

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

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 2 (27), 2011 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. Кузнєцов (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

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89

*М.П. Боро***ПАРАДИГМА В РАЗВИТИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЭПОХУ ГЛОБАЛИЗМА**Областная клиническая психоневрологическая больница – Медико-психологический центр
г.Донецк

Ключевые слова: парадигма, глобалистическое общество, беременность, психодинамический подход

Парадигмой называется совокупность теоретических взглядов, убеждений, ценностей, методических подходов, которая характеризует определенное научное сообщество.

Эволюционное, социально-историческое развитие общественных систем, и особенно фундаментальный поворот от традиционных обществ к современным, который начался в период позднего Средневековья и Нового времени, и пройдя через индустриальную революцию, закончился современной эпохой глобализации. Глобализация с экономическими кризисами, борьбой за сохранение Евросоюза, с его евровалютой, цепочка «Арабских» революций, кризис религий, межрелигиозный экстремизм и фундаментализм; нашествие на человечество пандемий ВИЧ-инфекции и СПИДа, эпидемий птичьего и куриного гриппа, Е-солли; рост насилия в семьях, торговля людьми, нехватка продуктов питания, питьевой воды.

Комбинируя эти критерии в макро-плоскости можно выделить типы общественных систем, хотя общепринятой теории развития этих общественных систем до сих пор не существует, мы едва ли знаем, в каком направлении будут развиваться дальше глобальные тенденции. Общественная действительность выступает для индивида в форме ожидания или безусловного требования от него каких-то действий – социальные нормы и включает его распределяя социальные позиции – социальный статус, в свою структуру нормативных ожиданий – ролевые стереотипные действия. Тем самым, индивиды, обычно с их психологическими, интеллектуальными способностями и генетическими задатками, участвуют в распределении благ, поощрений, в связях в общественной жизни – структура общественных шансов. Все это общественная действительность.

Разумеется, общественная действительность

не детерминирована нормативными ожиданиями и этот момент имеет большое значение для третьей плоскости - микро-плоскости социальной интеракции. В этом отношении всегда существует выраженная напряженность между, с одной стороны общественной структурой, а с другой – потенциально конфликтной динамикой процессов человеческой общности. Эта напряженность имеет особенно важные последствия (социальные, биологические, клинические).

С середины XX столетия общемедицинская парадигма претерпела существенные изменения, связанные в наибольшей степени с теорией Г. Селье о неспецифическом адаптационном синдроме. Согласно этой теории, большинство проявлений болезни являются защитными (адаптационными) реакциями против патогенного фактора. Очевидно, что при психических и психосоматических расстройствах значение симптомов, отражающих «первичную поломку» или наличие одного этиологического фактора или первопричина заболевания ничтожно мала или отсутствует. А на первый план выходят конфликты с глобальной человеческой общностью.

Оставляя в стороне картину внешних проявлений современных психических расстройств и, обращаясь к рассмотрению движущих сил, участвующих в их порождении, можно обнаружить существенно важный фактор, которым является тревога и те защиты, которые выстраиваются против нее. Какой бы ни была запутанной структура расстройства, тревога является «двигателем», который запускает патодинамический процесс и поддерживает его. Тревога и защиты представлены в разнообразных специфических формах в различных культурах и общественных системах. Болезненные конфликты отличаются от общественных конфликтов, и различие состоит в том, что они в своей основе являются бессознательными.

Материал и методы исследования

С целью исследования влияния на личность пациентов, указанных выше, глобальных биопсихосоциальных воздействий, характерных для первого десятилетия XXI века, нами изучены психодинамические особенности тревожно-депрессивных расстройств у женщин во время беременности.

Для исследования взяты беременные женщины с сопутствующей тяжелой соматической (психосоматической) патологией (гипертония, сахарный диабет, патология щитовидной железы). Выбирая контингент для изучения, мы исходили, что беременность и роды – одно их самых значимых макро- и микросоциальных событий в жизни человечества.

Основную группу составила 61 беременная с тяжелыми психосоматическими осложнениями и наличием тревожных и депрессивных расстройств, группу сравнения — 30 беременных с сахарным диабетом без патологии психоэмоциональной сферы.

Основные задачи исследования:

- разработка полуструктурированного интервью для изучения психодинамики при тревожно-депрессивных расстройствах у беременных женщин в современной социальной среде;

- ретроспективная оценка истории жизни и характеристика психодинамических особенностей каждого случая;

- выделение основных вариантов психодинамической структуры тревожно-депрессивных расстройств у женщин в период беременности.

Теоретическим обоснованием исследования послужила центральная концепция психоанализа о динамическом бессознательном, в соответствии с которой поведение человека детерминировано бессознательным импульсивным повторением опыта ранних объектных отношений.

Более ста лет назад З. Фрейд ввел термин «невроз тревоги» и описал два вида тревоги. В 1926 г. представления о происхождении тревоги были пересмотрены в соответствии со структурной теорией: тревога рассматривалась как сигнал инстинктивной опасности, исходящей от бессознательного. В модели Фрейда, тревога представляется как аффект эго, контролирующего доступ в сознание инстинктивных импульсов Ид [11].

Нейрофизиологические исследования представляет тревогу как болезненное состояние, обусловленное биологическими патогенетическими факторами, однако понимание бессознательных истоков тревоги важно для клиници-

стов - психодинамически ориентированных психиатров и психотерапевтов для более тонкой клинической систематики и применения психодинамической психотерапии [9, 10, 11].

Для оценки типа тревоги с точки зрения психодинамического подхода в настоящем исследовании использована классификация тревоги с позиции периодизации развития.

Самыми примитивными формами тревоги являются персекуторная тревога и тревога дезинтеграции. При первичной тревоге, характерной для кляйнианской параноидно-шизоидной позиции, персекуторные объекты угрожают внедрением и разрушением пациента изнутри. Тревога дезинтеграции происходит либо от страха потери ощущения «Я» или собственных границ при слиянии с объектом, либо вследствие беспокорства в связи с ощущением фрагментации или потери интеграции в отсутствие идеализирующего ответа окружения [9].

Следующий уровень развития представлен страхом потери значимого объекта и обычно проявляется в так называемой сепарационной тревоге, т. е. тревоге, связанной с сепарацией (отделением, разлукой) со значимым объектом.

Тревога, сопряженная с эдипальной фазой развития, — кастрационная тревога — вызвана устрашающими бессознательными фантазиями о возможной потере или повреждении гениталий родителем-соперником и может быть выражена в страхе потери любой другой части тела или физического благополучия.

Последующий этап развития представлен тревогой, связанной со страхом потери любви или одобрения значимого объекта (изначально родителя или заменяющего его лица, осуществляющего заботу о ребенке).

Тревога, связанная с супер - Эго, представляет собой наиболее зрелый уровень психосексуального развития и основана на переживании чувства вины или понимания нарушений внутренних моральных стандартов супер-Эго. Что особенно значимо в глобальном мире.

Для определения типа тревоги (в психодинамическом смысле) применяли психоаналитическое ориентированное полуструктурированное интервью, в котором с помощью прояснения, конфронтации, интерпретации, анализа типа психологических защит и характера взаимодействия между пациенткой и интервьюером оценивали структуру личности — невротическую, психотическую или пограничную.

Для проведения психодинамического иссле-

дования на основе структурного интервью О. Кернберга было разработано полуструктурированное интервью, включающее ряд вопросов, направленных на изучение особенностей ранних объектных отношений, Эго-идентичности, типа основного психодинамического конфликта и особенностей полоролевой идентичности пациенток. В результате оценивали: характеристики

Эго — сила-слабость, защитные механизмы и конфликты, взаимоотношения эго и супер-Эго; качество объектных отношений: отношения в родительской и собственной семье, паттерны переноса — контрпереноса, особенности внутренних объектных отношений; характеристики «Я» (сэлф): самооценка и целостность, границы и непрерывность [9, 10, 11].

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту, сроку беременности, спектру акушерской патологии, течением соматического расстройства. Средний возраст в основной группе составил 27,5 года, в группе сравнения — 28,9 года. Срок беременности в обеих группах соответствовал второму триместру, акушерская патология была представлена угрозой преждевременного прерывания беременности.

У женщин основной группы были диагностированы тревожные расстройства невротического уровня, включая тревожный невроз (диагностические рубрики МКБ-10 F 40.0-41.1) и N=30 (50,2%) и смешанные тревожно-депрессивные расстройства (F41.2 и F43.22) N=31 (50,8%). В группе сравнения у беременных женщин, обследованных по аналогичной методике, никакой психосоматической патологии не выявлено.

Результаты анализировали с учетом синдромологического диагноза, нозологического диагноза, характеристик личности, оценки действия стрессовых факторов и уровня социально-психологического функционирования. Психодинамическую диагностику проводили на основе оценки пациенток с точки зрения основных теоретических концепций эго-психологии, теории объектных отношений и сэлф - психологии.

При оценке эго анализировали силу эго по показателям устойчивости социальных отношений — рабочих, личных; способность отличать внутренние психологические и внешние проявления; способность контролировать аффективные импульсы; толерантность к фрустрации; способность предвидеть и учитывать последствия своих действий.

Важным компонентом исследования была оценка механизмов психологической защиты. У пациенток основной группы они были представлены в большей мере невротическими защитами: подавлением, смещением, реактивным образованием, изоляцией аффекта, аннулированием, соматизацией, конверсией; в некоторых случаях сопутствующих личностных расстройств наблюдались расщепление, проекция, проектив-

ная идентификация, идеализация и обесценивание. В группе сравнения встречались перечисленные невротические механизмы психологической защиты, однако чаще преобладали адаптивные ее механизмы — вытеснение, сублимация, альтруизм и хорошее чувство юмора. Характеристики супер-Эго включали параметры гибкости, гармоничности отношений эго и супер-Эго, реалистичности идеалов, наличия антисоциальных тенденций. В основной группе достоверно чаще у пациенток наблюдались жесткое и ригидное супер-Эго, низкая толерантность к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий.

Качества объектных отношений оценивали в контекстах взаимоотношений в детстве, реальных и переносных элементов отношений с интервьюером и актуальных отношений в микросоциуме. Определяли степень зрелости отношений, степень интеграции противоположных аффектов в отношениях со значимыми другими, наличие функциональных или целостных объектных отношений, константность объекта и толерантность к сепарации. В основной группе достоверно чаще, чем в группе сравнения (N=54 (88,5%) и N=6 (20%)), констатировались неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, распространенность незрелых, функциональных взаимоотношений.

Динамическая оценка пациенток строилась на анализе устойчивости и целостности в случаях критики или пренебрежения со стороны друзей или коллег, степени потребности в одобрении. Важные характеристики давал анализ самовосприятия, самооценки и идентичности, восприятия своего тела, связи между телесным и психологическим функционированием. В основной группе отмечались более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостаточного внимания, более хрупкая самооценка, недостаточно зрелая идентичность, повышенная потребность в одобрении, отрицание или недо-

оценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

При комплексном анализе психодинамических конфликтов, характерных для тревожных расстройств, выделены общие психодинамические признаки трех основных типов.

1. Конфликты сепарации — индивидуации, зависимости — независимости; выявлены у 36 (59%) беременных женщин: F 40.0-41.1 — N=19 (31,14%); F41.2-F43.22 - N= 17 (27,86%).

2. Конфликты, связанные с трудностью или невозможностью признания, глобального управ-

ления и совладания с выражением собственных чувств гнева и агрессии; обнаружены у 14 (22,95%) беременных: F40.0-41.1 — N=8 (13,11%); F41.2, F 43.22 - N= 6 (9,8%).

3. Конфликты, связанные с сексуальностью и ощущением опасности сексуального возбуждения; наблюдались у 9 (14,75%) беременных женщин: F 40.0-41.1 - N= 4 (6,6%); F41.2-F43.22 - N=5 (8,2%).

Полученные данные в сравнении с результатами в группе здоровых беременных представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распространенность психодинамических конфликтов

Группа	Конфликты сепарации - индивидуализации, зависимости - независимости	Конфликты, связанные с выражением чувств гнева и агрессии, как несогласие с глобальной действительностью	Конфликты, связанные с сексуальностью (семейное насилие, сексуальное насилие...)
Беременные с тревожными расстройствами (F 40.0-41.1), N=30	N=19 (31,14%)	N=8(13,11%)	N=4 (6,6 %)
Беременные с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2 и F43.22),N=31	N=17 (27,86%)	N=6 (9,8%)	N=5 (8,2 %)
Беременные без психоэмоциональной патологии, N=30	N=5 (16,6%)	N=3(10%)	N= 3 (10%)
P]-2	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Полученные данные свидетельствуют о достоверно более высокой распространенности основных психодинамических конфликтов у пациенток основной группы и обосновывают целесообразность применения у них психодинамической психотерапии.

Установлено, что в формировании предрасположенности к развитию симптомов тревожных и тревожно-депрессивных расстройств играют роль травматичные периоды психосексуального и социального развития. Так, у 35 (57,37%) женщин основной группы выявлена ранняя сепарация или утрата объекта, в группе же сравнения аналогичные особенности обнаружены только у 3 (10%) пациенток. Эмоциональная депривация в возрасте до 3 лет, связанная с передачей на воспитание бабушке или с ранним (до года) помещением в ясли из-за учебы или рождения сиблинга и другими социально-бытовыми причинами, в основной группе диагностирована у 26 (42,62%) беременных, а в группе сравнения - у 4 (13,3%), развод родителей в возрасте до 7 лет в основной группе имел у 14 (22,95%), в группе сравнения — у 5 (16,6%) пациенток.

Психосоциальные стрессогенные факторы, участвующие в формировании психодинамичес-

кой основы тревожно-депрессивных расстройств выделены в следующие группы:

- утрата матери или отца, либо заменявшего их лица;
- ранние разлуки с матерью или заменяющим ее лицом;
- раннее помещение в ясли или детский сад;
- рождение сиблингов;
- недостаток внимания и конкретного присутствия матери в жизни ребенка;
- неудовлетворительный эмоциональный контакт с матерью;
- частая смена места жительства в раннем возрасте;
- психические или соматические болезни матери, ставшие причиной ранней депривации.

Представленные результаты свидетельствуют о практически равномерном распределении и частой встречаемости стрессогенных факторов. Следует отметить сочетание нескольких стрессогенных факторов у одних и тех же пациенток с тревожными и депрессивными расстройствами. На основании полученных данных можно строить стратегии профилактики тревожных и депрессивных расстройств невротического уровня.

Обсуждение результатов. Психодинамичес-

кая диагностика у беременных с тяжелыми психосоматозами и с тревожно-депрессивными расстройствами позволила выявить определенные психодинамические характеристики, сопровождающие указанные расстройства.

У пациенток основной группы чаще всего был выявлен конфликт индивидуализации-сепарации, реже — конфликты, связанные с агрессивностью и сексуальностью. У этих женщин выявлялись более жесткое и ригидное супер-Эго, снижение толерантности к фрустрации и ситуациям неопределенности, трудности контроля над импульсами и недостаточно развитая способность к предвидению последствий своих действий. При тревожных и депрессивных расстройствах чаще, чем в группе сравнения, наблюдалась неудовлетворенность взаимоотношениями со значимыми другими, незрелые, функциональные взаимоотношения, более высокая степень уязвимости в отношении критики и недостатка внимания. Многим пациенткам основной группы были присущи хрупкая самооценка, недостаточно зрелая или диффузная идентичность, повышенная потребность в одобрении,

отрицание или недооценка взаимосвязи телесных и психологических компонентов функционирования.

Анализ стрессогенных факторов в анамнезе показал достоверно большую их распространенность и более высокую частоту, а самое главное глобалистический характер встречаемости и сочетаемости в основных подгруппах.

Таким образом, впервые установлены общие психодинамические особенности, клинически очерченные психодинамические характеристики личности, преимущественные типы механизмов психологической защиты, виды современных психодинамических конфликтов, распространенность стрессогенных факторов при тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня у беременных женщин.

Приведенные сведения помогут глубже понять механизм указанных расстройств, усовершенствовать их систематику и разработать эффективные психотерапевтические подходы. А самое главное, сформулировать современную общемедицинскую модель формирования биомакросоциальнопсихологической парадигмы.

М. П. Боро

ПАРАДИГМА РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ЕПОХУ ГЛОБАЛІЗМУ

Донецька обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-психологічний центр

В статті розглянуто динаміку зміни парадигми розвитку психічних розладів у сучасних умовах на прикладі розвитку ускладнень психосоматичного регістру у вагітних жінок, розглянута біологічна складова парадигми, а також її зв'язок з глобальною соціальною складовою, а також система психологічного захисту. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 3-7).

M.P. Bero

PARADIGM OF DEVELOPMENT OF MENTAL FRUSTRATION DURING A GLOBALISM EPOCH

Donetsk regional clinical psychoneurological hospital-mediko-psychological center

Dynamics of change of a paradigm of development of mental frustration in modern conditions is stated in article. The biological component of a paradigm is discovered on an example of development of complications of the psychosomatic register at pregnant women. Its communication with a global social component, and system of psychological protection also is considered (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 3-7).

Литература

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение». М: ГЭОТАР-МЕД. 2004. С. 66–73.
2. Боро М.П. Порушення і корекція здоров'я сім'ї ліквідаторів чорнобильської аварії: Монографія. – Харків: Основа, 1999. – с. 48 – 51 – Рос. мова
3. Грандилевская И.В. Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
4. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции.- М.: Владос, 1999.- 256с.
5. З.Фрейд. Лекции по психоанализу. Лекция 31.стр.334-349 М.

6. З.Фрейд “ Я и Оно” М.: Владос, 1998.- 324с.
7. Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1983). Models of health – related behavior. In D. Mechanic (Ed.), Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions (pp. 539 – 553). New York: The Free Press.
8. Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. American Journal of Public Health, 88, 68 – 74.
9. Marmot, M. G. (1994). Social differentials in health within and between populations. Daedalus, 123, 197 – 216.
10. Siegrist, J. (1995). Medizinische Soziologie (5. Auflage). München: Urban & Schwaryenberg.
11. Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Guttingen: Hogrefe.

