализа показателей методики SCL-90-R (таб. 1), в рамках мужского гендера, у представителей группы ППД наблюдались статистически значимо ($p < 0,0001$) большие показатели как по всем шкалам опросника, так и по интегральным показателям GSI, PST и PSDI, нежели у представителей групп ПСР и ПЗ. В свою очередь, у лиц, страдающих ПСР, показатели симптоматических шкал и интегральных

показателей были значимо ($p < 0,018$) более высокими, чем у практически здоровых.

Ведущими в клинической картине состояний ППД у мужчин были обсессивно-компульсивные симптомы, а так же симптомы тревожности, враждебности и различные телесные недомогания. У пациентов с психосоматическими расстройствами ведущими были симптомы соматизации, паранойяльности, межличностной сензитивности и симптомы обсессивно-компульсивного круга.

При сравнении показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R у пациентов женского гендера (таб. 1.) так же в большинстве случаев имели место статистически значимые ($p < 0,009$) более высокие показатели у представителей группы ППД, в меньшей степени – у представителей группы ПСР и минимальные – у практически здоровых.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) показателей методики SCL-90-R представителей исследуемых групп сотрудников ОВД

группы	среднее			ППД-ПСП		ПСП-ПЗ		ППД-ПЗ	
	ППД	ПСП	ПЗ	F	p	F	p	F	p
мужской гендер									
GSI	0,53	0,13	0,05	478	1E-81	77,32	9E-18	64,64	5E-14
PST	35,12	10,08	4,06	140,7	1E-17	77,99	7E-18	157,59	1E-27
PSDI	1,23	0,93	0,79	36,91	2E-09	5,56	0,018	14,4	1E-04
SOM	0,63	0,21	0,08	429,4	3E-75	66,67	1E-15	54,19	3E-12
O-C	0,67	0,18	0,08	542,4	6E-09	42,88	1E-10	85,11	2E-17
INT	0,7	0,17	0,09	508,5	1E-85	32,92	1E-08	93,31	1E-18
DEP	0,5	0,13	0,04	370,5	6E-67	57,83	8E-14	48,69	3E-11
ANX	0,52	0,11	0,03	391	7E-70	51,01	2E-12	55,48	2E-12
HOS	0,53	0,14	0,04	375,6	1E-67	50,59	3E-12	48,06	4E-11
PHOB	0,28	0,03	0,01	133,4	2E-28	6,65	0,01	25,83	8E-07
PAR	0,66	0,2	0,08	420,1	6E-74	34,32	7E-09	59,16	5E-13
PCY	0,26	0,04	0,01	106,8	2E-23	20,51	7E-06	18,57	2E-05
ADD	3,58	0,99	0,35	381	2E-68	46,48	2E-11	51,2	1E-11
женский гендер									
GSI	0,31	0,16	0,05	249,9	1E-35	13,83	4E-04	35,55	1E-08
PST	23,34	12,68	3,94	366,1	7E-45	13,1	6E-04	38,09	4E-09
PSDI	1,23	0,96	0,82	13,58	3E-04	4,11	0,046	2,34	0,128
SOM	0,36	0,21	0,08	65,53	9E-14	4,92	0,03	19,39	2E-05
O-C	0,46	0,2	0,07	186,7	2E-29	17,32	8E-05	21,92	6E-06
INT	0,48	0,24	0,09	168,1	2E-27	11,93	9E-04	19,4	2E-05
DEP	0,3	0,16	0,04	110,5	2E-20	7,57	0,007	23,82	2E-06
ANX	0,2	0,1	0,03	92,28	8E-18	7,01	0,01	20,4	1E-05
HOS	0,29	0,12	0,05	67,17	5E-14	10,95	0,001	9,61	0,002
PHOB	0,11	0,05	0,01	37,32	6E-09	3,38	0,07	12,62	5E-04
PAR	0,54	0,25	0,06	188,7	1E-29	14,08	3E-04	32,19	5E-08
PCY	0,11	0,05	0,01	38,93	3E-09	2,41	0,125	20,19	1E-05
ADD	2,03	1,24	0,38	75,53	2E-15	2,6	0,111	14,17	2E-04

Вместе с тем, по показателям шкал фобической тревожности (PHOB), психотизма (PCY) и дополнительной психологической симптоматики (ADD) между группами ППД и ПСП статистически значимых отличий выявлено не было

($p < 0,07$), хотя показатели по этим шкалам у представителей указанных групп были значимо ($p < 0,0005$) большими, чем у практически здоровых. Кроме того, сравнение групп ПСП и ПЗ у представителей женского гендера выявило от-

сутствие статистически значимых отличий в выраженности индекса симптоматического дистресса (PSDI), тогда как представители группы ППД имели значимо ($p < 0,046$) более высокие показатели по этому критерию, чем лица, составившие группы ПСР и ПЗ.

Данные факты свидетельствуют о том, что, хотя женщины-сотрудники, страдающие психосоматическими расстройствами и находящиеся в состоянии парциальной психической дезадаптации, в равной мере проявляли большую, нежели практически здоровые, склонность к развитию стойких фиксированных ре-

акций страха и стремление к избегающему близким контактам стилю жизни, интенсивность отклоняющегося от нормы психологического состояния была значительно выше у женщин в состоянии парциальной психической дезадаптации.

Рассматривая гендерные особенности выраженности симптоматического дистресса, следует отметить, что при сравнении показателей методики SCL-90-R представителей групп ПСР и ПЗ мужского и женского гендера сотрудников ОВД (таб. 2.) статистически значимых отличий ни по одной из шкал выявлено не было ($p > 0,11$).

Таблица 2

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) методики SCL-90-R при сравнении гендерных групп сотрудников ОВД

группа	СОТРУДНИКИ ОВД						КУРСАНТЫ			
	ППД		ПСР		ПЗ		ПСР		ПЗ	
показат	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
GSI	5,694	0,019	0,387	0,535	0,117	0,732	2726	2E-40	15,2	3E-20
PST	16,92	7E-05	1,102	0,295	0,109	0,741	1,78	0,057	68,2	2E-15
PSDI	2E-04	0,988	0,063	0,803	0,098	0,755	0,842	0,364	2,7	0,101
SOM	6,636	0,011	0,007	0,934	0,086	0,77	0,001	0,973	37,6	2E-09
O-C	4,697	0,032	0,279	0,598	0,745	0,388	5,718	0,021	23,7	2E-06
INT	4,989	0,027	1,985	0,161	0,026	0,873	3,347	0,004	18	3E-05
DEP	4,143	0,044	0,513	0,475	0,163	0,687	0,879	0,354	23,9	1E-06
ANX	9,424	0,003	0,03	0,863	0,346	0,556	0,916	0,344	43,9	1E-10
HOS	5,862	0,017	0,157	0,693	0,758	0,384	0,185	0,669	22,9	2E-06
PHOB	2,724	0,102	1,38	0,242	0,054	0,816	1,388	0,061	22,4	3E-06
PAR	1,484	0,226	0,823	0,365	2,639	0,105	0,824	0,369	22,2	4E-06
PCY	2,21	0,14	0,54	0,463	1,118	0,291	1,546	0,045	11,4	8E-04
ADD	5,778	0,018	0,541	0,463	0,12	0,729	2,175	0,026	25,4	7E-07

Вместе с тем, у представителей мужского гендера группы ППД статистически значимо в большей степени, нежели у женщин в состоянии парциальной психической дезадаптации, были выражены симптомы соматизации дистресса ($p=0,011$), поведенческие когнитивные эквиваленты обсессивных симптомов ($p=0,032$), межличностная сензитивность ($p=0,027$), когнитивные и соматические корреляты депрессии ($p=0,044$), тревожности ($p=0,003$), а так же более выраженный уровень аффективных симптомов враждебности ($p=0,017$).

Кроме того, у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации, два из трех обобщенных индек-

сов дистресса (общий индекс тяжести симптомов GSI и количество симптомов дистресса PST) имели значимо ($p < 0,019$) более высокие значения, чем у представителей женского гендера.

Все описанные выше выявленные особенности, подтверждая адекватность выделения группы практически здоровых, свидетельствуют о том, что если при возникновении психосоматических расстройств структура симптоматического дистресса у обоих гендеров была одинаковой, то состояние парциальной психической дезадаптации у мужчин в большей степени, нежели у женщин, характеризовалось сочетанием депрессивно-тревожных и компульсивных симптомов, сочетающихся с чувством собственной неполноценности и агрессивности в процессе

межличностных контактов. Вообще, состояние парциальной психической дезадаптации у мужчин протекали с гораздо более разнообразной и в большей степени выраженной психопатологической симптоматикой, нежели у женщин.

С целью дальнейшего изучения гендерных особенностей структуры психопатологической симптоматики была предпринята попытка проведения эксплораторного факторного анализа показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R. В результате проведенного анализа у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, как в состоянии ППД, так и страдающих ПСР, не было выявлено каких-либо компонент, несущих значимые факторные нагрузки, позволяющие расценивать, присущие тем или иным шкалам методики, симптомы в качестве составляющих выделенных факторов (таб. 3.). В отли-

чие от пациентов с недостаточными адаптационными резервами (группы ППД и ПСР), у представителей группы ПЗ было выделено два фактора, один из которых включал в себя показатели шкал SOM, O-C, INT, PAR, а второй – DEP, ANX, HOS, PHOV.

Симптомы шалы PCY равно относились как к первому, так и ко второму факторам. Учитывая тот факт, что преобладающие в структуре первого фактора сочетались симптомы обсессивно-компульсивного, паранойяльного и сензитивного круга, в совокупности с симптомами соматизации, представляется возможным назвать данный фактор обсессивно-паранойяльным, тогда как второй фактор, в котором доминировали симптомы депрессии, тревожности, фобии и враждебности, следует квалифицировать как тревожно-депрессивный фактор.

Таблица 3

Результаты эксплораторного факторного анализа (матрица повернутых компонент) показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R у сотрудников ОВД и курсантов ВУЗа МВД

группа	гендер	группа	фактор	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOV	PAR	PCY	ADD
сотрудники	М	ПЗ	1	0,47	0,66	0,8	0,41	0,16	0,17	0,13	0,72	0,27	0,67
			2	0,34	0,32	0,19	0,64	0,77	0,74	0,53	0,21	0,21	0,06
	Ж	ППД	1	0,16	0,68	0,85	0,7	0,33	0,62	0,72	0,69	0,83	-0,1
			2	0,78	0,26	0,26	0,51	0,8	-0,1	0,37	-0,2	0,48	0,59
		ПЗ	1	0,7	0,19	0,24	0,72	0,81	0,41	-0,1	-0,1	0,01	0,27
			2	-0,3	0,2	0,72	0,33	0,21	0,71	0,45	0,66	0,05	0,1
			3	0,25	0,75	0,23	0,06	0,12	-0,01	0,43	0,13	0,7	0,7
			4	0,75	0,58	0,09	0,47	0,79	0,18	0,74	0,03	0,69	0,71
курсанты	М	ППД	2	0,15	0,42	0,88	0,7	0,05	0,56	0,28	0,04	0,28	0,08
			3	-0,1	0,09	0,05	-0,1	0,23	0,44	-0,1	0,93	0,03	0,37
			4	0,84	0,91	0,73	0,74	0,84	0,36	0,26	0,62	-0,1	0,58
		ПСР	1	0,26	0,11	0,1	0,54	0,32	0,79	0,64	0,65	0,86	0,69
			2	0,06	0,69	0,75	0,64	0,2	0,63	0,37	0,73	0,48	0,4
		ПЗ	1	0,85	0,18	0,04	0,47	0,76	0,14	0,22	0,17	0,3	0,53
	2		0,83	0,76	0,48	0,12	0,84	0,75	0,81	0,22	0,65	0,7	
	Ж	ПЗ	1	0,22	0,39	0,56	0,81	0,15	0,32	0,07	0,83	0,3	0,46
			2	0,22	0,39	0,56	0,81	0,15	0,32	0,07	0,83	0,3	0,46

В контрольной группе женского гендера (ПЗ) было выделено три фактора, первый характеризовался симптомами соматизации, депрессии и тревоги, что позволило назвать его тревожно-депрессивным фактором, который, в отличие от мужского гендера, имел тенденции к соматизации. Второй фактор характеризовался сочетанием симптомов враждебности, межличностной сензитивности, фобии и паранойяльности, по-

лучил название фактора нарушений межличностных взаимоотношений. Третий фактор – обсессивно-фобический, в нем преобладали симптомы обсессивно-компульсивных, фобических расстройств, психотизма и дополнительные соматизированные симптомы.

У пациентов, страдавших ПСР, составивших женский гендер, как и у мужчин, страдавших ПСР, статистически значимых факторов выяв-

лено не было, тогда как в группе ППД женского гендера определялись два таких фактора. Первый характеризовался симптомами обсессивно-компульсивных, депрессивных, фобических, паранойяльных расстройств, психотизма и враждебности, что, с учетом симптоматического разнообразия его структуры, позволило квалифицировать его в качестве полиморфного психопатологического фактора. Второй фактор выявил превалирование симптомов соматизации, тревоги и дополнительных соматизированных симптомов, что позволяет рассматривать его как фактор соматизированной тревоги.

При сравнении показателей методики SCL-90-R у представителей различных гендеров курсантов ВУЗа системы МВД с использованием однофакторного дисперсионного анализа было выявлено, что показатели всех интегральных и симптоматических шкал опросника, за исключением шкалы PSDI, у лиц, составляющих группу ПЗ, имели статистически значимо ($p < 0,05$) большее значение у представителей женского гендера, причем структура превалирующей симптоматики в рамках данной группы, наоборот, не имела отчетливо выраженных гендерных особенностей (таб. 2.).

Как и у практически здоровых мужчин, так и у женщин, превалировали симптомы межличностной сензитивности (INT) и дополнительные соматизированные симптомы (ADD). Это указывает на определенную однородность структуры оценки психического состояния практически здоровыми, вне зависимости от гендерной принадлежности, а так же на то, что женщины в большей степени, чем мужчины, озабочены состоянием своего здоровья и, возможно, выявляют некоторые аггравационные тенденции.

Среди различных гендеров, составленных пациентами, страдающими ПСР, статистически значимые отличия наблюдались только по шкалам GSI, O-C, INT, PSY и ADD ($p < 0,05$), при этом, как и у практически здоровых курсантов, большие значения указанных шкал имели место у представителей женского гендера. Принимая во внимание, высказанное выше предположение о присущих женскому гендеру аггравационных тенденциях, больший интерес, по видимому, представляет не столько факт большей выраженности симптомов межличностной сензитивности, психотизма и т.д. у женщин, страдающих ПСР, сколько гендерное своеобразие симптоматической структуры, выявленной с помощью методики SCL-90-R.

У представителей мужского гендера курсан-

тов, страдающих ПСР, как и у мужского гендера сотрудников ОВД, в симптоматической структуре рассматриваемых расстройств превалировали показатели шкал дополнительных соматизированных симптомов (ADD) и непосредственно симптомов соматизации (SOM), что вполне понятно и не требует дополнительных пояснений. В то же время, у представителей женского гендера, страдающих ПСР, как и у практически здоровых, хотя и в значительно большей степени, наиболее выраженными были симптомы межличностной сензитивности, паранойяльности и дополнительные соматизированные симптомы. Учитывая то, что названная превалирующая симптоматика у женщин, страдающих ПСР, в отличие от практически здоровых, сочеталась с обсессивно-компульсивными симптомами, представляется возможным выдвинуть предположение, что, и так присущая женщинам, озабоченность своим состоянием в процессе развития психосоматических расстройств подкрепляется обсессивными тенденциями, играющими, возможно, достаточно важную роль в самих механизмах развития ПСР. Следует подчеркнуть, что наличие в симптоматической структуре психосоматических расстройств у женщин обсессивно-компульсивной симптоматики имело место и у представителей женского гендера сотрудников ОВД, страдающих ПСР (таб. 2.), что не может не свидетельствовать об особой роли данного вида психопатологических проявлений в патогенезе психосоматических расстройств у женщин.

Как и при рассмотрении симптоматической структуры ППД и ПСР у сотрудников ОВД, показатели шкал методики SCL-90-R у курсантов ВУЗа системы МВД были подвергнуты эксплораторному факторному анализу (таб. 3.). По результатам проведенного анализа в женском гендере курсантов, страдающих ПСР, как и при анализе сотрудников ОВД, особенности структуры анализируемого массива данных не позволили выделить какие-либо специфические группы, в которых особенностям психопатологической симптоматики была бы присуща достаточная факторная нагрузка. В группе ПЗ женского гендера отчетливо определялись два фактора – 1 характеризовался достаточно полиморфной симптоматической картиной, а во 2 превалировали симптомы межличностной сензитивности, депрессии и паранойяльности, что указывает на его сходство с фактором нарушений межличностных взаимоотношений у практически здоровых представителей женского

гендера сотрудников ОВД.

У практически здоровых курсантов-мужчин было выявлено две группы превалирующих симптомов – группы симптомов соматизации, дополнительных соматизированных симптомов и симптомов депрессии (2 фактор), т.е. группы соматизированной депрессивной симптоматики; и достаточно полиморфной симптоматической группы, образывающей 1 фактор.

У представителей мужского гендера курсантов, страдающих ПСР, в результате проведенного факторного анализа было выявлено два кластера симптомов, 1 из которых (аффективно-ассоциированный фактор) определялся симптомами соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности и симптомами обсессивно-компульсивного круга, а 2 (нарушений межличностных взаимоотношений) – симптомами враждебности, фобий, психотизма, а так же паранойяльными и дополнительными соматизированными симптомами. Это указывает на то, что хотя у курсантов, как и у сотрудников ОВД, в клинической картине ПСР преобладали одни и те же симптомы (соматизации), факторная структура ПСР все же имела у них определенные отличия.

Приблизительно то же самое можно сказать и в отношении группы ППД мужского гендера: если у сотрудников ОВД симптоматическая картина парциальной психической дезадаптации была достаточно однородной, то у курсантов 1 фактор характеризовался преобладанием симптомов соматизации, тревожности, фобий, паранойяльности, обсессивно-компульсивными и дополнительными соматизированными симптомами, т.е. выявлял полиморфные в клиническом плане характеристики; 2 фактор определялся симптомами межличностной сензитивности, депрессии и враждебности, т.е. симптоматикой преимущественно аффективного плана; 3 фактор – симптомами враждебности и паранойяльности, что позволяет квалифицировать его в качестве фактора нарушений межличностных взаимоотношений.

Таким образом, в результате проведенного обследования становится возможным утверждать, что выраженность симптоматического дистресса значительно выше в состоянии парциальной психической дезадаптации, чем в рамках психосоматических расстройств, а так же указать на целый ряд гендерных особенностей симптоматической структуры состояний ППД и ПСР как у сотрудников ОВД, так и у курсантов

ВУЗов МВД.

Ведущими в клинической картине, как состояний ППД, так и ПСР у представителей обоих гендеров сотрудников ОВД являются обсессивно-компульсивные симптомы, а так же проявления межличностной сензитивности, собственной неполноценности, подозрительности, тревожности и враждебности. Вместе с тем, у мужчин в состоянии ППД общий уровень дистресса, а так же выраженность межличностной сензитивности, когнитивных и соматических коррелят депрессии, тревожности, поведенческие эквиваленты обсессивных симптомов и уровень враждебности выражены в значительно большей степени, чем у женщин, тогда как в случае возникновения ПСР гендерные отличия в выраженности психопатологической симптоматики исчезают.

В отличие от сотрудников ОВД, у представителей мужского гендера курсантов симптоматическая психопатологическая структура ППД и ПСР является достаточно полиморфной, что позволяет говорить о наличии двух основных симптоматических факторов, включающих в себя специфические симптомокомплексы и характеризующих данные патологические состояния: аффективно-ассоциированного фактора и фактора нарушений межличностных взаимоотношений, а для ППД - еще и третьего, полиморфного симптоматического фактора. У представителей группы ПСР женского гендера курсантов психопатологическая симптоматика достаточно однородна и характеризуется преобладанием обсессивно-компульсивных, соматизированных симптомов, симптомов межличностной сензитивности и паранойяльности.

Выявленные особенности психопатологической симптоматической структуры ПСР и состояний ППД могут лечь в основу структурирования психологических интервенций и дифференцированного распределения усилий ведомственных подразделений психологического обеспечения и психиатрической помощи в направлении проведения психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий с целью компенсации состояния психического дистресса, повышения результативности служебной деятельности и качества жизни сотрудников органов внутренних дел, а так же могут быть базисом дальнейшего исследования патопсихологических механизмов формирования состояний парциальной психической дезадаптации и развития психосоматических расстройств.

В.Ю. Омелянович

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМАТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ СТАНІВ
ПАРЦІАЛЬНОЇ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У
ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ТА КУРСАНТІВ ВНЗІВ МВС**

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького

В статті викладені результати вивчення структури та виразності психопатологічної симптоматики станів парціальної психічної дезадаптації та психосоматичних розладів як проявів психічного дистресу, який викликаний специфічними особливостями службової діяльності. Детально описані результати експериментально-психологічного обстеження 2123 працівників органів внутрішніх справ та курсантів ВНЗу МВС, відокремлені симптоматичні фактори, які превалюють в клінічній картині вказаних станів, вивчені та описані гендерні особливості їх психопатологічних проявів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 62-69).

V.Yu. Omelyanovich

**GENDER PECULIARITIES OF SYMPTOMATIC STRUCTURE OF PARTIAL
PSYCHOLOGICAL DEADAPTATION STATES AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS
AMONG THE OFFICERS OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS BODIES AND
MILITARY STUDENTS OF INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION OF MINISTRY OF
INTERNAL AFFAIRS**

Donetsk National Medical University by M. Gorky

The article deals with the results of study of the structure and intensity of psychopathological symptomatology of the partial psychological deadadaptation states and psychosomatic disorders as the emergence of psychic distress caused by specific peculiarities of the official activities. A detailed description of the results of experimental and psychological survey of 2123 employees of Ministry of Internal Affairs bodies and military students of institutions of higher education of Ministry of Internal Affairs has been given, the symptomatic factors prevailing in the clinical performance of the above mentioned states have been singled out, gender peculiarities of their psychopathological emergence have been studied and described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 62-69).

Литература

1. Барко В.І. Професійний відбір кадрів до органів внутрішніх справ (психологічний аспект): Монографія. К.: Ніка-Центр, 2002. — 296 с.
2. Гордеева А.В., Гордеев В.А. Особенности психических состояний сотрудников Государственной службы охраны. // Психологические технологии в экстремальных видах деятельности. Материалы IV международной научно-практической конференции. — Донецк, 2008. — С. 139-142.
3. Семке В. Я. К поиску новых парадигм превентивной психиатрии: решение проблемы на рубеже веков // Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 6. — С. 4-7.
4. Снедков Е. В., Нечипоренко В. В. Динамический диагноз — адекватный подход к диагностике транзиторных личностных расстройств: Тезисы докладов Всеармейской научно-практической конференции. — М., 1992. — С. 351-353.
5. Семичёв С. Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина. - 1987 — 183 с.
6. Астапов Ю. Н. Невротические расстройства у военнослужащих срочной службы Вооружённых Сил Украины // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 111-112.
7. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 3-4. — С. 133-140.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. Под ред. Сидорова П.И.. - М.: МЕДпресс-информ. — 2006. - 568 с.
9. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: "Наука". - 1988. - 270 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер. - 2001., - С. 146-181.
11. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. — Ст. Пб. — 1996. — С. 224-246.
12. Купер К. Индивидуальные различия. Москва: Аспект-пресс, 2000.

Поступила в редакцию 26.04.2012

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

*К.Д. Гапонов***СИСТЕМА ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ**

Харківський обласний наркологічний диспансер

Ключові слова: алкогольна залежність, реабілітаційний потенціал, лікувально-реабілітаційний супровід.

Підвищення якості консультативно-діагностичної, лікувально-профілактичної та реабілітаційної допомоги хворим з алкогольною залежністю (АЗ), як і раніше, є актуальною проблемою наркології. Це пов'язано як з високою поширеністю АЗ, так і з недостатньою готовністю спеціалізованої служби до практичного вирішення завдань ефективної психологічної та соціальної реабілітації хворих [1 – 5]. Соціально-економічні реалії сучасності істотно вплинули на структуру та обсяг амбулаторної допомоги хворим на АЗ. Неповне охоплення хворих диспансерним наглядом, розповсюдження доказово необґрунтованої короткострокової, одномоментної допомоги в значній мірі витісняють комплексний підхід до лікування цього захворювання. Після проведення так званих «сциентично декорованих» (за С. М. Круціцьким, 2008) методів (плацебоопосередованої сугестії) без подальшого лікарського спостереження хворі АЗ не отримують необхідного обсягу допомоги, що веде до прогресування хворобливих розладів [6].

Між тим, лікувально-реабілітаційний процес являє собою складну систему, яка спирається на професійну діяльність фахівців в галузі реабілітації, об'єднаних в наркологічну бригаду: - лікар-нарколог стаціонару, лікар-нарколог наркологічного кабінету, лікар-психолог / медичний психолог, за можливості – фахівець з соціальної роботи (соціальний працівник) та ін. Отже, комплексними зусиллями команди поліпрофесійних фахівців забезпечується багатопрофільна діяльність, що передбачає створення підсистеми взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих технологій. Перш за все, до них належать організаційні, діагностичні, терапевтичні, психотерапевтичні та ін. технології, об'єднані в рубриці МКХ-10 Z 50.2 – реабілітація при наявності проблеми, пов'язаних зі вживанням алкоголю.

На сьогоднішній день визнано, що характеристикою, яка дозволяє прогностично оцінити здатність наркологічних хворих до збереження

довготривалих ремісій, реадaptaції та повернення до суспільно-корисної діяльності, є реабілітаційний потенціал (РП) [7, 8].

В загалі, процес визначення РП повинен лежати в основі будь-якого реабілітаційного процесу. Однак, питання про зміст і критерії оцінки РП до теперішнього часу залишається дискусійним і недостатньо розробленим. Уточнення РП «є необхідною передумовою не тільки для встановлення прогнозу і правильної побудови реабілітаційної програми, а й для адекватної організації реабілітаційного процесу» [9]. Однак до теперішнього часу термін «реабілітаційний потенціал» зустрічається частіше в науковій літературі і не знаходить належного застосування в практичній медицині і реальній клінічній практиці [10, 11]. В існуючі визначення дефініції «реабілітаційний потенціал» закладається різний зміст. Даний термін був запропонований в 1973 р. В. П. Беловим та І. Н. Єфімовим, за визначенням яких, під РП розуміється «комплекс біологічних, особистісних і соціально-середовищних факторів, які складають основу ресоціалізації хворого» [12]. За М. В. Коробовим, РП – це можливість хворої людини за певних умов при сприятливих реабілітаційних служб і суспільства в цілому приводити в дію біологічні та соціально-психологічні резерви мобілізації реституційних, компенсаторних і адаптивних процесів і інших механізмів, що лежать в основі відновлення його порушеного здоров'я, працездатності, особистого статусу і становища в суспільстві [13]. РП має розглядатися на біологічному, особистісному і соціальному рівні як трирівнева система [14, 15]: рівень 1-го порядку – біологічний (саногенетичний) потенціал – можливість реституції, регенерації або компенсації анатомічних, фізіологічних, функціональних і психічних порушень; рівень 2-го порядку – особистісний (потенціал ресоціалізації особистості) – можливість відновлення або компенсації проявів активної життєдіяльності, тобто адекватної поведінки та орієн-

тації, самообслуговування, пересування, здатності до навчання, спілкування, трудової діяльності, рекреації і творчості; рівень 3-го порядку – потенціал соціальної інтеграції (реінтеграції) в суспільство хворого чи інваліда – можливості індивідуума до відновлення звичного для його (її) статі, віку, рівня і характеру освіти, соціального стану та особистих інтересів способу життя та відновлення статусу в суспільстві, економічної та юридичної самостійності, разом і нарівні зі здоровими людьми.

Таким чином, РП індивіда являє собою складний комплекс факторів, що визначаються на рівні організму, а також можливість або здатність їх взаємодії з факторами зовнішнього середовища [16]. Оцінка закладених і збережених внутрішніх резервів хворої людини та їх «сили», виходячи з його потенційних особливостей, є основною передумовою використання РП в процесі його реабілітації, а отже, визначення більш ефективної інтеграції даної категорії громадян в сім'ю і суспільство.

Треба зазначити, що в дослідницькому полі психіатрії найбільш близькою до втілення ідеї використання РП, є концепція проф. В. А. Абрамова щодо реабілітаційного психіатричного діагнозу [17], який, за визначенням автора, є діагностичним визначенням, що відображає індивідуальні особливості функціональної недостатності пацієнта, систему його особистісних ресурсів, життєдіяльності, сімейної та соціальної підтримки, що застосовується для адекватного вибору психосоціальних методів реабілітації та є основою при складанні індивідуальної реабілітаційної програми пацієнта. Для досягнення такої ж мети, по суті, й використовується РП.