Поступила в редакцию 28.05.2011

УДК 616.89.008.0:614.253.8

*Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова***ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ МІЖ ЛІКАРЕМ І ХВОРИМ У МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: терапевтичний альянс, психоневрологічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес, принцип партнерства

Вивчення та врахування особливостей функціонування терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і хворим є дуже важливим аспектом для покращення якості лікувального процесу. Загальновідомим у наш час є той факт, що характер відносин «лікар-хворий» певною мірою визначає ефективність терапевтичного процесу будь-яких захворювань [1, 2].

У зв'язку з реформуванням сучасної системи охорони здоров'я, зміною типу відносин між лікарем і пацієнтом, запровадженням принципу партнерства у їх взаємодію значною мірою зростає увага до проблеми терапевтичного альянсу [2, 5]. Вперше поняття «терапевтичний альянс» запропонувала 1956 року психотерапевт психоаналітичного напрямку Е. Зетцель [8]. Однак, уже в 70-х роках даний термін вийшов за рамки психоаналізу і в інших напрямках психотерапії розглядався як особливий мікроклімат, який створюється і розвивається терапевтом і пацієнтом для забезпечення ефективного результату лікування [7].

На основі аналізу вітчизняних і зарубіжних концепцій нами було запропоновано власне визначення феномену терапевтичного альянсу під яким ми розуміємо особливий характер стосунків між лікарем і хворим, які значною мірою визначають ефективність терапевтичного процесу. Ґрунтуючись на даних літератури та результатах власних досліджень ми розробили типологію терапевтичного альянсу. Згідно якої ми

виділяємо наступні його форми: партнерська (довіра, співробітництво), емпатійно-регламентувальна (висока емпатійність, низький рівень відповідальності хворого за результат лікування), нейтрально-регламентувальна (низький рівень емпатії, лікар займає домінуючу позицію, у взаємодії з пацієнтом), емпатійно-формальна (висока емпатійність і низький рівень співробітництва), формально-дистанційна (формальне співробітництво).

У сучасній науковій літературі немає достатньої кількості праць, в яких розглядалися б типологічні особливості терапевтичного альянсу між лікарем і хворими на неврологічні та психічні розлади. Аналіз літератури свідчить, що більшість із них не дають цілісного уявлення щодо особливостей формування терапевтичного альянсу, який у працях В.А. Ташликова і М.М. Кабанова розглядається, як правило з позиції хворого, а у дослідженнях Б.Д. Карвасарського та Р. Чапліна з позиції медичного спеціаліста [2, 3, 4, 7].

Висока медико-соціальна значущість проблеми і відсутність систематизованих уявлень про типологічні особливості терапевтичного альянсу, зумовлюють необхідність вивчення даної проблематики.

Метою даного дослідження є вивчення типологічних особливостей функціонування терапевтичного альянсу між лікарем і пацієнтом у медичному закладі психоневрологічного профілю.

Матеріали і методи дослідження

У дослідженні взяли участь 39 лікарів, з них – 22 неврологи (4 чоловіки і 18 жінок) та 17 психіатрів (10 чоловіків і 7 жінок). Стаж роботи до 5 років мав один лікар (2,6%), 5 – 10 років – 9 осіб (23,1%), більше 10 років стажу мали 29 медичних спеціалістів (74,3%).

Було обстежено 110 хворих на неврологічні

та психічні розлади. Першу групу обстежених становили 48 хворих на різні форми судинної патології головного мозку, середній вік – $53,9 \pm 11,7$ років. Тривалість хвороби до 3 років мали 11 хворих (22,9%), від 3 до 10 років – 10 осіб (20,8%), більше 10 років хворіли 27 пацієнтів (56,3%). До другої групи увійшли 32

хворих на шизофренію та шизотипові розлади, середній вік – 27,8±7,6 років. Тривалість хвороби до 3 років мали 10 хворих (31,2%), від 3 до 10 років – 14 осіб (43,8%), більше 10 років хворіли 8 обстежених (25,0%). Третю групу склали 30 хворих на різні форми депресії, середній вік – 51,1±13,4 років. Тривалість хвороби до 3 років мали 4 хворих (13,3%), від 3 до 10 років – 14 осіб (46,7%), більше 10 років хворіли 12 пацієнтів (40,0%).

У дослідженні використовувалися методики «Тип ставлення до хвороби» (А.Є. Личко,

Л.Й. Вассерман, Б.В. Іовлев, 1987), «Колірний тест ставлень» (Є.Ф. Бажин, О.М. Еткінд, 1985), «Дослідження рівня комплаєнса хворих» (Н.М. Лісна, 2007), «Стиль реагування пацієнта на ситуації лікувального процесу» (Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова, 2009) та спеціально розроблені анкети, спрямовані на визначення оцінок лікарів і хворих відносно наявного терапевтичного альянсу та виявлення їх уявлень щодо його оптимальної форми. Для оброблення отриманих даних застосовувався j-критерій Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження терапевтичного альянсу у лікарів представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Результати дослідження терапевтичного альянсу у лікарів

Форми терапевтичного альянсу	Лікарі					
	Лікарі-неврологи n=22		Лікарі-психіатри n=17		Усі лікарі n=39	
	абс. вел.	%	абс. вел.	%	абс. вел.	%
Партнерський	6	27,3	4	23,5	10	25,6
Емпатійно-регламентувальний	15	68,2	11	64,7	26	66,7
Нейтрально-регламентувальний	1	4,5	2	11,8	3	7,7
Емпатійно-формальний	-	-	-	-	-	-
Формально-дистанційний	-	-	-	-	-	-

Примітка. Достовірність відмінностей за ф-критерієм Фішера $p < 0,05$
* - між лікарями-неврологами і лікарями-психіатрами

Аналіз даних свідчить, що у лікарів-неврологів домінує емпатійно-регламентувальний альянс (68,2%). Вони формують емоційно-сприятливі відносини з пацієнтами, але вважають недоцільним керуватися їх побажаннями при організації лікувального процесу. Партнерські стосунки з пацієнтами встановлюють 27,3% лікарів. У лікарів мінімально представлений нейтрально-регламентувальний альянс (4,7%) та відсутні емпатійно-формальна і формально-дистанційна форми альянсу.

У лікарів-психіатрів виявлено загалом аналогічну картину. У них також превалує емпатійно-регламентувальний альянс (64,7%), партнерські відносини встановлюють 23,5% опитаних, мінімально представлений нейтрально-регламентувальний альянс (11,8%) та відсутні формальні форми терапевтичного альянсу.

Існують виражені гендерні відмінності: у неврологів чоловічої статі домінують партнерські стосунки з пацієнтами (50,0%), у жінок – емпатійно-регламентувальні (77,8%). Психіатри незалежно від статі взаємодіють з хворими

переважно в рамках емпатійно-регламентувального альянсу, але у лікарів-жінок відсоткова частка партнерського альянсу (42,9%) більша, ніж у чоловіків (10,0%).

Також було виявлено, що у лікарів-неврологів із збільшенням досвіду роботи зменшується представленість емпатійно-регламентувального альянсу разом із зростанням партнерського. У лікарів-психіатрів має місце протилежна тенденція: у них зменшується питома вага партнерського альянсу та збільшується нейтрально-регламентувального.

Дослідження уявлень медичних спеціалістів щодо оптимальної форми терапевтичного альянсу дозволило визначити, що більшість лікарів-неврологів (50,0%) та лікарів-психіатрів (47,1%) найбільш ефективною формою терапевтичного альянсу вважають партнерську.

Результати дослідження терапевтичного альянсу у хворих на неврологічні та психічні розлади представлені у таблиці 2.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у хворих на неврологічні розлади домінує емпатійно-

тійно-регламентувальна форма терапевтичного альянсу (45,8%), однаковою мірою представлені партнерський (25,0%) і нейтрально-регламентувальний альянси (25,0%), мінімально – емпатійно-формальний (4,2%) та відсутній формально-дистанційний альянс.

На відміну від них, у хворих на шизофренію та шизотипові розлади превалює нейтрально-регламентувальний альянс (50,0%), 37,5% встановлюють партнерські відносини з лікарем, а 12,5% – емпатійно-регламентувальні. У них відсутні формальні форми терапевтичного альянсу.

Таблиця 2

Результати дослідження терапевтичного альянсу у хворих на психоневрологічні розлади

Форми терапевтичного альянсу	Хворі							
	на різні форми судинної патології ГМ n=48		на шизофренію та шизотипові розлади n=32		на різні форми депресії n=30		усі хворі n=110	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Партнерський	12	25,0	12	37,5	7	23,3	31	28,2
Емпатійно-регламентувальний	22	45,8*	4	12,5	10	30,0!	36	32,7
Нейтрально-регламентувальний	12	25,0	16	50,0*	12	43,3	40	36,4
Емпатійно-формальний	2	4,2	-	-	1	3,4	3	2,7
Формально-дистанційний	-	-	-	-	-	-	-	-

Примітка. Достовірність відмінностей за χ^2 -критерієм Фішера $p < 0,05$
 * - між хворими на різні форми судинної патології ГМ і хворими на шизофренію та шизотипові розлади;
 ** - між хворими на різні форми судинної патології ГМ і хворими на різні форми депресії;
 ! - між хворими на шизофренію та шизотипові розлади і хворими на різні форми депресії

Примітка. Достовірність відмінностей за χ^2 -критерієм Фішера $p < 0,05$ * - між хворими на різні форми судинної патології ГМ і хворими на шизофренію та шизотипові розлади; ** - між хворими на різні форми судинної патології ГМ і хворими на різні форми депресії; ! - між хворими на шизофренію та шизотипові розлади і хворими на різні форми депресії

У хворих на депресивні розлади також домінує нейтрально-регламентувальний альянс (43,3%), 30,0% формують емпатійно-регламентувальний, 23,3% – партнерський, мінімально представлений емпатійно-формальний (3,4%), відсутній формально-дистанційний альянс.

У хворих на неврологічні розлади незалежно від статі превалює емпатійно-регламентувальний альянс, проте виявлено, що жінки частіше ніж чоловіки взаємодіють із лікарем в рамках партнерського альянсу (34,6% і 13,6% відповідно). На відміну від них, у хворих на шизофренію чоловічої статі достовірно ($p < 0,05$) превалює партнерський альянс (44,4%), а у жінок – нейтрально-регламентувальний (64,3%). У хворих на різні форми депресії жіночої статі також домінує нейтрально-регламентувальний альянс (43,5%), проте чоловіки частіше взаємодіють в рамках емпатійно-регламентувального альянсу (42,8%).

Виявлено, що домінування певної форми терапевтичного альянсу пов'язано також із тривалістю захворювання пацієнтів. У хворих на неврологічні розлади на початкових етапах хвороби вірогідно превалює партнерський альянс (54,5%), однак із збільшенням тривалості захворювання у них набагато зменшується представленість цих відносин і зростає відсоткова частка емпатійно-регламентувального альянсу

до 60,0%. У хворих на шизофренію на початку захворювання домінує нейтрально-регламентувальний альянс (50,0%). Проте на подальших етапах захворювання у них зростає представленість партнерського альянсу (50,0%) за достатньо високої відсоткової частки нейтрально-регламентувального (37,5%). У хворих на різні форми депресії, також як і у хворих на шизофренію, на початку захворювання домінують нейтрально-регламентувальні відносини (75,5%), проте на подальших етапах перебігу хвороби у них зростає представленість емпатійно-регламентувального альянсу (33,3%) і зменшується партнерського (16,7%).

Результати дослідження пацієнтів показали, що оптимальною формою терапевтичного альянсу більшість хворих на психоневрологічні розлади вважають партнерську (майже 40% усіх пацієнтів). Отже визначено, що лікарі і пацієнти мають схожі позиції щодо ефективної взаємодії.

Аналіз результатів дослідження терапевтичного альянсу у лікарів і хворих на психоневрологічні розлади вказує на наявність розбіжностей в оцінці опитаних характеру їх відносин. Отримані результати представлені на рисунку 1, де 1 – партнерський альянс; 2 – емпатійно-регламентувальний; 3 – нейтрально-регламентувальний; 4 – емпатійно-формальний.

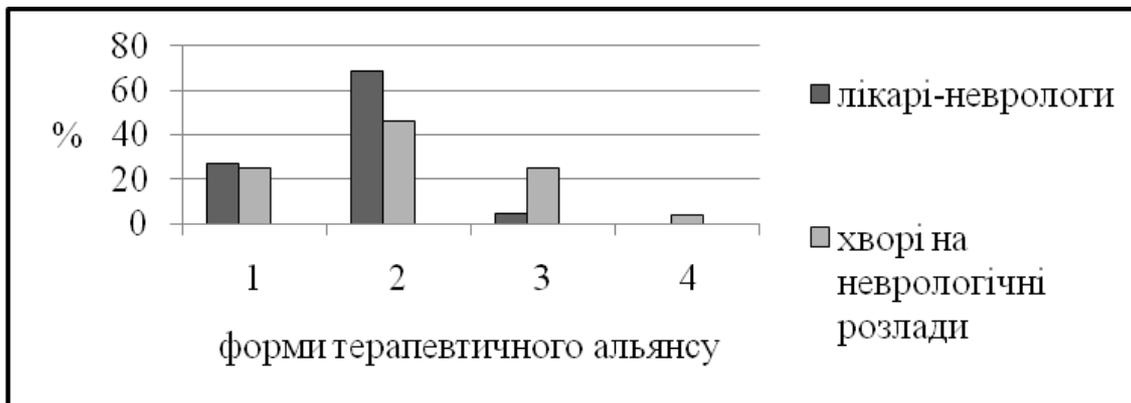


Рис. 1 Співвідношення форм ТА у лікарів-неврологів та хворих на неврологічні розлади

Аналіз даних, представлених на рис. 1, вказує на досить конвергентні стратегії лікарів-неврологів і хворих на неврологічні розлади в процесі лікування. Вони організують взаємодію переважно в рамках емпатійно-регламентуваного альянсу (68,2% і 45,8% відповідно). Однак, за допомогою χ -критерія Фішера були визначені вірогідні розбіжності в домінуванні нейтрально-регламентуваного альянсу (4,5% медичних спеціалістів і 25,0% пацієнтів ($p < 0,05$)). Найменш представлений в обох групах опитаних емпатійно-формальний альянс.

На рис. 2 представлені результати дослідження терапевтичного альянсу у лікарів-психіатрів і хворих на психічні розлади, де 1 – партнерський альянс; 2 – емпатійно-регламентувальний; 3 – нейтрально-регламентувальний; 4 – емпатійно-формальний.

Аналіз даних, представлених на рис. 2, свідчить, що у лікарів превалює емпатійно-регламентувальний альянс, проте у хворих на шизофренію він представлений найменше (64,7% і 12,5% відповідно ($p < 0,05$)). Визначено, що у хворих на психічні розлади домінує нейтрально-регламентувальний альянс (50,0% хворих на шизофренію та 43,3% хворих на депресивні розлади), однак, тільки 11,8% лікарів взаємодіють в рамках даної форми. Зазначимо, що за допомогою χ -критерія Фішера визначено, що відсоткова частка даного альянсу у пацієнтів з шизофренією достовірно більша, ніж у психіатрів ($p < 0,05$). Партнерський альянс у психіатрів та обстежених з депресивними розладами представлений в рівній мірі (23,5% та 23,3% відповідно), у хворих на шизофренію його питома вага дещо вища (37,5% обстежених).

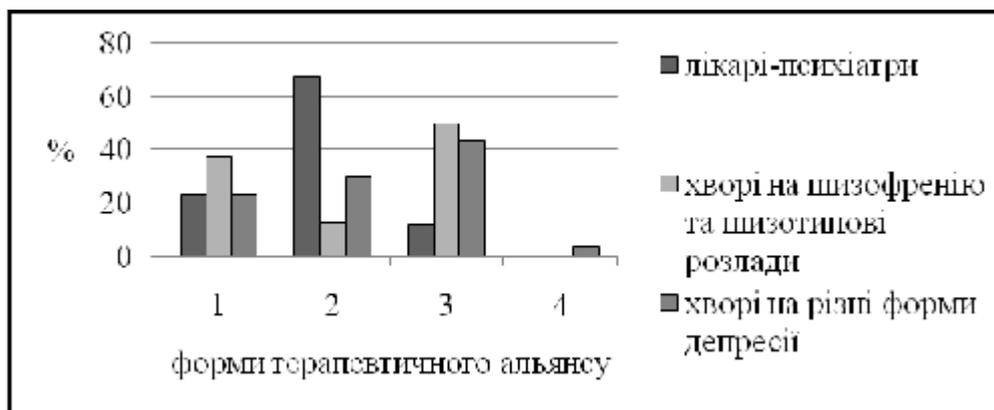


Рис. 2 Співвідношення форм ТА у лікарів-психіатрів та хворих на психічні розлади

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що формування певної форми терапевтичного альянсу залежить від гендерної приналежності учасників лікувального процесу, стажу роботи лікаря та тривалості захворювання пацієнта. Результати дослідження типологічних особливостей ТА у лікарів і хворих на психоневро-

логічні розлади дозволили виявити розбіжності у представленості його форм, які мають більш виражений характер у діаді лікар – хворий на психічні розлади. Однак, слід зазначити, що медичні спеціалісти та пацієнти поділяють думку щодо найбільш оптимальної форми терапевтичного альянсу, якою вони вважають партнерську.

Отримані результати вказують на необхідність розробки психокорекційних і психосвітніх програм для хворих та комунікативних

тренінгів для лікарів з метою впровадження принципів партнерства у лікувальний процес та оптимізації терапевтичного альянсу.