У вітчизняному просторі психоневрології концептуальні засади РП вперше були застосовані М. В. Марковою, Т. Г. Ветрилою, які, при створенні системи медико-психологічного супроводження родини, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, запропонували алгоритм оцінки РП сім'ї, як інтегральної диференціальної характеристики обсягу заходів медико-психологічного втручання [18, 19]. За їх думкою, РП, що відображає ресурси і можливості родини – комплексний показник, що складається з трьох складових: соціально-економічної, психолого-педагогічної та психотерапевтичної активності сім'ї.

Дослідження відомого російського фахівця в галузі реабілітації наркологічних хворих Т. М. Дудко також торкались питань застосування ідеології РП в наркологічній практиці [8, 20]. За

його переконанням, РП наркологічних хворих – це багатofакторна клінічна, психологічна і соціальна діагностика, а також прогностична оцінка здібностей і можливостей хворих на тривалі ремісії, одужання, реадaptaцію і повернення до суспільно корисної діяльності. Вона базується на об'єктивних даних про спадковість, преморбід, соматичний стан, тяжкість та наслідки наркологічного захворювання, особливості особистісного (духовного) розвитку і соціального статусу хворих. Крім того, на переконання Т. М. Дудко, РП також об'єднує індивідуальні когнітивні, емоційні, мотиваційні, комунікативні, морально-етичні особливості і основний напрямок особистісного і соціального розвитку, а так же ціннісну орієнтацію хворих. У практичному ж відношенні, РП – це терапевтична та медико-соціальна перспектива. Основні складові РП, виділені автором, мають різну ступінь вираженості, що дозволяє диференціювати хворих за трьома клінічно окресленими інтегральними групами – хворі з високим, середнім і низьким рівнями РП. Проте, при застосуванні на практиці цієї технології стали зрозумілим деякі труднощі, бо запропонована Т. М. Дудко система оцінки включає в себе визначення стану 53 показників, питома вага яких має до 6 варіантів бальної оцінки [20].

Таким чином, спираючись на концептуальні засади реабілітаційного психіатричного діагнозу, розроблених В. А. Абрамовим, враховуючи попередній досвід фахівців з використання РП в клінічній практиці наркології, психіатрії та медичної психології [14, 17 – 20], нами розроблено алгоритм оцінки РП хворого на АЗ, як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів.

Це було здійснено нами на основі двохетапної роботи, на першому етапі якої було проведено ретроспективний медичної документації 300 (необхідної кількості спостережень від генеральної сукупності) пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру (по 100 – за кожен досліджуваний рік, з діагнозом алкоголізму I та II стадії у зрізі 1990 р. та синдрому залежності від алкоголю: в наступний час утримання F10.20, активна залежність F10.24, постійне F10.25 та епізодичне F10.26 вживання та станом відміни алкоголю F10.3 у зрізах 2000 та 2010 рр.). Аналіз отриманих даних дозволив підтвердити існування феномену патоморфозу АЗ на сучасному етапі, та виділи-

ти його складові (форми), які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи потяжчення медико-соціальних наслідків АЗ: психосоціальний патоморфоз АЗ клінічний патоморфоз АЗ терапевтичний патоморфоз АЗ [21].

В подальшому, спираючись на аналіз та узагальнення результатів клініко-психопатологічного, психодіагностичного та соціально-демографічного порівняльного дослідження 120 чоловіків, хворих на АЗ з діагнозом F10.24 – вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність (основна група), та 50 практично здорових чоловіків (порівняльна група), яке було проведене у 2011 – 2012 рр. на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру, нами була встановлена специфічність клінічних та психосоціальних особливостей АЗ, маркером якої є стаж хвороби, що потребують обов'язкового визначення як критерій диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ в залежності від тяжкості шкідливих наслідків алкогольної хвороби. При цьому для розробки заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, була доведена необхідність оцінки ступеню небезпеки та тяжкості її проявів за допомогою шкал AUDIT та SADQ-C, враховуючи наявність доказової бази щодо диференціації терапевтичних впливів в залежності від отриманих результатів [22, 23], ідентифікація переважних мотивів вживання алкоголю – із-за необхідності розуміння внутрішньо-психологічних причин АЗ, що лежать у «нефізіологічній» площині, а оцінка ступеню деструкції соціальних параметрів функціонування – як індикатору тяжкості мікро- та мезосоціальних наслідків хвороби [24].

Також критерієм диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, з урахуванням наявності доказової бази щодо зв'язку між наявністю і здатністю сприйняття соціальної підтримки та ефективністю лікування пацієнтів з хворобами залежності, визначені стан когнітивної сфери та комунікаційно-емоційної компетентності, які складають особистісний ресурс сприйняття хворим соціальної підтримки, та реальний стан джерел соціальної підтримки, що мають місце в житті пацієнта [25 – 27].

На основі аналізу та узагальнення отриманих даних, нами розроблено алгоритм оцінки РП хворого на АЗ, як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів. На нашу

думку, РП хворого на АЗ – інтегральний показник, що містить стандартизовану оцінку трьох джерел РП, з урахуванням встановлених особливостей сучасного патоморфозу АЗ: психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів. Встановлені нами певні критерії оцінки цих складових були відібрані в ході роботи, основна ідея якої була мінімізувати складнощі застосування даної технології, для адекватного впровадження в клінічну практику.

Таким чином, оцінку психосоціального ресурсу пропонується здійснювати за наступними критеріями: а) спадкова обтяженість за родичами; б) сімейний стан; в) викривлення соціальної реалізації.

Визначення клінічного ресурсу полягає в оцінці наступних показників: а) стаж АЗ; б) вік дебюту АЗ; в) показнику за шкалою AUDIT; г) наявності супутніх соматичних захворювань; д) типу вживання; е) феномену толерантності; є) синдрому відміни; ж) психопатологічного аранжування в структурі синдрому відміни; з) показнику за шкалою SADQ-C; і) алкогольної анозогнозії; к) провідних мотивів вживання алкоголю.

Терапевтичний ресурс визначається нами за станом наступних характеристик: а) особистісних особливостей; б) стану соціальної підтримки; в) мотивації до лікування.

Для об'єктивізації рівню РП у хворих на АЗ стан кожного з вищезазначених показників оцінюється за допомогою бальної оцінки з точки зору впливу даного критерію на стан РП (табл. 1). Діапазон показника від 55 до 39 балів свідчить про високий, 38 – 22 балів – середній, 21 – 4 балів – низький РП. Відповідно, в залежності від визначеного рівню РП, визначали об'єм і зміст заходів лікувально-реабілітаційного супроводу.

При дослідженні РП у обстежених чоловіків з АЗ, високий РП виявився наявним у 44 (36,7%) осіб, середній РП – у 53 (44,2%) осіб, а низький – у 23 (19,2%) пацієнтів.

Ідеологічним базисом розробленої нами системи лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ в умовах її патоморфозу, була теза про те, що терапевтичний процес повинен бути комплексним, бо мішені впливу, що потребують трансформації, лежать в різній площині: психофізіологічній, когнітивній, емоційній, поведінковій та ін., і тому дія на них повинна бути багатовекторною, з сполученням дії терапевтичних, соціальних та родинних впливів, які відчуває пацієнт.

Алгоритм визначення реабілітаційного потенціалу хворих на АЗ

Джерело реабілітаційного потенціалу	Критерій оцінки	Стан критерію	Бали
1	2	3	4
Психосоціальний ресурс	Спадкова обтяженість за родичами	відсутня	3
		спадковість АЗ	1
		спадковість захворюваності на психічні розлади	0
	Сімейний стан	власна родина	3
		батьківська родина	2
		самотній	0
	Викривлення соціальної реалізації	відсутність професійного росту	2
		професійна дезадаптація	1
		професійна деградація	0
		відносна сімейна адаптація	2
сімейна дезадаптація		1	
	деструкція сімейних стосунків	0	
Клінічний ресурс	Стаж АЗ	стаж АЗ до 3-х років	3
		стаж АЗ 4 – 5 років	2
		стаж АЗ > 6 років	1
	Вік дебюту АЗ	< 20	0
		20 – 30	1
		> 30	2
	Показник за шкалою AUDIT	небезпечне вживання алкоголю	2
		висока ймовірність алкогольної залежності	1
	Супутні соматичні захворювання	відсутні	3
		патологія однієї системи органів	1
		поєднана патологія декількох систем органів	0
	Тип вживання	епізодичний	1
		постійний	0
	Толерантність до алкоголю	зростання	1
		плато	0
		зниження	0
	Синдром відміни	відсутність клінічно окресленого синдрому відміни	3
		наявність синдрому відміни з обсесивно-систематичним патологічним потягом	1
		виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом	0
	Психопатологічне аранжування в структурі синдрому відміни	відсутнє	3
		субклінічні афективні прояви	2
		клінічно виражені афективні прояви	1
		наявність суїцидальних тенденцій	0
	Показник за шкалою SADQ-C	< 16	3
		16 – 30 балів	1
		> 31 бала	0
	Алкогольна анозогнозія	усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю	3

Таким чином, основною метою нашої системи стала трансформація способу життя хворого та прийняття його соціальним середовищем, у якому пацієнт живе та функціонує. В цілому, ми згодні з точкою зору П. М. Слободянюка, який вважає, що терапія пацієнтів з АЗ в першу чергу повинна бути спрямована на поліпшення здатності пацієнтів вирішувати власні проблеми, тобто на розкриття та вміння застосовувати навички саморегуляції та самоактуалізації пацієнта, які у хворих на АЗ є деформованими [28, 29]. Виходячи з цієї тези, до принципів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ, віднесено: 1. Етапність впливів та заходів – перехід від простої до складної форми психотерапевтичного впливу; 2. Широке охоплен-

ня, інтеграція психотерапевтичних програм (психологічна, сімейна, професійна, суспільна сфера та сфера дозвілля); 3. Акцент на здорових – «збережених» сторонах особистості; 4. Навчання навичкам «оволодіння» та «протистояння» потягу до вживання алкоголю; 5. Кінцева мета – відновлення старих та побудова нових суспільних зв'язків із повною інтеграцією у суспільство; 6. Розширення сфери відповідальності пацієнтів за власне життя та здоров'я; 7. Побудова та навчання навичкам адаптації й вирішення «алкогольних» та «неалкогольних» проблем [28].

В цілому, систему лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ можна представити у наступному вигляді (рис. 1).

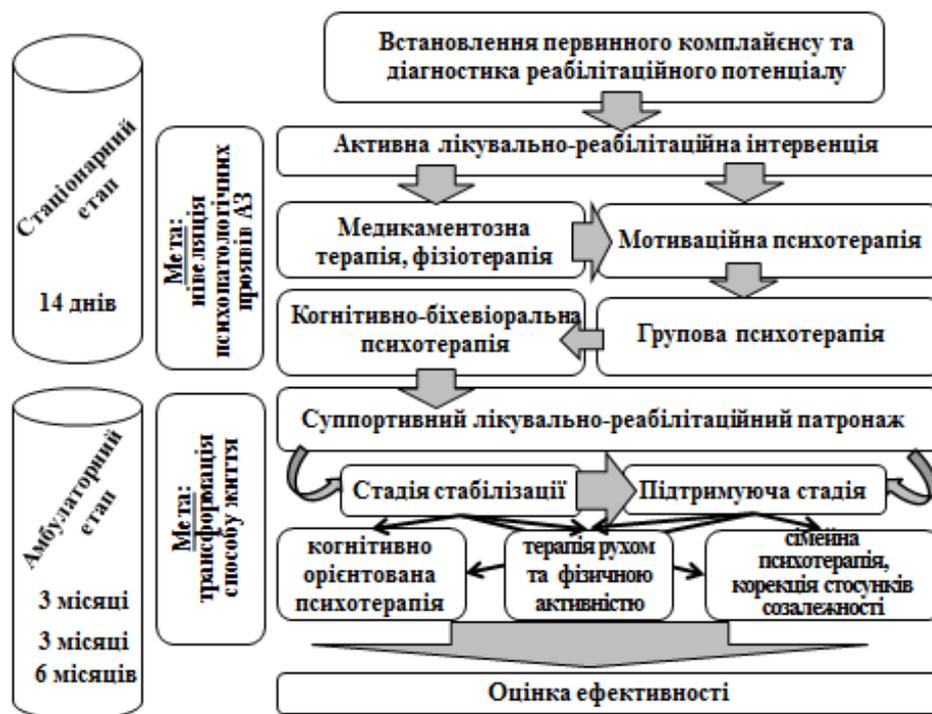


Рис. 1. Система лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ

Вищезазначена система складалася з двох етапів: стаціонарного (14 днів) та амбулаторного (12 місяців) лікування. До початку лікувальних дій здійснювалися заходи щодо встановлення комплайенсу [30] та визначення РП хворого, після чого складався індивідуальний план лікувально-реабілітаційного супроводу, спрямований на розв'язання питань його трудової, професійної, сімейної реабілітації, кінцевою метою якої було відновлення, корекція й формування нормативних особистісних і соціальних якостей хворих, повернення пацієнтів у родину й суспільство, формування у хворого нового стилю життя, розуміння своїх цінностей і життєвих завдань на новому більш високому рівні, навчання

техніці профілактики рецидивів. Рівень РП мав пряму пропорційність з об'ємом і змістом психотерапевтичних впливів: за умови високого РП лікувально-реабілітаційна інтервенція мала найбільш масивний характер, який зменшувався зі зниженням РП, за рахунок недостатньої ресурсної бази та низької мотивації пацієнтів щодо трансформації способу життя.

Перший етап активної лікувально-реабілітаційної інтервенції містив масивні різнобічні терапевтичні впливи: медикаментозні, фізіотерапевтичні та психотерапевтичні, які застосовувалися у паралельно-послідовному режимі: формування активної мотивації до лікування, групова та когнітивно-біхевіоральна психотерапія

– спрямований на досягнення мети максимальної нівеляції психопатологічних проявів АЗ. Вибір виду психотерапевтичних втручань був обумовлений наявною доказовою базою щодо ефективності одних технік порівняно з іншими, при роботі з пацієнтами, які страждають на АЗ [22, 23, 25].

Другий етап суппортивного лікувально-реабілітаційного патронажу, який здійснювався в рамках диспансерно-динамічного нагляду в наркологічному кабінеті за місцем проживання пацієнта, умовно складався з двох стадій: стабілізації та підтримки. Мета цього етапу – трансформація способу життя пацієнта, – обумовлювала його тривалість та змістовне наповнення: на стадії стабілізації перші 3 місяці психотерапевтичні зустрічі проходили з частотою 1 раз у 2 тижні; на підтримувальній стадії роботи – 1 раз на місяць. При цьому базовими психотерапевтичними технологіями були когнітивно орієнтовані впливи, терапія дозованим фізичним навантаженням та елементи сімейної психотерапії. Використання когнітивно орієнтованої психотерапії та психоосвіти мало на меті виявлення та нівелювання індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних установок, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій, а також направлення соціально-позитивного адаптованого поведінкового репертуару. Терапія рухом та фізичною активністю забезпечувала покращення загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, та надавало змогу пацієнтам відчувати власні можливості, а через вплив фізичного навантаження на норадренергічну та серотонінергічну нейромедіаторні системи – покращити емоційне тло настрою. Метою сімейної психотерапії та корекції созалежних відносин, було оволодіння та прийняття пацієнтом: а) природи власних дезадаптивних емоцій; б) їх зв'язку із індивідуальними базовими дисфункціональними переконаннями та іраціональними установками; в) набуття навиків асертивності, відстоювання власних інтересів, вміння отримувати позитивну підтримку щодо власної поведінки.

Комплексна оцінка ефективності застосування системи лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ проводилась відповідно до встановлених особливостей патоморфозу АЗ та джерел реабілітаційного ресурсу, з визначенням змін у клінічній, психосоціальной та особистісній / міжособистісній сферах життя пацієнта.

Редукцію клінічної психопатологічної симптоматики визначали з використанням квантифікованої шкали комплексної оцінки психопатологічних розладів в ремісії (С. М. Круціцький зі співав., 2012), яка була спеціально розроблена для оцінки якості реадaptaції пацієнтів з АЗ у період становлення ремісії. Дана шкала містить бальну оцінку 12 клінічних ознак, до числа яких включені: а) компоненти патологічного потягу до алкоголю (пп. 1 – 4); б) критика до хвороби (п. 5); в) установка на тверезість (п. 6); г) депресія (п. 7); д) тривога (п. 8); е) дисфорія (п. 9); є) астения (п. 10); ж) прояви психоорганічного синдрому (п. 11); з) прояви психопатоподібних порушень (п. 12) [7].

Зміни в психосоціальному функціонуванні верифікували за допомогою шкали показників соціального функціонування у хворих з синдромом залежності Е. О. Бойко (2008) – інструменту об'єктивної оцінки, яка дозволяє оцінити особливості особистісних властивостей та соціально спрямованої діяльності хворих, за наступними показниками: 1) агресивна / аутоагресивна поведінка; 2) афективні розлади; 3) психоорганічні порушення; 4) критичні здібності; 5) здатності до самообслуговування; 6) трудова / професійна діяльність; 7) контакти з друзями та знайомими; 8) сімейні відносини; 9) турбота про батьків / дітей; 10) структурування вільного часу, до яких застосована 5-бальна градація вираженості виділених ознак. За свідомством фахівців, дана шкала дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування і прогноз захворювання [31, 32].

Зрушення в особистісній / міжособистісній сферах оцінювали скрізь призму якості життя, як суб'єктивного показника задоволення особистих потреб, що відображає ступінь внутрішнь-особистісної та міжособистісної комфортності людини. Для визначення динаміки якості життя використовували однойменний опитувальник, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (1999), який містить 10 шкал (фізичне благополуччя, психологічне / емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, суспільна службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальна оцінка якості життя) [33], враховуючи наявність даних щодо чутливості цього інструментарію до змін, що виникають в процесі лікування хворих з АЗ [34 – 37].

Періодами оцінювання було обрано 6 та 12 місяців від початку терапії. Дані періоди обрані, враховуючи патогенез АЗ, а саме тому, що, на

наш погляд, лише через 6 місяців вже можливо фіксувати стабільні позитивні клінічні та соціальні зміни (наприклад, в сферах функціонування), а не лише перші – нестабільні позитивні зміни, які швидко піддаються руйнуванню. У свою чергу, через 12 місяців можливо оцінити «остаточний ефект» заходів, враховуючи набути та закріплені соціальні табл.рни поведінки та чинник «звикання» до змін із частковою втра-тою первинного «емоційно-поведінкового ефекту».

Із усіх досліджених хворих з АЗ (n=120), на початку роботи терапевтичну групу (ТГ) склали

пацієнти, які приймали участь у заходах, розроблених за результатами власних досліджень – 64 особи. У іншу, контрольну групу (КГ), увійшли 56 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію. За різними причинами (відмова від лікування, зміна місця мешкання, та ін.) із усіх хворих із дослідження вибуло 13 осіб. Таким чином, остаточно кількість пацієнтів, що взяли участь у терапевтичному процесі, склала 107 осіб – 54 в ТГ та 53 в КГ. З них високий РП мали 23 особи ТГ та 18 хворих КГ, середній РП – 24 пацієнти ТГ та 23 КГ, низький РП – 7 осіб з ТГ та 12 з КГ (рис. 2).

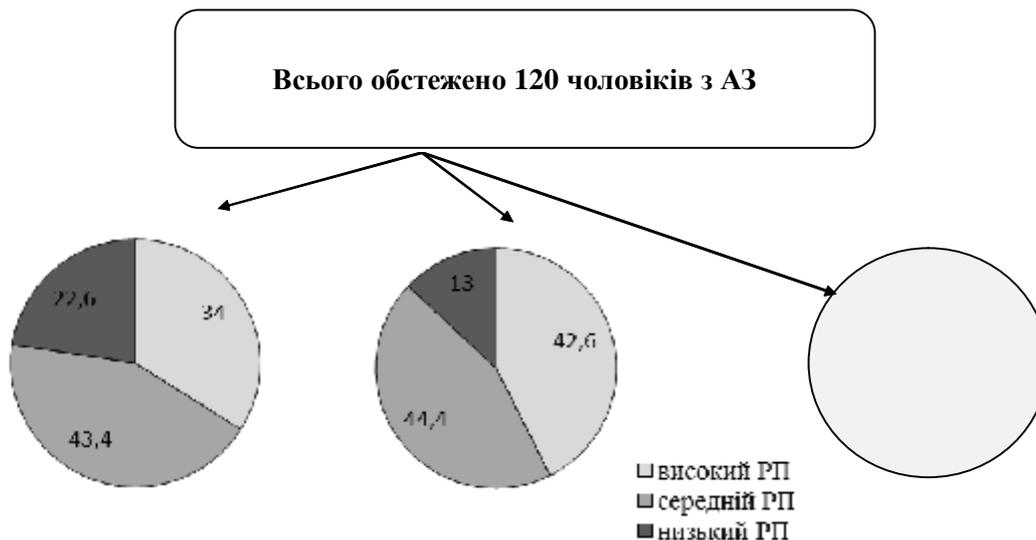


Рис. 2. Розподіл обстежених пацієнтів на групи (розподіл за РП в %).

Результати дослідження редукції клінічної симптоматики, що здійснювалась за шкалою

психопатологічних розладів в ремісії, в інтервалах 6 та 12 місяців, представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Динаміка клінічної психопатологічної симптоматики у пацієнтів з АЗ під впливом заходів лікувально-реабілітаційного супроводу

Показник	Терапевтична група, n = 54		Контрольна група, n = 53	
	6 міс.	12 міс.	6 міс.	12 міс.
Клінічні показники близькі до норми, 0 – 5 балів	23 (42,6±4,9%)	39 (72,2±4,5%)	15 (28,3±4,5%)	12 (22,6±4,2%)
Легкий рівень психопатологічних розладів, 6 – 11 балів	20 (37,0±4,8%)	10 (18,5±3,9%)	16 (30,2±4,6%)	18 (34±4,7%)
Помірний рівень психопатологічних розладів, 12 – 20 балів	11 (20,4±4,0%)	5 (9,3±2,9%)	19 (35,8±4,8%)	15 (28,3±4,5%)
Виражений рівень психопатологічних розладів, 21 – 28 балів	–	–	3 (5,7±2,3%)	8 (15,1±3,6%)

Таким чином, через 6 місяців від початку лікувально-реабілітаційної роботи якісна (компенсована) клінічна ремісія мала місце у 42,6% пацієнтів ТГ та 28,3% – КГ; відносно компенсована – 37,0% осіб ТГ та 30,2% з КГ; неповна (субкомпенсована) клінічна ремісія – у 20,4% хворих ТГ та 35,8% пацієнтів КГ; «зрив» клінічної ремісії (декомпенсація) – у 5,7% хворих КГ. Річний зріз ефективності лікувально-реабілітаційного супроводу у пацієнтів ТГ та диспансерно-динамічного нагляду у хворих КГ виявив наступні результати: якісна (компенсована) клінічна ремісія спостерігалась у 72,2% хворих ТГ та 22,6% осіб КГ; відносно компенсована – у 18,5% пацієнтів ТГ та 34% хворих КГ; неповна (субкомпенсована) – у 9,3% осіб ТГ та 28,3% пацієнтів КГ; повна декомпенсація клінічної ремісії була діагностовано у 15,1% хворих КГ.

Результати вивчення змін у соціальному функціонуванні пацієнтів, які визначали за допомо-

гою однойменної шкали для хворих з синдромом залежності Е. О. Бойко, представлені в табл. 3. Порівняльний аналіз соціального функціонування виявив вагому різницю стану цього показника у пацієнтів ТГ та КГ. Отже, через півроку від початку роботи стабільне соціальне функціонування було характерним для 44,4% обстежених ТГ та 24,5% осіб КГ; середній рівень соціального функціонування – 48,1% пацієнтів ТГ та 26,4% хворих КГ; низький рівень соціального функціонування – 5,6% осіб ТГ та 43,4% обстежених КГ. Через рік результати виявились ще більш полярними: стабільне соціальне функціонування діагностовано у 64,8% осіб ТГ та 22,6% хворих КГ; середній рівень – у 31,5% пацієнтів ТГ та 28,3% респондентів КГ; низький рівень – у 3,7% осіб ТГ та 34% пацієнтів КГ; вкрай низький рівень – у 15,1% хворих КГ. Таким чином, в динаміці спостерігається позитивний дрейф показника соціального функціонування серед осіб ТГ та негативний – у осіб КГ.

Таблиця 3

Динаміка соціального функціонування пацієнтів під впливом заходів лікувально-реабілітаційного супроводу

Показник	Терапевтична група, n = 54		Контрольна група, n = 53	
	6 міс.	12 міс.	6 міс.	12 міс.
Нормалізація клінічних та соціальних показників, стабільне соціальне функціонування, 0 – 10 балів	24 (44,4±5,0%)	35 (64,8±4,8%)	13 (24,5±4,3%)	12 (22,6±4,2%)
Часткова нормалізація клінічних та соціальних показників, середній рівень соціального функціонування, 11 – 20 балів	26 (48,1±5,0%)	17 (31,5±4,6%)	14 (26,4±4,4%)	15 (28,3±4,5%)
Часткове поліпшення клінічних та соціальних показників, низький рівень соціального функціонування, 21 – 30 балів	3 (5,6±2,3%)	2 (3,7±1,9%)	23 (43,4±5,0%)	18 (34±4,7%)
Без змін клінічних та соціальних показників, вкрай низький рівень соціального функціонування, 31 – 40 балів	–	–	3 (5,7±2,3%)	8 (15,1±3,6%)

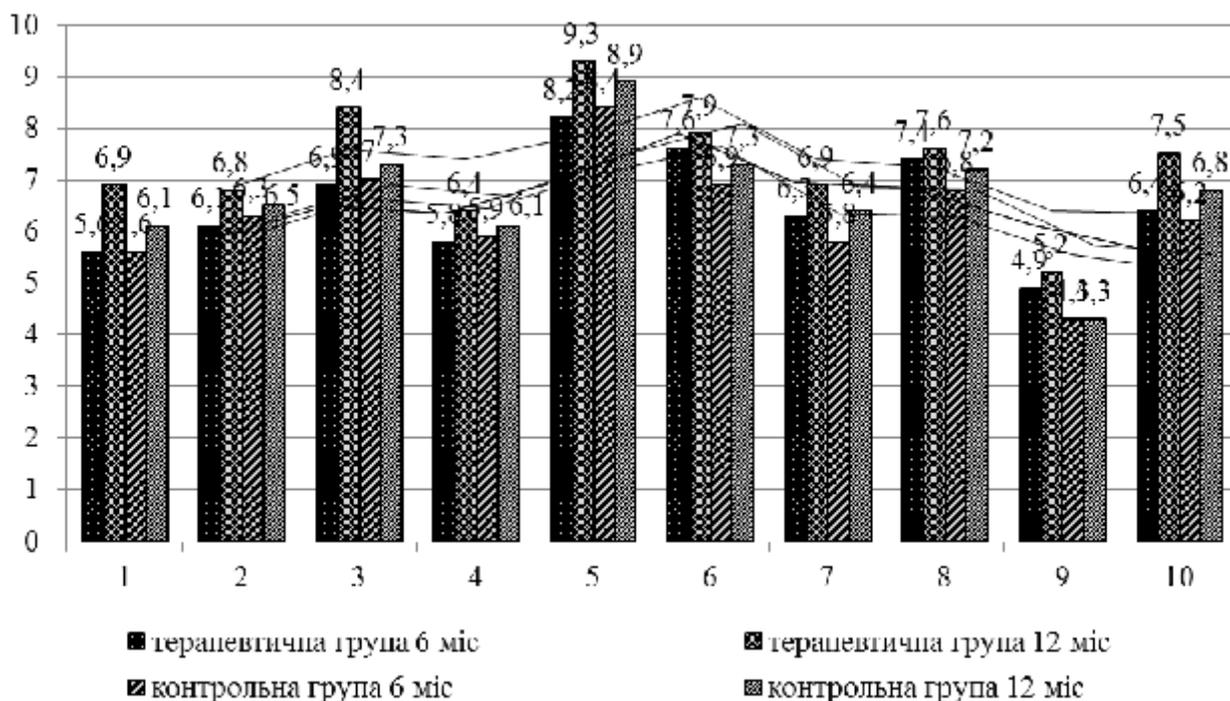
Дослідження якості життя дозволило встановити суб'єктивну оцінку хворого щодо змін в його особистісній / міжособистісній сферах життя, а також в загальному сприйнятті його якості. Отримані в ході цієї роботи дані представлені на рис. 3, з якого видно, що в обох ча-

сових зрізах дослідження, як за загальної оцінкою якості життя, так і за окремими його критеріями, серед пацієнтів ТГ усі показники є вищими, порівняно з хворими КГ.

Таким чином, за дослідженням змін клінічної, психосоціальної, особистісної / міжособистісної

сфер, як і загальної суб'єктивної оцінки якості життя, розроблена на основі вивчення особливостей сучасного патоморфозу АЗ, система лікуваль-

но-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ, довела свою ефективність, порівняно зі стандартними регламентованими лікувальними заходами.



Примітка. Складові (шкали) якості життя за Н. Mezzich et al., 1999 (за віссю координат x): 1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне та емоційне благополуччя; 3 — самообслуговування і незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособистісна взаємодія; 6 — соціо-емоційна підтримка; 7 — громадська та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя.

Рис. 3. Динаміка показників якості життя в процесі лікувально-реабілітаційного супроводу

К.Д. Гапонов

СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Харьковский областной наркологический диспансер

В результате клинико-психопатологического, психодиагностического и социально-демографического обследования 120 мужчин, больных алкогольной зависимостью, разработана, внедрена и доказана эффективность системы лечебно-реабилитационного сопровождения данной категории больных, состоящая из стационарного (14 дней) и амбулаторного (12 месяцев) этапов, объем и содержание мероприятий которой определяется уровнем реабилитационного потенциала – интегрального показателя, содержащего стандартизированную оценку психосоциального, клинического и терапевтического ресурсов пациента. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 1 (28). — С. 70-79).

K. D. Gaponov

THE TREATMENT AND REHABILITATION SYSTEM SUPPORT OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, AND ITS EFFECTIVENESS

Kharkov regional narcological dispensary

As a result of clinical, psychopathological and psychodiagnostic examination of 120 men with alcohol dependence, developed, implemented and proven effectiveness of treatment and rehabilitation support this category of patients, consisting of stationary (14 days) and outpatient (12 months) phases, the volume content and activities of which depends on the level of rehabilitation potential - integral index that contains standardized assessment of psychosocial, clinical and therapeutic resources of the patient. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 70-79).

Література

1. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами : довідкове видання / О. К. Напресенко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина ; за ред. О. К. Напресенка. – К. : Здоров'я, 2011. – 208 с.
2. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Украинский вестник психоневрологии. – 2010. – Т. 18, вып. 3 (64). – С. 174.
3. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 10 – 14.
4. Лінський І. В. Наркопатологія як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства / І. В. Лінський, О. І. Мінко // Український вісник психоневрології. “ 2008. “ Том 16, вип. 1(54). “ С. 79.
5. Пішель В.Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В. Я. Пішель, М. Ю. Ігнатів, М. Ю. Полив'яна. – К., 2004. – 83 с.
6. Крупицкий Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины / Е. М. Крупицкий // Психиатрия и наркология в веке: сборник научных статей / под ред. А. Г. Софронова, А. Ю. Егорова. – СПб., 2008. – С. 102 – 107.
7. Клинические и социально-психологические критерии оценки реадaptации больных алкогольной зависимостью на этапах становления ремиссии. Методические рекомендации. – СПб., 2012. – 39 с.
8. Дудко Т. Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией : Автореф. дисс. на соискание наук. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.45 «Наркология» / Т. Н. Дудко. – Москва, 2003. – 34 с.
9. Клемешева Ю. Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях центральной нервной системы / Ю. Н. Клемешева, О. Н. Воскресенская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – том 5, №1. – С. 120-123.
10. Основы медико-социальной экспертизы / А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, Д. И. Лаврова и др. – М. : Медицина, 2005. – С. 277-353.
11. Аршава І. Ф. Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів : Підручник / І. Ф. Аршава, М. І. Черненко. – Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2007. – 608 с.
12. Белов В. П. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка / В. П. Белов, В. А. Вечканов, И. Н. Ефимов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1975. – Вып. 2. – С. 26-31.
13. Коробов М. В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / М. В. Коробов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1995. – Вып. 17.
14. Гольдблат Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. В. Гольдблат. – СПб.: Политехника, 2006. – С. 65-67.
15. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р. М. Войтенко – СПб.: «МЕДЕЯ», 2007. – С. 21-28.
16. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д. И. Лаврова, М. М. Косичкин, О. С. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 93. – С. 10-14.
17. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : Монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. - Донецк : Каштан, 2009. - 584 с.
18. Маркова М. В. Медико-психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития: идеология и эффективность внедрения / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 3 (56). – С. 131 – 132.
19. Ветрила Т. Г. Медико-психологичний супровід сім'ї, яка виховує дитину з порушенням психічного розвитку : Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. н. : спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / Т. Г. Ветрила. – Харків, 2010. – 36 с.
20. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: метод. реком. / ННЦ наркологии Росздрава; сост. Т.Н. Дудко и др. – М., 2006. – 74 с.
21. Табачников С. І. Психосоціальні, клінічні та терапевтичні аспекти сучасного патоморфозу алкогольної залежності / С. І. Табачников, К. Д. Гапонов // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 1 (68). – С. 21 – 27.
22. Marshall E. J. The treatment of drinking problems : a guide for helping professions, - 5th ed. / E. J. Marshall, K. Humphreys, D. M. Ball. – Cambridge University press, 2011. – 260 p.
23. Satharthan Th. Development of a Controlled Drinking Self-Efficacy Scale and Appraising Its Relation to Alcohol Dependence / Th. Satharthan, R.F. S. Job, D. J. Kavanagh // Journal of Clinical Psychology. – 2003. – Vol. 59(3). – P. 351-362.
24. Гапонов К. Д. Клініко-психопатологічні та соціальні індикатори вираженості шкідливих наслідків алкогольної залежності в світі оптимізації її комплексного лікування / К. Д. Гапонов // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 2 (69). – С. 43 – 48.
25. Orford J. Asking the right question in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction / J. Orford // Addiction. – 2008. – v. 103. – P. 875 – 885.
26. Пшук Є. Я. Копінг-поведінка чоловіків при алкогольній залежності (особливості формування, психотерапевтична корекція) : Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. : спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / Є. Я. Пшук. – Харків, 2011. – 19 с.
27. Гапонов К. Д. Динаміка психологічних властивостей пацієнтів в залежності від стажу зловживання алкоголем в аспекті здатності сприйняття ними соціальної підтримки / К. Д. Гапонов // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 38 – 45.
28. Слободянюк П. М. Засади та наукове обґрунтування принципів і підходів щодо формування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології – 2011. – Т. 19, вип. 2 (67). – С. 92 – 96.
29. Слободянюк П. М. Оцінка ефективності застосування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології – 2011. – Т. 19, вип. 3 (68). – С. 98 – 104.
30. Комплаєнс у хворих на алкогольну залежність: психологічні чинники формування, типологія, система психокорекції (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, Н. М. Лісна. – Харків, 2012. – 23 с.
31. Бойко Е. О. Шкала оцнки соціального функціонування у больних з синдромом залежності / Е. О. Бойко // Наркологія. – 2008. – № 9. – С. 61 – 69.
32. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и психотипическим расстройством: Автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.45 / Е.О. Бойко. – ННЦ наркологии, М., 2009. – 34 с.
33. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак, [и др.]. – Х. : РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.
34. Минко А. И. Анализ показателя качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя / А. И. Минко, И. В. Линский, А. В. Бараненко // Украинский медицинский альманах. — 2004. — Т. 7, № 4 (додаток). — С. 83–85.
35. Бараненко О. В. Критерій якості життя та тривалість ремісії під час терапії алкогольної залежності / О. В. Бараненко / Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (додаток). — С. 257.
36. Бараненко А. В. Качество жизни и параметры патологического влечения к алкоголю на этапе становления ремиссии / А. В. Бараненко // Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин: Матеріали української науково-практичної конференції з міжнародною участю. — Харків, 2008. — С. 37–39.
37. Шараневич І.О. Оцінка якості життя у осіб з алкогольною залежністю “ показник ефективності терапії / І.О. Шараневич // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. “ 2008. “ №1 (13). “ С. 82-86.

Поступила в редакцію 24.05.2012

УДК 616.89-02:547.262-037:612.017.1

*В.В. Гегешко***ПРЕДИКТОРЫ ПЕРВИЧНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ**

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

Ключевые слова: синдром отмены алкоголя, делирий, предикторы

В Украине сохраняется высокий уровень среднедушевого потребления алкоголя и алкогольных психозов [1-2]. Около 1,5 % смертей во всем мире связано с потреблением алкоголя, кроме того алкоголизм приводит к значительным социальным и экономическим затратам [3-5]. Одним из наиболее грозных проявлений алкогольной зависимости, которое может привести к гибели пациента, является син-

дром отмены алкоголя с делирием. Несмотря на выявление факторов риска развития алкогольного делирия, до сих пор неясно какие из них являются ведущими, не определено какие несут динамический, а какие неизменный характер [6-8].

Цель данного этапа работы - установить предикторы синдрома отмены алкоголя с впервые возникшим делирием.

Материал и методы исследования

Проведено сравнительное исследование 120 мужчин в возрасте 20-60 лет, находящихся на стационарном лечении в наркологическом отделении, из них - 60 человек с синдромом отмены алкоголя с первым психотическим эпизодом и 60 человек - с неосложненным синдромом отмены алкоголя.

Методы: клинико-психопатологический метод, с использованием оценки зависимости и синдрома отмены по МКБ-10 [9]; клинико-анамнестический метод с использованием специально разработанного вопросника; статистические методы с использованием пакета программ Statistica 6,0.

Полученные результаты

Анализ анамнестических данных включал в себя сравнительный анализ таких характеристик как: пора года рождения пациентов, дата и месяц (таблицы 1, 2, 3). Как видно из таблиц, дос-

товерная разница касается: сезона года – лето (ДК = -2,08; MI=0,14; p<0,05), месяца - август (ДК = -6,53; MI=0,38; p<0,05) и 11-го числа (ДК = 6,99; MI=0,24; p<0,05).

Таблица 1

Сезон рождения, как предиктор возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (MI)	Достоверность различий* (p)
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (Б)				
Сезон рождения: зима	12	14	0,20	0,23	1,17	0,67	0,01	0,1591
Сезон рождения: весна	16	16	0,27	0,27	1,00	0,00	0,00	0,1633
Сезон рождения: лето	21	13	0,35	0,22	0,62	-2,08	0,14	0,0441 **
Сезон рождения: осень	11	17	0,18	0,28	1,55	1,89	0,09	0,0752
Суммарная информативность (ΣMI) предикторов							0,24	
Примечание: * – достоверность различий частот рассчитана точным методом Фишера (ТМФ). ** – отличия между группами сравнения достоверны (p<0,05).								

**Дата рождения, как предиктор возникновения первого психотического эпизода у лиц,
зависимых от алкоголя**

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (МІ)	Достоверность различий (р) [*]
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (Б)				
Дата рождения: 1	2	3	0,03	0,05	1,50	1,76	0,01	0,3178
Дата рождения: 2	3	1	0,05	0,02	0,33	-4,77	0,08	0,1218
Дата рождения: 3	2	2	0,03	0,03	1,00	0,00	0,00	0,3814
Дата рождения: 4	4	1	0,07	0,02	0,25	-6,02	0,15	0,1535
Дата рождения: 5	1	2	0,02	0,03	2,00	3,01	0,03	0,2479
Дата рождения: 6	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,3782
Дата рождения: 7	2	5	0,03	0,08	2,50	3,98	0,10	0,1625
Дата рождения: 8	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,2479
Дата рождения: 9	3	1	0,05	0,02	0,33	-4,77	0,08	0,1218
Дата рождения: 10	2	2	0,03	0,03	1,00	0,00	0,00	0,3814
Дата рождения: 11	1	5	0,02	0,08	5,00	6,99	0,23	0,0287 **
Дата рождения: 12	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,3782
Дата рождения: 13	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,3782
Дата рождения: 14	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,3782
Дата рождения: 15	1	2	0,02	0,03	2,00	3,01	0,03	0,3782
Дата рождения: 16	1	4	0,02	0,07	4,00	6,02	0,15	0,1535
Дата рождения: 17	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
Дата рождения: 18	3	4	0,05	0,07	1,33	1,25	0,01	0,2805
Дата рождения: 19	2	3	0,03	0,05	1,50	1,76	0,01	0,3178
Дата рождения: 20	3	1	0,05	0,02	0,33	-4,77	0,08	0,2499
Дата рождения: 21	2	2	0,03	0,03	1,00	0,00	0,00	0,3814
Дата рождения: 22	5	2	0,08	0,03	0,40	-3,98	0,10	0,1625
Дата рождения: 23	3	3	0,05	0,05	1,00	0,00	0,00	0,3206
Дата рождения: 24	1	2	0,02	0,03	2,00	3,01	0,03	0,2479
Дата рождения: 25	6	2	0,10	0,03	0,33	-4,77	0,16	0,1055
Дата рождения: 26	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
Дата рождения: 27	1	4	0,02	0,07	4,00	6,02	0,15	0,0594
Дата рождения: 28	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
Дата рождения: 29	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,3782
Дата рождения: 30	2	3	0,03	0,05	1,50	1,76	0,01	0,3178
Дата рождения: 31	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5042
Суммарная информативность (Σ МІ) предикторов							1,59	
Примечание: * – достоверность различий частот рассчитана точным методом Фишера (ТМФ). ** – отличия между группами сравнения достоверны (р<0,05).								

Сравнение обследованных пациентов по наследственной отягощенности представлено в таблице 4. Достоверная разница касается наследственной отягощенности наркологическими расстройствами

или другой психопатологией по линии отцов (ДК = -0,70; МІ=0,05; р<0,05), дедов (ДК = 3,31; МІ=0,22; р<0,05), а также родственников II степени родства (ДК = 1,38; МІ=0,10; р<0,05).

Таблица 3

Месяц рождения, как предиктор возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (МІ)	Достоверность различий* (р)
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (Б)				
Месяц рождения: 1	3	7	0,05	0,12	2,33	3,68	0,12	0,1139
Месяц рождения: 2	4	2	0,07	0,03	0,50	-3,01	0,05	0,2363
Месяц рождения: 3	6	6	0,10	0,10	1,00	0,00	0,00	0,2377
Месяц рождения: 4	5	4	0,08	0,07	0,80	-0,97	0,01	0,2547
Месяц рождения: 5	5	6	0,08	0,10	1,20	0,79	0,01	0,2356
Месяц рождения: 6	5	3	0,08	0,05	0,60	-2,22	0,04	0,2224
Месяц рождения: 7	7	8	0,12	0,13	1,14	0,58	0,00	0,2089
Месяц рождения: 8	9	2	0,15	0,03	0,22	-6,53	0,38	0,0225 **
Месяц рождения: 9	3	5	0,05	0,08	1,67	2,22	0,04	0,2224
Месяц рождения: 10	4	6	0,07	0,10	1,50	1,76	0,03	0,2103
Месяц рождения: 11	4	6	0,07	0,10	1,50	1,76	0,03	0,2103
Месяц рождения: 12	5	5	0,08	0,08	1,00	0,00	0,00	0,2570
Суммарная информативность (Σ МІ) предикторов							0,71	
Примечание: * – достоверность различий частот рассчитана точным методом Фишера (ТМФ). ** – отличия между группами сравнения достоверны (p<0,05).								

Таблица 4

Наследственная отягощенность расстройствами наркологического профиля и другой психопатологией, как предиктор возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (МІ)	Достоверность различий* (р)
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (Б)				
Отцы	54	46	0,90	0,77	0,85	-0,70	0,05	0,0295 **
Матери	6	3	0,10	0,05	0,50	-3,01	0,08	0,1638
Братья	5	5	0,08	0,08	1,00	0,00	0,00	0,2570
Сестра	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,2479
Родственники I-й степени родства	67	54	1,12	0,90	0,81	-0,94	0,10	0,0096
Дедушки	7	15	0,12	0,25	2,14	3,31	0,22	0,0325 **
Бабушки	4	2	0,07	0,03	0,50	-3,01	0,05	0,2363
Дяди	11	15	0,18	0,25	1,36	1,35	0,04	0,1195
Тети	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,3782
Родственники II-й степени родства	24	33	0,40	0,55	1,38	1,38	0,10	0,0381 **
Все родственники	91	87	1,52	1,45	0,96	-0,20	0,01	1,0000
Суммарная информативность (Σ МІ) предикторов							0,71	
Примітки: * – достовірність відмінностей частот розрахована точним методом Фішера (ТМФ). ** – відмінності між групами порівняння достовірні (p<0,05).								

Анализ перенесенных обследованными ранее заболеваний (таблица 5), показал достоверную разницу по частоте перенесенного гепатита А у

пациентов с первым психотическим эпизодом в структуре синдрома отмены алкоголя (ДК = -5,64; MI=0,38; p<0,05).

Таблица 5

Перенесенные в анамнезе заболевания, как предикторы возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (MI)	Достоверность различий (p)
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (В)				
гепатит А	11	3	0,18	0,05	0,27	-5,64	0,38	0,0175 **
язва желудка	1	3	0,02	0,05	3,00	4,77	0,08	0,1218
язва 12-перстной кишки	2	2	0,03	0,03	1,00	0,00	0,00	0,3814
язвенная б-знь	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
хронический панкреатит	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
хронический отит	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
туберкулез	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5042
спленэктомия	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
сниженное зрение	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
сахарный диабет 2 типа	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
радикулит	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
простуда	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
порок сердца	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
пневмония	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
пневмоторакс	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
пиелонефрит	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
панкреатит	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5042
ножевое ранение в брюшную полость	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
малярия	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
желудочно-кишечное кровотечение	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
гипертония	2	1	0,03	0,02	0,50	-3,01	0,03	0,2479
гепатит с	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
гайморит	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
врожденный дефект правой кисти	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
врожденный вывих стопы	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
врожденный порок сердца	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
варикоцеле	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
Суммарная информативность (ΣMI) предикторов							0,49	
Примечание: * – достоверность различий частот рассчитана точным методом Фишера (ТМФ). ** – отличия между группами сравнения достоверны (p<0,05).								

Пациенты с первым психотическим эпизодом в структуре синдрома отмены алкоголя отличались низкими доходами (ДК = -1,57; MI=0,13; p<0,05), достоверно чаще были разведены (ДК

= 1,84; MI=0,15; p<0,05), имели недоброжелательные семейные отношения (ДК = 1,41; MI=0,12; p<0,05), чаще жили в одиночестве (ДК = -4,77; MI=0,24; p<0,05) (таблица 6).

Таблица 6

Демографические и социальные факторы, как предикторы возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (МИ)	Достоверность различий (р)
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (В)				
Служба в армии (лет): нет-0: ≤1	21	22	0,3500	0,3667	1,05	0,20	0,00	0,1482
Служба в армии (лет): нет-0: >1	39	38	0,6500	0,6333	0,97	-0,11	0,00	0,1482
Дети: ≤0	23	17	0,3833	0,2833	0,74	-1,31	0,07	0,0790
Дети: >0	37	43	0,6167	0,7167	1,16	0,65	0,03	0,0790
Профессиональный маршрут: снижение	29	28	0,48	0,47	0,97	-0,15	0,00	0,1426
Профессиональный маршрут: без снижения	31	32	0,52	0,53	1,03	0,14	0,00	0,1426
Доходы высокие	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
Доходы средние	27	36	0,45	0,60	1,33	1,25	0,09	0,0381 **
Доходы низкие	33	23	0,55	0,38	0,70	-1,57	0,13	0,0278 **
Семейное положение: женат	19	12	0,32	0,20	0,63	-2,00	0,12	0,0581
Семейное положение: разведен	19	29	0,32	0,48	1,53	1,84	0,15	0,0266 **
Семейное положение: сожительствует	17	13	0,28	0,22	0,76	-1,17	0,04	0,1179
Семейное положение: холост	5	5	0,08	0,08	1,00	0,00	0,00	0,2570
Атмосфера в семье: доброжелательная	26	36	0,43	0,60	1,38	1,41	0,12	0,0279 **
Атмосфера в семье: угнетающая	12	14	0,20	0,23	1,17	0,67	0,01	0,1591
Атмосфера в семье: нейтральная	13	7	0,22	0,12	0,54	-2,69	0,13	0,0677
Атмосфера в семье: живет сам	9	3	0,15	0,05	0,33	-4,77	0,24	0,0480 **
Вредные привычки: курит:	51	44	0,85	0,73	0,86	-0,64	0,04	0,0530
Вредные привычки: не курит:	9	16	0,15	0,27	1,78	2,50	0,15	0,0530
Судимость - есть	60	59	1,00	0,98	0,98	-0,07	0,00	0,5000
Судимость - нет	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
Суммарная информативность (Σ_{MI}) предикторов							1,32	
Примечание: * – достоверность различий частот рассчитана точным методом Фишера (ТМФ). ** – отличия между группами сравнения достоверны (р<0,05).								

Таблица 7

Данные анамнеза болезни, как предикторы возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Шкалы / Показатели / единицы измерения	Средние значения показателей ("средняя арифметическая ± стандартная ошибка средней арифметической" ("M±m"))	
	СОА с делирием	СОА без делирия
Давность злоупотребления алкоголем, лет	12,30 ± 0,78	14,00 ± 0,80
Давность синдрома измененной реактивности на алкоголь, лет	10,35 ± 0,74	12,12 ± 0,73
Толерантность суточная, СДА	21,01 ± 1,94	20,04 ± 1,01
Толерантность недельная, СДА	96,81 ± 8,61	126,30 ± 14,65
Толерантность месячная, СДА	248,47 ± 30,47	150,45 ± 26,62 ¹⁾
Кол-во употребленного алкоголя в начале запоя, СДА	12,94 ± 0,87	11,68 ± 1,13
Кол-во алкоголя накануне госпитализации, СДА	8,73 ± 0,81	7,85 ± 0,75
Продолжительность запоя / постоянное пьянство, дни	10,20 ± 1,46	12,61 ± 1,96
Бессонница, сутки	2,63 ± 0,14	1,55 ± 0,08 ³⁾
Воздержание от алкоголя на момент госпитализации, сутки	2,98 ± 0,16	1,63 ± 0,08 ³⁾
Давность синдрома психической зависимости, лет	12,30 ± 0,78	14,00 ± 0,80
Давность синдрома физической зависимости, лет	10,30 ± 0,74	11,98 ± 0,73
Давность синдрома отмены алкоголя, лет	10,27 ± 0,74	11,92 ± 0,73
Лечился ранее, раз	1,28 ± 0,33	2,48 ± 0,40 ¹⁾
Примечания: 1) – различия с группой больных СОА с делирием достоверны (р<0,05); 2) – различия с группой больных СОА с делирием достоверны (р<0,01); 3) – различия с группой больных СОА с делирием достоверны (р<0,001).		

Пациенты с первым психотическим эпизодом в структуре синдрома отмены алкоголя отличались следующими данными анамнеза болезни (таблица 7): достоверно более высокой месячной толерантностью - $248,47 \pm 30,47$ СДА, против $150,45 \pm 26,62$ СДА у пациентов с синдромом отмены алкоголя неосложненным ($p < 0,05$); более длительной бессонницей перед госпитализацией - $2,98 \pm 0,16$ сут, против $1,63 \pm 0,08$ ($p < 0,001$); более длительным воздержанием от употребления

алкоголя на момент госпитализации - $2,98 \pm 0,16$ сут, против $1,63 \pm 0,08$ ($p < 0,001$); меньшим количеством фактов предыдущего лечения - $1,28 \pm 0,33$ раз, против $2,48 \pm 0,40$ ($p < 0,05$) соответственно.

В таблице 8 представлены алкогольные предпочтения обследованных пациентов. Достоверные различия отмечаются только в предпочтении самогона среди пациентов с первым психотическим эпизодом синдрома отмены алкоголя с делирием (ДК = -5,44; МІ=0,45; $p < 0,05$).

Таблица 8

Алкогольные предпочтения, как предикторы возникновения первого психотического эпизода у лиц, зависимых от алкоголя

Признак	Частота признака (человек)		Частота признака (единиц)		Соотношение частоты (А / В)	Диагностические коэффициенты (ДК)	Мера информативности (МІ)	Достоверность различий (p)	
	С психозом	Без психоза	С психозом (А)	Без психоза (В)					
Пиво	4	7	0,07	0,12	1,75	2,43	0,06	0,1623	
Вино	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5042	
Водка	Байка	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	1,0000
	Благов	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
	Горилочка	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
	Золото Украины	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
	Медов	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
	Немиров	1	4	0,02	0,07	4,00	6,02	0,15	0,1535
	Союз-виктан	1	1	0,02	0,02	1,00	0,00	0,00	0,5000
	Сумська особлива	17	16	0,28	0,27	0,94	-0,26	0,00	0,1585
	Хлебный дар	19	24	0,32	0,40	1,26	1,01	0,04	0,0967
	Хортица	2	5	0,03	0,08	2,50	3,98	0,10	0,1625
Цельсий	1	2	0,02	0,03	2,00	3,01	0,03	0,3782	
самогон	14	4	0,23	0,07	0,29	-5,44	0,45	0,0078 **	
Суммарная информативность (Σ_{MI}) предикторов							0,83		
Примечание: * – достоверность различий частот рассчитана точным методом Фишера (ТМФ). ** – отличия между группами сравнения достоверны ($p < 0,05$).									

На следующем этапе нашего исследования мы планируем установить маркеры первого психотического эпизода синдрома отмены алкоголя с делирием.

Выводы

1. У пациентов с первым психотическим эпизодом синдрома отмены алкоголя с делирием достоверно чаще, чем у пациентов с синдромом отмены алкоголя без делирия дата рождения – приходится на лето (ДК = -2,08; МІ=0,14; $p < 0,05$), месяц – август (ДК = -6,53; МІ=0,38; $p < 0,05$), число – 11 (ДК = 6,99; МІ=0,23; $p < 0,05$).

2. У пациентов с первым психотическим эпизодом синдрома отмены алкоголя с делирием достоверно чаще, чем у пациентов с синдромом отмены алкоголя без делирия имела место наследственная отягощенность наркологическими расстройствами или другой психопатологией по линии отцов (ДК = -0,70; МІ=0,05; $p < 0,05$), де-

дов (ДК = 3,31; МІ=0,22; $p < 0,05$), а также родственников II степени родства (ДК = 1,38; МІ=0,10; $p < 0,05$); более высокая частота перенесенного ранее гепатита А (ДК = -5,64; МІ=0,38; $p < 0,05$).

3. Пациенты с первым психотическим эпизодом в структуре синдрома отмены алкоголя достоверно отличались следующими социальными характеристиками: низкими доходами (ДК = -1,57; МІ=0,13; $p < 0,05$), чаще были разведены (ДК = 1,84; МІ=0,15; $p < 0,05$), жили в одиночестве (ДК = -4,77; МІ=0,24; $p < 0,05$), в семьях имели недоброжелательные семейные отношения (ДК = 1,41; МІ=0,12; $p < 0,05$).

4. Пациенты с первым психотическим эпизодом синдрома отмены алкоголя с делирием достоверно отличаются от пациентов с синдромом отмены алкоголя без делирия следующими клинико-анамнестическими данными: более высо-

кой місячної толерантністю ($248,47 \pm 30,47$ СДА проти $150,45 \pm 26,62$ СДА, $p < 0,05$); наявністю бессонниці ($2,63 \pm 0,14$ суток проти $1,55 \pm 0,08$ суток, $p < 0,001$); більшим числом днів воздержання від вживання алкоголю

перед госпіталізацією ($2,98 \pm 0,16$ суток проти $1,63 \pm 0,08$ $p < 0,001$); меншим числом передуючих госпіталізацій ($1,28 \pm 0,33$ проти $2,48 \pm 0,40$, $p < 0,05$), перевагою самогону (ДК = $-5,44$; МІ = $0,45$; $p < 0,05$).

В.В. Гегешко

ПРЕДИКТОРИ ПЕРВИННОГО АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛІРИУ

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

Проведено порівняльне дослідження 120 осіб чоловічої статі віком 20-60 років, які знаходилися на стаціонарному протиалкогольному лікуванні, 60 чоловік з синдромом відміни алкоголю з первинним делірієм та 60 - з неускладненим синдромом відміни алкоголю. Виділено предиктори первинного алкогольного делірію: обтяжена спадковість на наркологічні та психічні розлади, перенесений раніше гепатит А, низькі доходи, проживання на самоті, або в недоброчесних відносинах, висока місячна толерантність, наявність тривалого неспання та утримання від алкоголю перед госпіталізацією, менше число попередніх госпіталізацій, народження влітку, у серпні місяці. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 80-86).

V.V. Gegeshko

PREDICTORS OF THE FIRST EPISODE OF DELIRIUM TREMENS

SU «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Comparative research of 120 males at the age of 20-60 years which are on stationary ant alcoholic treatment, including 60 persons with alcohol withdrawal syndrome complicated with first episode of delirium tremens and 60 persons - with not complicated alcohol withdrawal syndrome is carried out. Predictors of the first episode of delirium tremens were established: hereditability of alcohol or mental disorders, hepatitis A, low profit, solitude, bad relations, higher monthly tolerance, presence of a long sleeplessness, a considerable quantity of days of abstention from the alcohol use before hospitalization, smaller number of the previous hospitalization, more expressed severity of medical condition at the moment of starting of treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 80-86).