Л.Ф. Шестопалова, В.В. Артюхова

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЛЯНСА МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»

В статье описано феномен терапевтического альянса и предложена его типология (партнерский, эмпатийно-регламентирующий, нейтрально-регламентирующий, эмпатийно-формальный, формально-дистантный). На основании комплексного психодиагностического исследования 110 больных с психоневрологическими расстройствами и анкетирования 39 врачей выделены доминирующие формы терапевтического альянса у врачей и больных с неврологическими и психическими расстройствами. Выявлено, что партнерский альянс большинство медицинских специалистов и пациентов считают оптимальным. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № (27). — С. 8-12).

L.F. Shestopalova, V.V. Artyuhova

TYPOLOGY FEATURES OF THERAPEUTIC ALLIANCE BETWEEN A DOCTOR AND PATIENT AT A NEUROPSYCHIATRIC MEDICAL INSTITUTION

State institution Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

In the article the phenomenon of therapeutic alliance is described and his typology is offered (of partnership, emphatically restrictive, neutrally restrictive, emphatically formal, formally distant types). On the basis of complex research 110 patients with neuropsychiatric disorders and questionnaire 39 doctors are distinguished. It determines dominant forms of therapeutic alliance for doctors and patients with neurological and psychical disorders formation based on the comprehensive psychodiagnostic research of 110 patients with neuropsychiatric disorders and survey among 39 doctors. It is educed, that partner alliance most medical specialists and patients consider optimal. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 8-12).

Література

1. Абрамов В.А. Основные направления реабилитации больных с психическими расстройствами в отделении медико-социальной реабилитации [Текст] / В.А. Абрамов, О.Г. Студзинский, Т.Л. Ряполова, И.В. Жигулина, И.Н. Левчук // Український вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С. 146-147.
2. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. - СПб., 1998. - 256 с.
3. Клиническая психология: [учебник] / под ред. Б.Д. Карвасарского. - [2-е изд.]. - СПб.: Питер, 2006. - 960 с.
4. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. - Л.: Медицина, 1984. - 192 с.
5. Шестопалова Л.Ф. Особливості сприйняття медичними

спеціалістами терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, А.В. Андренко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2008. - №2 (19). - С. 37-42.

6. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу / Л.Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С.249.

7. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. - 2007. - Vol. 13. - P. 347-349.

8. Zetzel E. Current concepts of transference / E. Zetzel // International journal of Psycho-Analysis. - 1956. - №37. - P. 369-376.

Поступила в редакцию 16.05.2011

УДК 159.923.2:616-053.2

*О.О. Фільц, А.В. Кізічак-Борщевська, А.З. Троян, О.Л. Личак***ВИПАДОК З ПРАКТИКИ: КОМУНІКАЦІЯ ЯК МИСТЕЦТВО ЖИТТЯ АБО ХВОРОБА ДИТИНИ ЯК СИГНАЛ ВТРАТИ ЗОНИ КОМФОРТУ ЇЇ РОДИНОЮ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова: дитяча психотерапія, родинний баланс, комунікація, невербальне спілкування, мова тіла

*«Мовчання треба чути у контексті»***Станіслав Сжи Лец**

Широка дискусійна панорама сучасної психіатрії, надмірно орієнтованої на біологічні основи, свідчить про потребу ренесансу клінічного, навіть «класичного» підходу. Функціонування психіатрії сьогодні, зосереджене на нескінченних перегруповуваннях і переставляннях з місця на місце різних діагностичних критеріїв, позбавляє нас можливості пошуку неочікуваних і незнайомих «територій». Більше того, психіатри, навчені бачити статистичні психічні розлади і не бачити суті та змісту психопатологічних переживань, позбавлені духу пізнання. Адже «сьогодні вимогою є лише якомога «точніше» роз-пізнання критеріїв, що підтверджують (але не диференціюють) вимоги до діагностики (5).

І все ж, потреба у скрупульозному дослідженні окремих КЛІНІЧНИХ випадків (Т:ЗВ. сазе зієсіу) залишається актуальною. Більш того, враховуючи сучасні тенденції до оновленого клінічного розуміння психічних розладів, такі «індивідуальні» дослідження дозволяють розширити цілий ряд дискусійних питань. Запропонована публікація є, відтак, нашою пропозицією розглянути окремих клінічний випадок. Саме тому вона подана нами в основному ключі.

За сюжетом футуристичного роману Філіпа Діка «Людина в лабіринті», героя відправляють на нещодавно відкриту планету для налагодження контакту. Там він випробовує різноманітні види комунікації - геометричні символи, математичні знаки, музичні мелодії, привітання, крики, жестикуляцію - і все, нібито, марно. Але ні, зусилля героя все-таки порушують спокій інопланетних істот.

Найбільш значимими істотами на світі, на поведінку і слова котрих орієнтується малюк, є його батьки. Намагатися змінити що-небудь у дитині, не торкаючись її взаємодії з батьками - все одно, що винаходити вічний двигун. Психотерапевт може прикладати значні зусилля, щоб

збудувати для дитини нові, конструктивніші «місточки» зі світом («іппіко»). Але наступного разу, повернувшись із дому і звиривши отримані там знання з еталонними (тобто, запропонованими батьками), дитина знову буде намагатися відтворювати звичні для неї стереотипи. Батьки, які звертаються за консультацією, «скуті механізмами захисту та різноманітними сімейними міфами та сценаріями. Все це утруднює терапевтичні можливості відстежити наслідки своїх дій на дитині. Сценарій, хоча і формується в дитині батьками за допомогою слів, розташовується не у свідомості, яка звично оперує цими словами, а в позасвідомому, мовою якого є символи» (2).

Отже, наполегливий та грамотний дитячий психотерапевт, як і герой вищезгаданого твору, налагоджує відповідну комунікацію. Як наслідок, ніби порушується родинний «спокій» та виводиться з рівноваги старий, неконструктивний, але такий звичний для кожної сім'ї баланс. І тоді малими кроками починається рух, а разом з ним і розвиток сімейної системи з акцентом на найбільш ранимому її елементі - дитині.

Діти, як найбільш інтуїтивні та вразливі істоти, гостріше відчувають все, що відбувається навколо, особливо коли це стосується найближчих людей. Якщо емоційна напруга та непорозуміння «зашкалюють», інколи дитина, захищаючись, намагається перервати свої зовнішні зв'язки.

Комунікую - значить, довіряю. Якщо б людина могла передбачати всі можливості та хотіла б уникати всіх небажаних наслідків, їй доводилося б просто припиняти небажану комунікацію. Саме це і зробила дівчинка, досвід терапевтичного стосунку з якою хотілося б розглянути.

Випадок дівчинки Т.

Т., 7 років, зайшла в кабінет з мамою, ховаючись за неї, прикриваючи обличчя руками, повільно скуто рухаючись, подібно до дитини з церебральним паралічем. Відчуття заляканої світом дорослих, загнаної тваринки. Адже «сло-

ва і думки можуть фальшивити, тіло та сни не обдурять ніколи» (1). Асоціація з тваринкою ще більше зміцніла, коли з'ясувалося, що Т. не спілкується (крім найближчих рідних) - відсутній основний стандартний критерій міжлюдських стосунків - мова. Цікаво, що коли на черговій зустрічі дівчинці було запропоновано «Малюнок сім'ї» (на прикладі тварин), то першою з'явилась фігура мами-кота, другою - собака з особливо промальованою частиною голови з носом і язиком (тато) і останньою фігурою - морська свинка (підпис Т. - «Дитинка»). Дівчинка дійсно мала морську свинку, яку ніжно любила. Як бачимо, в цій родині шанси на встановлення гармонійної комунікації були мінімальними - всі тварини були різних видів, а батьківська пара взагалі складалася з представників класично ворожих таборів: от вам і «модель» для дитини щодо комунікації зі світом.

Оскільки первинно за допомогою разом з дівчинкою звернулася мама, дитяча психотерапія, як фокус, утримувала паралельне відновлення та розширення її ресурсів. Мама, 27 років, не відзначалася багатомовністю та впевненістю у собі на початку терапевтичного процесу. Але вона проявила значний потенціал для розвитку - жадібно читала літературу, яку пропонувалося (про виховання, про сімейний контекст, про рольові стосунки та стосунки статей). На момент зустрічі мамин образ сім'ї (проективний тест за Е. Г. Ейдемільером «соціограма родини») виглядав так: поряд дві кульки, підписані «тато, 26 р.» і «донька», на відстані від них - кулька з підписом «Я, 27 р.». Хай ця описка про тата з розряду тих, що за Фройдом, але за відчуттями і за презентацією мамою себе було багато з нерівності в партнерській позиції батьків. Мама уявляла і змальовувала чоловіка (на той момент) в основному позитивним героєм - заробляє, утримує родину. Інколи, правда, «проривалося», що батько Т. випиває, і тоді стає агресивним. Себе мама позиціонувала і, відповідно, відчувала рабою ситуації, малозначимою фігурою, домогосподаркою без голосу і прав. Звідки тоді було «прорізатися голосу» у її дитини, сильно прив'язаної до мами! Дитина тривалий час знаходиться під сильним психологічним впливом матері. Інколи така психологічна пуповина зберігається протягом усього життя. Тоді глибинні страхи матері, її пригнічена агресія можуть знайти вихід через психіку дитини. Адже діти частіше хворіють не від переохолодження, а від нестачі тепла щодо себе, від незатишної атмосфери вдома. Родина як система є єдиним «органі-

зом». А дитина - найслабша ланка цього організму, цієї системи. На жаль, рекомендацією консультування у сімейного психолога мама Т., як і переважна більшість батьків, що звертаються, не скористалась. Але, незважаючи на те, що розвиток мами відбувався лише в контексті дитячої терапії, через півроку це вже була не та розгублена, невпевнена в собі, інфантильна жінка. Її ресурсів вистачило на прояснення партнерських стосунків, а, з часом, і на реалістичне з'ясування сімейної ситуації з чоловіком, який, з її періодичних короткочасних коментарів, ставав все більш агресивним до неї і до дитини. Крім того, мама організувала переїзд в іншу місцевість, в будинок- особняк до своєї мами. При звертанні жінки ще через півроку, після завершення терапії з Т., вона сама з гордістю прокоментувала про нові етапи її кар'єри - влаштування на цікаву роботу, намагання утримувати та захищати свою життєву позицію зрілої жінки у стосунках з мамою, пошук ресурсів для можливості переїзду від мами на «свою територію». Отже, невербальне спілкування стало окремою темою у розвитку стосунків з дівчинкою. А дитячому терапевту, як і герою вищезгаданого роману, довелося випробовувати різні способи комунікації, крім вербального. В зв'язку з цим, довелося активно освоювати інші значимі «мови», які в звичних контекстах переважно залишаються в тіні.

Так, одним із засобів комунікації з дівчинкою стала мова тіла та її освоєння. «Внутрішні драми починають ставати частиною внутрішнього світу в ранньому дитинстві і, можливо, ще до народження. Найбільш ранні пам'ятні сліди, які кодують міжособистісні драми в мозку людини, не інтегровані... До них входять почуття та дії, що запам'ятовуються невербально до освоєння дитиною мови» (Ізаасз, 1948).

Дитина отримує свій перший досвід контакту зі світом тілесно. Стосунки з мамою, чутливість її реагування на дитячі імпульси відображаються насамперед на рівні торкань, тактильної взаємодії. «В залежності від якості тілесного контакту у дитини формується ставлення до себе матеріальної. По суті, йдеться про закладання тілесного Я, яке стає основою подальшого нарощування ідентичності» (3). Важливо відмітити, що ще З. Фройд наголошував на принципово можливому моменті формування «Я», яке завжди несе в собі початок в тілесному.

Яким же «багатомовним» виявилось тіло Т.! Якщо бути уважним, то можна побачити, що тіло живе своїм життям. І воно завжди сигналізує про те, що відбувається з ним в дійсності. Якщо про-

слідкувати тілесну динаміку від першої зустрічі до завершення терапії, то на початку знайомства гієреді мною з'явилось тривожно-напружене перелякане «звірятко», яке виглядало травмованим, «стрижено»-скутим. В той час, як дівчинка жваво, здоровим чином пересувалася по вулиці, активно спілкуючись та жестикулюючи з мамою (а також з тіткою, молодшою двоюрідною сестрою), заходячи до кабінету терапевта, Т. ніби стискалася, прикривала очі долонею чи двома, пересувалася «спастичною» ходою маленькими скутими кроками. Складалося враження панциру, броні, в які дівчинка несвідомо заковувала себе при зустрічі з невідомим, а значить - обов'язково страшним і зловісним світом. За нашою гіпотезою, це було результатом раннього травмуючого досвіду (можливо, від нерівних стосунків з батьком) та неможливістю захисту доньки мамою на тому етапі розвитку родини. «Будь яку ситуацію ми проживаємо тілом; тілесна реакція присутня завжди. При тривалих стресах тілесна реакція утримується автоматично. І ми, звикнувши до напруження, перестаємо його помічати» (1). Тоді сильні, невідреаговані почуття змінюють дихання, напружують м'язи. Навіть якщо людина має намір не боротися зі стресовою ситуацією, тіло все одно відповість на неї, щоби зменшити дискомфорт. Душевний біль тіло затамовує напруженням м'язів. Воно суттєво послаблює сигнали від органів чуттів. Тіло стає жорстким. Чим більше таких блоків, тим жорсткішим буде тіло. Загальмовані, незавершені жести та рухи утворюють м'язовий панцир. Тіло підставляє себе під удар, позбавляючи господаря необхідності демонструвати свою мужність. Людина перестає бути чутливою до змін у житті і вперто «гне своє». І коли цей опір до життя в людині (дитині) зростає, він вимушує її (або родину) до змін. Адже травмуючі ситуації чи хвороба - це завжди порушення звичного ритму життя.

Хвороба - це сигнал про те, що ми відійшли від зони комфорту. Зцілитися означає «стати цілісним, повним». Цілісність, повнота - це зона комфорту, зона здоров'я. Тобто, в хвороби завжди є мета повернути нам цілісність та зрівноважити наше життя.

Як відомо, емоція здатна як паралізувати, так і мобілізувати тіло. Дорослі постійно раціоналізують свої емоційні стани. «Специфіка формування дитячої системи захисту в тому, що первинно вона проявляється за рахунок і на рівні рухових (поведінкових) реакцій при участі елементарних психічних функцій» (4). Мутизм Т. -

окремий випадок реакції пасивного протесту. Це елемент більш глобальної захисної поведінкової стратегії відділення, суть якої складають підсвідомі захисні автоматизми ізоляції та заперечення. Організм, тим часом, наполегливо прагне досягнути гомеостазу. Якщо емоції лежать на глибині, вони повинні якось бути виражені, щоби організм зміг дати раду наступній потребі в своєму безперервному процесі розвитку. Намагаючись розширити і збагатити репертуар спілкування дівчинки зі світом позитивними зразками, на певному етапі терапії було запропоновано розширення репертуару рухової активності дівчинки . в контексті її пріоритетів. Так, на прохання Т. родиною був придбаний велосипед. Після його освоєння в динаміці терапії, дівчинка почала все сміливіше і на більшу відстань від домівки вивчати світ (необхідний компонент сепарації”). Була спроба, за бажанням дівчинки, адаптації її у танцювальному колективі з педагогом, який непогано знаходив мову з дітьми, в т.ч. і тілесну. На початку Т. із захопленням і бажанням розширювала свій досвід. Потім через різні, в тому числі і матеріальні, чинники, танцювальний процес припинився. Але на терапії тілесно орієнтовані вправи використовувалися регулярно і в якості «розігріву», і для комунікації. Таким чином, динаміка тілесної мови розвивалася так: поступове «розкриття» обличчя (перестала закриватися китицями), з часом, збільшення пластичності тулуба, і останнім відбулося відновлення ходи.

І чим більшими були зміни на шляху до нормалізації довіри тілесного рівня, чим більше захоплювали ресурси пластичності тіла дівчинки, тим більше вражала ригідність та консерватизм, глибоке коріння стереотипу невербального контакту.

Завершивши динамічний тілесний портрет Т., змалюємо зміни її душевного та емоційного образів. Необхідний момент терапії - руйнування шаблонів поведінки, які призвели до виникнення хвороби. За методикою САТ дівчинка вибрала картинку з темною кімнатою, в якій на ліжку сидів самотньо зайчик. Проективна методика «Куц троянди» (за В. Оклендер) - на малюнку постала жовта самотня квітка, без колючок, без коріння, що росте на городі. Квітку доглядає дівчина 13 років. Піскова терапія на початку процесу - багато зелені, тварин, серед яких достатнє число агресивних (рись, баран, змія, павук, динозавр, до рота якого вкладено жука сонечко). Люди відсутні (вони з'являться з часом, вже ближче до завершення терапії, і агресія «про-

рветься» вже на рівень стосунку з людьми - з'являються численні озброєні війни).

У праві «Контур людини» домінуючими почуттями виявилися радість, інтерес, страх. Асоціативний образ - малюнок до почуття страху - будинок з вікнами і дверима, сходи на другий поверх, сонце і хмари. Письмовий коментар Т. до малюнку: «Тато буде другий поверх». Якщо проаналізувати динаміку емоцій за завершальною вправою кожної терапії «Ландшафт почуттів», то вимальовується така картина: страх, інтерес, радість, веселість, тривога, гнів, задоволення, щастя, жах, злість, невідомість, цікавість, невідомість, задоволення, радість, любов, новизна, допитливість, гармонія, задоволення, сонячність. Повторні сплески неприємних емоцій супроводжували процес розлучення батьків, який розпочався на певному етапі дитячої психотерапії, і який швидше відчувався за зміною емоцій та поведінки пацієнтки, ніж була отримана інформація від її мами.

Слід відзначити, що оскільки на вербальний контакт сподіватись було марно, в терапії доводилось максимально використовувати інші канали комунікації. Надзвичайно «красномовними» були очі пацієнтки, її міміка, жести, пози тіла, малюнки, підписи, відповіді та листи. Щодо малюнків, то цікаво, що на більшості з них, особливо на початку терапії, у живих істот були особливо промальовані зони рота. А от стосовно листів, то Т., для сгруктурування подій, почуттів, для позитивного акцентування, було запропоновано завести зошит-щоденник «Моїх успіхів» (саме ця назва була обрана дівчинкою серед кількох близьких варіантів). За бажанням Т. могла ділитися з терапевтом своїми нотатками. Ось один з її листів: «в мене є морська свинка, її зва-

ти Люся. Якщо брати її на руки, то вона «буркає», ніби розмовляє зі мною. Вона постійно щось гризе, коли хоче їсти, то може вкусити за палець. Я завжди беру її на ручки, розмовляю з нею. Я її дуже люблю, а вона мене, я все їй розповідаю».

В той час як динаміка розвитку мами була різкою, Т. зміни були більш скромними. Але, разом з тим, розпочалися процеси переструктурування інформації на тілесному, перцептивному та когнітивному рівнях, що все-таки спонукало до значимої терапевтичної динаміки.

Щодо елективного аутизму, який було діагностовано у дівчинки, то в доступній літературі не вдалося знайти матеріалів про терапію таких дітей. Супервізор з Австрії, коментуючи неспокій терапевта стосовно нібито недостатнього темпу змін Т., побажав прийняття цієї динаміки і настроєності на роки терапії.

Отож, у результаті піврічної дитячої терапії не вдалося досягти повноцінного мовного спілкування дівчинки. Проте інші рівні комунікації (постава, пластика, емоції, погляд як яскраве концентроване вираження останніх) поступово оздоровлювалися та розширювалися в міру відновлення Т. довіри до світу.

В той час, як для розпізнання біохімічної та електричної активності мозку організовуються грандіозні наукові проекти, потік переживань кожної людини настільки складний, що завжди буде випереджувати будь яку найновішу записуючу технологію. Продуктивні стосунки завжди мають на увазі, що інший ніколи не буде пізний до кінця. А. Шопенгауер писав: «Обличчя людини промовляє більш цікаві речі, ніж її уста: уста вимовляють лише думку людини, обличчя - думку природи».

О.О. Фильц, А.В. Кизичак-Боршевскан, А.З. Троян, О.Л. Лызак

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: КОММУНИКАЦИЯ КАК ИСКУССТВО ЖИЗНИ, ИЛИ БОЛЕЗНЬ РЕБЕНКА КАК СИГНАЛ УТРАТЫ ЗОНЫ КОМФОРТА В ЕГО СЕМЬЕ

Львовский национальный медицинский университет им. Даниила Галицкого

В статье подчеркивается необходимость скрупулезного исследования отдельных клинических случаев в психотерапии, описан случай элективного аутизма у 7-летней пациентки, вызванный нарушениями коммуникации в ее семье, и особенности психотерапевтической работы с ней. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 13-17).

CASE STUDY: COMMUNICATION AS THE ART OF LIFE, OR ILLNESS OF A CHILD AS SIGNAL OF THE COMFORT ZONE LOSS IN HIS FAMILY

Lvov National Medical University

The article emphasizes the need for thorough investigations of individual clinical cases in psychotherapy. The case of elective mutism in 7-years patient, caused by impaired communication in her family, and especially the psychotherapeutic work with her are described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 13-17).

Литература

1. Вера Грачева. Телесно ориентированный тренинг: тело как зеркало нашей жизни. - С-П. 2006.
2. Елена Николаева. 111 баек для детских психологов. - Питер. 2009.
3. Католик Галина. Аноректична ідентичність у контексті препостнатальних діадних стосунків.// Матер. допов. VII обл. наук.-практ. конфер. «Психологічна та психотерапевтична допомога

дітям та молоді». Ужгород. 2010.

4. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. - С-П. 2006.

5. Кісбарсі Мауои, М.А., М.8с., М.РБІ., Р.К..С.Р., ЗошаіоҒоғш Оізогсієз: ТішеҒоҒ а Арроаєь іп ОВМ-У. Аш І РзусьіаlҒу 162:847-855, Мау, 2005

Поступила в редакцию 4.04.2011

УДК 616.892-008:616.1/9:159.923.31:615.859-036.1-053.9

*І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов Т.Й. Шустерман, А.Є. Ніколенко Т.В. Мозолюк***ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОСИЛЕННЯ ЧАСТОТИ ТА ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ ХВОРИХ ОРГАНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІЗЬНОГО ВІКУ З СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Дніпропетровська державна медична академія, КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: госпіталізація, фактори ризику, психічні розлади, пізній вік, соматичні розлади

В більшості країн світу, в тому числі в Україні за останні роки невпинно зростає чисельність людей старших вікових груп. Між тим, захворюваність на психічні розлади у пізньому віці суттєво підвищується, тому проблема удосконалення геронтопсихіатричної допомоги залишається одним з першочергових завдань сучасної психіатрії [6, 7, 8, 10].

Окрім того, госпіталізація психічно хворих пізнього віку обумовлюється не тільки загостренням психічного захворювання, а часто пов'язана з соціально-психологічними (самотнє проживання, конфліктні взаємини з родичами та сусідами) та соціально-побутовими (низький рівень матеріального забезпечення, погані житлові умови та ін.) факторами, тому дослідження факторів ризику частих та тривалих госпіталізацій психічно хворих пізнього віку набуває актуальності [1, 6, 8, 11]. Причиною психічних порушень у хворих старших вікових груп часто стають органічні розлади, в тому числі судинного генезу [2, 4, 9, 13].

Складність підходів до вирішення проблеми лікування та реабілітації цієї категорії пацієнтів обумовлена формуванням у динаміці захворювання дефіцітарних змін психіки, а також ускладненням терапевтичного втручання в умовах

впливу пізнього віку, соматичної обтяженості, органічної недостатності центральної нервової системи. В даному контексті необхідно враховувати виражену тенденцію до порушення соціального функціонування цих пацієнтів, що в більшості випадків обумовлює необхідність госпіталізації. Проте, сучасне реформування медичної галузі рухається у напрямку переносу акценту психіатричної допомоги з стаціонарної на амбулаторну, пошуку нових організаційних форм надання психосоціальної допомоги в рамках біопсихосоціальної моделі (наприклад, поліпрофесійних бригад) [5, 10, 12]. Тому принципове значення для оптимізації стаціонарної геронтопсихіатричної допомоги має визначення біопсихосоціальних факторів впливу на частоту та тривалість госпіталізації. Проведені дослідження цих факторів підтверджують актуальність проблеми [11], але охоплювали переважно хворих шизофренією. Фактори, що сприяють повторним та тривалим госпіталізаціям хворих органічними психічними розладами (включаючи деменцію), досліджені недостатньо.

Мета дослідження: визначення факторів ризику збільшення частоти та тривалості госпіталізацій хворих органічними психічними розладами з супутньою соматичною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 164 хворих (123 жінки та 41 чоловік) у віці від 60 до 90 років (середній вік – 75,4 роки), які знаходились на стаціонарному лікуванні у геронтологічному психосоматичному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної психіатричної лікарні. Хворі були розподілені на дві приблизно рівні групи. У першу (основну) ввійшли 84 хворих, які неодноразово лікувались у психіатричному стаціонарі. Друга (контрольна) група складалася з 80 хворих, яких

госпіталізовано вперше. Підбір хворих здійснено у такий спосіб, що за віком, статевую приналежністю та клінічним складом групи суттєво не відрізнялись.

В основній групі було 65 (77,4%) жінок та 19 (22,6%) чоловіків. У контрольній – 63 (78,6%) жінок та 17 (21,4%) чоловіків. Середній вік хворих основної групи складав 74,5, контрольної – 76,1 роки.

Обидві групи складала хворі з органічними,

включаючи симптоматичні, психічними розладами (F0).

Всі досліджувані пацієнти мали супутню соматичну патологію у вигляді захворювань серцево-судинної системи (ССС), органів шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, ЛОР-органів, очей, опорно-рухового апарату та ін.

В дослідженні використовувався клініко-психопатологічний (клінічна бесіда, спостереження за невербальними проявами поведінки, опитування родичів хворого, аналіз медичної документації) та соціально-психологічний (анкетування, структуроване інтерв'ювання хворого та його родичів) методи. Діагноз супутнього соматичного захворювання встановлювали за допо-

могою лікаря-консультанта відповідної спеціальності (терапевт, невропатолог, кардіолог, хірург, ендокринолог та ін.) після додаткового обстеження (лабораторні аналізи крові, сечі, рентгенологічне дослідження, електрокардіографія, електро-, ехо-, реоенцефалографія, магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження) з використанням шкали оцінок, що запозичена у роботах [3, 4], з виділенням трьох рівнів: високий – компенсація та субкомпенсація, середній – помірно виражена декомпенсація, та низький – виражена декомпенсація. Статистична обробка даних проводилась за допомогою статистичного пакету програми Microsoft Office Excel-2003.

Отримані результати та їх обговорення

Встановлено, що середня тривалість захворювання хворих основної групи була достовірно вищою, ніж у хворих контрольної (29,1±1,3 та 14,2±0,7 місяців відповідно).

Також достовірно відрізнялась середня тривалість госпіталізацій, що дорівнювала в основній групі 2,1±0,1 місяці, а в контрольній - 3,2±0,15 місяці.

Аналіз соціально-побутових та соціально-психологічних даних в групах показав наступне.

За рівнем освіти хворі обох груп суттєво не відрізнялися. Найчастіше в обох групах хворі мали середню та середньо-спеціальну освіту (79,8% та 82,5% відповідно), значно менше – вищу та незакінчену вищу (11,9% та 11,3%), ще менше – початкову (8,3% та 6,2%).

17,9% хворих основної групи проживали самотійно, або у відокремленій кімнаті (родичі організовували нагляд, але мешкали окремо), 82,1% проживали разом з членами родини в одному помешканні. В контрольній групі умови проживання достовірно ($p < 0,05$) відрізнялися та відповідно складала 82,1% та 17,%.

Матеріальний рівень хворих забезпечувався власною пенсією (з можливою незначною та нерегулярною допомогою родичів) у 53,6% хворих основної та у 38,8% контрольної груп і вважався низьким. Більш задовільний матеріальний рівень відмічався за рахунок допомоги родичів хворого в основній групі у 46,4% хворих, у контрольній – в 61,2%. Це співвідношення в значній мірі пояснювалось характером взаємовідносин з родичами, які доглядали хворих.

Важлива роль у соціальній адаптації належить членам сімей психічно хворих пізнього віку. Всі хворі обох досліджуваних груп опіку-

вались родичами, переважна більшість мали сусідів. Тому нами досліджені взаємовідносини хворих з родичами та сусідами. Саме це коло осіб здійснює найбільш вагому підтримку хворим та у випадках загострення стає ініціатором госпіталізації у психіатричне відділення. Типи співвідношень між хворими та родичами виділені за аналогією класифікації, представленій у роботі [11]:

1. Співпраця – відношення родичів з хворими будуються на взаємній симпатії, родичі постійно піклуються про хворих, допомагаючи лікарю в лікуванні та реабілітації.

2. Гіперопіка – надмірний контроль та піклування. Незважаючи на те, що гіперопіка викликає протест зі сторони хворого, це звичайно не призводить до серйозних колізій.

3. Формальні відносини – хворі та родичі байдужі один до одного, періодичне піклування здійснюється з відчуття обов'язку або страху суспільного осуду.

4. Прагматичні відносини – родичі відчувають байдужість або ворожість до хворого, але постійно або періодично піклуються про хворого з меркантильних інтересів.

5. Конфліктні відносини – між родичами та хворими взаємна ворожість, що супроводжується сварками та сутичками, але родичі періодично піклуються про хворого з відчуття обов'язку або страху суспільного осуду або меркантильних інтересів.

Порівняння взаємовідносин родичів з хворими виявило наступне. В основній групі у порівнянні з контрольною частіше зустрічалися прагматичні (51,2% та 31,2%) та гіперопіка (21,4% та 13,8%). У контрольній – конфліктні (25% та 14,3%) та формальні (22,5% та 6,0%).

Співпрацюючи відносини зустрічалися рідше (7,1% і 7,5%) і достовірної різниці між групами не виявляли. Взаємовідносини з сусідами оцінювались за трьома варіантами: доброзичливі, формальні, конфліктні. Встановлено, що конфліктні взаємовідносини виявлялись у хворих основної групи достовірно частіше, ніж у контрольної (79,8% та 61,3%). Формальні відносини достовірно переважали у контрольній групі (31,2% та 14,3%). Доброзичливі мали незначну тенденцію переваги у контрольній групі (7,5% та 6,0%), різниця незначуща.

Дослідження соматичного стану пацієнтів показало наступне. Супутні соматичні захворювання хворих основної групи частіше виявлялись у стані помірно-вираженої декомпенсації порівняно з контролем (70,2% та 58,8%), а у стані субкомпенсації та компенсації – достовірно рідше (22,7% та 33,7%). Виражена та тяжка декомпенсація супутнього соматичного захворювання проявлялась в обох групах з практично однаковою частотою (7,1% та 7,5%).

В структурі супутньої соматичної патології обох груп хворих суттєво переважали захворювання ССС, патологія зору та церебросклероз. Ішемічну хворобу серця діагностовано у всіх хворих обох груп. Гіпертонічну хворобу спостерігали у 97,6% хворих основної групи та у 97,5% контрольної; очні хвороби відповідно у 97,6% та 96,3%; церебросклероз у 82,1% та 77,5%; патологію органів шлунково-кишкового тракту у 34,5% та 33,8%; ендокринні захворювання – 28,6% та 16,3%; захворювання ЛОР-органів (14,3% та 10,0%); інші захворювання – 9,5% та 11,3%.

Статистично достовірна різниця між групами в загальній структурі не виявлена, але за ступенем важкості соматичної патології знайдені статистично значущі розбіжності у частоті її виникнення. Так, гіпертонічну хворобу III ст. діагностовано у 44,0% хворих основної групи, та 27,5% контрольної. Окрім того, в анамнезі хворих основної групи достовірно частіше ніж в контрольній відмічались повторні інсульти (38,1% та 22,5%). Помітна тенденція переваги ендокринних захворювань виявилася за рахунок цукрового діабету, який достовірно частіше спостерігався у хворих основної групи 26,2% проти 12,5%.

В обох групах переважну більшість складала хворі з органічним ураженням головного мозку складного генезу (39,3% та 41,25%) відповідно, дещо менше було хворих з органічним ураженням головного мозку судинного генезу (25,0%, та 27,5%), та судинною деменцією

(20,2%, та 17,5%), ще рідше зустрічались хворі з психозами органічного походження (13,1%, та 11,25%), незначну кількість складала хворі з дегенеративними (атрофічними) захворюваннями головного мозку (2,4%, та 2,5%).

При дослідженні психопатологічних проявів встановлено, що в обох групах частіше виявлялись маячні синдроми (у 85,7% хворих основної групи та у 86,3% хворих контрольної) та психоорганічний синдром (71,4% та 63,8% відповідно), рідше – деменція (22,6% та 20,0) та афективні синдроми (20,2%), що дозволяє вважати більш вагомою роль соціально-психологічних та соціально-побутових чинників у випадках госпіталізації хворих з відносно менш грубою психічною патологією. Виділені також особливості синдромальних проявів, що сприяли повторним та тривалим госпіталізаціям. Вони зустрічались достовірно частіше, ніж інші варіанти психопатологічних станів.

У 93,1% хворих з маячними розладами основної групи та 88,8% контрольної спостерігався параноїд малого розмаху, або повсякденних відносин (збитку, переслідування, отруєння, «параноїд житла»), що поширювався виключно на осіб найближчого оточення, зазвичай на сусідів та родичів, що проживають спільно з хворим, або доглядають хворого. У хворих основної групи маячні розлади достовірно частіше супроводжувались агресивними висловлюваннями та поведінкою (55,6% та 30,4%).

Психоорганічний синдром у хворих основної групи достовірно переважав у змішаному варіанті (43,3% та 35,6%), та мав переважну тенденцію до експлозивного (28,9% та 25%, різниця незначуща), а у хворих контрольної – в астеничному варіанті (42,4% та 28,3%).

Відомо, що хворим органічними розладами судинного генезу властиво «мерехтіння» та «коливання» вираженості психопатологічної симптоматики. Ці клінічні прояви відмічались у хворих основної групи достовірно частіше (45,2% та 33,6%).

Висновки:

1. Серед факторів ризику частоти та тривалості госпіталізацій хворих з органічними психічними розладами пізнього віку ускладнених соматичною патологією можна виділити несприятливі умови проживання; незадовільне матеріальне забезпечення; порушення взаємовідносин з родичами, які здійснюють нагляд; декомпенсація супутнього соматичного захворювання; наявність церебрального атеросклерозу, цукрового діабету, повторних інсультів в анамнезі;

особливості психопатологічних проявів у вигляді параноїду малого розмаху з агресивною поведінкою, змішаного варіанту психоорганічного синдрому, «мерехтіння» та «коливання» симптоматики.

2. Значна кількість факторів ризику соціально-психологічного порядку, вагомої соматичної

складової обумовлює доцільність застосування інтегративного підходу з наданням допомоги таким хворим поліпрофесійними бригадами, до складу яких окрім лікаря-психіатра залучені лікарі - соматологи, психологи та соціальні працівники, а також поєднання зусиль з відповідними соціальними структурами.

И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов, Т.И. Шустерман, А.Е. Николенко, Т.В. Мозолюк

ФАКТОРЫ РИСКА УВЕЛИЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Днепропетровская государственная медицинская академия, КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

Проведенное исследование выявило социально-психологические (нарушение взаимоотношений с микросоциальным окружением), материально-бытовые (недостаточное материальное обеспечение, неудовлетворительные условия проживания) и клинические (определенные особенности проявлений продуктивных и дефицитарных расстройств, наличие и степень декомпенсации сопутствующих соматических заболеваний) факторы, способствующие увеличению частоты и продолжительности госпитализаций больных органическими психическими расстройствами с сопутствующей соматической патологией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 18-21).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, S.V. Rokutov, T.I. Shusterman, A.E. Nikolenko, T.V. Mozolyuk

RISK FACTORS INCREASING FREQUENCY AND DURATION OF HOSPITALIZATION OF OLD PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Dnipropetrovsk State Medical Academy, Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital*

The study revealed the social and psychological factors (disturbance of relationships with microsocial environment), material and living (lack of financial support, poor living conditions) and clinical (certain features of the manifestations of productive and deficit disorders, the presence and degree of decompensation of associated somatic disorders) factors contributing to increased frequency and duration of hospitalization of patients with organic mental disorders with concomitant somatic pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 18-21).