Література

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006 рік [Текст] : Збірник МОЗ. " Київ, 2007.
2. Сосин, І.К. О наркологической ситуации в Украине [Текст] / І.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев. // Український вісник психоневрології. " 2010. " Том 18, вип. 3(64). " С. 174.
3. Минко, А.И. Наркология. Новейший справочник [Текст] / А.И. Минко, И.В. Линский. " 2-е изд., испр. и допол. " М. : Изд-во Эксмо, 2004. " 736 с.
4. Линский, І.В. Епідемія алкоголізму та нарко- токсикоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України [Текст] : аналітично-статистичний довідник 1990-2008 рр. / І.В.Лінський, О.І. Мінко, Л.І. Дьяченко, Г.О. Мусієнко, О.О. Петриченко. " Харків : Плейда, 2009. " 168 с.
5. Ігнатов, М.Ю. Особливості клініки та лікування психічних

- розладів у хворих, які перенесли стан відміни алкоголю з делірієм [Текст] / М.Ю. Ігнатов, Д.С. Лебедєв, М.П. Юрченко // Архів психіатрії. " 2005. " №1(40). " С. 155-156.
6. Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики [Текст] : Материалы ООН // Наркология. " 2005. " №4. " С. 18-32.
7. Никкель, Б. Фармакотерапия алкогольного критического состояния [Текст] / Б. Никкель // Pharmedicum. " 1996. " № 1. " С. 810.
8. Пятницкая, И.Н. Общая и частная наркология [Текст] : Руководство для врачей. / И.Н. Пятницкая. " М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2008. " 640 с.
9. Классификация психических и поведенческих расстройств [Текст]: Клинические описания и указания по диагностике. " К. : Факт, 1999. " 272 с.

Поступила в редакцию 04.04.2012

УДК: 616.89-008.447-008.441.33-053.71

В.И. Пономарев

УСЛОВИЯ И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОЦИАЛИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ АГРЕССИВНО-ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ПАТТЕРНОМ

Кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина

Ключевые слова: несоциализированное расстройство поведения, подростки, зависимость от летучих органических соединений, коморбидность, патологический поведенческий паттерн

Необходимость изучения сочетанных форм социальных расстройств поведения и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) обусловлена значительным их распространением. По данным Э.И. Гура [1], в структуре расстройств поведения подросткового контингента, расстройства социального поведения (F91) занимают 31,00%. По данным Ю.Б. Барыльника [2], в структуре расстройств поведения преобладает несоциализированное расстройство поведения (НРП) (F91.1.): оно было установлено у 33,60% подростков и встречалось в 1,12 раза чаще, чем социализированное расстройство (F91.2.) и в 2,13 раза чаще, чем смешанное расстройство поведения и эмоций (F92). По данным С.Е. Казаковой [3], расстройство поведения, отвечающее клиническим критериям несоциализированного расстройства поведения (F91.1) было отмечено у 54,60% подростков. НРП отличает от других деструктивных форм нарушений поведения прежде всего то, что при нем страдает прежде всего коммуникация подростка с себе подобными, следствием чего является более выраженная социальная дезадаптация и готовность подростка к рисковому (аддиктивному) поведению [4]. Высокая распространенность в структуре деструктивных поведенческих расстройств (F91) и специфика НРП, заключающаяся в легкости развития при этой форме аддикции от ПАВ и формирования коморбидных устойчивых сочетаний, обуславливают необходимость комплексного изучения именно НРП в популяции подросткового возраста [5–7].

Рассматривая феномен «НРП», совершенно невозможно уклониться от темы онтогенетического контекста, так как в большинстве случаев, формирование, и клиническое оформление данного расстройства приходится на один из так называемых кризисных периодов развития человека, к каковым относится, в частности, период полового созревания или пубертат [8]. Выраженные патопластическое, преципитирующее, предрасполагающее, но также и саногенное влияние соматозндокринных сдвигов [9, 8] в сочетании с перестройкой ряда психологических свойств личности в этот период обуславливают специфические патодинамические и патокинетиические особенности нарушений социального поведения [9, 10–13]. Вместе с тем, проведенный анализ литературы выявляет явный дефицит исследований, где формирование НРП рассматривается относительно онтогенетической динамики и с учетом действия повреждающих развитие факторов. В русскоязычной литературе работы, учитывающие онтогенетический аспект при рассмотрении патогенеза и патоформирования нарушений поведения у подростков исчерпываются исследованиями представителей научной школы проф. Е.В. Макушкина [9].

Целью исследования являлось изучение условий и особенностей формирования несоциализированного расстройства поведения (НРП) у зависимых от летучих органических соединений (ЛОС) подростков с патологическим агрессивным-делинквентным поведенческим паттерном.

Материал и методы исследования

Всего был обследован 161 пациент мужского пола с сочетанным НРП и зависимостью от ЛОС (F91.1., F18.2. по критериям МКБ–10 [14]).

Средний возраст обследованных составил $14,00 \pm 0,05$ лет.

Клинико-психопатологический метод иссле-

дования использовался как основной метод изучения клиники НРП и зависимости от ЛОС у подростков.

По результатам клинико-психопатологического исследования, в ходе которого была установлена клиническая неоднородность группы лиц с НРП и зависимостью от ЛОС по критерию преобладающего типа деструктивного поведенческого паттерна, в ней были выделены три подгруппы: первую подгруппу составили 86 ($53,42 \pm 2,00\%$) подростков с преобладающим агрессивно-делинквентным поведенческим паттерном (совершали опасные и разрушительные законченные действия, направленные на других людей, предметы и животных); во вторую подгруппу были включены 55 ($34,16 \pm 4,00\%$) подростков с преобладающим клепто-делинквентным поведенческим паттерном (совершали правонарушения: в основном кражи из дома, у сверстников, без использования физического насилия); в третью подгруппу вошли 20 ($12,42 \pm 2,00\%$) подростков с преобладающим эгрессивно-делинквентным поведенческим паттерном (совершали повторяющиеся побеги из мест регламентированного нахождения).

Сравнительное изучение условий и особенностей формирования НРП у подростков проводилось отдельно в подгруппах с агрессивно-, клепто- и эгрессивно-делинквентными паттернами.

При изучении в сравнительном аспекте ус-

ловий и особенностей формирования сочетанного НРП с зависимостью от ЛОС относительно кризовых периодов и этапов онтогенеза, использовалась «Структурно-динамическая модель нормативного развития» проф. С.В. Макушкина [9]. В указанной модели в неразрывном (эволютивном и оттогенетическом) единстве представлены шесть базисных взаимосвязанных структурных компонентов психического (психологического), психофизического и психосексуального функционирования. Среди них: когнитивный (гностический) (1), аффективный (эмоциональный) (2), волевой (3) и поведенческий (регулятивный) (6) – психологические компоненты психического развития, а также соматофизический (соматоэндокринный) (4) и сексуальный (психосексуальный) компоненты развития (5)

В основе модели лежит представление о том, что, с клинико-психопатологической точки зрения, взаимосвязанное и неразрывное объединение всех структур и компонентов психической, психофизической и психосексуальной сфер подразумевает вариант нормативного эволютивно-го созревания на любом из динамических этапов (отрезков) развития. Сама же структурно-динамическая модель нормативного психического развития рассматривается как синхронизированное образование, не меняющее свою структуру в течение всего периода детско-подросткового онтогенеза [9, 15].

Результаты исследования и их обсуждение

Как следует из табл. 1 «Характеристика дизонтогенетических триггеров у подростков с НРП и зависимостью от ЛОС», в подгруппе лиц с агрессивно-делинквентным паттерном психогенные дизонтогенетические триггеры (ПДТ) были представлены такими событиями в жизни подростков как утрата семьи (гибель обоих родителей или лишение обоих родителей родительских прав) (63,95%), утрата одного из родителей (в результате смерти или развода) (36,05%), систематически осуществляемое в семье насилие в отношении подростка (физическое и психологическое) (36,05%), систематически осуществляемое насилие в отношении подростка (физическое и психологическое) в местах, где осуществлялась его первичная социализация (приюты, детские распределители и пр.) (63,95%).

В совокупность социогенных дизонтогенетических триггеров (СДТ) вошли: осуществление первичной социализации подростка в асоциальной (32,56%) и конфликтной семье (3,49%), осу-

ществление первичной социализации подростка вне семьи (63,95%), негармоничный тип воспитания («жесткие отношения», «конфликтные отношения», «гипоопека») (100,00%), низкий, не обеспечивающий полноценное развитие материальный статус семьи/социализирующего учреждения (100,00%); совокупность физических дизонтогенетических триггеров (ФДТ) составили: ранняя (внутриутробная, антенатальная, перинатальная и постнатальная) патология (6,98%), черепно-мозговые травмы (69,76%), ингаляция ЛОС (100,00%), пубертатный психоэндокринный сдвиг (100,00%).

После установления видовой доленой представленности дизонтогенетических триггеров в изученном контингенте, были рассчитаны их индексы. Максимальное значение было установлено у социогенного (ИСДТ=3,00) и, почти равное ему, – у физического дизонтогенетического триггера (ИФДТ=2,76). Величины рассчитанных индексов дизонтогенетических триггеров (ИДТ), превышающих единицу (ИПДТ=2,00;

ИСДТ=3,00; ИФДТ=2,76), свидетельствовали о сочетанном действии на нормативную онтогенетическую динамику изученных дизонтогене-

тических триггеров, при преобладании в структуре последних социогенных и физических повреждающих факторов развития.

Таблица 1

Характеристика дизонтогенетических триггеров у подростков с НРП и зависимостью от ЛОС

Вид дизонтогенетического триггера	Подростки с НРП и зависимостью от ЛОС (n=161)								
	подгруппа с агрессивно-делинквентным паттерном, (n=86)			подгруппа с клепто-делинквентным паттерном, (n=55)			подгруппа с эгрессивно-делинквентным паттерном, (n=20)		
	абс. ч.	отн. ч., %	индекс ДТ*	абс. ч.	отн. ч., %	индекс ДТ*	абс. ч.	отн. ч., %	индекс ДТ*
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Психогенные дизонтогенетические триггеры (ПДТ)									
Утрата семьи	55	63,95	–	43	78,18	–	–	–	–
Утрата одного из родителей (в результате развода или смерти)	31	36,05	–	10	18,18	–	13	65,00	–
Насилие в семье	31	36,05	–	12	21,81	–	20	100,00	–
Насилие в местах, где осуществлялась первичная социализация подростка	55	63,95	–	43	78,18	–	–	–	–
Всего:	172	200,00	2,00	108	196,35	1,96	36	165,00	1,80
Социогенные дизонтогенетические триггеры (СДТ)									
Первичная социализация в асоциальной семье	28	32,56	–	10	18,18	–	–	–	–
Первичная социализация в конфликтной семье	3	3,49	–	2	3,64	–	20	100,00	–
Первичная социализация вне семьи	55	63,95	–	43	78,18	–	–	–	–
Негармоничный тип воспитания («жестокое отношение», «конфликтные отношения», «гипо-опека», «эмоциональное отвержение»)	86	100,00	–	55	100,00	–	20	100,00	–
Низкий материальный статус семьи	86	100,00	–	55	100,00	–	5	25,00	–
Всего:	258	300,00	3,00	165	300,00	3,00	45	225,00	2,25
Физические дизонтогенетические триггеры (ФДТ)									
Ч/мозговые травмы	60	69,76	–	17	30,90	–	7	35,00	–
Ранняя (внутриутробная, антенатальная, перинатальная и постнатальная) патология	6	6,98	–	11	20,00	–	20	100,00	–
Пубертатный психоэндокринный сдвиг	86	100,00	–	55	100,00	–	20	–	–
Ингаляция ЛОС	86	100,00	–	55	100,00	–	20	100,00	–
Всего:	238	276,74	2,76	138	250,90	2,50	67	235,00	3,35

Результаты исследования действия выявленных дизонтогенетических триггеров (и их сочетаний) у аддиктов с НРП и агрессивно-делинквентным паттерном относительно кризисной этапности нормативного онтогенеза представлены в табл. 2.

Как следует из данных табл. 2, действие повреждающих факторов развития начиналось уже в первом межкризисовом периоде: у части подростков (6,98%) имелись анамнестические указания на внутриутробную, антенатальную или перинатальную патологию (разнообразные виды пато-

логии беременности, родовая асфиксия, стимуляция родовой деятельности, кесарево сечение, иные способы родовспоможения; отставание в физическом, неврологическом развитии, гипертрофия плода и новорожденного, подтвержденные низкой оценкой по стандартизированной шкале Апгар; врожденная гидроцефалия, кефалогематома и пр.). Ранние резидуальные церебральные органические состояния (РРЦОС) у всех этих больных обусловили определенную, но не критичную задержку сроков и темпов онтогенетического формирования, в первую очередь – познава-

тельные (когнитивные) затруднения.

Действие психогенного ДТ в данной подгруппе начиналось с первого кризового периода: 100,00% подростков из асоциальных и конфликтных семей подвергались раннему физическому и психологическому насилию.

Максимальная интенсивность действия психогенного ДТ в данной подгруппе приходилась на второй кризовый период, когда 36,05% подростков потеряли одного из родителей, а 63,95% подростков утратили семью. Практически все подростки (100,00%) в большую часть препубертата и первой фазе пубертата подвергались систематическому физическому и психологическому насилию (со стороны родителей – в семьях, со стороны сверстников и воспитателей – в приютах).

Действие социогенного ДТ в рассматриваемой подгруппе начиналось уже в первом межкризовом периоде: на фоне дефицита материальных ресурсов в родительских семьях, первичная социализация у большинства подростков начиналась в асоциальных семьях, где преобладали негармоничные, условно патогенные типы воспитующих стратегий, а после утраты родителей – у 63,95% подростков, начиная со второго кризового периода (5–7 лет), первичная социализация проходила вне семьи. Как было установлено, что ни у подростков, которые социализировались в асоциальных семьях, ни у тех, кто находился в приютах, полноценное усвоение и закрепление просоциальных ценностей и паттернов поведения отсутствовало.

Таблица 2

Характеристика действия дизонтогенетического триггера у аддиктов с НРП (с агрессивно-делинквентным паттерном) относительно периодов нормативного онтогенеза

Действие дизонтогенетического триггера 1, 2	Периоды нормативного онтогенеза (кризовые и внекризовые)					
	1-й внекризовый период	I-й кризовый период (2-3 года)	2-й внекризовый период	II-й кризовый период (5-7 лет)	3-й внекризовый период	III-й кризовый период (12-18 лет)
1	2	3	4	5	6	7
Психогенные дизонтогенетические триггеры (ПДТ)						
Утрата одного из родителей (в результате развода или смерти)	–	–	–	36,05% ¹	–	–
Утрата семьи	–	–	–	63,95% ¹	–	–
Насилие в семье	–	100,00% ¹	100,00% ²	36,05% ²	36,05% ²	–
Насилие в местах, где осуществлялась первичная социализация подростка	–	–	–	63,95% ¹	63,95% ²	–
Социогенные дизонтогенетические триггеры (СДТ)						
Первичная социализация в асоциальной и конфликтной семье	–	100,00% ¹	100,00% ²	36,05% ²	36,05% ²	36,05% ²
Первичная социализация вне семьи	–	–	–	63,95% ¹	63,95% ²	63,95% ²
Негармоничный тип воспитания	–	100,00% ¹	100,00% ²	100,00% ²	100,00% ²	100,00% ²
Низкий материальный статус семьи	100,00% ¹	100,00% ²	100,00% ²	36,05% ²	36,05% ²	36,05% ²
Физические дизонтогенетические триггеры (ФДТ)						
Ч/мозговые травмы	–	–	–	–	69,76 % ¹	–
Ранняя (внутриутробная, антенатальная, перинатальная и постнатальная) патология	6,98% ¹	6,98% ²	6,98% ²	6,98% ²	–	–
Пубертатный психо-эндокринный сдвиг	–	–	–	–	–	100 % ¹
Ингаляция ЛОС	–	–	–	–	100,00% ¹	100,00% ²
Всего:	106,98	406,98	406,98	443,03	500,00	436,05

Примечание: 1 – начало действия ДТ, 2 – продолжающееся действие ДТ.

Анализ состояния компонентов развития во втором кризовом периоде (5–7 лет) показал, что наблюдаемая у всех подростков с агрессивно-делинквентным паттерном педагогическая и микросоциальная запущенность приводила к

нарушению у них системы формирования просоциальных интересов и идеалов, недостаточности чувства долга. Несмотря на то, что у большинства подростков данной подгруппы ретроспективно отмечалась высокая работоспособ-

ность, хорошее внимание, память, хорошая ориентация в бытовых вопросах (у некоторых из них даже выше, чем у сверстников), практически у всех у них обнаруживалась бедность словарного запаса, отставание в уровне знаний и навыков: к 7 годам большинство этих детей не знали букв, геометрических форм, не умели читать, считать. Также было выявлено, что на фоне умеренно выраженной ретардации когнитивного, аффективного и волевого компонентов, у большинства (кроме подростков с РРЦОС) наблюдалась акселерация психофизического компонента, т.е. была выявлена дисгармоничность, несинхронность развития. Третий межкризовый период был самым сложным и отличался тем, что на фоне продолжающегося действия «привычных» дизонтогенетических триггеров начинали действовать новые физические факторы: большинство подростков (69,76%) получили черепно-мозговые травмы и 100,00% подростков начали систематически ингалировать ЛОС.

Анализ состояния компонентов развития к концу третьего межкризового периода (до 12 лет) показал, что у всех подростков с агрессивно-делинквентным паттерном были отмечены задержка когнитивного, нарушения аффективного, волевого и поведенческого компонентов, при этом, сохранялась акселерация психофизического компонента, и наблюдалось ускорение психосексуального компонента в основном за счет ранней сексуализации под действием асоциальных

и маргинальных элементов окружения (кроме подростков с РРЦОС). Иными словами, наблюдалось нарастание дисгармоничности развития, и сочетание дисгармоничности с парциальным повреждением (преимущественно за счет токсикогенного действия ЛОС) элементов развития.

Анализ состояния компонентов развития в пубертатном периоде выявил, что повреждение компонентов развития на фоне начавшегося психоэндокринного сдвига достигло своего максимума.

На рис. 1 «Структурно-динамическая модель смешанного (дисгармонично-поврежденного) акселерированного развития у аддиктов с НРП (с агрессивно-делинквентным паттерном)» структурирована картина нарушенного психофизического развития, наблюдаемого у большинства зависимых от ЛОС подростков с НРП с преобладающим агрессивно-делинквентным паттерном.

Дисгармоничное психическое развитие у всех этих подростков характеризовалось неравномерностью структурирования психических функций, в частности – физической и сексуальной систем. У большинства подростков данной подгруппы ретроспективно в возрасте 10–11 лет, т.е. в третьем внекризовом периоде онтогенеза была выявлена акселерация психофизического развития и психосексуального компонента в основном за счет ранней сексуализации, провоцируемой асоциальным окружением.

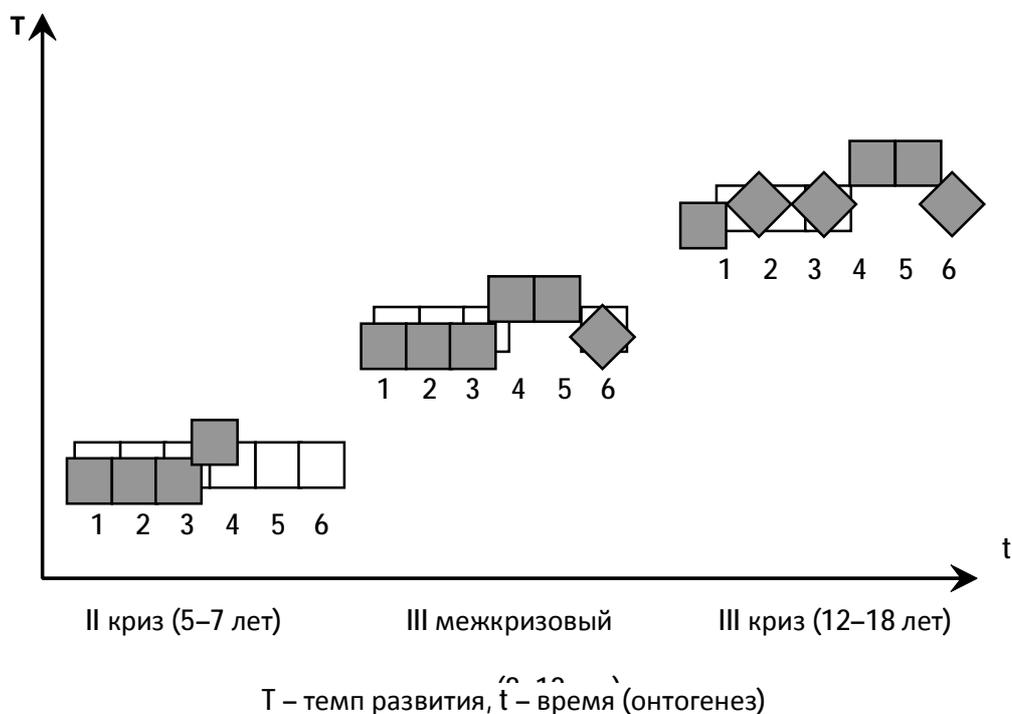


Рис. 1. Структурно-динамическая модель смешанного (дисгармонично-поврежденного) акселерированного развития у аддиктов с НРП (с агрессивно-делинквентным паттерном)

В третьем межкризовом (препубертатном) периоде, т.е. до 12 лет, у всех подростков данной подгруппы были отмечены эпизоды агрессивности в отношении сверстников и тенденция, указующая на формирование затруднений в межперсональных отношениях со взрослыми. В препубертатном периоде у большинства подростков рассматриваемой подгруппы были отмечены первые пробы различных ПАВ и начало систематического употребления ЛОС, как самого доступного из ПАВ.

В пубертате, на фоне психо-эндокринного сдвига, при продолжающемся действии неблагоприятных социогенного и психогенного, и начала действия нового физического дизонтогенетического триггера – ингаляции ЛОС, у всех подростков данной подгруппы наблюдалось поражение когнитивного, аффективного, волевого и поведенческого компонентов психического функционирования на фоне акселерированных психофизического и психосексуального компонентов. Все более отчетливо проявлялись и закреплялись: сложность и отсутствие полноценной интеграции в среде сверстников (изоляция, отторжение, непопулярность), трудность в межперсональных отношениях со взрослыми, низкий порог протестного реагирования с чувствами негодования, несогласия и маломотивированной жестокостью. Наличие хронической интоксикации ЛОС и особенности динамики синдрома зависимости к данному виду ПАВ, опреде-

ляли глубину и выраженность повреждения компонентов психической, психофизической и психосексуальной сфер, а также тип дизонтогенеза. У всех пациентов был идентифицирован патологический «психопатоподобный» вариант пубертатного криза. В процессе и на этапе пубертации у всех подростков первой подгруппы завершалась трансформация агрессивности в устойчивый поведенческий агрессивно-делинквентный паттерн в структуре НРП.

Выводы. Обобщая полученные данные можно отметить, что максимальное сочетанное действие повреждающих факторов у всех подростков с агрессивно-делинквентным паттерном приходилось на третий межкризовый период, т.е. с началом систематической ингаляции ЛОС наблюдались постоянные, нарастающие, изменения темпа, времени и качественных характеристик развития. Соответственно, во время пубертатного периода наблюдалась и более грубая психопатологическая картина, поскольку к поведенческим нарушениям, отвечающим критериям F91.1. присоединялись проявления формирующегося психоорганического (эксплозивного) синдрома.

Таким образом, отнoгенетическими периодами, в которых получал клиническое оформление патологический агрессивно-делинквентный паттерн НРП, являлись: препубертат (конец третьего межкризового периода) и начало пубертата (третий кризовый период – негативная его фаза по Ш. Бюллер).

В.І. Пономарьов

УМОВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕСОЦІАЛІЗОВАНОГО РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ У ЗАЛЕЖНИХ ВІД ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЧНИМ АГРЕСИВНО-ДЕЛІНКВЕНТНИМ ПОВЕДІНКОВИМ ПАТТЕРНОМ

Кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна

З метою вивчення умов та особливостей формування несоціалізованого розладу поведінки у залежних від легких органічних сполук підлітків з патологічним агресивно-делинквентним поведінковим паттерном було обстежено 86 підлітків чоловічої статі.

Максимальна сполучена дія ушкоджуючих факторів у всіх підлітків з агресивно-делинквентним паттерном приходилася на третій міжкризовий період, т. б. з початком систематичної інгаляції ЛОС спостерігалися постійні, зростаючі зміни темпу, часу та якісних характеристик розвитку. Відповідно, у пубертатний період спостерігалася і більш груба психопатологічна картина, тому що к поведінковим порушенням, відповідаючим критеріям F91.1., приєднувалися прояви психоорганічного синдрому. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 87-93).

THE CONDITIONS AND FEATURES OF FORMATION NOT A SOCIALIZED CONDUCT DISORDER HAVE DEPENDENT ON VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS ADOLESCENTS WITH PATHOLOGICAL AGGRESSIVE-DELINQUENT BEHAVIORAL PATTERN

The Chair of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology, V.N.Karazin Kharkiv National University

In order to study the conditions and peculiarities of unsocialized behavior disorder forming in addicted to volatile organic compounds adolescents with pathological aggressive and delinquent behavioral pattern 86 male adolescents were examined.

The maximum combined effect of damaging factors of all adolescents with aggressive and delinquent behavioral pattern was observed in the third intercritical period, i.e. from the beginning of systematic inhalation of volatile organic compounds there were observed permanent, increasing changes of rate, time and qualitative characteristics of development. Thus, in puberty the psychopathological picture was rougher, because the displays of psychoorganic syndrome, which was being formed, joined the behavioral disturbances corresponding the criteria F91.1. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 87-93).

Литература

1. Гура, Е.І. Клініка психічних та поведінкових розладів у підлітків, позбавлених батьківського піклування [Текст] / Е.І. Гура // Психічне здоров'я. — 2007. — № 1 (14). — С.43–47.
2. Барыльник, Ю.Б. Клинико-социальные аспекты оказания психиатрической помощи безнадзорным несовершеннолетним [Текст] / Ю.Б. Барыльник // Психическое здоровье и безопасность в обществе: научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии, 2004 г. — М.: ГЕОС, 2004. — С.11.
3. Казакова, С.Е. Личностные особенности агрессивных подростков [Текст] / С.Е. Казакова // Психическое здоровье и безопасность в обществе: научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии, 2004 г. — М.: ГЕОС, 2004. — С.56.
4. Achenbach, T.M. Taxonomy and comorbidity of conduct problems: evidence from empirically based approaches [Text] / T.M. Achenbach // Development and Psychopathology. — 1993. — № 5. — P.51–64.
5. Мельник, Е.В. Кіндлінг в патогенезі наркологічних захворювань [Текст] / Е.В. Мельник // Одеський медичний журнал. — 2003. — № 6 (80). — С.45–47.
6. Harris, D. Volatile substance abuse [Text] / D. Harris // Arch. Dis. Child Educ. Pract. Ed. — 2006. — Vol. 91. — Issue 4. — P.91–100.
7. Бохан, Н.А. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия [Текст] / Н.А. Бохан, В.Я. Семке, А.И. Мендель // Психическое здоровье. — 2006. — № 1. — С.32–38.
8. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрия [Текст] / Б.В. Воронков. — СПб.: Наука и Техника, 2009. — 240 с.
9. Макушкин, Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием [Текст] / Е.В. Макушкин. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 240 с.
10. Чубаровский, В.В. Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах [Текст] / В.В. Чубаровский, Г.Л. Карпова // Журн. неврол. и психиатрии. — 2001. — № 7. — С.54–57.
11. Аксанова, Н.К. Ранняя диагностика патологических форм поведения и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий у детей и подростков [Текст] / Н.К. Аксанова, Н.К. Сухотина, Л.А. Ермолина [и др.]. // Методические рекомендации МЗ РФ. — М., 1992. — 24 с.
12. Дмитриева, Т.Б. Введение [Текст] / Т.Б. Дмитриева // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. — С.3–9.
13. Шостакович Б.В. Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы. [Текст] / Б.В. Шостакович, В.В. Горин // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. — С.10–22.
14. «Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків» [Текст] / Під ред. проф. П.В. Волошина, проф. В.М. Пономаренка, проф. В.С. Підкоритова [та ін.].: Клінічний посібник. — Харків: Фолю, 2001. — 271 с.
15. Гурьева, В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия [Текст] / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин [и др.]. / Под ред. В.А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — 488 с.

Поступила в редакцию

УДК 155.9-378

*С.Г. Пырков, Е.М. Выговская***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ У
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: мотивация достижения, обучение, студент

Образование - основа интеллектуального, культурного, духовного, социального, экономического развития общества и государства [5]. Целью образования является всестороннее развитие человека как личности и наивысшей ценности общества, развитие её талантов, умственных и физических способностей, формирование высоких моральных качеств, воспитание граждан, способных к сознательному общественному выбору, обогащение на этой основе интеллектуального, творческого, культурного потенциала народа, повышение образовательного уровня, обеспечение народного хозяйства квалифицированными специалистами [5].