Література

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: монография. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.
2. Виленский Б.С. Инсульт. СПб.: Ин-т развития бизнеса, фирма «Сандра», 1999. — 336 с.;
3. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики). Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Л., 1984.
4. Кузьменко В.М. Распространенность и некоторые особенности профилактики цереброваскулярных заболеваний у лиц разного возраста // Пробл. старения и долголетия. 2001. — т. 10, № 4. — С. 401-409.
5. Марута Н.О. Організація роботи поліпрофесійної бригади при наданні психіатричної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. — Т. 19 вип. 1(66). — 2011. — С. 34—36.
6. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні / Табачников С. І., Чайковська В. В., Черкасов В. Г. та ін. // Медичинські дослідження. — 2001. — Т. 1, вип. 1. — С. 21—22.
7. Петрюк П. Т. Психические расстройства в пожилом возрасте // Возрастная нейропсихология и нейропсихиатрия: Материалы научно-практической конференции с международным участием.

— Киев, 2007. — С. 77—78.

8. Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия.- 2006.- №.- С. 12-16.
9. Скворцова В.И. Артериальная гипертензия и цереброваскулярные нарушения/Скворцова В.И., Соколов К.В., Шамалов Н.А. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2006.-Т.106, N11.- С.57-65.
10. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [Жданова М. П., Голубчиков М. В., Волошин П. В., Марута Н. О. та ін.]. — Київ; Харків, 2010. — 160 с.
11. Факторы риска частоты и длительности госпитализаций психически больных позднего возраста. / Друзь В.Ф., Будза В.Г., Олейникова И.Н. и др. <http://www.vsmsa.ac.ru/publ/vesti/035/site/index14.html>
12. Хобзей, М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. // Український вісник психоневрології. — Т. 18, вип. 3(64). — 2010. — С. 10—14.
13. Miller M.D., Lenze E.J., Dew M.A. et al. Effect of cerebrovascular risk factors on depression treatment outcome in later life // Am J Geriatr Psychiatry.-2002.- Vol.10, N5.-P.592-598.

Поступила в редакцию 16.05.2011

УДК 616.12-009.72-001.1/3:616127-005.8

*В.А. Абрамов, А.А. Помилуйко***УРОВЕНЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стрессоустойчивость, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда

Понятием «стресс» обозначают состояние человека, которое возникает в ответ на разнообразные внешние и внутренние сильные воздействия (стрессоры) [1,2]. Изначально это состояние оценивают не как патологический процесс психофизиологической адаптации организма к факторам окружения, что позволяет ограничить его от дестабилизирующего влияния стрессорных воздействий. Стресс формируется как патологический процесс при достижении критического порога способности организма к адаптации [3].

Стрессорная реакция на комплекс соматических и психологических механизмов (адаптационный синдром) живого организма в ответ на значительные по силе и продолжительности воздействия, направленная на сохранение многоуровневого гомеостаза в условиях стресса, - важнейшее проявление процесса жизни и развития индивидов на всех этапах онтогенеза. Стрессорная реакция при разрешении стрессогенной ситуации подвергается различной степени эволюции. Как способ реагирования она может сохраниться и реактивироваться при повторных стрессорных воздействиях, а также инициировать или отягачивать коморбидные соматические процессы [3].

Стресс можно разделить на две разновидности – эустресс и дистресс. Эустресс оказывает на человека положительное влияние, мобилизует его, улучшает внимание, реакции, психическую деятельность. Эустресс повышает адаптационные возможности организма. Тем не менее, существуют стрессовые ситуации, которые, наоборот, приводят к демобилизации систем организма. Это крайне отрицательное проявление стресса в научной литературе получило название дистресса. Именно дистресс несёт в себе факторы, разрушительно действующие на организм. Трансформация стресса в дистресс происходит при чрезмерно интенсивном воздействии факторов среды и условий жизнедеятель-

ности, при которых очень быстро истощаются функциональные резервы организма или нарушается деятельность механизмов психической регуляции [4-5].

Дистресс проявляется по-разному у всех людей, однако есть универсальные его характеристики. Одним из облигатных признаков дистресса является тревога. Определённый уровень тревожности характерен для отдельной конкретной личности, причём у каждого существует свой оптимальный уровень тревожности, который позволяет человеку наилучшим образом функционировать. Однако наряду с продуктивной тревогой, которая сопровождает эустресс, существует непродуктивная тревога, характерная для дистресса. Непродуктивная тревога нарушает когнитивные и вегетативные процессы. Она ухудшает внимание и память, снижает работоспособность, повышает раздражительность, вызывает избыточное мышечное напряжение, снижает аппетит, нарушает сон. Огромная роль дистресса в формировании психовегетативных нарушений. Вегетативные изменения, следующие за дистрессом, очень разнообразны и могут проявляться практически во всех органах и системах организма [4-6].

В стрессовых условиях стресс играет определяющую роль в возникновении многих психических и соматических заболеваний человека [7,8]. Описывается большое количество разнообразных стрессовых событий, социально-экономических и психосоциальных потрясений, негативно влияющих на состояние здоровья, способствующих возникновению дисфункциональных состояний в различных органах и системах организма [9-10].

Одной из особенностей психотравмирующих событий является их массовость, внезапность, разноплановость, зачастую неосознаваемость пациентами, отсутствие реальных возможностей их преодоления [11-12]. Эти события, через индивидуальные особенности личностно-психоло-

гического реагирования на них человека могут повышать риск патологических стресс-реакций возникновения невротических и психосоматических расстройств [13-15].

Психологическая природа, так называемых болезней цивилизации, к которым относятся стенокардия и ишемическая болезнь сердца (ИБС), требует наряду с детальным изучением физиологических факторов их генеза (атеросклеротического поражения коронарных артерий, недостаточности левого желудочка сердца, нарушения его ритма, сократительной способности миокарда, ангиоспастических реакций), также выявления психологических и психических детерминант профилактики, лечения и коррекции функций во время их развития. По мнению многих современных исследователей стенокардия напряжения (СН) и инфаркт миокарда (ИМ) – это не просто нарушения в организме, а и события, которые изменяют всё будущее человека и ломают стереотипы существования, которые складывались на протяжении всей жизни.

Среди механизмов влияния стресса (острого и хронического) на течение этих заболеваний важное место отводится вегетативному дисбалансу, в частности повышению симпатической активности и коагуляции, нарушению коронарной вазорегуляции и вазоспазма [15-19].

В литературе описано достоверное количество фактов значительного повышения сердечно-сосудистой смертности после переживания людьми чрезвычайных стрессов (природные катаклизмы, техногенные катастрофы). Например, в контролируемом исследовании ONSET (М. А. Mittelman. 1995), в котором участвовало 1623 больных с не фатальным инфарктом мио-

карда, было установлено, что в течении двух часов после пережитого интенсивного гнева, причиной которого чаще всего были семейная ссора (25% наблюдений) или конфликт на работе (22% случаев), относительный риск развития инфаркта миокарда достоверно возрастает в 2,3 раза [20].

Е. Billing и соавторы (1997), изучая пациентов со стабильной стенокардией, отмечали, что они имели в жизни больше стрессовых ситуаций, высокий уровень агрессивности и низкий уровень самооценки состояния здоровья, чем здоровые [21].

Таким образом, профилактика стресса является одним из внешних факторов предупреждения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Она должна быть направлена на снижение индивидуальной уязвимости к стрессу и повышение психологической устойчивости человека. Одной из особенностей предупреждения состояний дистресса является психодиагностика стрессоустойчивости с последующим обучением лиц с низким уровнем психологической защищённости методом психической саморегуляции, направленным на снижение нервно-психической напряжённости и уязвимости к стрессу с учётом личностных, социально-демографических и других особенностей [22].

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня стрессоустойчивости у больных СН и ИМ. Выявленные показатели анализировались с учётом гендерных различий больных, их семейного и материального положения. На этой основе разработаны рекомендации по развитию стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

Материалы и методы исследования

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

Исследование 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: психо-физическое истощение (снижается психическая и физическая активность), нарушение волевой регуляции, неустойчивость эмоционального фона и настроения

(эмоциональная неустойчивость), вегетативная неустойчивость, нарушение сна, тревога и страхи, нарушение адаптации к жизненным обстоятельствам. Опросник состоит из 42 вопросов. Суммарное количество баллов до 15 оценивается как высокий уровень психологической устойчивости, 16-26 баллов - как средний уровень, 17 – 24 балла – как как низкая стрессоустойчивость и высокий уровень предрасположенности к патологическим стресс-реакциям.

Количественные показатели в группах обследованных оценивались по t-критериям Стьюдента.

Анализ показателей предрасположенности больных к патологическим стресс-реакциям позволил выявить три уровня их психологической устойчивости: высокий, средний, низкий. Час-

Сравнительная частота уровней стрессоустойчивости в группах больных стенокардией напряжения и перенёсших 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 повторным 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 у многих больных отмечены низкие показатели стрессоустойчивости по отдельным шкалам (4 и более баллов):

- истощение психоэнергетических ресурсов (22 чел.; 20,7%) – низкий интерес к окружающему, стремление к уединению, раздражительность, избегание физических нагрузок, пассивные формы отдыха, отсутствие чувства бодрости, забывчивость, усталость, недостаточная креативность, изнеможение;

- снижение волевых процессов (26 чел.; 24,5%) – трудности в управлении своими мыслями и желаниями, нарушение концентрации, трудности в общении, склонность к навязчивым

мыслям и действиям;

- эмоциональная неустойчивость (21 чел.; 19,5%) – частые перепады настроения, беспокойство, чувство бессилия, нервозность, унылость, пессимистическая оценка перспектив собственной жизни, необходимость приёма корректоров настроения, чрезмерная зависимость настроения от внешних факторов;

- вегетативная неустойчивость (41 чел.; 38,7%) – головокружение, общая слабость, потливость, приступы одышки и сердцебиения, дрожь или чувство жара, лабильность вестибулярного аппарата, неприятные ощущения в различных частях тела;

- нарушение сна (23 чел.; 21,7%) – поверхностный сон, продолжительное засыпание, чувство «разбитости» по утрам, кошмарные сновидения, частые пробуждения;

- тревога и страхи (21 чел.; 19,5%) – тревожные мысли в одиночестве, страх высоты, темноты, закрытых помещений, опасения за судьбу близких, постоянная тревога и ожидание неприятностей;

- дезадаптация (9 чел.; 8,5%) – фиксация на мелких конфликтах, импульсивные поступки, пристрастие к алкоголю, стремление уйти от решения проблем, избегание отношений или общественных ситуаций, перекладывание собственной вины на окружающих.

Таким образом, с наибольшей частотой у исследованных больных наблюдались проявления вегетативного дисбаланса, которые можно отнести к наиболее значимым предпосылкам их низкой стрессоустойчивости. Значение других факторов, по-видимому, следует рассматривать в совокупности, как результат негативной суммации каждого из них. Их сочетание способствует формированию соматического фона, который определяет низкий уровень психологической устойчивости больных со стенокардией напряжения и инфарктом миокарда.

Психологическая дезадаптация, как показа-

тель наиболее низкой стрессоустойчивости, встречается у этих больных относительно редко, предопределяя, тем не менее, высокий риск патологических стресс-реакций и формирования невротических расстройств.

В таблице 2 приведены показатели стрессоустойчивости по отдельным шкалам у больных стенокардией напряжения, перенёвших инфаркт миокарда и всей обследованной группы. К достоверным различиям ($p < 0,05$) можно отнести более высокий уровень вегетативной неустойчивости у больных стенокардией напряжения и

высокие показатели ($p < 0,05$) истощения психоэнергетических ресурсов, эмоциональной неустойчивости и нарушение сна у больных, перенёвших инфаркт миокарда. Из этого следует, что фактор вегетативного дисбаланса является наиболее чётким предиктором патологических стресс-реакций, в том числе провоцирующих развитие инфаркта миокарда. У пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, на фоне стабилизации показателей вегетативной неустойчивости происходит нарастание истощаемости психоэнергетических ресурсов и расстройств.

Таблица 2

Показатели уровня стрессоустойчивости по отдельным шкалам

Название шкал	Вся группа (N=106)	Больные стенокардией (N=64)	Больные, перенесшие инфаркт миокарда (N=42)
Истощение психоэнергетических ресурсов	3,46±0,36	2,25±0,24	4,68±0,31*
Нарушение воли	3,38±0,48	3,33±0,36	3,43±0,27
Эмоциональная неустойчивость	2,98±0,2	2,1±0,15	3,87±0,19*
Вегетативная неустойчивость	3,81±0,3	4,75±0,24	2,87±0,17*
Нарушение сна	4,07±0,56	2,96±0,18	5,18±0,34*
Тревога и страхи	3,05±0,24	2,92±0,2	3,18±0,24
Дезадаптация	2,91±0,16	3,07±0,27	2,75±0,18

*Примечание: различия между группами больных статистически достоверны при $p < 0,05$

Из таблицы 3 следует, что в группе больных стенокардией напряжения как высокий так и низкий уровень стрессоустойчивости значительно чаще наблюдался у мужчин, в то время как подавляющему большинству женщин присущ средний уровень стрессоустойчивости, а крайние его параметры (высокий и низкий) встречались значительно реже. Эти данные не дают оснований для констатации достоверных гендерных различий уровня психологической устойчивости у больных со стенокардией напряжения.

Более очевидные гендерные особенности выявлены у больных с инфарктом миокарда. Группа женщин, по сравнению с мужским контингентом обследованных, отличалась более значительной предрасположенностью к патологическим стресс-реакциям: высокого уровня стрессоустойчивости не было ни в одном случае, а низкие показатели встречались в два раза чаще. Из этого следует, что стрессогенные механизмы при инфаркте миокарда у женщин играют более существенную роль, чем у мужчин.

Таблица 3

Гендерные различия показателей стрессоустойчивости у больных стенокардией напряжения и инфарктом миокарда

Уровень стрессоустойчивости	Стенокардия напряжения		Инфаркт миокарда		Группа в целом	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Высокий	12 (46%)	4 (10,5%)	10 (31,95%)	-	22 (37,9%)	4 (8,3%)
Средний	8 (30,8%)	32 (84,2%)	12 (37,5%)	4 (40,0%)	20 (34,5%)	36 (75%)
Низкий	6 (23,2%)	2 (5,3%)	10 (31,25%)	6 (60,0%)	16 (27,6%)	8 (16,7%)

При изучении возможных механизмов низкой стрессоустойчивости больных была установлена негативная роль фактора одиночества. По сравнению с общей группой обследованных, ни у одного из 43 таких пациентов (5 холостых, 11

разведённых, 18 овдовевших) не был зарегистрирован высокий уровень стрессоустойчивости, а у 17 человек (почти в 2,5 раза чаще) наблюдались низкие показатели стрессоустойчивости (таблица 4). Среди одиноких больных со стено-

кардией напряжения гендерных различий показателей психологической устойчивости не выявлено. В то же время в группе больных инфар-

ктом миокарда с низкими показателями стрессоустойчивости преобладали женщины (таблица 5).

Таблица 4

Показатели стрессоустойчивости у одиноких пациентов

Уровень стрессоустойчивости	Группа в целом		Одинокие пациенты	
	Мужчины n=58	Женщины n=48	Мужчины n=10	Женщины n=24
Высокий	20 (37,5%)	5 (10,5%)	-	-
Средний	17 (33,3%)	35 (73,7%)	4 (40,0%)	13 (54,2%)
Низкий	16 (29,2%)	8 (15,8%)	6 (60,0%)	11 (45,8%)

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей стрессоустойчивости у одиноких пациентов со стенокардией напряжения и инфарктом миокарда

Уровень стрессоустойчивости	Стенокардия напряжения		Инфаркт миокарда		Группа в целом	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Высокий	-	-	-	-	-	-
Средний	1 (50,0%)	11 (57,9%)	3 (37,5%)	2 (40,0%)	4 (40,0%)	13 (54,2%)
Низкий	1 (50,0%)	8 (42,1%)	5 (42,5%)	3 (60,0%)*	6 (60,0%)	11 (45,8%)

Примечание: * различия между группами больных статистически достоверны при $p < 0,05$

Рассматривая одиночество в качестве фактора негативно влияющего на уровень стрессоустойчивости пациентов, нами изучены структурные особенности этих специфических переживаний в контексте более высокого риска возникновения стресс-реакций. Одиночество разведённых и овдовевших пациентов сопровождалось особой формой самовосприятия, при которой они чувствовали себя покинутыми, оторванными от жизни, забытыми, обделёнными, потерянными и ненужными. Дефицит межличностного общения сопровождался чувством неопределённости будущего, порождал тревогу и страх в реальной жизни; деформировал процессы самореализации личности и наполнения жизни смыслом. Наиболее характерные проявления этого феномена сводились к переживаниям печали, скуки, жалости к себе, утраты надежды, потери личностной значимости, пониженному фону настроения, сниженной активности, отстранённости и отчуждённости от окружающих. У мужчин переживание одиночества в большей мере было связано с неудовлетворённостью прошлой и настоящей жизнью, а у женщин – с неуверенностью в будущей счастливой жизни. И у тех, и у других подобные чувства соотносились с заниженной самооценкой, что подтверждает важность коррекции самоотношения в процессе психологической помощи больным, переживающим оди-

ночество. Следует также отметить и выявленную зависимость между одиночеством как фактором, предрасполагающим к патологическим стресс-реакциям и материальным неблагополучием пациентов, среди которых в поддержке нуждались 40 человек (42,4%). Значительно большее количество нуждающихся в поддержке наблюдалось среди лиц, перенесших инфаркт миокарда, особенно у женщин (100%). При стенокардии напряжения гендерных различий среди больных, нуждающихся в поддержке, не выявлено. Из этого следует, что после перенесённого ИМ значительно увеличивается число больных с низкой самооценкой своих психологических ресурсов и возможностей самостоятельно преодолевать жизненные трудности и стрессовые обстоятельства.

Таким образом, низкий уровень стрессоустойчивости, выявленный в процессе настоящего исследования у многих больных со стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда, а также высокий риск возникновения у них патологических стресс-реакций и утяжеления соматического состояния, является основанием для устранения потенциальных источников стресса – как в микросоциальном окружении больных, так и в индивидуальном спектре их переживаний. Особое значение здесь имеет обучение навыкам психической саморегуляции, которые при комплексном и грамотном приме-

нении позволяют повысить общий уровень стрессоустойчивости и эффективно восстановить затраченные ресурсы в ситуации повышенного напряжения. Важным аспектом является обучение больных методам, позволяющим правильно анализировать и интерпретировать ситуации жизненных стрессов, давать им реалистические оценки, расширять репертуар конструк-

тивных копинг-стратегий противостояния различным видам стресса. Одной из составляющих профилактики стресса является психопрофилактика нервно-психической напряженности и стрессоустойчивости больных, разработка индивидуальных рекомендаций по снижению уязвимости к стрессу с учётом их личностных, социально-демографических и других особенностей.

В.А. Абрамов, А.А. Помілуйко

РІВЕНЬ СТРЕСОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведені результати дослідження рівня толерантності до стресу у 106 хворих на стенокардію напруги та які перенесли інфаркт міокарду з урахуванням соціально-демографічних факторів. Доведена необхідність застосування профілактичних втручань та формування навичок психологічної саморегуляції. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 22-27).

V.A. Abramov, A.A. Pomiluiko

THE LEVEL OF THE STRESS-RESISTANCE IN PATIENTS WITH EXERTIONAL ANGINA AND SUFFERED FROM MYOCARDIAL INFRACTION

Donetsk national university named M. Gorky

The results of investigation of the tolerance level to the stress in 106 patients with exertional angina who suffered from myocardial infraction with taking into account of the social-demographic factors are presented in the article. The necessity of the use of the preventive interventions and normalizing of the psychic autoregulation skills are proved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 22-27).

Литература

1. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий // *Нейро News* / - 2008/ - №2(07). - С.36-39.
2. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий // *Русский медицинский журнал*. - 2006. - Т.14, №9. - С.694-697.
3. Загуровский В.М., Ников В.В. Стрессорная реакция – взгляд на проблему // *Врачебная практика*. - 2003. - №5. - С.5-8.
4. Маклаков А.Г. *Общая психология: Учебник для вузов*. - СПб.: Питер, 2005. - 583с.
5. Хаирова С.И. К созданию адаптированного варианта методики WOSQ // *Практична психологія та соціальна робота*. - 2003, - №1, С.9-16.
6. Измеров Н.Ф., Липенецкая Т.Д., Матюхин В.В. Стресс на производстве как важная составляющая проблемы психического здоровья в обществе // *Российский психиатрический журнал*. - 2005. - №2. - С.10-14
7. Эверли Дж., Розенфельд Р. *Стресс: природа и лечение*. М., Медицина, 1985. - 224 с.
8. Тьюбинг Д.А. *Избегайте стрессовых ситуаций*. М., Медицина, 1993. - 144 с.
9. Березанцев А.Ю. Некоторые психосоматические аспекты посттравматических стрессовых расстройств // *Российский психиатрический журнал*. - 2002. - №5. - С.4-7.
10. Мёллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004. - №4. - С.5-11
11. Бодров В.А. *Психологический стресс: развитие и преодоление*. - М.: ПЕР-СЭ, 2006
12. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behaviour» в системе понятий психологии личности // *Психологический журнал*. - 1997, №5. - С.20-30.
13. Бабич В.В. Вплив макро- та мікросоціальних чинників на

- розвиток та перебіг адаптаційних розладів у хворих з гострим інфарктом міокарду // *Архів психіатрії*. - 2007. - Т. 3-4, № 50-51 - С.27-31
14. Невротичні, соматоформні розлади та стресс/ За редакцією доктора медичних наук, професора Л. М. Юр'євої. - К.: ТОВ ММК, 2005. - 96 с.
15. Старостина Е.Г. Генерализированное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // *Русский медицинский журнал*. - 2004. - Т.12, №22. - С.2-7.
16. Мосалов С.И. Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии // *Психофармакотерапия депрессии*. - 2005. - №4. - С.1-15.
17. Ramashandruni S., Fillingim R.B., McGorray S.P. Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise or adenosine-induced ischemia // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2006. - v.47. - P. 987-991.
18. Nicholson A., Fuhrer R., Marmot M. Psychological distress as a predictor of CHD events in man: The effect of persistence and components of risk // *Psychosom. Med.* - 2005. - v.67. - P. 522-530.
19. Ohlin B., Nilson P.M., Nilson J.A., Berglund G. Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men // *Eur. Heart J.* - v.25. - P. 867-873.
20. Смулевич А.Б., Андрущенко А.В., Романов Д.В., *Психофармакотерапия тревожных расстройств тревожного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта Афобазола и оксазепам у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством) РМЖ*, - 2006. - Т. 14, №9. - С.3-7.
21. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть I // *Клиническая медицина*, - 2007. - №3. - С. 21-24.
22. Ангел В.Я., Цыган В.Н. *Стресс и стрессоустойчивость человека*. СПб.: Питер, 1999. - 86 С.

Поступила в редакцию 18.06.2011

УДК 616.89

*В.В. Сорока***ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН,
ЖЕРТВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ**Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр
(г. Донецк)

Ключевые слова: кризисные состояния у женщин; кризисные состояния у мужчин, насилие в семье; психотерапия.

Среди многочисленных семейно-обусловленных стрессогенных и психотравмирующих факторов особое место занимает насилие (физическое, психологическое, сексуальное) между супругами/партнерами [1, 2, 3].

Изучение частоты встречаемости направленного против женщин насилия со стороны супруга/партнера, проведенное ВОЗ в 48 странах мира, установило, что от 15% до 71% женщин подвергались ему когда-либо в жизни [3].

Преодоление домашнего насилия является одним из приоритетных вопросов в странах Европейского Союза, 25% европейских женщин испытывали домашнее насилие хотя бы один раз в жизни [4].

В 2009 и 2010 гг. количество зарегистрированных случаев совершения насилия в семье существенно возросло. Согласно отчету МВД об исполнении Закона Украины «О предупреждении насилия в семье» за 5 месяцев 2010 г. 91 тыс человек состоит на учете в связи с насильственными действиями.

Мужчины составляют 94% лиц, состоящих на учете за применение насилия в семье. Только 6% из взятых на учет – женщины. Более половины случаев (18 тыс человек), поставленных на профилактический учет, касается физического насилия. 14 тысяч человек, поставленных на профилактический учет, осуществляли психологическое насилие в семье. 3% человек от всех случаев насилия в семье поставлены на профилактический учет в связи с причинением экономического насилия в семье. Только 9 случаев касается сексуального насилия в семье.

Однако, в большинстве случаев о домашнем насилии в правоохранительные органы не сообщается.

Исследователи [5, 6, 7] отмечают, что психологическое насилие является ядром, на основе которого формируются и существуют физическое, комбинированное насилие и преследование.

Вид насилия ассоциирован со специфическими неадаптивными стратегиями совладания личности и с проблемами в близких отношениях [5].

Существенным фактором, сказывающимся на применении насилия в семье является социально-экономическая ситуация в стране. Кризисные явления в сфере экономики, чувство неуверенности в завтрашнем дне, безработица во многом определяют развитие деструктивных отношений в семье, осуществлению экономического насилия.

Под экономическим насилием понимают попытки лишения одним взрослым членом семьи другого возможности распоряжаться семейным бюджетом, иметь средства и право распоряжаться ими по своему усмотрению [8].

Американскими учеными была оценена [9] взаимосвязь между экономической зависимостью и насилием у женщин, обратившихся за помощью в приюты для жертв семейного насилия. Оценивались следующие категории: возвращение к партнеру в течение 3х месяцев после полученной помощи; возвращение в срок от 3 до 12 месяцев; возвращение к партнеру после 12 месяцев. Была выявлена четкая закономерность – чем значительнее экономическая зависимость женщины, тем более вероятно ее возвращение в кратчайшие сроки к агрессору.

Подобные результаты были получены и другими авторами [10, 11], выявившими, что женщины располагающие высокооплачиваемой работой чаще прекращали отношения с агрессивным партнером, чем пары, в которых женщина не работала или имела мизерную зарплату.

Совместно с Областной Госадминистрацией, управлением по делам семьи и гендерному равенству ОКПНБ-МПЦ г. Донецка реализует программу по оказанию комплексной медико-психологической помощи женщинам, пережившим насилие в семье.

Целью исследования явилось изучение влияния экономического насилия в семье на психи-

ческое состояние менее финансово обеспеченных членов семьи (как женщин, так и мужчин), их личностно-характерологические особеннос-

ти, способы совладания со стрессовыми ситуациями для оказания эффективной психотерапевтической помощи.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 40 человек (20 мужчин и 20 женщин) переживших насилие в семье, с различными клиническими формами пограничных психических расстройств и обратившихся за специализированной помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу - Медико-Психологический Центр.

Они были распределены на две группы:

Первая группа – мужчины, безработные или имеющие работу с зарплатой меньше дохода партнера.

Вторая группа – женщины, безработные или имеющие работу с зарплатой меньше дохода партнера.

Для оценки психического статуса пациентов и эффективности проводимого психотерапевтического лечения применялись следующие методы:

Клинико-психопатологический и клинико-катамнестический с использованием “Шкалы

оценки влияния травматического события” (Impact of Event Scale-R – IES-R), которая позволила оценить категории переживаний, возникающих в ответ на воздействие психотравмирующих событий.

Психологический метод с применением “Опросника депрессивности Бека” (Beck Depression Inventory - BDI). Данная методика использовалась для оценки выраженности депрессивных симптомов у пациентов на момент проведения исследования.

“Шкала тревожности Тейлора” (Taylor Manifest Anxiety Scale) использовалась нами для диагностики уровня тревоги пациентов.

Все вышеуказанные исследования проводились трижды: при поступлении в стационар, после проведения психотерапии и в катамнезе (через 6 месяцев после выписки).

Статистический метод с компьютерной обработкой данных.

Результаты и обсуждение.

Все исследуемые были работоспособного возраста. Распределение участни-

ков групп по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение участников по возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины
18-20	3	2
20-25	5	4
26-30	3	6
31-40	6	4
41-45	3	4

В возрасте 18-20 лет - 5 человек. Из них: 100% имеют среднее образование, 78% – получают высшее. 15% – замужем или женаты, с семейным стажем от трех месяцев до двух лет.

В возрасте 20-25 лет - 9 человек. Из них: 36,2% имеют среднее образование, 30% – среднеспециальное, 33,8% – высшее. 20% – замужем или женаты, с семейным стажем от 2 месяцев до 5 лет.

В возрасте 26-30 лет - 9 человек. Из них: имеют среднее образование - 43,3%, среднеспециальное – 20,7%, высшее -37%. 55% - замужем

или женаты, с семейным стажем от 2 лет до 5 лет.

В возрасте 31-40 лет 10 человек. Из них: имеют среднее образование – 42,6%, среднеспециальное – 36,4%, высшее – 21%. 52% – замужем или женаты, с семейным стажем от 5 лет до 8 лет.

В возрасте 41-45 лет 7 человек. Из них: имеют среднее образование - 40,7%, среднеспециальное – 31,3%, высшее – 28%. 62% замужем или женаты, с семейным стажем от 3 лет до 15 лет.

Тщательный сбор анамнеза заболевания, психологического анамнеза позволяли выявить и оценить ситуацию, связанную с экономическим насилием в семье. Для этого все участники за-

полнили анкеты, в которой указали ситуации актуальные для их семейной жизни, а также их частоту и выраженность. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Ситуации экономического насилия в семье

Ситуация	Мужчины	Женщины
сокрытие доходов	20%	80%
запреты на учебу, работу, карьерный рост	40%	60%
обвинения в иждивенчестве	90%	40%
принижение значения работы партнера	50%	70%
необходимость просить деньги у партнера	60%	40%
отчет о расходах	20%	80%
получение денег от партнера только на проживание/питание	60%	40%
отказ в деньгах	30%	70%
несправедливый раздел имущества	40%	60%
изъятие денег	15%	85%

Как видно из таблицы, частота и значимость ситуаций экономического насилия в группах различается. Для группы мужчин (безработные или зарабатывающие меньше партнера) более значимыми оказались обвинения в иждивенчестве, необходимость просить деньги у партнера, получение денег только на питание. В то время как для группы женщин травмирующими фактами являются ситуации

сокрытия доходов партнером, запреты на учебу, карьерный рост, принижение значения работы, отчет о расходах, отказ в деньгах, изъятие денег.

Большинство респондентов как в первой, так и во второй группах отметили помимо указанных ситуаций, что подвергались насмешкам, оскорблениям, угрозам со стороны партнера.

Также всем респондентам был задан вопрос:

«За последние 12 месяцев вы располагали суммой, которую могли потратить только на себя, не отчитываясь об этом партнеру?»	Мужчины	Женщины
Чаше да	32%	43%
Чаше нет	68%	57%

40% женщин и 60% мужчин отметили, что «кто зарабатывает, тот и обладает властью в семье», а, следовательно, и над партнером. При этом 100% участников выразили желание зарабатывать наравне с партнером или больше него, чтобы изменить свое положение в семье.

По данным психологического исследования, как первой, так и второй группы было выявлено, что жертвы экономического насилия испытывают высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, клинически значимые депрессивные эпизоды, обеспокоены соматическим здоровьем, не удовлетворены браком, отмечают повышенную конфликтность с партнером, к которым испытывают негативные чувства.

Все участники получали психотерапевтическую

помощь. Рамки психотерапевтического процесса были установлены следующие: сессии продолжительностью 45-60 мин 3 раза в неделю.

Для построения наиболее адекватного паттерна поведения в семье использовались техники рациональной, когнитивно-поведенческой психотерапии, психопедагогики.

Во время сеансов происходил анализ семейной ситуации, выяснялись «расстановка сил» и возможные варианты их изменений, а также сложившихся отношений.

В качестве домашнего задания пациентами письменно составлялись «поведенческие шаблоны», эффективность которых прорабатывалась на психотерапевтических сеансах путем

погружения в значимую ситуацию.

Постепенно происходило когнитивное и поведенческое научение, способствующее модификации убеждений и личностных установок пациентов. Это создавало ряд позитивных перспектив в отношении активизации социальной жизни пациента.

Все вышеуказанные исследования проводились трижды: при поступлении в стационар, после проведения психотерапии и в катамнезе (через 6 месяцев после выписки).

Практически по всем исследуемым показателям получены достоверные различия ($p < 0,05$) в динамике психического и психологического состояния пациентов обеих групп, а также их семейного функционирования.

При проведении обследования по окончании курса психотерапии у всех участников были отмечены снижение ситуативной и личностной тревожности, глубины депрессивных проявлений.

В группе мужчин 52% после выписки из стационара трудоустроились или получили более высокооплачиваемую работу. При повторных тестированиях (через 6 месяцев после курса лечения) по шкалам Бека и Тейлора отмечены существенные положительные сдвиги. Степень редукции показателей по шкалам (IES-R) дос-

тигает высокой степени (80%). Повысилась доля конструктивных стратегий преодоления в виде принятия ответственности, планирования решения проблем, самоконтроля и переоценки.

Во второй группе (женщины, безработные или имеющие работу с зарплатой меньше дохода партнера) улучшение показателей по шкалам Бека и Тейлора сохранялось до 6 месяцев. Через полгода было отмечено вновь возобновление симптоматики.

При этом, лишь 20% женщин после окончания курса лечения смогли обеспечить равный с партнером доход. У данной категории женщин редукция показателей субшкалы избегания и субшкалы вторжения (IES-R) достигала высокой степени (70%). По нашему мнению, уменьшение стратегии избегания замещается более конструктивными стратегиями преодоления, такими, в частности, как планирование решения проблем, активный поиск социальной поддержки. У данных 20% женщин ухудшения по шкалам Бека и Тейлора при обследовании через 6 месяцев отмечено не было.

Таким образом, комплексное применение индивидуальной психотерапии позволяет провести коррекцию выявленных нарушений семейного функционирования, индивидуальных деструктивных паттернов поведения.

В.В. Сорока

ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ЖЕРТВ ЕКОНОМІЧНОГО НАСИЛЛЯ У СІМ'Ї

Донецька обласна клінічна психоневрологічна лікарня - Медико-психологічний центр

У публікації висвітлюються підсумки проведеного авторами дослідження, метою якого було оцінювання впливу економічного насилля у сім'ї на психічний стан менш фінансово забезпеченого члена родини та проведення ефективної психотерапії як жінкам, так і чоловікам. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 28-32).

V.V. Soroka

THE PSYCHOTHERAPY NEUROTIC DISORDERS IN WOMEN AND MEN VICTIMS OF ECONOMIC FAMILY VIOLENCE

Donetsk regional clinical psychoneurological hospital - mediko-psychological centr

Considered during the clinic and neurotic disorders in women and men of economic domestic violence. Commit staging violent relationships in the family to formulate and implement clear psychotherapeutic task. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 28-32).