В широком смысле слова, «образование» - процесс или продукт «формирования ума, характера или физических способностей личности... В техническом смысле, «образование» - это процесс, посредством которого общество через школы, колледжи, университеты и другие институты целенаправленно передаёт своё культурное наследие - накопленные знания, ценности и навыки от одного поколения другому» [9].

Таким образом, образование - это одна из основ прогресса человечества. Образование обогащает культуру, способствует взаимопониманию на глобальном уровне, укрепляет основы демократического общества и уважение к законности. Развитие глобального инновационного общества зависит от мобильности и интеграции людей, знаний и технологий во всех государствах. Широкие перспективы и возможности развития общества, на наш взгляд, связаны, в первую очередь, именно с получением высшего образования. Причем не просто за счет количественного увеличения контингента обучающегося населения.

Актуальность изучения данной темы обусловлена тем, что студенты медицинских ВУЗов имеют довольно слабые представления о своей будущей профессии, имеет место такое явление, как несовпадение их ожиданий с реальным со-

держанием учебного процесса, что требует, с одной стороны, более активной профориентационной работы с будущими студентами, а с другой - максимального стимулирования внутренней их мотивации, поскольку последняя представлена оптимальной степенью соответствия ведущего мотива предпочтения профессии объективному её содержанию.

В связи с изложенным выше, особую значимость в настоящее время приобретает проблема мотивации достижения, так как именно в ней определяются основные моменты взаимодействия индивида и общества, в том числе - значимость образовательного процесса в системе личностных ценностей. В различные периоды общественного развития возникают новые мотивы, новые ценностные ориентации, новые потребности и интересы, на их основе перестраиваются и качества личности. Как ценностные ориентации, так и мотивы относятся к важнейшим компонентам структуры личности.

Первая формализованная модель мотивации достижения была разработана Дж. Аткинсоном. Она явилась базисной для всех дальнейших моделей в этой области и разработок мотивации как взаимодействия «личность - ситуация». Модель «рискового выбора» Дж. Аткинсона была сформулирована на основе «теории поля» К.Левина. К.Левин объясняет детерминацию поведения на основе взаимодействия личности и окружения в актуально складывающейся ситуации. В рамках «теории поля» К.Левина была создана первая модель «ожидание - ценность», оказавшая влияние на разработку как модели Аткинсона, так и других моделей [3]. В отечественной психологии проблема мотивации достижения стала активно разрабатываться с середины 70-х гг. В настоящее время «мотивация достижения» определяется как психическая регуляция деятельности в ситуациях достижения, в которых имеется возможность реализовать мотив достижения. Под мотивом достижения, в свою оче-

редь, понимают обобщенную, относительно устойчивую диспозицию личности, стремление человека выполнить дело на высоком уровне качества везде, где есть возможность проявить свое мастерство и способности [6].

В настоящее время мотивация достижения изучается с разных сторон, в том числе изучает-

ся и её роль в учебной деятельности [1, 2, 4 и т.д.].

Целью настоящего исследования явилось изучение мотивационной сферы студентов 4 курса медицинского факультета с позиции формирования основополагающих мотивов для успешного профессионального развития.

Методы исследования

В соответствии с целью исследования было проведено обследование 25 студентов 4 курса 2-го медицинского факультета Донецкого национального медицинского университета им.М.-Горького по «Шкале оценки потребности в достижении», разработанной Ю.М.Орловым [7] и «Шкале внешних и внутренних мотивов» [8].

«Шкала оценки потребности в достижении» состоит из 23 суждений, на которые испытуемым предлагается ответить - «да» или «нет». Ответы, совпадающие с ключевыми (по коду), суммируются (по 1 баллу за каждый ответ). Данная шкала имеет стеновые нормы, поэтому конкретные результаты оценивались как «низкие», «средние» или «высокие» потребности в достижении.

«Шкала внешних и внутренних мотивов» состоит из 10-ти предложенных мотивов, которые респонденту предлагалось расположить соглас-

но их собственной мотивации, при выборе профессии. В данной методике представлены как внутренние (интересная и многообразная деятельность; возможность применения личных способностей; возможность работать творчески; самостоятельность в работе; возможность самовыражения), так и внешние мотивы (возможность оказывать влияние на деятельность других людей; возможность продвижения по службе (карьерный рост); большой доход; возможность общения; возможность риска).

Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM – совместимом компьютере в пакете программ STADIA. Для установления корреляционных связей был использован метод Пирсона. Корреляционные связи принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В результате исследования мотивации студентов по методике «Шкала оценки потребности в достижении» были получены следующие данные. Высокая мотивация достижения отмечалась только у 4-х студентов (16.0%). Для данных лиц было характерным стремление к успеху и, как правило, они много работали для его достижения. У студентов с высокой мотивацией достижения интерес к решению задач значительно возрастал после неудачного их решения. Анализируя их мотивы выбора профессии, следует отметить доминирование внутренних мотивов у данного контингента лиц: интересная и многообразная деятельность, самостоятельность в работе, возможность самовыражения и творческой работы, а также применение собственных способностей в деятельности. При этом первое место в их рейтинге выбора профессии занял такой мотив как «возможность самовыражения», 2-е – «возможность работать творчески» и 3-е – «интересная и многообразная деятельность».

Таким образом, студентов с высокой мотивацией достижения интересует дело, которым они занимаются, его содержание, данные лица ис-

пытывали удовольствие от самого процесса работы, которая затягивала, увлекала и выполнялась не ради чего-то внешнего (вознаграждения, карьеры и т.д.), а ради неё самой. Данный контингент лиц хочет и может работать без внешнего давления (без «кнута и пряника»). Им свойственно стремление к достижению мастерства в том деле, которому они себя посвятили. Они не только не боятся, но и стремятся к решению трудных задач, поскольку рассматривают их как возможность для своего профессионального роста. Данные лица погружены в работу, любопытны и любознательны.

Средний уровень мотивации достижения был выявлен у 14-ти студентов (56.0%), для них успех не являлся таким необходимым. Оценка мотива выбора профессии данных студентов показала влияние не только внутренних, но и внешних мотивов. Наряду с возможностью самовыражения, применения личных способностей и работать творчески, большое значение для данной группы студентов имели возможность оказывать влияние на деятельность других людей, возможность карьерного роста, риска, а так-

же высокая заработная плата.

Следует отметить, что первое место в рейтинге выбора профессии занял такой мотив как «возможность риска», 2-е – «возможность оказывать влияние на деятельность других людей» и 3-е – «возможность применения личностных способностей».

Низкий уровень мотивации достижения отмечался у 7-ми студентов (28.0%). Для них была характерна неуверенность в себе, они тяготились выполняемой работой. Зачастую, работа над трудными заданиями вызывала у них дискомфорт. После неудачного решения какой-либо задачи их интерес обычно падал, и возникала тенденция избегания этой ситуации, желание больше к ней никогда не возвращаться. Анализируя мотивы выбора профессии данной группы студентов, следует отметить доминирование у них внешних мотивов: возможность общения, риска, продвижения по службе, оказывать влияние на других людей, а также высокая заработная плата. При этом первое место в их рейтинге выбора профессии занял такой мотив как «возможность продвижения по службе (возможность карьеры)», 2-е – «большой доход» и 3-е – «возможность риска».

Таким образом, студентов с низкой мотивацией достижения стимулировало нечто, «находящееся» вне содержания работы, являющееся внешним по отношению к ней: деньги, признание, престиж и т. д. Работа при этом является лишь средством получения какого-то внешнего, по отношению к её содержанию, результата. Данная группа студентов может придавать большое значение факту оценки их другими людьми. Внешне мотивированным лицам может быть присуща соревновательность, стремление конкурировать. Однако, столкнувшись с трудностями, нередко они отказывались от какой-либо борьбы. Следует отметить, что внешне мотивированные студенты очень ценят материальные стимулы (деньги, собственность) и им крайне важно завоевать уважение, престиж славу и признание.

Оценивая результаты успеваемости студентов за 3 года обучения в ДонНМУ им.М.Горького, отметим, что у лиц с высоким уровнем мотивации достижения в зачётных книжках наблюдались только «хорошие» и «отличные» оценки. Трое из данной группы студентов претендуют в перспективе на «красный диплом».

Среди студентов со средним уровнем мотивации достижения только пятеро учились в основном на «хорошо» и никогда не пересдавали

изучаемые предметы. У остальных 9 человек наблюдались как «хорошие», так и «удовлетворительные» оценки, а также единичные пересдачи изучаемых предметов.

Группа студентов с низким уровнем мотивации достижения училась в основном на «удовлетворительно», нередко пересдавая изучаемые дисциплины.

Учитывая вышеобозначенное распределение, можно предположить определённую взаимосвязь между мотивацией достижения и успеваемостью студентов. С целью проверки данной взаимосвязи был проведен корреляционный анализ успеваемости студентов от уровня мотивации достижения.

Проведённый корреляционный анализ успеваемости студентов от мотивации достижения выявил статистически достоверную связь на уровне $r = 0,523$ и $p = 0,0285$. Таким образом, можно утверждать, что чем выше уровень мотивации достижения у студентов, тем лучше в целом их успеваемость.

Учитывая полученные результаты исследования, можно сделать вывод о том, что успеваемость студентов находится в тесной зависимости от уровня их мотивации достижения. Это подтверждает тот факт, что студента в системе «обучающий - обучаемый» следует рассматривать не только как объект управления этой системы, но и как субъект деятельности, к анализу обучения которого в ВУЗе нельзя подходить односторонне, обращая внимания лишь на «технология» учебного процесса и не принимая в расчет мотивацию, которая определяет творческое, инициативное отношение человека к делу и влияет как на характер, так и на качество выполнения труда.

Выявленные особенности внутренней и внешней мотивации у студентов с разным уровнем мотивации достижения позволяют предположить, что внутренне мотивированные, по сравнению с внешне мотивированными, более продуктивны в приобретении новых знаний и нацелены на получение высокого уровня образования. Вероятно, это объясняется тем, что иницирующие и регулирующие их поведения факторы проистекает изнутри личностного «Я» и полностью находится внутри самого поведения. Внутренне мотивированные деятельности не имеют поощрений, кроме самой активности. Люди вовлекаются в деятельность ради неё самой, а не ради каких-либо внешних наград. Такая деятельность является самоцелью, а не средством для достижения некой другой цели. По-

видимому, это является идеальной моделью соответствия между личностью и профессиональной деятельностью, т.к. в данной ситуации происходит полное совпадение объективного содержания деятельности и её личностного смысла.

Таким образом, мы имеем все основания рассматривать внутреннюю мотивацию в качестве эталонной модели успешного профессионального развития. Учитывая изложенное выше, в процессе обучения студентов необходимо развивать и максимально стимулировать их внутреннюю мотивацию.

В случае преобладания внешней мотивации, когда выбираемая деятельность не соответствует индивидуальным особенностям личности, её мотивам и ценностям, человек не воспринимает

профессиональную деятельность как личную необходимость, вследствие чего регуляция профессиональной активности будет осуществляться посредством либо внешних по отношению к профессиональной сфере стимулов, либо чрезмерных энергозатрат для поддержания соответствующего профессионального статуса. Следовательно, одним из важнейших способов освобождения личности от негативного воздействия профессионально-психологического несоответствия в будущем является формирование адекватной, по отношению к возможностям человека, жизненной перспективы, которую невозможно осуществить без реальной оценки собственных возможностей, ценностей, потребностей и адекватного выбора профессии.

С.Г. Пирков, О.М. Виговська

ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ МОТИВАЦІЇ ДОСЯГНЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Проведено дослідження мотивації досягнення 25 студентів 4 курсу 2 медичного факультета ДонНМУ ім. М.Горького. Отримані результати дослідження свідчать про те, що успішність студентів знаходиться в тісній залежності від рівня їх мотивації досягнення. Виявлені особливості внутрішньої і зовнішньої мотивації у студентів із різним рівнем мотивації досягнення дозволяють припустити, що внутрішньо мотивовані, в порівнянні з зовні мотивованими, більш продуктивні в придбанні нових знань і націлені на отримання високого рівня освіти. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 94-97).

S.G. Pyrkov, E.M. Vygovskaya

PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF ACHIEVEMENT MOTIVATION AMONG MEDICAL STUDENTS IN CONDITIONS OF EDUCATIONAL ACTIVITIES

Donetsk national medical university named by M.Gorky

Research of motivation of achievement of 25 students 4 courses 2 medical faculties DonNMU named by M.Gorky is carried out. The obtained results of the study indicate that students' academic performance is closely dependent on their level of achievement motivation. These features of internal and external motivation in students with different levels of achievement motivation suggest that internally motivated, as compared with externally motivated, more productive in acquiring new knowledge and seek to obtain a high level of education. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 94-97).

Литература

1. Ананьев Б.Г. К психофизиологии студенческого возраста // Современные психологические проблемы высшей школы. - СПб., 2004. - Выпуск 2. - С.25
2. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирования личности. - М., 2006. - С.122.
3. Аткинсон Дж.В. Теория о развитии мотивации. - Н., 2006. - 356с.
4. Бондаренко С.М. Проблема формирования познавательного интереса при классно-групповом и программированном обучении: по материалам психолого-педагогической литературы. // Вопросы алгоритмизации и программирования обучения / Под ред. Л.Н.Ланды. - М., 2003. - Вып. 2. - С.63

5. Закон України «Про освіту» (Закон с учётом изменений от 23.12.2010г.)
6. Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. Психологические особенности человека. - Т.1. - Л., 1990. - 264с.
7. Орлов Ю.М. Потребностно-мотивационные факторы эффективности учебной деятельности студентов ВУЗа: Автореф. ...-д-ра психол. н. - М., 1984.- 34с.
8. Тарасов В. Персонал - технология: отбор и подготовка менеджеров.- Ленинград, "Машиностроение", 1989.- С.301
9. George F. Kneller. Introduction to the Philosophy of Education. - New York: John Wiley and Sons, 1971. - P. 20-21.

Поступила в редакцию 16.04.2012

УДК 616.69-008.14+616.89-008.442.4]-085

*Г.С. Кочарян***ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЭЯКУЛЯЦИИ: КОГНИТИВНЫЕ ПРИЕМЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: расстройства эякуляции, психотерапия, когнитивные приемы

Несмотря на огромную значимость расстройств эрекции и большую частоту обращений за сексологической помощью в связи с этими расстройствами, современные исследования свидетельствуют о большей распространенности у мужчин нарушений эякуляции. Чаще всего речь идет о преждевременном семяизвержении. Отмечается, что это самая частая сексуальная жалоба [5] и самая распространенная сексуальная дисфункция у мужчин до 40 лет [8], а также, что она имеет место почти у каждого третьего мужчины во всем мире в возрасте между 18 и 59 годами [3]. М. Metz [4], ссылаясь на литературные данные (Lauman, Paik, Rosen, 1999), информирует, что преждевременная эякуляция имеет место приблизительно у 29% всех мужчин. Более того, отмечается, что она встречается чаще, чем эректильная дисфункция [7], что соответствует приведенному выше мнению. При этом отмечается, что при такой частоте только от 1 до 12% лиц с данной патологией обращаются за медицинской помощью [2]. Существуют значительные трудности в диагностировании преждевременной эякуляции, что связано с неоднозначными подходами к ее определению.

Ретардированная эякуляция в качестве жалобы встречается крайне редко. Ее распространенность меньше 3% [6]. Одной из причин этого является, по-видимому, то обстоятельство, что обыденное представление о потентном мужчине предполагает возможность проведения им длительного полового акта. Однако в ряде случаев большая его продолжительность может восприниматься весьма негативно. Так, один наш пациент при обращении за лечебной помощью жаловался на то, что половой акт продолжается 40 мин. При его проведении он и его жена в поту с нетерпением ждут когда же, наконец, наступит семяизвержение. Очень редко можно встретиться с жалобами на отсутствие при коитусе эякуляции. Если в одних случаях речь идет об отсутствии семяизвержения при половом акте,

мастурбации, ночных эротических сновидениях, то в других – только при половом акте.

Пациенты, которых беспокоит продолжительность их полового акта, нуждаются в проведении психотерапии, направленной на коррекцию масштаба переживаний. Для этого нами используются различные когнитивные приемы [1]. Эти приемы базируются на объяснении причин возникновения расстройств эякуляции, а их целью является изменение отношения к ним пациентов. Далеко не всегда изменения длительности полового акта являются проявлением патологии. Так, например, преждевременное семяизвержение часто может быть следствием длительных перерывов в половой жизни. В этих случаях целесообразно объяснить пациенту связь между длительностью полового акта и частотой сексуальных контактов. Мы обычно проводим аналогию между существующей ситуацией и ситуацией с проголодавшимся человеком: просим мужчину ответить на вопрос, быстро ли он будет есть, если в течение нескольких дней его не будут кормить. Этот прием весьма эффективен. При быстро протекающем половом акте также следует осуществлять работу по усилению самоуважения пациента, проводя аналогию с другими поведенческими актами, быстрое выполнение которых свидетельствует о высокой компетентности и хороших способностях человека [1]. Так, если поставленную на работе руководством задачу человек решает быстро, то это положительно свидетельствует о нем. В этом же ключе можно проводить сопоставление с быстрым решением математических задач. Также самооценку мужчины можно повысить, рассказывая о том, что гипогонадизм (лица, у которых по разным причинам снижена продукция мужского полового гормона) характеризуются низкой сексуальной реактивностью, в основе которой лежит резкое ослабление полового влечения, что, в частности, может выражаться в очень длительных, подчас не завершающихся семяизвер-

жением половых актов. Могут приводиться и примеры с людьми пожилого возраста, у которых в силу влияния факторов, обусловленных старением, не каждый половой акт завершается эякуляцией [1].

У лиц с увеличением продолжительности полового акта меры, направленные на повышение их самооценки, имеют свои особенности. Обратившийся к нам за лечебной помощью мужчина жаловался на то, что у него очень большая длительность полового акта, который он, более того, может завершить только интенсифицировав фрикции и настроившись на его окончание. Мы сообщили этому пациенту, что очень часто за лечебной помощью обращаются люди с преждевременным семяизвержением, и он – человек способный длительно проводить половой акт и заканчивать его по собственному желанию – должен гордиться этим. В процессе такой работы самооценка пациента значительно улучшилась. Это, однако, не исключало необходимость медикаментозной терапии, направленной на уменьшение продолжительности коитуса. В случаях анэякуляции при сохранной эрекции можно указать мужчине на существующий позитив. Так, например, одному нашему пациенту с данной патологией, который заявил, что он «не мо-

жет кончить», мы сказали, что это гораздо лучше, чем если бы он «не мог начать» (имелось в виду расстройство эрекции), и намного лучше преждевременной эякуляции, так как он способен удовлетворить любую женщину. Беседа, проведенная в таком ключе, оказала на него выраженное позитивное воздействие, что вовсе не отменяло потребность в биологически ориентированной терапии [1].

В связи с вышеизложенным необходимо напомнить, что одно и то же явление можно воспринимать по-разному. Многое зависит именно от точки зрения. В этом плане интересен следующий анекдот. Речь идет о человеке, который лечился у психолога в связи с ночным недержанием мочи и остался этим очень доволен. Когда его спросили, избавился ли он от этого расстройства, то последовал отрицательный ответ. Однако он заявил, что стал уважать себя за его наличие.

Приведенные выше когнитивные приемы, конечно же, не отменяют необходимости устранения расстройств эякуляции, тем более что они, когда речь идет о патологии, искажают или приукрашивают действительное положение вещей. В данном случае, однако, эти приемы выполняют позитивную психопротективную функцию [1].

Г.С. Кочарян

ПСИХОТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ЕЯКУЛЯЦІЇ: КОГНІТИВНІ ПРИЙОМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Представлені різні ефективні когнітивні прийоми, які можна використовувати для корекції внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з передчасною і ретардованою еякуляцією, а також анэякуляцією. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 98-99).

G.S. Kocharyan

PSYCHOTHERAPY PATIENTS WITH EJACULATORY DISORDERS: COGNITIVE WAYS

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

Different effective cognitive ways are presented for correction of “internal picture of disease” in patients with premature, delayed ejaculation, and anejaculation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 98-99).

Литература

1. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
2. Ученые измерили преждевременную эякуляцию. Сексopatология. 04.06.2005 // <http://www.health.am/rus/site/more/1889/>
3. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction // J Sex Med. – 2006. – 3, Suppl. 4. – P. 295–302.
4. Metz M. Premature Ejaculation: What is its Etiology? An Integrative, Biopsychosocial, Multidimensional Approach // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/?ID=47350>

5. Palmer N. R., Stuckey B. G. Premature ejaculation: a clinical update // Med J Aust. – 2008. – 188 (11). – P. 662–666.
6. Perelman M. A., Rowland D. L. Retarded ejaculation // World J Urol. – 2006 – 24 (6). – P. 645–652.
7. Powell J. A., Wyllie M. G. “Up and coming” treatments for premature ejaculation: progress towards an approved therapy // Int J Impot Res. – 2009. – 21 (2). – P. 107–115.
8. Vardi Y., McMahon C. G., Waldinger M. D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // J Sex Med. – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.

Поступила в редакцию 09.03.2012

УДК: 616.895.8-06:616-006

*Е.М. Денисов***РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: распространённость, метаболический синдром, шизофрения, атипичные антипсихотики, традиционные нейролептики, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, артериальная гипертензия, индекс массы тела

Одной из важных характеристик пациентов, страдающих шизофренией, является высокая частота сопутствующих соматических заболеваний. Коморбидная шизофрении соматическая патология (преобладают метаболические нарушения, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)) сопряжена не только с повышением показателей заболеваемости и смертности, но и с серьезными проблемами в оказании психофармакологической помощи этому контингенту [1,3].

Опубликовано достаточное количество работ по лечению шизофрении и аффективных расстройств у пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями, основанных на результатах двойных слепых плацебо-контролируемых исследований антипсихотиков [2]. Однако следует учитывать тот факт, что подавляющее большинство этих исследований было выполнено на выборках, исключая участие пациентов с актуальными соматическими заболеваниями [10]. В связи с этим на симпозиуме, состоявшемся в рамках APA Annual Meeting в Торонто (Онтарио, Канада), 22 мая 2006 г., особое внимание уделялось рассмотрению клинических и практических аспектов применения антипсихотиков у больных шизофренией с коморбидной соматической патологией, а также проблеме минимизации риска эксацербации соматической патологии [1].

В исследованиях последних лет отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми из которых являются артериальная гипертензия (АГ) (20%), гиперлипидемия (14%) и сахарный диабет (СД) (11%) [35]. При анализе естественных причин смерти больных шизофренией было выявлено многократное превышение стандартизованных показателей смертности у больных шизофренией по сравнению с общей популяцией: по ССЗ – в 2,3

раза, по СД – в 2,7 раза.

Лица, страдающие психическими расстройствами, подвержены выраженному риску заболеваемости и смертности в связи с причинами медицинского характера по сравнению с общим населением [23]. ССЗ являются ведущей причиной смерти, поэтому именно они представляют собой долгосрочные последствия для здоровья общего населения в целом. С учётом повышенного риска ССЗ у больных шизофренией особенно значимым является уделение внимания тем факторам, которые способствуют повышению степени этого риска, в случае длительно предпринимаемых мер по улучшению состояния здоровья таких пациентов. Важно отметить, что существует ряд хорошо известных модифицирующих факторов риска, связанных с ССЗ, которые поддаются контролю, что может способствовать повышению эффективности снижения общего риска.

В последние годы принято говорить о так называемом кардиометаболическом риске, ведущим фактором, в повышении которого выступает метаболический синдром (МС). Наличие МС значительно повышает риск развития ССЗ и СД 2 типа [15].

С тех пор, как термин «МС» вошёл в клиническую практику и были определены его критерии, исследователи разных стран предпринимали попытки оценить распространённость данного состояния, его связь с различными факторами риска, а также прогностическое значение.

В качестве специфических факторов, которые могут приводить к развитию МС, следует отнести следующие: наличие психических расстройств: шизофрения [39,53,47], биполярное аффективное расстройство [56], посттравматическое стрессовое расстройство [42], депрессивные [31, 62] и тревожные расстройства [63]; приём атипичных антипсихотиков [11,54]; психопатологические нарушения, такие как тревога и

депрессия, за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [9]; негативные расстройства при шизофрении, апатические расстройства могут приводить к формированию нездорового образа жизни (нерациональное питание- преобладание жиров и углеводов, недостаток растительной клетчатки; гипокинезия) [11]; преобладание в рационе питания жирной пищи, “быстрых” и “частых” перекусов; снижение физической активности.

Было показано, что распространённость МС у

больных шизофренией варьирует в различных популяциях и в большей степени зависит от использования критериев диагностики, которые до настоящего времени чётко не определены. Прогностическое значение МС, как самостоятельного фактора риска, так же до сих пор остаётся не вполне ясным и служит предметом дискуссии последних лет.

Первые диагностические критерии МС были предложены экспертами ВОЗ в 1998 году (таб.1), которые поставили во главу диагностики МС – инсулинорезистентность [64].

Таблица 1

Диагностические критерии ВОЗ

Сахарный диабет, гипергликемия натощак или инсулинорезистентность и по крайней мере, два из следующих критериев:

- соотношение окружности талии к окружности бёдер $\geq 0,90$ у мужчин и $\geq 0,85$ у женщин.
- триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л или холестерин ЛПВП $\leq 0,9$ ммоль/л у мужчин и $\leq 1,0$ ммоль у женщин.
- артериальное давление $\geq 140/90$ мм.рт.ст.
- экскреция альбумина с мочой ≥ 20 мкг/мин или отношение альбумин/креатинин ≥ 30 мг/г

В 1999 году рабочей группой были разработаны диагностические критерии ECIR (European group for the study of Insulin Resistance) [17]. В него включалась инсули-

норезистентность и гиперинсулинемия. Одной из главных особенностей стало исключение из критериев обменных расстройств СД (Табл.2)

Таблица 2

Диагностические критерии ECIR

Гиперинсулинемия и любые два из нижеследующих признаков:

- окружность талии более 94 см у мужчин и 80 см у женщин.
- гипертриглицеридемия более 2 ммоль/л или снижение ЛПВП менее 1,0 ммоль/л.
- артериальное давление более 140/90 мм.рт.ст.
- глюкоза более 6,1 ммоль/л.

В 2001 году группой учёных были разработаны критерии NCEP-АТР III [32], которые были направлены на выявление больных с высоким

риском развития метаболических расстройств и нуждающихся в активном изменении образа жизни (Табл.3)

Таблица 3

Диагностические критерии NCEP-АТР III

Любые три или более из следующих критериев:

- окружность талии ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин.
- триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л.
- артериальное давление $\geq 130/85$ мм.рт.ст.
- холестерин ЛПВП $\leq 1,0$ ммоль/л у мужчин и $\leq 1,3$ ммоль/л у женщин.
- глюкоза сыворотки $\geq 6,1$ ммоль/л (в модификации $\geq 5,6$ ммоль/л)

В 2003 году Американской ассоциацией клинических эндокринологов (ААСЕ) [20] были мо-

дифицированы критерии NCEP-АТР III в сторону появления инсулинорезистентности (Табл.4)

Диагностические критерии синдрома инсулинрезистентности ААСЕ

Фактор риска	Пограничные значения
Ожирение	ИМТ более 25кг/м ²
Триглицериды	Более 150 мг/дл.
Холестерин ЛПВП	
Мужчины	Более 40 мг/дл.
Женщины	Более 50 мг/дл.
Артериальное давление	Более 135/85 мм.рт.ст.
Глюкоза натощак	110-126 мг/дл.
Глюкоза через 2 часа после нагрузки	Более 140 мг/дл.
Другие факторы риска	Семейный анамнез сахарного диабета, артериальная гипертония, сидячий образ жизни, этническая группа риска, возраст

Для эпидемиологических исследований наличия МС в основном использовались диагностические критерии NCEP-АТР III. Однако в 2005 экспертами ВОЗ были разработаны критерии

международной федерации сахарного диабета (IDF) [46], которые являются основой большинства последних эпидемиологических исследований (Табл.5).

Таблица 5

Диагностические критерии международной федерации сахарного диабета (IDF)

<p>Абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин ≥ 94 см, у женщин ≥ 80 см) и любые два из четырёх ниже перечисленных признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - триглицериды ≥ 155 мг/дл. (1,7 ммоль/л) или же проводится гипополипидемическая терапия; - холестерин липопротеидов высокой плотности $\leq 39/50$ мг/дл.(1,03/1,29 ммоль/л) для мужчин/женщин, соответственно; АДс ≥ 130 или АДд ≥ 85 мм.рт.ст; - уровень глюкозы в плазме ≥ 101 мг/дл. (5,6 ммоль/л).

В ответ на введение критериев IDF в 2006 году Американская ассоциация кардиологов (АНА) совместно с Национальным институтом сердца, лёгких и крови (NHLBI) [38] опубликовали но-

вый консенсус по диагностике и ведению МС, в котором были обновлены критерии NCEP-АТР III и показано отсутствие обязательного фактора риска развития для диагностики МС (Табл.6)

Таблица 6

Диагностические критерии АНА/NHLB

3 из 5 критериев	Критическое значения
Окружность талии	≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин
Триглицериды	≥ 150 мг/дл (1,7 ммоль/л) или терапия по поводу снижения триглицеридов
Снижение ЛПВП	≤ 40 мг/дл (1,03 ммоль) у мужчин и ≤ 50 мг/дл (1,3 ммоль/л) у женщин или терапия по поводу снижения ЛПВП
Артериальная гипертензия	≥ 135 мм.рт.ст. для САД или ≥ 85 мм.рт.ст. для ДАД или терапия по поводу АГ
Повышение глюкозы натощак	≥ 100 мг/дл или лекарственная терапия по поводу гипергликемии

По мере роста интереса к возникновению МС было проведено достаточное количество исследований в мире с изучением распространённости этого патологического состояния у лиц, страдающих шизофренией и связанных с ним расстройством. Однако следует отметить, что не во всех исследованиях использовалась группа контроля, что затрудняет формулировку основных заключений, касающихся повышенного риска, связанного с шизофренией.

Как правило, МС при шизофрении встречался более часто – до 67% случаев [48] по сравнению с показателями распространённости, скорректированными с учётом возраста, которые в США составили 25% [36]. Если и показатели распространённости в общей популяции в Европе являлись более низкими (20-30%), тем не менее, наблюдалось их нарастание. В ходе исследований с использованием контрольной группы было продемонстрировано, что МС встречался с частотой, превышающей таковую в общей популяции примерно в 4 раза.

Первая работа по оценке распространённости МС у больных шизофренией была проведена в Финляндии. Так, Т. Heiskanen (2003) [40], изучая 135 амбулаторных больных с шизофренией и шизоаффективным расстройством, определил МС в 37% случаев согласно критериям NСЕР-АТР III, что было в 2-4 раза больше, чем распространённость МС в эпидемиологическом исследовании населения Финляндии. При этом большая частота МС была выявлена у мужчин, чем у женщин, а наиболее частыми симптомами было абдоминальное ожирение (АО) и повышение уровня глюкозы в крови. Примерно такие же данные были приведены и J.M. Suvisaari (2007) [61].

В работе N.Almeras и соавт (2004) [16], выполненной в Канаде, была выявлена распространённость МС по критериям NСЕР-АТР III у 33% больных, принимавших оланзапин и у 11% больных, получавших рисперидон.

В этом же году в США было проведено исследование распространённости МС у 330 больных с шизоаффективным расстройством, где было выявлено данное нарушение у 42,4% пациентов [18]. В исследовании Т. Sohn и соавт. (2004) [24], выполненной в США, было обследовано 240 больных с хронической шизофренией. Был выявлено, что МС развивался у 42,6% мужчин и 48,5% женщин, что было почти в 2 раза выше, чем распространённость МС среди населения США сходного возраста, обследованного в программе NHANES III. В группах боль-

ных моложе 45 лет и старше частота развития МС была сопоставима (43,8% и 45,85). АО по критерию окружности талии было выявлено у 44% мужчин и 78% у женщин. Общее ожирение наблюдалось у 31% мужчин и 44% женщин.

J.M. Meyer и соавт. (2005) [53] в США провели крупномасштабное исследование распространённости МС у 1231 больных шизофренией. Так, данное расстройство было отмечено у 35,8% пациентов (63% женщин и 29,2% мужчин). В этом же году J. McEvoy и соавторы [52], используя данные стартового обследования 689 пациентов с шизофренией независимого от финансовой помощи фармацевтических компаний исследования CATIE (Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness Schizophrenia Trial), проводившегося в США, показали, что распространённость МС среди обследованных больных была в пределах 40,9%. Метаболические изменения в этом исследовании чаще были у женщин (54,2%) в отличие от мужчин (36,6%). При сопоставлении полученных данных по расе и возрасту, показатели были выше таковых для представителей белой расы (56,2%) в отличие от 40,9% у афроамериканцев. Сопоставимые результаты были выявлены в работе С. U. Corelli (2006) [25].

В Западной Европе распространённость метаболических расстройств среди больных шизофренией в целом был ниже, чем в Северной Америке. Так, в Бельгии при обследовании 415 больных шизофренией, МС был выявлен у 26,7% больных, согласно критериев NСЕР-АТР III и 33,3% по критериям IDF, что более чем в 2 раза было выше, чем распространённость МС среди психически здоровых бельгийцев [27, 30].

В другой научной работе М. De Hert (2006) [28] показал чёткую зависимость распространённости метаболических нарушений от продолжительности заболевания. У больных с первым психотическим расстройством распространённость МС составляла 17%. У пациентов с длительностью болезни до 10 лет – 28,5%, от 10 до 20 лет – 42,4%. У больных с длительностью шизофрении более 20 лет МС развивался у 49,4%.

В 2007 году М. De Hert [29] провёл сравнительное исследование распространённости обменных расстройств у больных шизофренией, принимавших различные атипичные антипсихотики (АА) на протяжении 3-х месяцев. Распространённость МС у данной категории ранжировалась следующим образом: 9,7% у пациентов, принимавших арипипразол, 13% - амисульприд, 24% - рисперидон, 32% - кветиапин, 33,3% -

оланзапин, и у 56% пациентов, получавших клозапин.

S. Nagg и соавт. (2007) [39] в Швеции провели крупномасштабное исследование наличия метаболических нарушений у 269 больных шизофренией. Распространённость данного расстройства, согласно критериев NСЕР-АТР III, была одинаковой для мужчин (32,8%) и женщин (38%). Наибольшая частота развития МС (43%) была в возрастной группе от 40 до 49 лет. Чаще всего МС развивался у пациентов, принимавших клозапин (48%). У мужчин чаще всего наблюдалась артериальная гипертензия (АГ, 49,2%), а у женщин снижение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП, 40,2%) и (АО, 75%).

В многоцентровом исследовании распространённости МС у 1418 больных шизофренией в Испании, было показано, что у 24,6% обследованных отмечались различного рода метаболические расстройства, что соответствовало распространённости этого состояния среди испанцев на 10-15 лет старше больных шизофренией в исследуемой выборке [21]. Другим испанским исследователем М. Bernardo et al. (2009) [19] было проведено исследование распространённости отдельных компонентов МС у 733 больных шизофренией. Показано, что 71% пациентов курили, у 66% отмечалась гиперхолестеринемия, у 21% - артериальная гипертония, у 7% - СД. Общая распространённость метаболических расстройств находилась в пределах 20%.

Примерно такие же результаты были получены Н. Mulder (2007) [55] в Нидерландах. Распространённость МС у данных больных по критериям NСЕР-АТР III составило около 20%. Голландским исследователем S.G. Schorr (2009) [58] было показано распространение МС у больных с первым психотическим эпизодом. У данной категории больных метаболические расстройства были выявлены в 35% случаев. При этом достоверно чаще отмечалось АО, ССЗ, СД 2 типа.

В Дании распространённость МС изучалось в обсервационном исследовании среди 170 амбулаторных больных шизофренией, получавших АА второй генерации. МС развивался у 48,2% пациентов, получавших атипичные нейролептики в отличие от 29,6% людей в общей популяции Дании [51]. При этом достоверно чаще наблюдалось повышение объёма талии, массы тела, уровня триглицеридов, глюкозы, липопротеидов низкой плотности.

Изучению метаболических расстройств у больных шизофренией было посвящено также

эпидемиологическое исследование METEOR [30]. Это крупнейшее в Европе обсервационное исследование, посвящённое этой проблеме. В исследование были включены амбулаторные больные с шизофренией, получавшие терапию антипсихотиками по меньшей мере в течение 3 месяцев. Пациенты распределялись в две терапевтические группы в соотношении 1:3 для получающих лечение традиционными нейролептиками (ТН) и АА соответственно. В общей сложности в исследование, проводившееся в 12 странах, было включено 2463 пациента (средний возраст 41 год, 54,6% мужчин). МС был выявлен у 34% больных, в т.ч. 26% - гипергликемия (0,3% - получали лечение по поводу сахарного диабета 1 типа, 3,5% - по поводу сахарного диабета 2 типа), 67,7% - дислипидемия (7,1% - получали лечение по поводу нарушений липидного обмена), 38% - АГ (10,9% лечились от артериальной гипертонии).

В обсервационном исследовании распространённости МС у больных шизофренией среди амбулаторных больных шизофренией в Германии было выявлено 49,6% пациентов, страдающих метаболическими расстройствами [50]. В данной работе не было выявлено зависимости между приёмом нейролептиков и развитием МС. Возникновение метаболических расстройств было связано с сопутствующей соматической патологией, курением, мужским полом, повышением С – белка в плазме крови.

В эпидемиологическом исследовании PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta – Analyses), включавшем в себя 48 клинических исследований, проведенных с 2000 по 2011 год в пяти странах Западной Европы было показано повышение артериального давления (АД) у 50% пациентов, увеличение триглицеридов у 59,9% больных, повышение холестерина (41,5% и глюкозы (44,3%), а также значимое увеличение массы тела у 47,9% пациентов. Повышение уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1) было выявлено у 25% пациентов.

В работе L. Ferreira (2010) [33] были показаны факторы риска развития МС у больных шизофренией в Португалии. Так более 65% пациентов курили, у 59,1% отмечалась дислипидемия, у 78,4% - нарушение питания, у 64,2% - сидячий образ жизни, у 64,2% - ожирение, у 50,9% - абдоминальное ожирение, у 45% - артериальная гипертензия. Общее распространение МС был в пределах 41%.

Исследование по распространённости обмен-

ных расстройств у 319 больных шизофренией в возрасте 18-75 лет в Турции, выявило 34,2% пациентов с метаболическими нарушениями, согласно критериям NCEP-АТР III и 41,7% - IDF. В тоже время наиболее часто (55,5%) МС наблюдался у лиц в возрастной группе – 20-29 лет [65]. Такие же данные были получены турецким исследователем О. Voke (2008) [22].

В Японии в рамках национального проекта Iwaki Health Promotion Project были включены в исследование 1186 больных с шизофренией, средний возраст которых составил $54,8 \pm 14,8$ лет. МС был выявлен у 27,5% пациентов (29,8% у мужчин и 25,3% у женщин) [60].

Исследование наличия МС у 650 больных шизофренией в Тайване выявило общую распространённость данного состояния до 35% (у 38,9% женщин и 31,5% мужчин) [44]. В этом же году в Китае было проведено исследование 567 пациентов с шизофренией, получавших клозапин, оланзапин и рисперидон. Распространённость метаболических расстройств находилась в пределах 25%. Наибольшая частота встречаемости МС была у больных, принимавших клозапин (28,7%), в отличие от пациентов, которые получали оланзапин (24,2%) и рисперидон (19,5%) [26].

Н. Heiskanen и соавт. (2006) [41] было проведено исследование распространённости метаболических нарушений у больных с депрессивным эпизодом при шизоаффективном и биполярном аффективном расстройстве. Так, среди людей, которые перенесли хотя бы один эпизод депрессии, распространённость МС оставляло 36% [49]. А у пациентов, которые в течение 6 лет страдали депрессивными нарушениями, распространённость МС увеличивалась до 58% [41]. Необходимо отметить, что в популяции пациентов, у которых было диагностировано не менее трех компонентов МС, в 61,5% выявлялась депрессивная симптоматика [59], что значительно превышало распространённость депрессии среди данных пациентов.

В противоположность этому, исследование, проведенное в Финляндии, в которое был включен 569 человек молодого возраста с депрессивной симптоматикой, не показало значимой связи между депрессией и компонентами МС [43]. Также отрицательный результат был получен американскими исследователями, которые изучали взаимосвязь депрессии и МС у мужчин в возрасте 17–39 лет [49]. Нельзя исключить, что противоречивость результатов не была связана с особенностями изучаемых

популяций пациентов. При разработке дизайна таких исследований имелись некоторые трудности. Дело в том, что риск развития МС был сопряжен с множеством различных факторов. К ним относились, например, пищевые предпочтения. Так, употребление жирной, высококалорийной пищи увеличивало риск развития метаболических нарушений. Большое значение имели образ жизни, физические нагрузки, вредные привычки, такие как курение.

Некоторыми исследователями обсуждался вопрос о влиянии гендерных факторов на связь депрессивного эпизода и МС. Наиболее объемное исследование в этом направлении было проведено в 2004 г. L. Kinder и соавт [49]. Были обследованы 3189 мужчин и 3003 женщины в возрасте от 17 до 39 лет. Полученные данные свидетельствовали, что у молодых женщин, имеющих в анамнезе депрессивный эпизод, метаболические нарушения встречались в 2 раза чаще, чем у мужчин. В проспективном исследовании, включающем 425 женщин среднего возраста, результаты подтверждали, что перенесенная депрессия увеличивала риск развития МС [41,49].

S. Grover с соавт. (2010) [37] провели в Индии исследование распространённости МС у 227 больных шизофренией. В общей сложности у 43,6 % пациентов диагностировались данные нарушения согласно критериям IDF. Наиболее частым отклонением было увеличение окружности талии (64,8 %), а повышение уровня глюкозы было наименее низким (15,9 %). Метаболические расстройства наиболее часто отмечались в возрасте 35 лет, у женского пола, у пациентов, которые проживали в городе.

Самый высокий уровень распространённости МС у больных шизофренией был выявлен в Австралии. Необходимо отметить, что у 61,6% пациентов диагностировались метаболические расстройства по критериям IDF. При этом у пациентов наиболее часто был повышенный уровень глюкозы (65%), повышение массы тела (85,5%), гиперхолестеринемия (57%), гипертриглицеридемия (60%), повышение АД (51%) [47].

При анализе литературы было выявлено достаточное количество научных работ, касающихся распространённости МС у больных шизофренией в России. Д.В. Ястребовым (2005) [14] было проведено исследование метаболических нарушений при терапии антипсихотиками. Распространённость МС у больных шизофренией значительно была выше, чем в общей популяции и достигал 40%, что было связано с рядом факторов – побочными эффектами психотропных

средств, в особенности, атипичных нейролептиков, влиянием самого заболевания на нейроэндокринную регуляцию, обусловленным заболеванием нездоровым образом жизни: нерациональное питание, курение, низкая активность.

В работе Л.Н. Горобец (2007) [4] оценивался нейроэндокринный статус больных, получающих антипсихотическую терапию, в т.ч. изучалась частота развития обменных расстройств. Однако, отсутствие результатов исследования биохимических показателей не позволял сделать вывод о распространенности обменных нарушений по современным международным критериям.

С.Г. Капилетти и соавторы (2008) [7] проводили оценку распространенности компонентов МС среди больных шизофренией, имевших на момент обследования стабильное психическое состояние и получавших в течение 3-х месяцев монотерапию одним из антипсихотических препаратов. Было обследовано 383 пациента (40,5% женщин, 59% мужчин со средним возрастом 37,4 лет). Из них 286 человек получали АА (137 – рисперидон, 45 – оланзапин, 42 – амисульприд, 39 – клозапин, 28 – кветиапин), остальные – ТН. Избыточный вес (индекс массы тела, ИМТ более 25 кг/м²) был выявлен у 54,9% больных, ожирение (ИМТ более 30 кг/м²) у 17,9% пациентов. МС был диагностирован у 25,1% больных, получавших традиционную терапию. Среди отдельных параметров МС отмечалась более высокая частота снижения уровня ЛПВП (у 64% больных), АО (у 30,6% пациентов) и очень высокая вероятность развития гипергликемии (у 23,2% больных). Данных о частоте развития гипертриглицеридемии для всей выборки пациентов приведены не были, но описанный диапазон от 51,4% для группы клозапина и 25,2% для группы рисперидона, говорили о высокой распространенности данного показателя.

В работе И.А. Мартынихина (2009) [9] было показано, что распространенность МС, согласно критериям IDF составляла 36,0%, по критериям NCEPATP III – 34,8%. Наиболее распространенным параметром метаболических нарушений было снижение уровня ЛПВП, которое было выявлено у 74,2% обследованных больных. Также часто отмечалось повышение коэффициента атерогенности (у 70,8% больных) на фоне нормального уровня общего холестерина и глюкозы крови. МС чаще встречался среди женщин, чем среди мужчин (61,5% и 16,0%). Каждая вторая женщина, госпитализированная по поводу параноидной шизофрении, и каждый пятый мужчина имели признаки МС. Почти у 3/4 об-

следованных встречалось нарушение липидного обмена в виде снижения антиатерогенных фракций холестерина (холестерин ЛПВП) и повышение коэффициента атерогенности. При анализе влияния специфических для больных шизофренией факторов риска развития метаболических расстройств, выявлено, что влияние терапии АА (в частности клозапином и оланзапином) оказывается значимым только в возрастных группах до 30 лет и от 30 до 45 лет, в более старших возрастных группах МС имел широкое распространение (до 56% среди больных старше 60 лет), но развивался без связи с АА. Другие особенности течения шизофрении не показали взаимосвязи с развитием обменных нарушений.

С.Н. Подвиговым (2011) [13] было проведено исследование наличия АГ и МС у больных шизофренией. Признаки метаболических изменений были выявлены у 54 из 150 пациентов с коморбидной АГ и у 58 из 345 пациентов без АГ. Общая частота МС в выборке больных составила 22,6%. Среди пациентов с МС 93,7% составили женщины и 6,3% - мужчины. Было установлено, что факторами риска развития МС являлся женский пол и состояние постменопаузы, причем только для больных шизофренией с коморбидной АГ. Другим фактором риска развития МС был апато – абулический вариант дефицитарных расстройств, независимо от наличия или отсутствия коморбидной АГ.

Необходимо отметить, что распространенность МС у больных шизофренией, его диагностические критерии, а также социально-психологические и клинко-психопатологические особенности данных больных в Украине практически не изучены.

Первые результаты данного исследования показывают, что распространенность МС у больных параноидной шизофренией составляет около 40%. При этом отмечается большая частота встречаемости следующих факторов риска: гиподинамия у 78% обследованных, нестабильное питание у 80%, АГ у - 45%, избыточная масса тела и ожирение – у 35,5%, абдоминальный тип отложения подкожно-жировой клетчатки (объем талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) у – 55%, повышение ОХ в плазме более 5,18 ммоль/л у – 60%, повышение уровня ТГ более 1,7 ммоль/л у – 40%, повышение уровня ЛПНП более 3,0 ммоль/л у – 53,3%, снижение уровня ЛПВП менее 1,04 ммоль/л у – 35,5%, повышение уровня глюкозы натощак более 5,5 ммоль/л у – 45% пациентов. Курение, как поведенческий фактор развития МС, наблюдается у

75% больных, избыточное употребление алкоголя у – 10%, недостаточное употребление овощей и фруктов у – 76%, преобладание высококалорийных углеводов и животных жиров в рационе питания у – 80%, низкая физическая активность – у 75,5% больных [6].

Таким образом, проведенный анализ публикаций свидетельствует, что изучение МС у больных шизофренией является актуальной проблемой. Данные пациенты имеют высокую распространенность МС, а также различные факторы

риска обменных нарушений. Некоторые из них являются специфичными для этой категории больных, другие неспецифичными, но изменяющимися под воздействием различных факторов. Независимое влияние каждого из этих факторов на формирование МС еще не установлено. Можно предположить, что вес каждой группы факторов риска может значительно различаться в различных странах в виду генетических, социально-экономических различий, особенностей терапии шизофрении и т.д.

Є.М. Денисов

ПОШИРЕНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У роботі проведений літературний огляд поширеності, факторів ризику розвитку метаболічного синдрому у хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 100-108).

E.M. Denysov

PREVALENCE OF THE METABOLIC SYNDROME IN THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk National Medical University by named M. Gorkiy

We performed the review of prevalence, factors of development of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 100-108).

Литература

1. Бурлаков А.В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией // Психические расстройства в общей медицине. - 2006.-Т.1, №2.- С.13-22.
2. Ванина Е., Подольская А., Седки К. Изменения веса тела, связанные с психофармакотерапией // Метаболические побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). – М., 2003. – С. 2–8.
3. 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.
4. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. М.: ИД “Медпрактика-М”, 2007. – С.126.
5. Горобец Л.Н., Ермолаева Л.Г., Жмурина М.В. Проблемы увеличения веса и развития сахарного диабета при нейролептической терапии шизофрении // Метаболические побочные эффекты и осложнения при психофармакотерапии (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). – М., 2003. – С. 22–28.
6. Денисов Е.М. Метаболические расстройства у больных параноидной шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. - №1 (26). – С.24-30.
7. Капилетти С.Г., Мосолов С.Н., Шафаренко А.А. Частота метаболических расстройств у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию. Материалы Общероссийской конференции «Реализация подпрограммы “Психические расстройства” Федеральной целевой программы “Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011)”». Москва, 28–30 октября 2008. М., 2008. – С.414–416.
8. Крылов В.И. Метаболические эффекты атипичных нейролептиков // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 3. – С. 47–51.
9. Мартынихин И.А. Метаболический синдром и факторы риска его развития среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении / И.А. Мартынихин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19, № 1. – С. 24–28.
10. Мосолов С.Н., Кабанов С.О. Метаболические нарушения при антипсихотической терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, Вып. 2. – С. 162–172.
11. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Соколян Н.А. Распространенность метаболического синдрома среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении в Санкт-Петербурге. Тезисы научно-практической конференции “Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации”. СПб., 2008. – С.147–148.
12. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Соколян Н.А. Частота и характер метаболических нарушений у больных шизофренией. - www.con.med.ru/magazines/special/psychiatryoverview/article/18012/Доступ_06.08.2009.
13. Подвигин С.Н., Будневский А.В., Ширяев О.Ю. Разработка комбинированных способов коррекции метаболического синдрома у больных шизофренией // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2011. – Т.14. – С.15-19.
14. Ястребов Д.В. Метаболические нарушения при терапии антипсихотическими препаратами: рекомендации по диагностике и подбору терапии // Российский медицинский журнал. – 2005. – Т.13., №22 – С.43-52.
15. Alberti K.G, Zimmet P.Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation // Diabetic Medicine. – 1998. – V.15.-P.539–553.
16. Almeras N., Depr is J.P, Villeneuve J. Development of an atherogenic metabolic risk profile associated with the use of atypical antipsychotics // J. Clin. Psychiatry. -2004. – Vol. 65.- P.557–564.
17. Balkau B., Charles M.A. Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR) // Diabet. Med. – 1999. – Vol.16.- P.442–443.
18. Basu R., Brar J.S, Chengappa K.N. The prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizoaffective disorder - bipolar subtype // Bipolar Disord.- 2004. – Vol. 6. – P.314–318.
19. Bernardo M, Donner T, Conget I, Parellada E, Justicia A, Esmatjes E, Garcia-Rizo C, Kirkpatrick B. Metabolic profile of antipsychotic-naive individuals with non-affective psychosis // Br. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 194(5). – P.434-438.

20. Bloomgarden Z.T. American Association of Clinical Endocrinologists (AAACE) Consensus Conference on the Insulin Resistance Syndrome: 25–26 August 2002, Washington, DC // *Diabetes Care*. – 2003. – Vol. 26. – P.933–999.
21. Bobes J., Arango C., Aranda P. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS Study // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 90. – P.162–173.
22. Boke O., Aker S., Sarisoy G., Saricicek E.B., Sahin A.R. Prevalence of metabolic syndrome among inpatients with schizophrenia // *Int. J. Psychiatry Med.* – 2008. – Vol. 38(1). – P.103–112.
23. Casey D.E. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders // *Am. J. Med.* – 2005. – Vol. 118, Suppl. 2. – S.15–22.
24. Cohn T., Prudhomme D., Streiner D. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome // *Can. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 49. – P.753–760.
25. Correlli C.U., Frederickson A.M., Kane J.M. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 67. – P.575–583.
26. Cui L., Chen Z., Deng W., Huang X., Li M., Ma X., Huang C., Jiang L., Wang Y., Wang Q., Collier D.A., Gong Q., Li T. Assessment of white matter abnormalities in paranoid schizophrenia and bipolar mania patients // *Psychiatry Res.* – 2011. – Vol. 194(3). – P.347–353.
27. De Hert M., van Winkel R., Van Eyck D. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 83. – P. 87–93.
28. De Hert M., van Winkel R., Van Eyck D. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study // *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*. – 2006. – Vol. 2. – P. 14–17.
29. De Hert M., Hanssens L., Wampers M. Prevalence and incidence rates of metabolic abnormalities and diabetes in a prospective study of patients treated with second-generation antipsychotics // *Schizophr. Bull.* – 2007. Vol. 33. – P. 560–560.
30. De Hert M., Falissard B., Mauri M. Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia: the METEOR study // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2008. – Vol. 18(Suppl. 4). – P.444–454.
31. Dunbar J.A., Reddy P., Davis-Lameloise N., Philpot B. et al. Depression: an important comorbidity with metabolic syndrome in a general population // *Diabetes Care*. – 2008. – Vol. 31(12). – P. 2368–2373.
32. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) // *JAMA*. – 2001. – V.285. – P. 2486–2497.
33. Ferreira L., Belo A., Abreu-Lima C. A case-control study of cardiovascular risk factors and cardiovascular risk among patients with schizophrenia in a country in the low cardiovascular risk region of Europe // *Rev. Port. Cardiol.* – 2010. – Vol. 29(10). – P.1481–1493.
34. Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V., Rahman A., Tran T., Holton S., Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review // *Bull. World Health Organ.* – 2012. – Vol. 90(2). – P. 139G–149G.
35. Fleischhacker W.W. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial // *Lancet*. – 2008. – V.371 (9618). – P. 1085–1097.
36. Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey // *JAMA*. – 2002. – Vol. 287. – P.356–359.
37. Grover S., Aggarwal M., Dutt A., Chakrabarti S., Avasthi A., Kulhara P., Somaiya M., Malhotra N., Chauhan N. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia in India // *Psychiatry Res.* – 2012. – P.134–142.
38. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement // *Circulation*. – 2005. – Vol. 112. – P.2735–2752.
39. Hagg S., Lindblom Y., Mjanddal T., Adolfsson R. High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clinical Psycho-pharmacology*. – 2006. – Vol. 21(2) - P. 93–98.
40. Heiskanen T., Niskanen L., Lyytikainen R. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2003. – Vol. 64. – P.575–579.
41. Heiskanen T.H., Niskanen L.K., Hintikka J.J. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis. *J. Clin. Psychiatr.* – 2006. – Vol. 67. – P.422–427.
42. Heppner P.S., Crawford E.F., Haji U.A., Atari N. et al. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans // *BMC Medicine*. – 2009. – Vol. 9. – P. 7–14.
43. Herva A., Rasanen P., Miettunen J. Co-occurrence of metabolic syndrome with depression and anxiety in young adults: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study // *Psychosom. Med.* – 2006. – Vol. 68. – P. 213–216.
44. Huang MC, Lu ML, Tsai CJ, Chen PY, Chiu CC, Jian DL, Lin KM, Chen CH. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in Taiwan // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2009. – Vol. 120(4). – P.274–280.
45. Insel T.R. Cure therapeutics and strategic prevention: raising the bar for mental health research // *The American Journal of psychiatry*. – 2006. – V.163 (12). – P.2043–2045.
46. International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus world-wide definition of the metabolic syndrome. Brussels: IDF, Available from: URL http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf (accessed November 2005).
47. John A.P., Koloth R., Dragovic M., Urn S.C. Prevalence of metabolic syndrome among Australians with severe mental illness. *Medical Journal*. – 2009, Feb. – Vol. 138(4). – P.176–179.
48. Kato M.M., Currier M.B., Gomez C.M. Prevalence of metabolic syndrome in Hispanic and non-Hispanic patients with schizophrenia // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol.6. – P.74–77.
49. Kinder L.S., Carnethon M.R., Palaniappan L.P. Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 66. – P. 316–322.
50. Kraemer S., Minarzyk A., Forst T., Kopf D., Hundemer H.P. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia, and metabolic changes after 3 months of treatment with antipsychotics—results from a German observational study // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol. 1. – P. 171–173.
51. Krane-Gartiser K., Breum L., Glymtr C., Linneberg A., Madsen M., Kuster A., Jepsen P.W., Fink-Jensen A. Prevalence of the metabolic syndrome in Danish psychiatric outpatients treated with antipsychotics // *Nord J. Psychiatry*. – 2011. Vol. 65(5). – P. 345–352.
52. McEvoy J.P., Meyer J.M., Goff D.C. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P.19–32.
53. Meyer J.M., Nasrallah H.A., McEvoy J.P. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P. 9–18.
54. Meyer J.M., Stahl S.M. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* – 2009, Jan. – Vol. 119(1). – P. 4–14.
55. Mulder H., Fernandez C., Fransson U., Hallgard E., Spigel P., Holm C., Krogh M., Werell K., James P. Metabolomic and proteomic analysis of a clonal insulin-producing beta-cell line // *J. Proteome Res.* – 2008. – Vol. 7(1). – P.400–411.
56. Newcomer J.W. Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia // *Journal Clinical Psychiatry*. – 2006. – V. 67. – Suppl. 9. – P. 25–30.
57. Raikonen K., Matthews K.A., Kuller L.H. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: antecedent or consequence // *Metabolism*. – 2002. – Vol. 51. – P. 1573–1577.
58. Schorr S.G., Slooff C.J., Bruggeman R., Taxis K. The incidence of metabolic syndrome and its reversal in a cohort of schizophrenic patients followed for one year // *Psychiatr. Res.* – 2009. – Vol. 43(13). – P.1106–1111.
59. Skilton M.R., Moulin P. Associations Between Anxiety, Depression, and the Metabolic Syndrome // *Biol. Psychiatr.* – 2007. – Vol. 62. – P. 1251–1257.
60. Sugawara N., Yasui-Furukori N., Sato Y., Umeda T., Kishida I., Yamashita H., Saito M., Furukori H., Nakagami T., Hatakeyama M., Nakaji S., Kaneko S. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Japan // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 123(2-3). – P.244–250.
61. Suvisaari J., Perälä J., Saarni S.I., Härdtinen T., Pirkola S., Joukamaa M., Koskinen S., Linnqvist J., Reunanen A. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey // *Arch. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 258(3). – P.129–136.
62. Takeuchi T., Nakao M., Nomura K., Yano E. Association of metabolic syndrome with depression and anxiety in Japanese men // *Diabetes Metab.* – 2009. – Vol. 35(1) - P. 32–36.
63. Vogelzangs N., Beekman AT., Kritchevsky S.B., Newman A.B., Pahor M., Yaffe K. et al. Psychosocial risk-factors and the metabolic syndrome in elderly persons: findings from the Health, Aging and Body Composition study // *Journal of Gerontology* – 2007. – Vol. 62(5) - P. 563–569.
64. World Health Organization Department of Non-communicable Disease Surveillance. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1999. (Publication no. WHO/NCD/NCS/99.2).
65. Yazici M.K., Anil Yapicioplu A.E., Ertuprul A., Eni N., Karahan S., Karaapaoplu E., Tokguzoplu S.L. The prevalence and clinical correlates of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: findings from a cohort in Turkey // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2011. – Vol. 261(1). – P. 69–78.