Литература

1. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии. Д., «Каштан», 2010. — 360 с.
2. Doherty D., Berglund D. Psychological Abuse: A Discussion Paper. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2008, 32p.
3. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др. — М: Издательство «Весь

- Мир», 2003. — 376 с
4. Рекомендації Ради Європи щодо захисти жінок від насилля, прийняті 30 квітня 2002 р.
5. Garbarino J. Understanding Abusive Families: An Ecological Approach to Theory and Practice. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1997, 273 pages.
6. Babcock J., Miller S., Siard C. Toward a typology of abusive women: Differences between partner-only and generally violent women

in the use of violence. *Psychology of Women Quarterly*, 2003, Volume 27, P. 153-161.

7. Doherty D., Berglund D. *Psychological Abuse: A Discussion Paper*. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2008, 32p.

8. Robert F. Bornstein. The Complex Relationship Between Dependency and Domestic Violence. *American Psychologist*, 2006, Vol. 61, No. 6, 595-606.

9. Rusbult, C. E., & Martz, J. M. Remaining in an abusive

relationship: An investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1995, Vol. 21, P. 558-571.

10. Straus, M. A., Hamby, S. L., & Warren, W. L. (2003). *The Conflict Tactics Scales handbook*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

11. Josephson, J. (). The intersectionality of domestic violence and welfare in lives of poor women. *Journal of Poverty*, 2002, Vol. 6, P.1-20.

Поступила в редакцию 16.05.2011

УДК: УДК: 616.895.87+616-018.-07-08:615.851

*О.Є. Смашна***ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ,
УСКЛАДНЕНОЇ СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

Ключові слова: параноїдна шизофренія, коморбідна з соматичною патологією, психофармакотерапія, антипсихотики, ад'ювантна терапія

Індивідуальний вибір психофармакотерапії у хворих на шизофренію, коморбідну з соматичною патологією, є важливим завданням організації лікувального процесу, вирішення якого лягає на практикуючих лікарів. Аналіз літературних джерел по даній темі дозволяє прийти до висновку, що ряд авторів у призначенні такого роду терапії на перший план висуває безпеку та переносимість психофармакологічних препаратів [3, 4, 8]. Також очевидною є доцільність врахування соматотропної активності психотропних засобів [2, 5, 9, 12, 13].

В останні роки великого поширення отримала точка зору, заснована на традиційній для зарубіжної психіатрії позиції про відсутність вибіркової психотропної активності нейролептиків, їх рівної ефективності при різних проявах хвороби і відмінностей тільки в спектрі їх побічних ефектів [7, 12, 17]. Тому багато авторів сучасних стандартів лікування шизофренії вказують на те, що основним критерієм вибору терапії має бути її переносимість. Проте вітчизняна і деякі європейські психіатричні школи завжди розглядали клінічні особливості захворювання в якості основного чинника, що визначає диференційований вибір у призначенні психотропного засобу [3, 4, 8, 12], а індивідуальне призначення антипсихотиків здійснюється за допомогою зіставлення клінічних особливостей стану хворого і профілів психотропної активності препаратів [4].

На сьогоднішній день принципи диференційованого підходу до застосування антипсихотичних засобів при лікуванні шизофренії значно доповнені. Велику увагу при виборі терапії пропонується приділяти не лише такому важливому клінічному чиннику, як ефективність лікування, але і іншим клінічним (переносимість терапії), психологічним (якість життя, дотримання режиму прийому ліків, ризик стигматизації), соціальним (соціальна адаптація і функціонування) і економічним характеристикам (витрати на

лікування) [3, 4, 8, 12, 17, 19]. Показано, що негативний вплив терапії на ці показники може значно погіршувати ефективність лікувального втручання і, навпаки, їх оптимізація сприяє підвищенню ефективності лікувального процесу [19].

Відповідно до сучасних підходів провідне місце в схемах психофармакотерапії шизофренії відводиться атипичним антипсихотикам, які мають високий терапевтичний індекс (співвідношення клінічного ефекту і побічних ефектів), проте асоційовані з певним діапазоном побічних ефектів. Хоча результати досліджень свідчать, що хворі більш охоче приймають атипичні засоби, ніж традиційну терапію, покращується їх якість життя [19], проте накопичений до теперішнього часу тривалий досвід застосування атипичних нейролептиків показує, що вони не так безпечні, як це передбачалося раніше. При їх прийомі часто розвиваються "пізні" метаболічні і ендокринні побічні ефекти, які обмежують можливість широкого використання цих засобів. Важливим критерієм переносимості і безпеки терапії антипсихотиками є частота відміни препаратів внаслідок метаболічних побічних ефектів. Цей показник складає 9% для оланзапіну і знижується для кветіапіну, зипразидону, рисперидону і перфеназину до 4, 3, 2, і 1% відповідно [2]. Застосування оланзапіну і клозапіну також погіршує ліпідний профіль [16]. При перевищенні маси тіла на фоні терапії атипичними антипсихотиками більш ніж на 5% від початкової необхідний перегляд терапії. Ці дані можуть мати вирішальне значення при виборі оптимального засобу терапії хворих з групи відповідного ризику, оскільки ожиріння, пов'язане з прийомом антипсихотиків, може мати серйозні клінічні наслідки, зокрема зумовлює двократне підвищенням показників смертності від серцево-судинної патології і цукрового діабету [13, 14, 16, 18], підвищенням ризику розвитку інсулі-

нової резистентності і цукрового діабету [9, 15, 16, 20, 23]. Молоді пацієнти часто розцінюють ожиріння як неприпустимий косметичний дефект, що призводить до стигматизації [16].

Після впровадження атипичних антипсихотиків в клінічну практику були описані спостереження піруетної тахікардії, яка в кожному десятому випадку призводить до раптової смерті. Це ускладнення пов'язане із здатністю нейролептиків подовжувати інтервал QT через їх вплив на проникність калієвих каналів клітинних мембран. Ризик подовження інтервалу QT при застосуванні антипсихотиків зростає в наступному порядку: амисульпірид, клозапін, флупентиксол, флуфеназин, галоперидол, оланзапін, перфеназин, пімозид, кветіапін, рисперидон, сульпірид, тіорідазин і зипразидон [13, 14, 18].

Проте маючи очевидні переваги відносно негативних симптомів, когнітивної дисфункції і депресивних порушень, атипичні антипсихотичні препарати, очевидно, все ж поступаються класичним нейролептикам по впливу на позитивну симптоматику шизофренії [3, 4]. Це пов'язано з потужнішою седативною/інгібуючою дією останніх, що проявляється на відміну від специфічного антипсихотичного ефекту не через декілька тижнів, а практично відразу ж після початку лікування. Проте загальновідомі недоліки цих препаратів (вузька спрямованість терапевтичного ефекту, негативний вплив на когнітивне функціонування, серйозні неврологічні побічні ефекти) вкрай негативно відбиваються на показник співвідношення ризику та користі, істотно обмежуючи їх використання.

При параноїдній шизофренії, що протікає у пацієнтів з обтяженим органічним чи соматичним ґрунтом часто спостерігаються явища дисоційованої медикаментозної толерантності, що характеризується розбіжністю між темпом розвитку терапевтичного ефекту і проявами побічної дії лікарських засобів, що випереджають його. Дані побічні явища виходять за рамки відомих холінолітичних побічних ефектів антидепресантів і екстрапірамідних проявів побічної дії нейролептиків [8]. Власне біологічна чутливість до фармакологічних агентів зберігається, проте поріг терапевтичної чутливості виявляється вище за поріг чутливості до побічної дії психотропних засобів. Це спричиняє обмеження чи неможливість використання терапевтично активних доз психотропних засобів через раннє виникнення і вираженість різних побічних

ефектів. Психопатологічна структура основного синдрому у зв'язку з терапевтичними діями може ускладнюватися за рахунок емоційної і сенсорної гіперестезії, дисфоричного порушення настрою, обтяжливих яскравих сновидінь, утруднень концентрації уваги і інших інтелектуально-мнестичних порушень, елементарних сенсорних спотворень, розладів схеми тіла і просторового сприйняття, епізодів дезорієнтації, а також генералізованих порушень, що характеризуються змінами рівня пильнування (періоди седації з сонливістю або відчуттям “одурманеності”, “сп'янілості”). Подібного роду складні побічні ефекти відносно частіше зустрічаються при комбінованій психофармакотерапії, що у більшості випадків робить пріоритетною монотерапію.

Пацієнти з параноїдною шизофренією та коморбідною соматичною патологією характеризуються підвищеною частотою депресивної симптоматики в рамках клінічної картини шизофренії на різних етапах перебігу ендogenous захворювання, тому питання психофармакологічного впливу на депресивну симптоматику є досить актуальним у даного контингенту пацієнтів. Практичний аспект даного питання полягає перш за все у доцільності одночасного застосування нейролептиків та антидепресантів – комбінації, яка застосовується у 20 - 50 % психічно хворих [1, 6, 11, 22]. Первинні фармакологічні ефекти нейролептиків і антидепресантів на катехоламінергічну і серотонінергічну системи протилежні: нейролептики знижують активність допаміну за рахунок блокади пре- і постсинаптичних допамінергічних (D2) рецепторів або постсинаптичних серотонінергічних (5-HT₂) рецепторів, а антидепресанти посилюють активність норадренергічної, серотонінергічної і у меншій мірі допамінергічної нейротрансмітерних систем [1, 6, 11]. С. Н. Мосолов, узагальнюючи дані зарубіжних досліджень, робить висновок, що блокада зворотного захоплення допаміну антидепресантами може вести до зниження ефективності нейролептиків, посилення психотичної симптоматики, але при цьому до зменшення проявів лікарського паркінсонізму [1, 6, 11]. Відомо, що фармакодинамічні взаємодії з'являються тоді, коли механізм дії одного препарату перетинається з механізмом дії іншого. Тому чим більше число рецепторів і нейромедіаторних систем, на які впливає препарат, тим вище вірогідність фармакодинамічної взаємодії. Так, завдяки вибірковості фармакологічної дії

інгібітори зворотного захоплення серотоніна (флуоксетин, сертралін, пароксетин, флувоксамін, циталопрам) менше взаємодіють на фармакодинамічному рівні, ніж трициклічні антидепресанти і інгібітори МАО. З урахуванням клінічних і фармакологічних даних, комбінація антидепресантів і нейролептиків в період лікування гострого психотичного епізоду є необґрунтованим [1, 6, 11, 22], а призначення антидепресивного засобу не одночасно з початком нейролептичної терапії, а лише після необхідного для формування “лікарського гомеостазу” тимчасового інтервалу (близько 6 тижнів) може понизити вірогідність загострення психозу і ризик розвитку непередбачуваних побічних ефектів [1, 6, 11, 22].

Отже, одна із стратегій оптимізації лікування пацієнтів з параноїдною шизофренією та коморбідними соматичними захворюваннями - застосування адьювантних засобів, які дозволяють наблизитися до балансу терапевтичної активності нейролептиків та індивідуального ресурсу їх переносимості. На відміну від базової (основної) терапії, яка спрямована на корекцію домінуючих психопатологічних симптомів, адьювантна терапія є допоміжною і призначається, як правило, на окремих етапах лікування додатково до базових препаратів для підвищення їх ефективності (відносно певних мішеней) та часто з адаптогенною метою для помякшення, нівелювання чи запобігання виникненню побічних ефектів психофармакотерапії, в той же час не перешкоджаючи реалізації власне лікувального ефекту основного терапевтичного агента [8, 11].

Труднощі у терапії пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії та коморбідну соматичну патологію, пов’язані також з потре-

бою одночасного призначення психо- та соматотропного лікування. Така комбінована терапія вимагає більшої уваги як з боку лікаря через можливу несприятливу взаємодію препаратів між собою і, як наслідок, посилення побічних ефектів (особливо дозозалежних (холінолітичні, седативні) і зниження ефективності. Важливо підкреслити, що підвищення концентрації препаратів при їх взаємодії зовсім не забезпечує пропорційного збільшення терапевтичного ефекту. З боку пацієнта комбіноване призначення медикаментозних середників значно ускладнює режим прийому препаратів, збільшує вірогідності неправильного застосування лікарських засобів і в деяких випадках може спричинити порушення комплаєнтності та відмову від терапії [1, 4, 6, 11].

Зрештою завдання оптимізації призначення психотропних засобів у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та коморбідні соматичні захворювання, полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту, але і в мінімізації побічних явищ і ризику ускладнень, уникнути яких особливо важко при підвищеній медикаментозній чутливості і наявності соматичної обтяженості [7].

Метою нашого дослідження було оптимізувати надання психофармакологічної допомоги пацієнтам, що страждають на параноїдну шизофренію та супутню соматичну патологію враховуючи синдромопластичний вплив коморбідних соматичних захворювань на клінічну картину параноїдної шизофренії; виділити принципи диференційованого підходу до призначення психотропних засобів у спектрі їх психо- та соматотропної активності.

Матеріал і методи дослідження

Для реалізації мети дослідження за період 2008-2010 років на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 29 пацієнтів з параноїдною шизофренією та 122 пацієнти, що страждали на параноїдну шизофренію та коморбідні соматичні захворювання (31 пацієнт з супутніми захворю-

ваннями сечовидільної системи, 30 – з захворюваннями серцево-судинної систем, 30 – з захворюваннями травної системи та 30 пацієнтів з захворюваннями дихальної системи).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, катамнестичний, експериментально-психологічний.

Результати дослідження та їх обговорення

В процесі дослідження оцінювались клініко-психопатологічні особливості параноїдної шизофренії при загостренні захворювання та в процесі проведеної психофармакотерапії на етапі формування ремісії шизофренії. Оцінка клінічних показів до призначення психофарма-

кологічних середників в кожному конкретному випадку ґрунтувалась на врахуванні психопатологічних симптомів і синдромів, що визначали психічний стан пацієнта, катамнестичних особливостей перебігу шизофренії, ступеню гостроти і важкості психопатологічних розладів, сту-

пеню наростання негативних змін, переносимості пацієнтом лікування, наявністю побічних ефектів терапії, врахуванні соматичних та інших

проти показів, соціальних аспектів (вартість лікування), тощо. У таблиці 1 показано особливості фармакотерапії обстежених пацієнтів.

Таблиця 1

Психофармакологічне лікування обстежених пацієнтів

Групи обстежених	Типові антипсихотики		Атипові антипсихотики		Комбінація типових і атипових антипсихотиків	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Контрольна група, n -29	3	9,68	12	38,71	16	51,61
Пацієнти з нефрологічною патологією, n -31	10	31,25	7	21,88	15	46,88
Пацієнти з серцево-судинною патологією, n -30	13	41,94	4	12,90	15	46,88
Пацієнти з гастроентерологічною патологією, n -30	4	13,33	6	20	20	66,67
Пацієнти з респіраторною патологією, n -30	8	26,67	4	13,33	18	60

Як показано в таблиці 1, найбільша частина пацієнтів з коморбідними захворюваннями серцево-судинної системи лікувалась виключно типовими психофармакологічними середниками (13 пацієнтів (41,94%). Найменша кількість пацієнтів, що лікувалися типовими нейролептичними засобами була у групі з коморбідною гастроентерологічною патологією (4 пацієнти (13,33%) та у контрольній групі (3 пацієнти (9,68%). Така закономірність у лікуванні пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи зумовлена особливостями клінічного оформлення загострення шизофренії, а саме частотою продуктивних психопатологічних синдромів (психомоторного збудження, емоційної неадекватності, тощо).

У контрольній групі спостерігалась найбільша кількість пацієнтів (12 хворих - 38,71%), які для лікування екзацербачії шизофренічного процесу отримували виключно атипові антипсихотики, найчастіше рисперидон (рісполепт, рілептід, ней-риспін), оланзапін (зіпрекса), клозапін (азалептін, азапін, азалептол), тощо. Комбіновану терапію типовими та атиповими антипсихотиками отримували 66,67% (20 хворих) у групі з коморбідними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, 60% (18 хворих) у групі з патологією дихальної системи, 51,61% (16 хворих) у групі порівняння та по 15 пацієнтів (46,88%) у групах з супутніми захворюваннями сечостатевої та серцево-судинної системи.

Таблиця 2

Динаміка психопатологічної симптоматики у обстежених пацієнтів по шкалі PANSS

Тип динаміки Групи обстежених	Негативна динаміка		0-10%		11-20%		Більше 20%	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Контрольна група, n -29	4	12,90		16,13	8	25,81	14	45,16
Пацієнти з нефрологічною патологією, n -31	3	9,38	10	31,25	8	25,00	11	34,38
Пацієнти з серцево-судинною патологією, n -30	0	** p1<0,1	5	15,63 p1>0,1	7	21,88 p1>0,1	20	62,50 p1<0,05
Пацієнти з гастроентерологічною патологією, n -30	0	** p1<0,1 p2>0,1	4	13,33 p1<0,1 p2>0,1	17	56,67** p1<0,05 p2<0,01	9	30,00 p1>0,1 p2<0,01
Пацієнти з респіраторною патологією, n -30	2	6,67 p1>0,1 p2>0,1 p3>0,1	2	6,67 p1<0,05 p2>0,1 p3>0,1	9	30,00 p1<0,1 p2>0,1 p3<0,05	17	56,67 p1<0,1 p2>0,1 p3<0,05

Примітки: Коefіцієнти достовірності в порівнянні з контрольною групою - *коefіцієнт достовірності <0,1; **коefіцієнт достовірності <0,05; *** коefіцієнт достовірності <0,01, **** коefіцієнт достовірності <0,001; p1 - порівняння з групою з патологією сечовидільної системи; p2- порівняння з групою з патологією серцево-судинної системи; p3 - порівняння з групою з патологією травної системи.

Динаміка психопатологічної симптоматики оцінювалась з використанням психометричної шкали PANSS. Порівняння загальної оцінки по шкалі PANSS при екзацербачії шизофренії та в процесі проведеного лікування дозволив виділити 4 типи динаміки: негативну, 0-10%, 11-20% та більше 20%. У таблиці 2 зображено розподіл обстежених пацієнтів по типу динаміки психопатологічної симптоматики.