Поступила в редакцию 16.04.2012

УДК 616.69-008.14+616.89-008.442.4

*Г.С. Кочарян***МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: хронический простатит, сексуальные дисфункции, модели формирования

В последние годы в клинической сексологии происходит изменение отношения к роли простатита в генезе сексуальных дисфункций. В связи с обсуждаемым вопросом небезынтересно отметить, что раньше в СССР никто не сомневался в том, что простатит сам по себе (без всякой психогении) может играть роль в возникновении сексуальных нарушений. Иногда даже называлась неправдоподобно большая частота данных нарушений. Однако в настоящее время некоторые авторы сводят возможную биогенную роль простатита в генезе сексуальных дисфункций практически к нулю. Тенденция исключения хронического простатита из числа факторов, способных вызывать данные дисфункции, четко прослеживается в публикации Л. П. Ефимова [13] (Россия). Обследовав 110 мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте от 35 до 60 лет, обратившихся с жалобами на сексуальные расстройства, автор выявил простатит у 94 чел. (85,5%). Он выделил 8 причинных факторов сексуальных дисфункций, но заявил, что ни в одном из этих 94 набл. не увидел связи между ними и хроническим простатитом.

По нашему мнению, сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом могут возникать по различным, в том числе и биогенным механизмам, однако их формирование у больных с данной патологией должно стать предметом анализа и обсуждения, плодотворность которого может быть обусловлена междисциплинарным системным подходом.

Формирование сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом

В результате проведенного анализа мы выделили следующие модели формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом [19].

Психосоматическая модель. Частое сочетание хронического простатита и сексуальных расстройств пытались объяснить тем, что хроничес-

кий простатит и сексуальные дисфункции существуют параллельно, представляя собой проявление единого психосоматического расстройства. Так, М. В. Екимов, А. И. Федорова [12] отмечают, что хронический простатит можно проанализировать с позиций психосоматической медицины. Хотя к возникновению этого заболевания могут приводить инфекционные факторы, застой секрета простаты и застой крови в органах малого таза (гемодинамические нарушения), иммунодефицит, инфекционно-аллергические и аутоиммунные процессы, нарушения нейровегетативной регуляции и др., многое позволяет понять анализ развития хронических простатитов с позиций психосоматической медицины, которая интегрирует соматические (гормоны, иммунитет, сосуды и т. д.) и психические (особенности личностного реагирования на стресс) факторы в единый патогенез.

Наиболее тесно психическое и соматическое «переплетаются в эмоциях», каждая из которых имеет соматовегетативное сопровождение. Возникающим при стрессе эмоциям соответствует ряд соматических изменений: симпатикотония, выброс адреналина, повышение тонуса гладкой и поперечнополосатой мускулатуры, а также увеличение уровня надпочечниковых гормонов и снижение уровня половых гормонов и т. д. В отношении хронических простатитов, продолжают авторы, все перечисленные патогенетические механизмы работают в полной мере. «Во-первых, простата – это гладкомышечный орган и соответственно является органом-мишенью для адреналина. Во-вторых, ее функции (секреторная и барьерная) регулируются половыми гормонами, конкурирующими с надпочечниковыми. За счет возникающего в простате спастического состояния (симпатикотония и гипердреналинемия), снижения ее функции и защитных сил (снижение уровня тестостерона и блокирование рецепторов к тестостерону при избытке надпочечниковых гормонов), а также

при общем снижении иммунитета возникает риск инфекционного поражения простаты (простатита). Таким образом, такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, возникает в данном случае как результат характерных для хронического (незавершающегося) психоэмоционального стресса соматических изменений, то есть по психосоматическим механизмам» [12, с. 347–348].

Далее авторы сообщают, что «большинство характерных для простатитов и простатопатий жалоб, симптомов и нарушений имеют психосоматическую трактовку. Учащенное мочеиспускание возникает не только из-за «раздраженной железы», но и из-за симпатикотонии с соответствующим спастическим состоянием мочевого пузыря (подобно симпатикотонической реакции на эмоциональный стресс, волнение, холод и пр.). Затрудненное мочеиспускание возникает не только из-за «отека железы», но из-за симпатикотонической спастики самой простаты. Спастическое состояние простаты может сопровождаться жалобами на боли и дискомфорт в области железы. Предрасполагающие к простатиту запоры, которые обычно рекомендуют устранять при лечении простатитов, – проявление спастики, в данном случае кишечника (спастический колит – это тоже психосоматическое заболевание). Спастическое состояние простаты проявляет себя при пальпаторном исследовании железы через ее плотность, болезненность, сглаженность ее междолевой бороздки. К снижению функции простаты приводит не столько само воспаление, сколько дефицит влияния тестостерона в результате избытка надпочечниковых гормонов с соответствующей блокадой тканевых андрогенных рецепторов в простате. Да и сам уровень тестостерона снижается при затяжных стрессах. Эти же механизмы объясняют и характерные для простатитов нарушения в виде патоспермии. Склероз простаты возникает не только в результате инфекции, к нему также ведут нарушения в ней обмена веществ за счет ее спастики, нарушений кровотока и указанных дисгормональных нарушений» [12, с. 348–349].

Объясняя взаимосвязь между хроническим простатитом, простатопатиями и сексуальными дисфункциями, авторы подчеркивают, что линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется недостаточной, на что указывает нередко встречающееся сохранение сексуального расстройства после санации простаты. Ученые высказывают свою точку зрения, что и простатит, и сексуальные нарушения яв-

ляются двумя самостоятельными параллельными следствиями единого психосоматического расстройства. «Чем выше уровень симпатотонии, тем быстрее наступит семяизвержение, так как первая фаза эякуляции (пусковая фаза) – это симпатическая фаза. Оргазм (по У. Мастерсу и В. Джонсон) служит разрядкой от нарастающей в процессе возбуждения общей и локальной миотонии. Чем выше изначальная миотония (спастика), тем быстрее наступит семяизвержение. То есть, эти механизмы объясняют причины ускоренного семяизвержения не как результат простатита, а как параллельное следствие их общих психосоматических причин. К нарушению либидо и эрекции приводит не само воспаление простаты, а возникающий при стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов (в простате, во всем теле и в глубоких отделах мозга) избытком надпочечниковых гормонов. А это уже не инфекционные, а эндокринные механизмы. Спастическое состояние сосудов полового члена будет ухудшать эрекцию по сосудистым механизмам. Комплекс отрицательных эмоций при хроническом стрессе будет снижать сексуальность по психическим механизмам» [12, с. 349].

Мишень поражения (*locus minoris resistentia*) у пациентов сексуальными нарушениями и психосоматическими простатитами авторы объясняют наличием у них слабой половой конституции, низкой тканевой чувствительностью к тестостерону, ослабленным неврологическим обеспечением половой функции, низкими резервами сосудистого обеспечения сексуальных реакций и т. д. (соматический компонент). К психологическим факторам относят повышенную фиксацию внимания на половой системе, сексуальные страхи и неуверенность в своих сексуальных возможностях, которые обусловлены внутриличностными проблемами. Мышечное напряжение при психосоматических вариантах простатита (спастика простаты) отражает и символизирует психологические страхи и носит защитный характер (В. Райх) [12].

Н. J. Berberich, M. Ludwig M. [28] также обращают внимание на роль психосоматических факторов в генезе хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли. Авторы отмечают, что кроме редких случаев бактериальных простатитов, многочисленные соматические модели были не в состоянии полностью объяснить патогенные взаимосвязи, а терапевтические попытки часто давали неудовлетворительные результаты. Более того, психосоматически-

ми факторами часто пренебрегали. На основе анкетного опроса исследователями выявлено, что множество факторов играют важную роль в развитии хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли, а именно соматизация и депрессия, а также тревога, ипохондрия и слабая мужская идентичность. Отмечается, что эти предварительные результаты нуждаются в дальнейшей оценке.

Однако объяснение связи хронического простатита и сексуальных дисфункций не исчерпывается приведенной моделью, названной нами психосоматической.

Нейрорецепторная модель. Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом могут возникать по механизмам, которые объясняет модель, названная нами нейрорецепторной. В формировании преждевременной эякуляции может участвовать простатовезикулярный комплекс. Отмечается, что основной рецепторной зоной, участвующей в возникновении эякуляторного феномена в области внутренних половых органов, является семенной бугорок, где сконцентрирован мощный рецепторный комплекс. В этой области начинается и часть восходящей дуги эякуляторного рефлекса и восходящая дуга «рефлекса оргазма». Воспаление в области семенного бугорка и простатовезикулярного комплекса повышает чувствительность нейрорецепторного аппарата и ведет к гиперрефлексии, что часто обуславливает преждевременную эякуляцию. При анестезии семенного бугорка с помощью лидокаина, его травматическом поражении и атрофическом колликулите, напротив, возникает затрудненная эякуляция и даже анэякуляторный феномен [25].

В этой модели получают объяснение и другие сексуальные дисфункции. Данная модель нашла отражение в ряде трудов [8, 15, 18, 23], в которых сообщается, что раздражение нейрорецепторного аппарата предстательной железы приводит к повышению возбудимости спинальных половых центров, что проявляется преждевременным семяизвержением и частым возникновением эрекции. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка, афферентная импульсация от которого поступает в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными неадекватными ночными эрециями. При длительном воспалительном процессе происходит функциональное «истощение» центра эрекции при продолжающемся возбуждении центра эякуляции, что вы-

ражается ослаблением эрекции и преждевременным семяизвержением, которое сменяется задержанной эякуляцией на этапе наступающего функционального «истощения» центра эякуляции.

Изменение оргастических ощущений, согласно этой модели, связано с тем, что примерно у 1/3 больных хронический простатит сочетается с задним уретритом и колликулитом, а зона семенного бугорка является тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья [10]. Э. К. Арнольди [2] отмечает, что причиной стертого оргазма является атония и зияние устьев семявыбрасывающих протоков и связанное с этим уменьшение силы истечения струи спермы, раздражающей рецепторы, участвующие в формировании оргастических ощущений, расположенные на поверхности семенного бугорка.

В литературе можно встретить мнение, согласно которому функциональное истощение спинальных центров практически невозможно, учитывая что спинной мозг является филогенетически древней и поэтому устойчивой по отношению к воздействию патогенных факторов структурой. Для того чтобы смягчить дискуссию по этому поводу, можно использовать термин «торможение» центра (эрекции, эякуляции), которое выполняет охранительную функцию, защищая соответствующие центры от нейрорецепторных атак.

Модель психопатологической детерминации. Также можно выделить модель, отрицающую биогенное влияние простатита на возникновение сексуальных дисфункций. Связь между ним и данными дисфункциями рассматривается в аспекте неблагоприятного воздействия отягощающих простатит психических расстройств невротического уровня. Данная модель может быть названа моделью психопатологической детерминации. Б. Н. Хольцов (1909) писал, что больные хроническим простатитом, обеспокоенные продолжительностью заболевания и неудовлетворительными результатами лечения, фиксируют внимание на своем недуге, уходят в болезнь, преувеличивают имеющиеся у них расстройства. В результате у них развивается неврастения, которая выражается не только местными (нарушение мочеиспускания, нарушения половой деятельности, парестезии и боли), но и общими нервными расстройствами (уныние, глубокая меланхолия) [по 1].

Е. А. Ефремов и соавт. [14] отмечают, что сексуальные расстройства встречаются у 46–78% больных хроническим простатитом, и причин-

но-следственная связь между хроническим простатитом и сексуальной дисфункцией является предметом пристального внимания урологов. Однако общепринятой точки зрения на эту проблему до настоящего времени нет. При обследовании 317 пациентов с диагнозом «хронический простатит» в возрасте от 20 до 54 лет и продолжительностью заболевания от 6 мес до 20 лет у 268 больных авторы выявили нарушения половой функции различной степени выраженности. Пациенты с сопутствующей васкулогенной патологией исключались из дальнейшего исследования.

В ходе проведенного исследования были выявлены две группы. В первой группе (179 чел.) у пациентов имело место изолированное поражение эякуляторной составляющей, проявляющееся ускоренным семяизвержением (47%), болезненной эякуляцией (52%), а также изменением эмоциональной окраски оргазма (20%). Вторую группу (89 чел.) составили пациенты с нарушениями либидо (40%), адекватных (30%) и спонтанных (до 15%) эрекций. Исследователи обратили внимание на большую частоту психических расстройств среди больных с сексуальными дисфункциями и хроническим простатитом (примерно 75%). При этом у 60,2% пациентов психопатологическая отягощенность предшествовала сексуальному расстройству, а у 17,8% – появилась при длительном и неэффективном лечении основного заболевания, внося определенную специфику в клинику сексуальных расстройств. На основании этого авторы делают вывод, что сексуальная дисфункция, выявляемая при хроническом простатите, должна рассматриваться как проявление астенического, тревожно-ипохондрического, астеноипохондрического и астенодепрессивного синдромов, а также других психопатологических состояний. Поэтому необходима оценка у этой категории больных изменений психического статуса, а своевременная коррекция психических расстройств при хроническом простатите предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматическое страдание, а также корректировать сексуальные нарушения. В связи с этим авторы считают, что активное участие в комплексном лечении хронического простатита должны принимать психоневрологи.

О наличии различных психических расстройств у больных с данным заболеванием сообщают и другие авторы. Так, по данным А. К. Напреенко [22], выявленные симптомы, обуслов-

ленные психическими нарушениями у больных простатитом, по мере убывания располагаются в следующем порядке: раздражительность, эмоциональная слабость, неустойчивость настроения, повышенная психическая и физическая утомляемость, нарушение сна, вегетососудистые дистонические проявления, слабодушие (не-способность сдерживать эмоции), коитофобия (боязнь полового акта), ослабление способности к сосредоточению внимания, ухудшение памяти, страхи, не связанные с половой функцией, психалгии (боли, обусловленные не болезненным процессом во внутренних органах, а психическим заболеванием – расстройством восприятия) и др.

В динамике развития подобных нарушений автор выделяет два этапа. На первом для больных наиболее типичны повышенная раздражительность, сниженное настроение с оттенком тревожной ажитации (двигательным возбуждением, страхами), быстрая физическая утомляемость и психическая истощаемость, нарушение сна, головная боль, коитофобия. На втором этапе пациенты отмечают подавленное настроение, общую слабость, безынициативность, склонность к ипохондрическим переживаниям, страхи, в том числе не относящиеся по своему содержанию к сфере интимных отношений. Сообщается, что второй этап психических расстройств отмечается в основном при затяжном, часто рецидивирующем характере воспалительных заболеваний органов половой системы.

В исследовании А. Mehik et al. [36], в котором участвовало 1832 чел., было выявлено, что пациенты с простатитом испытывают значительный стресс. Психологические проблемы (тревожность, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая мужская идентификация, сексуальные жалобы), по данным психологических тестов (ММПИ) и консультаций, выявлены у 80% пациентов с хроническим простатитом, а высокая степень их выраженности обнаружена у 20–50%. Другие авторы (К. J. Egan, J. N. Krieger, 1994, 1997; R. B. Alexander, D. Trissel, 1996; В. Burger, W. Weidner, J. E. Altwein, 1999; А. Mehik et al., 2000) также констатировали наличие у данного контингента больных повышенной тревожности, депрессии, истероидных реакций, а иногда даже «повышение суицидальных настроений» [по 4].

Интересно отметить, что L. Keltikangas-Järvinen et al. [33] отмечают повышение частоты гомосексуального поведения у пациентов, страдающих хроническим простатитом, что

можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с противоположным полом.

А. А. Камалов и соавт. [17], характеризуя пациентов с длительно текущим хроническим простатитом, отмечают, что для них характерна ипохондрическая готовность и фиксация на малейших ощущениях в половых органах. О наличии у них тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые мысли тревожного содержания об их мужской неполноценности, о неизлечимости недуга, бесперспективности лечения, неминуемой потере семейного благополучия. Они «уходят в болезнь», склонны к самодиагностике и самолечению. Состояние тревожной депрессии, в котором они находятся, также характеризуется расстройствами сна и аппетита. У них отмечаются и симптомы вегетативной дисфункции (повышенное потоотделение, лабильность пульса). По наблюдениям авторов, половые расстройства, имеющие место у этих больных (снижение либидо – у 40%, урежение частоты и силы спонтанных эрекций – у 15%, ослабление адекватных эрекций – у 30%), являются неизбежным проявлением аффективных нарушений.

Маскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств, сообщают цитируемые авторы, сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже на снижение полового влечения и выраженность оргастических ощущений. При обследовании таких больных выявляются признаки конгестии в предстательной железе. Сексуальные расстройства при маскированной депрессии «возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии. Наоборот, прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Отмечается, что нередко расстройства исчезают спонтанно [17].

L. Keltikangas-Järvinen et al. [32] провели психологическое тестирование, направленное на исследование личности (BDI, MMPI, RO, TAT), которое было осуществлено у 42 пациентов с клиническими признаками хронического простатита. В результате исследования было выявлено, что пациенты характеризовались длительным существованием симптомов и слабым ответом на терапию. Некоторая степень «психической несогласованности/трудности» (psychic

difficulty) была выявлена у 80% пациентов, а признаки тяжелого психического расстройства у 20–50%. Среди выделяющихся психических симптомов были беспокойство, депрессия, аффективная лабильность, слабая мужская идентичность, другие сексуальные расстройства и даже «психотические черты». Этот паттерн психических расстройств, отмечают авторы, соответствует описанному для пограничной личности. Частое возникновение специфических психических и сексуальных расстройств позволило им сделать предположение, что психические факторы могут играть причинную роль для хронического простатита.

Алгическая модель. Также может быть выделена алгическая модель формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом. Обсуждая возможность влияния данной патологии на сексуальные функции, С. Розенталь [24] отмечает, что в редких случаях хронический простатит может вызвать одно специфическое затруднение, возникающее исключительно при этом заболевании. Оно заключается в том, что во время оргазма в гладкой мускулатуре простаты возникают мучительные болевые спазмы. У мужчин, которые пережили такую болезненную эякуляцию несколько раз, нередко возникают трудности с эрекцией или эякуляцией, представляющие собой условно-рефлекторную защиту от боли. Помимо этого, длительный, протекающий с болями воспалительный процесс, сопровождающийся преждевременной эякуляцией и сглаженностью оргазма, может приводить к психогенному снижению либидо [17].

R. Bartoletti et al. (итальянская группа по изучению простатита) [27] с января по июнь 2006 г. обследовали амбулаторных урологических пациентов из 28 итальянских урологических центров в возрасте между 25 и 50 годами. Контрольную группу составили 152 чел. такого же возраста, расы и «области происхождения», которые входили в число обследованных инфертильных пар, но были здоровы в иных отношениях. Были изучены истории болезни всех субъектов. Они подверглись различным исследованиям, в том числе и микробиологическим. Из 5540 урологических амбулаторных больных у 764 был установлен диагноз хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли. Таким образом, распространенность названного синдрома составила 13,8%. Выявили, что данный синдром оказывал отрицательное влияние на сексуальное желание, эрекцию и продолжительность полового

акта, уменьшая ее ($p < 0,001$).

М. Gonen et al. [31] отмечают, что синдром хронической тазовой боли – распространенная и тяжелая проблема здоровья, затрагивающая качество жизни у мужчин. Существуют относительно ограниченные исследования отношения этого состояния к преждевременной эякуляции. Авторы оценили распространенность преждевременной эякуляции у 66 турецких мужчин с синдромом хронической тазовой боли и сравнили их с контролем (30 здоровых мужчин без «мочевых симптомов»). Использовался анкетный опрос, состоящий из 2 частей (установление демографических данных и определение индекса симптомов хронического простатита по турецкой версии the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index). Преждевременной эякуляцию считали тогда, когда интравагинальное латентное время эякуляции было меньше 2 мин с тем же самым партнером в течение по крайней мере 6 мес. Все пациенты были оценены с помощью объективных и обычных лабораторных методов исследования. Если имела место эректильная дисфункция, то также проводилась пенильная доплеровская ультрасонография. Для статистических сопоставлений использовали тест χ^2 . Из 66 пациентов с хроническим тазовым болевым синдромом у 51 имела место преждевременная эякуляция (77,3%), которая у 10 пациентов (15,2%) сочеталась с эректильной дисфункцией. Пенильная доплеровская ультрасонография не выявила никакой сосудистой патологии у этих 10 мужчин. Частота преждевременной эякуляции была достоверно выше у пациентов основной группы по сравнению с контрольной ($P < 0,05$). Было отмечено, что у турецких мужчин с синдромом хронической тазовой боли процент психогенных сексуальных проблем был выше, чем в контроле.

В связи с обсуждением представленной модели следует отметить, что одной из сексуальных дисфункций, которая имеет место у больных хроническим простатитом является болезненная эякуляция, которая также носит название «сперматической колики». В ее патогенезе лежит препятствие к быстрому опорожнению ампулы семявыносящего протока и семенных пузырьков при мощном сокращении мускулатуры предстательной железы, везикул и тазовой диафрагмы (Н.А. Лопаткин и соавт., 1998) [по 1]. Указанное расстройство обычно наблюдается при везикулите и колликулите, сопутствующих обычно хроническому инфекционному воспалению простаты [26].

В заключение следует подчеркнуть, что влияние боли на сексуальную сферу нельзя объяснить только возникновением психогенно-реактивных наслоений. Известно, что длительно существующая боль оказывает негативное влияние на многие системы организма (Г. Н. Кассиль, 1975), в том числе те, которые участвуют в регуляции половой функции.

Дисгормональная модель. Также может быть выделена дисгормональная модель формирования сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом. Приводятся данные, которые могут объяснить снижение либидо при этой патологии. Его причиной может стать гипоандрогения, которая свойственна пациентам с затяжным простатитом [16]. В связи с этим следует указать, что в некоторых экспериментальных работах была установлена прямая корреляция между уровнем половых гормонов и выраженностью сексуального влечения у мужчин (R. Schiavi, 1991; G. Lunglmayr, 1997) [по 1], а в исследовании Т. В. Вакиной и соавт. [6] было доказано, что негативное влияние на либидо и эректильную функцию у больных хроническим простатитом оказывает снижение плазменной концентрации дигидроэпиандростерона, а это свидетельствует о важной роли нетестикулярных андрогенов в регуляции половой функции мужчины. Снижение эрекции у больных хроническим простатитом также объясняют большой значимостью тестостерона в осуществлении синтеза МО-фактора эндотелием кавернозных тел полового члена (Н. Garban и соавт., 1995; J. Lugg и соавт., 1996; D. Vernet и соавт., 1995) [по 1]. А. А. Камалов и соавт. [17] также считают, что ослабление эрекции при данном заболевании может быть объяснено снижением андрогенной насыщенности.

Кроме того, высказывается известное мнение, что предстательная железа и яичко находятся в положительной коррелятивной зависимости. При нарушении функционирования одного из названных органов страдает другой, в данном случае – яичко, что приводит к уменьшению его андрогенной продукции. Кроме того, предстательная железа отвечает за метаболизм половых гормонов. Поэтому при ее воспалении этот метаболизм может нарушаться [по 5].

Вегетодисфункциональная модель. Сексуальные нарушения при хроническом простатите можно было бы объяснить и вегетативным дисбалансом, так как указанные нарушения при названной патологии сопровождаются дисфункцией вегетативной нервной системы. Обычно

данный дисбаланс проявляется преобладанием симпатического тонуса. Симпатические влияния, как известно, оказывают ингибирующее действие на расслабление гладкомышечных элементов кавернозных тел полового члена, что является необходимым условием возникновения эрекции (О. Л. Тиктинский, В. В. Михайличенко, 1999; I. Saenz de Tejada и соавт., 2000). В исследованиях В. Н. Крупина и соавт. (2002) было показано, что у 67% больных хроническим простатитом имеет место выраженная симпатикотония, и только у 3% больных выявляется преобладание тонуса парасимпатической нервной системы. Хотя в некоторых публикациях симпатикотонию связывают с психогенными расстройствами при хроническом простатите, однако нельзя забывать и о возможных органических причинах повышения тонуса симпатической нервной системы, так как при длительно протекающем заболевании в воспалительный процесс, помимо предстательной железы, вовлекаются окружающие ее клетчатка и органы (И. Ф. Юнда, 1987). В связи с этим следует отметить, что в парапростатической клетчатке проходит довольно большое количество парасимпатических и симпатических нервных волокон, которые образуют сплетение предстательной железы (F. Leydig, цит. по Л. Я. Якобзону, 1937) [по 1]. По мнению Ю. Г., Аляева, А. З. Винарова, Н. Д. Ахвледиани [1], при преимущественном вовлечении в воспалительный процесс парасимпатических нервов возникает относительная симпатикотония, которая, возможно, и обуславливает органические эректильные расстройства у обследуемой группы пациентов.

Следует отметить, что представленные выше модели формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом отражают отдельные возможные звенья патогенеза данных дисфункций. Совсем не обязательно, что авторы, названные при описании той или иной модели, в своих представлениях придерживались и/или придерживаются только одной этой модели. По нашему мнению, выделение отдельных моделей полезно с той точки зрения, что это позволяет в каждом отдельном случае всесторонне оценить роль названных патогенетических факторов в генезе сексуального расстройства конкретного больного.

Смешанная модель (микст-модель). Формирование различных сексуальных дисфункций или их сочетаний при разных вариантах хронического простатита может объяснить модель, которая названа нами смешанной моделью или

микст-моделью. Она позволяет учесть все, представленные выше, возможные механизмы формирования данных дисфункций при этой патологии.

Интегративная (холистическая, системная) модель. Профессиональный подход к диагностике сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом позволяет установить, каким образом они связаны с этим заболеванием. По данным И. И. Горпинченко [11], различные нарушения копулятивного цикла (сексуальные дисфункции) имеют место у 41% больных с названной патологией. При обследовании 119 мужчин с хроническим простатитом, у которых отмечались сексуальные дисфункции, автор выявил, что у 73 (61,3%) из них хронический простатит был основной причиной этих дисфункций (1-я группа), а у 46 (38,7%) – не был таковой (2-я группа – больные, у которых нарушение сексуальной функции предшествовало появлению простатита). В 1-й группе изолированное поражение эякуляторной составляющей, вызванное простатитом, было установлено лишь у 7 (9,5%) пациентов; расстройство двух составляющих копулятивного цикла имело место у 40 (54,9%) больных, а у 26 (35,6%) отмечалось сочетанное нарушение эякуляторной, психической и нейрогуморальной составляющих. Во 2-й группе поражение двух составляющих копулятивного цикла имело место у 32,6% больных, а трех – у 67,4%. Выявлено, что у 60,9% больных этой группы присоединение хронического простатита усугубляло тяжесть сексуального расстройства, а у 39,1% – не оказывало существенного влияния на сформировавшееся сексуальное расстройство. Установлено, что в формировании сексуальных нарушений при простатите весомое место занимает конституциональный фактор (слабость половой конституции предрасполагает к развитию сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом).

Автор также отмечает, что даже при расстройстве половой функции у больных, которое имеет соматическую основу (хронический простатит), существенное значение имеют психические изменения, оказывающие влияние на клинику сексуального расстройства. У больных 1-й группы нарушения в психоэмоциональной сфере выявлены в 78% случаев, а среди больных 2-й группы – у 93,5%. Изучая роль психоэмоциональных факторов в развитии сексуальных нарушений, И. И. Горпинченко установил, что у 60,2% больных 1-й группы имела место врожденная «психопатологическая отягощенность»,

а у 17,8% больных этой группы и 26,5% больных 2-й группы психические расстройства были вызваны основным заболеванием.

Далее автор отмечает, что в формировании стойкого нарушения половой функции у больных простатитом играют роль не только невротические расстройства, связанные с основным заболеванием, но и неблагоприятные отношения между супругами. Так, лишь супруги 18,5% пациентов с пониманием отнеслись к временному снижению половой активности, связанному с воспалительным заболеванием урогенитальной сферы, и вели себя тактично. Подавляющее же большинство жен (81,5%) обследованных мужчин с расстройством половой функции своим неправильным поведением способствовали дополнительной психотравматизации пациентов. Из этого следует, заключает автор, что как при обследовании, так и при лечении больных с сексуальными нарушениями следует уделять внимание анализу семейно-брачных отношений и проведению разъяснительной психопедагогической работы с женами пациентов.

Характеризуя сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом и их динамику, цитируемый автор сообщает, что половые расстройства при хроническом простатите развиваются стадийно. Вначале появляется ускорение эякуляции, затем, при определенных условиях (поражение психической и нейрогуморальной составляющих), присоединяется снижение эрекции, а при более значительных нарушениях регулирующих систем – изменяется либидо. Также автор делает заключение, что в развитии сексуальных нарушений у больных хроническим простатитом существенное значение имеет предрасположенность к сексуальному расстройству, обусловленная поражением психической составляющей копулятивного цикла (78%) и нарушением нейрогуморальной ее составляющей (55,4%).

Позже И. И. Горпинченко [10] охарактеризовал сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом, их динамику и механизмы формирования следующим образом. Он отметил, что первоначально сексуальные расстройства при неосложненном простатите проявляются относительным ускорением эякуляции, а также стертой и болезненностью оргастических ощущений. Нарушения же других фаз копулятивного цикла могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо у данной категории больных может быть как психогенно обусловлено длительным, сопровождаю-

щимся болями воспалительным процессом, так и вызвано снижением андрогенной насыщенности. Этими же механизмами может быть объяснено и ослабление эрекции. Изменение оргастических ощущений автор, как отмечалось нами выше, в частности, объясняет тем, что примерно у 1/3 больных хронический простатит сочетается с задним уретритом и колликулитом, а семенной бугорок, как известно, является тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья. Точно такое же объяснение механизмов формирования сексуальных дисфункций при данной патологии приводят А. А. Камалов и соавт. [17].

И. А. Ланцберг, О. З. Лившиц [21] для выяснения значения воспаления предстательной железы в формировании половых расстройств методом структурного анализа изучили две группы больных. Первая группа состояла из 50 чел., обратившихся за урологической помощью «с жалобами, характерными для заболеваний урогенитальной сферы». У всех этих пациентов был диагностирован хронический простатит. Во вторую группу вошло 102 больных с жалобами на половое расстройство (что и стало причиной их обращения за медицинской помощью), у которых также имел место простатит, который рассматривался как ведущий фактор, обусловивший развитие сексуальных нарушений. В первой группе при активном опросе сексуальные расстройства удалось выявить у 9 (18%) из 50 больных.

Объективное исследование (выраженность пальпаторных изменений) и данные микроскопии секрета позволили условно разделить поражения предстательной железы на четыре стадии. Полученные данные свидетельствовали об относительно равном распределении больных в обеих группах в зависимости от стадии поражения предстательной железы. Однако сексологические расстройства в первой группе имели место в 18% наблюдений, а во второй – в 100%. Объяснение этому исследователи попытались найти, оценивая не только состояние предстательной железы, патология которой свидетельствовала о поражении эякуляторной составляющей копулятивного цикла, но и степень вовлечения других составляющих данного цикла.

У всех больных первой группы, у которых имели место сексуальные нарушения (9 чел.), была выявлена выраженная нейрогуморальная стигматизация. Вместе с тем зависимости между степенью поражения предстательной желе-

зы, а также наличием и характером полового расстройства выявить не удалось. Это позволило авторам сделать предположение, что хронический простатит, возникший на фоне преморбидно ослабленной нейрогуморальной составляющей, по-видимому, явился разрешающим фактором, который привел к возникновению полового расстройства. Подтверждение этого предположения исследователи выявили при анализе 102 клинических наблюдений, составивших вторую группу, где поражение одной составляющей имело место у 15 чел. (14,7%), двух – у 47 (46%), трех – у 40 (39,3%). Авторы сообщают следующее:

«При изолированном поражении одной эякуляторной составляющей, несмотря на грубые изменения предстательной железы, в подавляющем большинстве случаев сексуальные нарушения проявлялись в относительно легкой форме. Изучение группы больных с сочетанным поражением двух составляющих позволило установить отсутствие параллелизма между степенью нарастания тяжести половых нарушений и характером (выраженностью) деструктивных изменений предстательной железы. Тяжелым синдромологическим расстройствам половой функции (у 33 чел. из 47, т. е. в 71% случаев) соответствовали преимущественно легкие формы поражения предстательной железы) (у 27 чел. из 47, т. е. в 58% случаев).

Таким образом, независимо от стадии поражения предстательной железы, при сочетанном поражении двух составляющих выраженность сексуальных расстройств нарастает. Еще более иллюстративно это прослеживается в группе больных при сочетанном поражении трех составляющих: из 40 наблюдений в 36 имелись тяжелые синдромологические нарушения половой функции. При этом в противоположность предыдущей группе с сочетанным поражением двух составляющих, в данной группе преобладали тяжелые поражения предстательной железы.

На основании анализа всего материала в целом авторы следующим образом представили патогенез половых расстройств при простатитах. Благодаря взаимному влиянию всех составляющих полового акта, дефект, создаваемый поражением одной из них, но при сохранности других, может полностью или частично компенсироваться. Подобное положение имеет место также и при изолированном, но грубом поражении только одной, в частности, эякуляторной составляющей. При глубоком поражении одной эяку-

ляторной и особенно двух и более составляющих снижается надежность функционирования всей системы в целом и возрастает чувствительность ее к различного рода патогенным влияниям [21].

В результате проведенных исследований авторами были сделаны следующие выводы:

1. Хронический простатит влечет за собой развитие половых нарушений лишь при грубых деструктивных изменениях в предстательной железе.

2. Хронический простатит, который свидетельствует о поражении эякуляторной составляющей, в сочетании с поражением другой или нескольких других составляющих копулятивного цикла может явиться разрешающим фактором в формировании нарушений половой функции.

3. Выраженность сексуальных расстройств зависит как от числа вовлеченных составляющих копулятивного цикла, так и от степени поражения предстательной железы.

В. В. Кришталь, С. Р. Григорян [20], обобщая литературные данные о взаимоотношении между хроническим простатитом и половыми расстройствами, отмечают, что при хроническом простатите сексуальная дисфункция возникает не у всех больных. В ее генезе имеют значение длительность заболевания, распространенность и интенсивность воспалительного процесса в железе, половая конституция, нервно-психическое и физическое состояние больного. Отмечается, что при хорошем нейроэндокринном обеспечении сексуальной функции, сильной половой конституции и высоком уровне межличностной адаптации супругов даже при поражении простаты сексуальные расстройства могут не возникать.

Модель развития сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом, учитывающую влияние на их формирование и развитие поражения различных составляющих копулятивного цикла, а также воздействие нарушений межличностных отношений, в том числе обусловленных сексуальной патологией, мы предлагаем называть интегративной, холистической или системной моделью. Отличие этой модели от микст-модели заключается в том, что последняя, определяя влияние различных факторов в генезе сексуального расстройства, не учитывает их взаимодействия, т. е. не рассматривает данное расстройство как систему с качествами, которые присущи только ей и не сводятся к простому суммированию результатов различных

неблагоприятных воздействий. Она в полной мере учитывает также влияние предрасполагающих и усугубляющих факторов. Такая модель базируется на системном подходе, в полной мере учитывающем сложность обеспечения сексуальной функции.

Диагноз и установка

Предпринимаемые в настоящее время попытки отрицать возможное негативное влияние простатита на сексуальные функции по соматическим механизмам целесообразно рассматривать как очередной «виток» пересмотра представлений по этой проблеме, что демонстрируют рассуждения, приводимые Г. С. Васильченко [7]. Однако существуют данные, которые свидетельствуют о том, что отрицание роли простатита в развитии сексуальных дисфункций по названным механизмам не является на нынешнем «витке» представлений всецело доминирующим. Так, Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [29], характеризуя современный взгляд на этиологию преждевременной эякуляции, среди других факторов называют заболевания простаты. На сайте известной клиники США (Mayo Clinic) воспаление и инфекция простаты или уретры также рассматриваются как биологические причины названной дисфункции [37].

По нашему мнению, простатит может приводить к возникновению сексуальных нарушений и по соматическим механизмам. Эти нарушения могут усиливаться под влиянием психических расстройств невротического уровня, развивающихся на фоне простатита. Помимо этого, эти усугубляющие простатит невротические расстройства (реакция на заболевание) сами по себе способны вызвать сексуальные нарушения. В развитии этих расстройств и, в частности, «невроза ожидания неудачи» определенную роль может играть установка на то, что простатит неминуемо ведет к развитию сексуального расстройства (вспомним телевизионную рекламу, популяризирующую некоторые фармакологические препараты: простатит – аденома – импотенция). Негативное влияние на сексуальную сферу у больных хроническим простатитом могут оказывать плохие межличностные отношения в супружеской/сексуальной паре, которые могут предшествовать возникновению сексуального расстройства или развиваться в связи с его возникновением.

Следует подчеркнуть, что кардинальное изменение во взглядах на роль того или иного заболевания в генезе сексуальных дисфункций должно настораживать. Если несколько лет на-

зад специалист абсолютно не сомневался в том, что какая-то патология соматогенным путем может приводить к их развитию, а в настоящее время абсолютно уверенно утверждает обратное, то это, скорее всего, говорит об изменении его установки, а не об отсутствии названной детерминации (или внезапном ее исчезновении).

Современные исследования, свидетельствующие о роли хронического простатита в генезе преждевременной эякуляции

Попытка полного отрицания возможного непосредственного влияния простатита на сексуальную сферу может быть оспорена на основании результатов специальных исследований. Так, в одной из работ [30] сообщается об исследовании, в котором участвовало 145 мужчин с вторичной преждевременной эякуляцией (secondary premature ejaculation; SPE). У 94 чел. (64,8%) из них был диагностирован хронический бактериальный простатит. Из названных 94 пациентов с SPE и хроническим бактериальным простатитом 20 пациентов не получали лечение и составили контрольную группу. Остальные 74 пациента с SPE и хроническим простатитом лечились в течение 1 мес антибиотиками с учетом чувствительности к ним микрофлоры. После лечения у всех этих пациентов была достигнута бактериальная санация. У 62 пациентов (83,9%) из этих 74 увеличилось интравагинальное латентное время эякуляции. Они также сообщили о хорошем контроле над эякуляцией и были оценены как хорошо реагирующие на лечение. Ни у одного из пациентов контрольной группы не было отмечено никакого улучшения ни в плане уменьшения инфицирования простаты, ни в отношении увеличения продолжительности полового акта. Сделано заключение, что санация пациентов с SPE и хроническим простатитом может вести к увеличению интравагинального латентного времени эякуляции и улучшению контроля над ней.

В другой статье сообщается, что было обследовано 210 гетеросексуальных мужчин с преждевременной эякуляцией и воспалением простаты. У 155 мужчин преждевременная эякуляция была приобретенной, а у 55 существовала с начала половой жизни (lifelong). Всех участников исследования попросили заполнить the National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI). Проводилось микробиологическое исследование. Антибиотики употреблялись 184 мужчинами в течение 4 нед с учетом чувствительности к ним микрофлоры. Двадцать шесть пациентов не получали антибактериаль-

ную терапию или отказались от нее (группа сравнения, нелеченная группа). Повторная клиническая оценка проводилась спустя 28 дней. Были получены следующие результаты. Только у двух из этих 26 мужчин (7,7%) из нелеченной группы увеличилось интравагинальное латентное время эякуляции (ИЛВЭ) по сравнению с 109 из 184 мужчин (59,0%), которые получали антибактериальную терапию ($P=0,0001$). После проведенного лечения 90 из 155 мужчин (58,0%) с приобретенной PE сообщили, что их ИЛВЭ > 2 мин; такие же результаты были достигнуты лишь у 21 из 55 мужчин (38,2%), у которых преждевременная эякуляция имела место с начала половой жизни ($P=0,012$). Сделаны выводы, что антибактериальная терапия полезна в лечении преждевременной эякуляции, связанной с воспалением простаты, и лечение наиболее эффективно у мужчин с приобретенной (acquired) преждевременной эякуляцией [41].

Косвенным подтверждением роли простатита в генезе преждевременной эякуляции могут служить следующие данные. Было обследовано 153 гетеросексуальных мужчины в возрасте от 29 до 53 лет с преждевременной эякуляцией и 100 здоровых мужчин. Проводились микробиологические исследования. Никаких существенных различий между пациентами и контролем по возрасту, образованию и частоте половых актов выявлено не было. Воспаление простаты было диагностировано у 64%, а хронический бактериальный простатит у 52% пациентов с преждевременной эякуляцией, что достоверно превышало частоту этих патологий в контроле ($P<0,05$). Сделан вывод о высокой распространенности хронического простатита у пациентов с преждевременной эякуляцией, что диктует необходимость исследования состояния простаты у пациентов с данной сексуальной дисфункцией [39].

О высокой распространенности сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом свидетельствует и следующее исследование. Анкетный опрос 2000 субъектов, которым на основании клинического обследования и исследования секрета предстательной железы был установлен данный диагноз, выявил, что распространенность копулятивных нарушений у них составила 49,0%. У 26,2% субъектов имела место преждевременная эякуляция, у 15,0% – эректильная дисфункция, а у 7,7% больных эти два симптома существовали одновременно [34, 35].

Интересно мнение итальянских исследователей по анализируемой проблеме. Так, E. Scerponi

et al. [38] сообщают, что ими были оценены анализы мочи до и после массажа простаты и анализы секретов предстательной железы у 46 пациентов с преждевременной эякуляцией и у 30 лиц контрольной группы (с использованием бактериологических исследований). Определяли процент преждевременной эякуляции у лиц с выявленным хроническим простатитом. Воспаление простаты было диагностировано у 56,5%, а хронический бактериальный простатит выявлен у 47,8% субъектов с преждевременной эякуляцией. Различия с контрольной группой оказались статистически достоверными ($P<0,05$). На основании полученных данных авторы высказывают предположение о роли хронического воспаления простаты в патогенезе некоторых случаев преждевременной эякуляции и подчеркивают важность тщательного изучения состояния простаты перед любой фармакологической или психосексуальной терапией, используемой при преждевременной эякуляции. Предположительный характер высказываний о возможной роли воспаления простаты в генезе сексуальных расстройств обусловлен тем, что данная публикация относится к 2001 г. Во вводной части статьи ученые отмечают: «Этиологию преждевременной эякуляции в настоящее время считают психологической по своей природе. Однако должна быть рассмотрена возможность, что урологические, гормональные или неврологические факторы могут внести вклад в это состояние». С тех пор многое изменилось даже в представлениях западных ученых.

В 2003 г. было проведено специальное исследование, направленное на выявление распространенности хронического простатита у мужчин с преждевременной эякуляцией. Проводились анализы мочи (до и после массажа простаты) и секрета простаты у 106 пациентов с преждевременной эякуляцией, а также у 38 чел. контрольной группы. Осуществлялись и бактериологические исследования. Была определена частота преждевременной эякуляции у 120 пациентов с хроническим простатитом. Воспаление простаты было найдено у 46,2%, а хронический бактериальный простатит у 34,7% субъектов с преждевременной эякуляцией. По сравнению с контролем результаты были статистически достоверны ($P<0,05$). Распространенность преждевременной эякуляции у пациентов с хроническим простатитом составила 47,5%. Авторы пришли к выводу, что хроническое воспаление простаты может играть роль в патогенезе некоторых случаев преждевременной эякуляции, и важно

проводить тщательное исследование состояния этого органа перед началом терапии преждевременной эякуляции [40].

Н. Д. Ахвледиани, Ю. Г. Аляев, А. З. Винаров [3]. сообщают, что отмеченная эффективность назначения антибиотиков при вторичной преждевременной эякуляции, обусловленной воспалением предстательной железы, открывает перспективы действенного медикаментозного лечения данного полового расстройства. П. В. Глыбочко и соавт. [9] в своей статье отмечают, что роль хронического простатита (ХП) в генезе вторичного преждевременного семяизвержения (ПС) остается предметом широких научных дискуссий. В проведенное авторами проспективное мультицентровое российское исследование было включено 584 больных ХП в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст – 36,2+/-11,9 лет), проходивших лечение в период с 2005 по 2011 г. Среди них приобретенный характер ПС констатирован у 172 (29,4%) мужчин, при этом *ejaculatio praesens* зарегистрировано у 169 (98,3%) пациентов, а *ejaculatio antepartas* лишь у 3 (1,7%). Подтверждена связь между выявлением традиционных и атипичных микробных агентов, которые могут являться этиологическими факторами ХП, и повышенным риском развития вторичной преждевременной эякуляции.

Исследования, свидетельствующие об одном возможном механизме формирования расстройств эрекции у больных хроническим про-

статитом

Российские ученые Ю. Г. Аляев, А. З. Винаров, Н. Д. Ахвледиани [по 1] сообщают об интересных данных, полученных сотрудниками их клиники у больных с длительно протекающим инфекционным простатитом. При помощи трансректальной фармакоэхооплерографии у больных с распространенной формой этого заболевания выявлялось достоверное снижение показателей артериальной перфузии в дополнительных половых артериях. Отмечается, что наличие данных сосудов доказано при анатомических и ангиографических исследованиях примерно у 70% лиц мужской популяции (J. Bookstein, 1984; L. Dubreuil-Chambardel, 1925, J. Ginestie, 1976; G. Levi, 1900). Известно, отмечают авторы, что аксессуарные артерии проходят по переднелатеральным поверхностям простаты над *m. levator ani* и являются важными источниками кровоснабжения полового члена, которые сравнимы по значимости с конечными ветвями внутренней половой артерии (Ю. Г. Аляев и соавт., 2003). Таким образом, заключают авторы, эректильные расстройства, возникающие при хроническом простатите, имеют не только психогенный характер, что противоречит мнению, которое высказывается в появившихся в последнее время российских статьях, в которых приводятся категорические возражения против этой точки зрения (А. А. Камалов и соавт., 2000, 2001). По мнению цитируемых авторов, необходимо продолжить дальнейшее изучение данной проблемы.

Г.С. Кочарян

МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ

Харківська медична академія післядипломної освіти

В останні роки деякими авторами робляться спроби заперечення ролі хронічного простатиту у виникненні сексуальних дисфункцій за соматичними механізмами. Ця точка зору не відповідає реальній дійсності. У статті наводяться виділені автором моделі формування сексуальних дисфункцій у хворих на хронічний простатит (психосоматична, психопатологічної детермінації, нейрорецепторна, вегетодисфункціональна, алгічна, дисгормональна, змішана, системна), а також дані, що свідчать про роль хронічного простатиту, в тому числі біогенну, в генезі сексуальних дисфункцій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 109-121).

G. S. Kocharyan

MODELS OF SEXUAL DYSFUNCTIONS FORMATION IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

In recent years, some authors made attempts to deny a role of chronic prostatitis in the genesis of sexual dysfunctions by way of somatic mechanisms. This view does not correspond to reality. The article describes models of sexual dysfunctions formation isolated by the author in patients with chronic prostatitis (psychosomatic, psychopathological determination, neuroreceptory, vegetodysfunctional, algic, dyshormonal, mixed, systemic), and submits data which evidence a role of chronic prostatitis, including biogenic, in genesis of sexual dysfunctions. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 109-121).

Литература

1. Аляев Ю. Г., Винаров А. З., Ахвледиани Н. Д. Хронический простатит и сексуальные нарушения // urobank.ru/files/knowledge_base/article/2007_08_0006.pdf
2. Арнольди Э. К. Хронический простатит. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 320 с.
3. Ахвледиани Н. Д., Аляев Ю. Г., Винаров А. З. // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – N 1. – С. 21–26
4. Бойко Н. И. Особенности личности пациента с хроническим простатитом // Простатит / Под ред. П. А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 114–119.
5. Бойко Н. И. Простатит и сексуальные расстройства // Простатит / Под ред. П. А. Щеплева. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 130–135.
6. Вакина Т. Н., Шутов А. М., Шалина С. В., Зиновьева Е. Г., Киселев И. П. Дегидротестостерон и сексуальная функция у мужчин с хроническим простатитом // Урология. – 2003. – №1. – С. 49–52.
7. Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
8. Гаврилюк Н. А. Гаврилюк И. А. Лечение спинальной импотенции. – К.: Здоров'я, 1973. – 130 с.
9. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Винаров А. З., Ахвледиани Н. Д. // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – N 3. – С.32–37.
10. Горпинченко И. И. Воспалительные заболевания // Сексология и андрология / Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. – К.: Абрис. – С. 545–588.
11. Горпинченко И. И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1977. – 19 с.
12. Екимов М. В., Федорова А. И. Актуальные вопросы частной сексологии // Руководство по сексологии / Под ред. С. С. Либиха. – СПб.: Питер, 2001. – С. 341–351.
13. Ефимов Л. П. Роль хронического простатита в развитии половых расстройств // Всероссийская конференция «Мужское здоровье» (19–21 ноября 2003 г., Москва). Материалы конференции. – М., 2003. – С. 56.
14. Ефремов Е. А., Ковалев В. А., Королева С. В., Дорофеев С. Д., Пеньков П. Л. Хронический простатит и сексуальная дисфункция // Всероссийская конференция «Мужское здоровье» (19–21 ноября 2003 г., Москва). Материалы конференции. – М., 2003. – С. 64–65.
15. Загородный П. И. Физиология и патология половой функции. – Л.: Медицина, 1975. – 263 с.
16. Имшинская Л. П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Киев, 1983. – 43 с.
17. Камалов А. А., Ефремов Е. А., Дорофеев С. Д., Панюшкин С. М., Бедретдинова Д. А. Сексуальные нарушения при хроническом простатите // <http://au-health.ru/listview.php?part=46&nid=389>
18. Корик Г. Г. Половые расстройства у мужчин. – Л.: Медицина, 1973. – 230 с.
19. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
20. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология: Учеб. пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
21. Ланцберг И. А., Лившиц О. З. Хронические простатиты в структуре сексуальных нарушений // Вопросы сексopatологии (материалы научно-практической конференции). – М.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. – С. 96–99.
22. Напреенко А. К. Интерорецептивно-психогенная копулятивная дисфункция (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1983. – 24 с.
23. Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. – Медицина, 1968. – 455 с.
24. Розенталь С. Секс после сорока / Пер. с англ. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 256 с.
25. Сексуальные расстройства. Расстройство эякуляции. Физиология эякуляторной функции // <http://www.androhealth.ru/re.html>
26. Юнда И. Ф. Простатиты. – К.: Здоров'я, 1987. – 186 с.
27. Bartoletti R., Cai T., Mondaini N., Dinelli N., Pinzi N., Pavone C., Gontero P., Gavazzi A., Giubilei G., Prezioso D., Mazzoli S., Boddi V., Naber K. G. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: results of a multicenter case-control observational study // J Urol. 2007. – 178 (6) – P. 2411–2415.
28. Berberich H. J., Ludwig M. Psychosomatische Aspekte des chronischen Beckenschmerzes // Urologe A. – 2004. – 43 (3). – S. 254–260.
29. Chen Juza, Щеплев П. А., Гвасалия Б. Р., Гарин Н. Н., Захарченко А. В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // Андрология и генитальная хирургия. – 2005. – №3. – С. 6–12.
30. El-Nashaar A., Shamloul R. Antibiotic treatment can delay ejaculation in patients with premature ejaculation and chronic bacterial prostatitis // J Sex Med. – 2007. – 4 (2). – P. 491–496.
31. Gonen M., Kalkan M., Cenker A., Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome // J Androl. – 2005. – 26 (5). – P. 601–603.
32. Keltikangas-Järvinen L., Järvinen H., Lehtonen T. Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis // Ann Clin Res. – 1981. – 13 (1) – P. 45–49.
33. Keltikangas-Järvinen L., Mueller K., Lehtonen T. Illness behavior and personality changes in patients with chronic prostatitis during a two-year follow-up period // Eur Urol. – 1989. – 16 (3). – P. 181–184.
34. Liang C. Z., Zhang X. J., Hao Z. Y., Shi H. Q., Wang K. X. Prevalence of sexual dysfunction in Chinese men with chronic prostatitis // BJU Int. – 2004. – 93 (4). – P. 568–570.
35. Liang C., Zhang X., Hao Z., Shi H., Wang K. [Investigation and analysis of chronic prostatitis and sexual dysfunction] [Article in Chinese] // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2004. – 10 (6). – P. 434–436.
36. Mehik A., Hellström P., Sarpola A., Lukkarinen O., Järvelin M. R. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland // BJU Int. – 2001. – 88 (1). – P. 35–38.
37. Premature ejaculation. Causes. By Mayo Clinic staff // <http://www.mayoclinic.com/health/premature-ejaculation/DS00578/DSECTION=causes>
38. Screponi E., Carosa E., Di Stasi S. M., Pepe M., Carruba G., Jannini E. A. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation // Urology. – 2001. 58 (2). – P. 198–202.
39. Shamloul R., el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men // J Sex Med. – 2006. – 3 (1). – P. 150–154.
40. Xing J. P., Fan J. H., Wang M. Z., Chen X. F., Yang Z. S. [Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation] [Article in Chinese] // Zhonghua Nan Ke Xue. – 2003. – 9 (6). – P. 451–453.
41. Zohdy W. Clinical Parameters that Predict Successful Outcome in Men with Premature Ejaculation and Inflammatory Prostatitis // J Sex Med. – 2009. – 6 (11). – P. 3139–3146.

Поступила в редакцию 07.05.2012

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

МОДЕЛЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА РЕФОРМОЮ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

19-20 квітня 2012р. в м.Донецьку відбулася конференція «Актуальні питання клінічної, соціальної та судової психіатрії в Україні» в межах якої відбулися наради головних спеціалістів МОЗ АР Крим, обласних та м.Київа і м.Севастополя управлінь охорони здоров'я.

Були обговорені змістовні і організаційні питання надання психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги в умовах реформування галузі за досвідом пілотних регіонів, в т.ч. і Донецької області, де функціонує заклад «Обласна клінічна психоневрологічна лікарня – медико-психологічний центр».

На нараді відпрацьована і схвалена модель організації медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги, яка пропонується для узгодження в подальших нормативних документах МОЗ.

Реконструкція галузі охорони здоров'я проводиться відповідно до наказів МОЗ України:

- від 05.10.2011 № 646 «Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах»

- від 04.12.2011р. №755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»

- від 31.10.2011р. №732 «Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів» відносно упорядкування медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги.

Первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (ПМСД) надають Центри ПМСД. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

- до компетенції лікарів загальної практики – сімейних лікарів має бути віднесена координація з медико-психологічною і психотерапевтичною мережею здійснення заходів по охороні психічного здоров'я населення

- має бути створений кабінет лікаря – психолога/практичного психолога

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (ВМД) надають заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

- лікарня інтенсивного лікування - має бути створений кабінет лікаря – психолога/практичного пси-

холога

- лікарня планового лікування - має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога

- лікарня відновного лікування – мають бути психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога;

- багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування – має бути кабінет лікаря-психолога/практичного-психолога;

- консультативно-діагностичний центр – мають бути психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога.

Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (ТМД) надають високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні закладами охорони здоров'я. На цьому рівні пропонуються такі заходи:

- обласна лікарня (обласна дитячих лікарня) – мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення

- центри високоспеціалізованої медичної допомоги – мають бути створені медико-психологічні Центри

- клініки науково-дослідних інститутів – мають бути створені психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога.

Спеціалізована психіатрична мережа. У стаціонарі мають бути створені мультидисциплінарні бригади у складі:

- Лікаря-психіатра ;
- Лікаря-психотерапевта;
- Лікаря-психолога/практичного психолога;
- Трудотерапевта ;
- Соціального працівника.

В амбулаторній мережі мають бути створені кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога.

Така структура медико-психологічної допомоги дозволить максимально покращити лікування хворих на гострі психічні розлади, суттєво поліпшити психосоціальну реабілітацію цих хворих, значно оптимізувати допомогу хворим на невротичні та психосоматичні розлади.

**Головний позаштатний спеціаліст
МОЗ України зі спеціальностей
«медична психологія» і «психотерапія»,
Зав. кафедри психотерапії ХМАПО,
д.м.н., проф. Б.В. Михайлов**

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, повторений, 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