Отже, при аналізі динаміки психопатологічної симптоматики в процесі лікування, нами зроблено узагальнення про те, що у пацієнтів контрольної групи та групи з нефрологічною патологією спостерігалась найбільша ступінь терапевтичної резистентності психопатологічної симптоматики, що проявлялась і найнижчими загальними показниками редукції у групі та високим відсотком пацієнтів з негативною динамікою. У пацієнтів з кардіологічною та респіраторною патологією спостерігалась найвищий терапевтичний відгук на психотропне лікування, що проявлялося як найвищими загальними показниками редукції у групі, так і найбільшим відсотком пацієнтів із динамікою більше 20 %.

З врахуванням матеріалів власних досліджень і даних, отриманих з літературних джерел, присвячених даному питанню, можуть бути сформульовані наступні загальні рекомендації щодо проведення психофармакотерапії параноїдної шизофренії у пацієнтів з супутніми соматичними захворюваннями.

1. При використанні нейролептиків пріоритетним є монотерапія та призначення малих та середніх терапевтичних доз.

2. Для мінімізації побічних явищ та встановлення індивідуальної переносимості збільшення добової терапевтичної дози препаратів проводиться поступово.

3. При призначенні психотропних засобів враховується можливість їх взаємодій з соматотропними препаратами, а також виникнення явищ "поведінкової токсичності" (млявість, сонливість, гальмування когнітивних і рухових функцій), тому в процесі терапії робиться підбір адекватних доз антипсихотиків, а при необхідності - зміна препаратів (наприклад, заміна антипсихотичних засобів транквілізаторами) або призначення на фоні мінімальних доз антипсихотиків адьювантних засобів (антидепресантів, нормотиміків).

4. Пріоритет надається медикаментам, що не лише не порушують функцій внутрішніх органів, але і мають сприятливі соматотропні ефекти (транквілізатори - похідні бензодіазепі-

ну, що анксиолітичний, седативний, антиаритмічний, коронаролітичний, противиразковий ефекти; антидепресанти групи СИЗС з їх антиагрегантними властивостями; трициклічні антидепресанти і антидепресанти подвійної дії (мілнаципран, дулоксетин), які мають знеболюючий ефект; сульпірид з редуруючим впливом на патологічні процеси в шлунково-кишковому тракті).

Також, з врахуванням даних власних досліджень виділено особливості диференціального підходу до призначення психофармакотерапії у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутні соматичні захворювання різних систем організму.

У пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи у фазі екзацербачії шизофренії спостерігалась тенденція до анозогностичної позиції щодо супутньої соматичної патології, що обумовлено вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою у вигляді агресивності, психомоторного збудження, маніакального синдрому, галюцинаторно-параноїдного синдрому, дезорієнтованості, яка спостерігалась достовірно частіше в порівнянні з групами пацієнтів з супутніми соматичними захворюваннями інших систем організму. Дана клінічна симптоматика найкраще редукувалась при призначенні малих та середніх доз типових високопотентних антипсихотиків (галоперидол, клопиксол-акуфаз, трифтазин). При призначенні атипичних антипсихотичних засобів перевага надавалась препаратам (амісульпірид, аріпіпразол) з мінімальною кількістю опосередкованих кардіометаболічних побічних ефектів (збільшення маси тіла, дисліпідемією, резистентністю до інсуліну). З обережністю слід призначати зипразидол та сертіндол через імовірність виникнення прямих кардіотоксичних ефектів у вигляді значимого подовження інтервалу QT та виникнення піруетної тахікардії. Крім того у пацієнтів даної групи відмічалась достовірно вища частота синдрому когнітивного дефіциту імовірно внаслідок генералізованих атеросклеротичних змін судин головного мозку, що потребувало призначення препаратів, що покращують мозковий кровообіг та метаболічні процеси нейронів.

У пацієнтів з супутньою респіраторною патологією у фазі загострення шизофренії достовірно частіше спостерігалась тривожно-депресивна, депресивно-іпохондрична симптоматика, яку супроводжувала емоційна розщепленість та неадекватність, спотворення вольової активності (ступорозні, кататоноподібні стани з аутичністю,

моторною та ідеаторною загальмованістю), а також дисоціативно-конвертивні симптоми. При призначенні психотропних середників даному контингенту пацієнтів враховувався факт активної участі у акті дихання мускулатури, через що екстапірамідні побічні ефекти антипсихотиків призводять до специфічних дихальних порушень. Диференціальний підхід до психотропного лікування у пацієнтів з супутніми захворюваннями дихальної системи передбачав диференційовані покази до призначення антипсихотиків залежно від характеру бронхолегеневої патології. Відповідно поєднаність шизофренії з бронхіальною астмою, обструктивними бронхолегеневими захворюваннями визначає строгі протипоказання до призначення антипсихотиків, що викликають седацію, виражені екстрапірамідні розлади і/або значиме збільшення маси тіла. Дискінезія дихальної мускулатури виключає призначення препаратів, що викликають екстрапірамідні розлади і седацію; дистонія - антипсихотиків, що викликають екстрапірамідні розлади. Окрім призначення антипсихотиків нового покоління з мінімальною кількістю вищевказаних небажаних явищ, внаслідок вираженості тривожно-депресивних, депресивно-іпохондричних синдромів, для пацієнтів даної групи доцільним було призначення антидепресантів та анксиолітиків. Для швидкого купування позитивної симптоматики доцільним є короткотривале призначення типових антипсихотиків (галоперидол, тіорідазин) в комбінації з антидепресантами групи СІЗЗС. Також слід враховувати, що серед причин смерті пацієнтів, що приймають клозапін, згідно літературних джерел, переважає тромбоемболія легеневої артерії і дихальна недостатність [3, 4].

Синдромоутворення при загостренні шизофренії у групі пацієнтів з коморбідними захворюваннями травної системи здійснювалось за рахунок широкого спектру складних афективних синдромів – тривожно-депресивного, депресивно-параноїдного, obsesивно-фобічного з дисфоричним афективним супроводом, спотвореннями вольової активності (парабулії, розлади потягів, гебефреноподібна симптоматика). Диференціальний психофармакологічний підхід щодо даної групи пацієнтів окрім антипсихотичного ефекту ставив перед собою на меті антидепресивний та протитривожний вплив, тому антипсихотики призначались у комбінації антидепресантів групи СІЗЗС і транквілізаторів. Соматотропні ефекти антипсихотиків щодо шлунково-кишкового тракту (гепатотоксичність, диспепсичні явища, порушення шлунково-кишкової

моторики та секреції) також визначали диференційований вибір антипсихотика. Враховувалось також, що прийом пацієнтами антацидних препаратів впливав на фармакодинаміку психотропних засобів через порушення всмоктування останніх у шлунково-кишковому тракті.

У пацієнтів, що страждали на параноїдну шизофренію та супутні захворювання сечовидільної системи, у клінічній картині параноїдної шизофренії достовірно частіше спостерігалися депресивний, тривожний з високим рівнем соматичної занепокоєності, депресивно-іпохондричний, сенесто-іпохондричний з явищами сомато-психічної деперсоналізації, депресивно-параноїдний з астено-аненергічним компонентом, ідеаторним загальмуванням, схильністю до самопошкоджень. Особливості призначення антипсихотичної терапії у даної групи пацієнтів, поряд з призначення антипсихотиків як основного лікування, також полягали в необхідності корекції спотвореної депресивно-іпохондричної установки щодо соматичних процесів та відчуттів шляхом призначення антидепресантів-трицикліків та СІЗЗС, нормотиміків (карбамазепін) з вегетостабілізуючою, знеболуючою метою. Також врахувалися соматотропні побічні ефекти антипсихотиків з впливом на сечовидільну систему у вигляді утруднення сечопуску, пов'язані з холінолітичною дією нейролептиків), а також сповільненого виділення метаболітів хімічних речовин внаслідок порушень видільної функції нирок.

Висновки:

1. Завдання оптимізації терапії параноїдної шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту від призначення психотропних засобів, але і в мінімізації їх побічних ефектів і ризику ускладнень терапії.

2. При призначенні психофармакотерапії у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутні соматичні захворювання, крім ефективності, переносимості та безпечності призначення антипсихотичних засобів, враховуються їх соматотропні ефекти, а також особливості можливої фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії психо- та соматотропних засобів.

3. Психопатологічні синдроми, що включаються у клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворювань різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з психотропними засобами інших основних груп (анксиолітики, антидепресанти, нормотиміки).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, УСЛОЖНЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тернопольский государственный медицинский университет им.И.Я.Горбачевского

Учитывая синдромопластическое влияние коморбидных соматических заболеваний на клиническую картину параноидной шизофрении, в статье представлены данные относительно оптимизации психофармакологической помощи данной категории пациентов. Также выделены принципы дифференцированного подхода к назначению психотропных средств в спектре их психо- и соматотропной активности. Лечение данного контингента пациентов требует комбинированного применения антипсихотиков с психотропными средствами других основных групп (анксиолитики, антидепрессанты, нормотимики), а также учет возможной фармакокинетического и фармакодинамического взаимодействия психо- и соматотропных средств. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 33-39).

О. Ye. Smashna

DIFFERENTIAL PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF THE PARANOID SCHIZOPHRENIA COMPLICATED BY CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Ternopil state medical university of named after I.Ya.Gorbachevskiy

The optimization of psychopharmacological management of the patients, which suffer from paranoid schizophrenia and concomitant somatic pathology given in relation to syndromoplastic influence of comorbid somatic illness on clinical presentation of paranoid schizophrenia were taking into account. In the article principles of differential approach to prescription of psychotropic medications were distinguished in a spectrum of them psycho- and somatotropic activity. Treatment of this contingent of patients requires the combined application of antipsychotics and other basic groups (anxiolytics, antidepressants, normotimics), and also account of possible pharmacokinetic and pharmacodynamic cooperations between psycho- and somatotropic medications. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 33-39).

Література

1. Андрусенко, М. П. Комбинация антидепрессантов и нейролептиков при лечении аффективных расстройств и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения [Текст] / М. П. Андрусенко, М. А. Морозова // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. 2000. Т.100, №11. С. 60-65.
2. Бурлаков, А. В. Аспекты эффективности и безопасности применения антипсихотиков у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией (по материалам симпозиума "Фармакотерапия психозов и расстройств настроения с сопутствующей соматической патологией") [Текст] / А. В. Бурлаков // Психические расстройства в общей практике. 2006. Т. 01, № 2, С. 14-19.
3. Данилов, Д. С. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации) [Электронный ресурс] / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия 2008. Т. 6. Режим доступа : <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/17859>
4. Данилов, Д. С. Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов. Часть 2 [Электронный ресурс] / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2010. Т. 6. №2. Режим доступа : <http://www.consilium-medicum.com/magazines/special/psychiatry/article/19677>
5. Дробижев, М. Ю. Взаимодействие средств, применяемых для лечения соматических заболеваний, и психотропных препаратов [Текст] / М. Ю. Дробижев // Современная психиатрия. — 1998. — №2. — С. 15—18.
6. Козловский, В. Л. Комбинированная терапия антипсихотиками и антидепрессантами: рациональность, стратегия, тактика (сообщение 2) [Текст] / В. Л. Козловский, Н. Г. Незнанов // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. — 2008. — №4. — С. 4—7.
7. Мосолов, С. Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрений [Текст] / С. Н. Мосолов // Русский психиатрический журнал. — 2004. — Т. 12, № 10. — С. 646—652.
8. Незнанов, Н. Г. Факторы риска обменных нарушений у больных шизофренией [Текст] / Н. Г. Незнанов, Н. А. Соколяк, Д. А. Тянянский, И. А. Мартыхин // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 3. — С. 13—17.
9. Петрова, М. М. Роль артериальной гипертензии в клинике и течении параноидной шизофрении [Текст] / М. М. Петрова, М. А. Березовская // Сибирское медицинское обозрение. — 2010. — № 5. — С. 7—10.
10. Попов, М. Ю. Рациональность адекватного применения антидепрессантов для оптимизации терапии шизофрении классическими нейролептиками [Электронный ресурс] / М. Ю. Попов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 2010. — №4. Режим доступа : <http://www.consilium-medicum.com/magazines/magazines/special/psychiatryoverview/article/20141>
11. Сыропятов, О. Г. Лечение шизофрении [Текст] / О. Г. Сыропятов // Вестн. Асс. Психиатров Украины. — 2003. — № 1 / 2. — С. 30—64.
12. Смудевич, А. Б. Психокardiология [Текст] / А. Б. Смудевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. — М. : Медицинское информационное агентство, 2005. — 778 с.
13. Abdelmawla, N. Sudden cardiac death and antipsychotics. Part 1: Risk factors and mechanisms [Text] / N. Abdelmawla, A. Mitchell // Advan. Psychiatr. Treat. — 2006. — № 12(1). — P. 35—44.
14. Buckley, P. F. Schizophrenia Host Vulnerability and Risk of Metabolic Disturbances During Treatment with Antipsychotics [Text] / P. F. Buckley [et al.] // Focus. — 2008. — № 6(2). — P. 172—179.
15. Fenton, W. S. Medication-Induced Weight Gain and Dyslipidemia in Patients With Schizophrenia [Text] / W. S. Fenton, M. R. Chavez // Am J Psychiatry. — 2006. — № 163(10). — P. 1697—1704.
16. Goldstein, J. M. The new generation of antipsychotic drugs: how atypical are they? [Text] / J. M. Goldstein // Int J Neuropsychopharmacol. — 2000. — Vol.3. — № 4. — P. 339—349.
17. Harrigan, E. P. A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition [Text] / E. P. Harrigan [et al.] // J Clin Psychopharmacol. — 2004. — Vol.24. — № 1. — P.62—69.
18. Jones, P. B. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1) [Text] / P. B. Jones [et al.] // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — № 63. — P. 1079—1087.
19. Newcomer, J. W. The metabolic effects of antipsychotic medications [Text] / J. W. Newcomer, D. W. Haupt // Can J Psychiatry. — 2006. — № 51. — P. 480—491.
20. Silver, H. Selective serotonin re-uptake inhibitor augmentation in the treatment of negative symptoms of schizophrenia [Text] / H. Silver // Exp Op Pharmacother. — 2004. — № 5. — P. 2053—2058.
21. Siris, S. G. Depression in schizophrenia: perspective in the era of «atypical» antipsychotic agents [Text] / S. G. Siris // Am J Psychiatry. — 2000. — № 157. — P. 1379—89.12.
22. Suvisaari, J. M. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey [Text] / J. M. Suvisaari [et al.] // J Clin Psychiatry. — 2007. — № 68. — P. 1045—1055.

Поступила в редакцию 16.04.2011

УДК 616.89-008.441.3

*М.О. Овчаренко***ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО НАРКОТИКІВ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ ОСОБИСТОСТІ**

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: інтенсивність патологічного потягу, опіоїдна залежність, особистість

Суттєві патопсихологічні розлади, криміналізація осіб молодого віку, які зловживають парентеральними наркотичними препаратами, рання інвалідизація хворих, які залежні від опіатів, обумовлюють актуальність проведеного дослідження [1, 2, 3, 4]. Оцінка потягу до наркотиків у хворих на опіоїдну залежність (ОЗ) дозволяє об'єктивно визначати важкість, прогноз перебігу та розвиток рецидивів ОЗ [5, 6, 7, 8, 9]. Доцільним було б визначення патопсихологічних ознак потягу до наркотиків у хворих на ОЗ за допомогою теста Чердиченко-Альтшулера [10], адаптованого до обстеження наркозалежних хворих [11, 12].

Метою дослідження стало визначення інтенсивності патологічного потягу до опіоїдів у наркозалежних із різними типами особистості.

Завданнями дослідження стали:

- 1) Визначення динаміки патологічного потягу до наркотиків в загальній групі хворих на опіоїдну залежність в різні періоди хвороби;
- 2) Аналіз частоти зустрічаємості різних типів особистості в групі хворих із опіоїдною залежністю;
- 3) Проведення порівняльного аналізу квантифікаційних значень потягу до наркотиків в

періодах ранньої та пізньої абстиненції і ремісії при різних типах особистості наркозалежних.

Об'єкт дослідження: хворі на опіоїдну залежність.

Предмет дослідження: патопсихологічні симптоми у пацієнтів із опіоїдною залежністю в різні періоди захворювання; ступінь вираженості патологічного потягу до наркотиків у пацієнтів із різними типами особистості.

Робота виконана у відповідності до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фрагментом тем НДР «Опіоїдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патопсихологічні аспекти, методи лікування і профілактики» (номер держреєстрації 0109U002768), «Клініко-патогенетичні методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації наркотичної залежності та супутньої патології внутрішніх органів» (номер держреєстрації 0109U002769) та кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології» (номер держреєстрації 0108U002113 до 2012 р.).

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом знаходилось 296 хворих на ОЗ (131 чоловік та 11 жінок) у віці від 18 до 49 років, в тому числі 103 хворих із переважно істероїдним типом особистості, 81 – із епілептоїдним, 41 – нестійким, 37 – астено-невротичним, 34 – гіпертичним. Хворі спостерігались у Луганському обласному наркологічному диспансері та Луганському центрі з надання гепатологічної допомоги хворим із опіоїдною залежністю. Критеріями включення до дослідження було встановлення у хворого діагнозу – опіоїдна за-

лежність за критеріями МКБ-10 (F 11.30).

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження хворим на ОЗ проводилось динамічне визначення показників тесту Чердиченко-Альтшулера та оцінка впливу типу особистості на патопсихологічні ознаки.

Медико-статистичну обробку отриманих результатів, зокрема тест Mann-Whitney та Wilcoxon, проводили за допомогою пакету статистичних програм «STATISTICA 8.0», Microsoft Excel 2003 в середовищі Windows [13].

Результати досліджень та їх обговорення

При аналізі показників тесту Чередниченко-Альтшулера в загальній групі хворих на ОЗ нами встановлено, що афективний компонент мав максимальне значення в періоді пізньої ремісії

($6,0 \pm 1,2$ балів), що вірогідно перевищувало показники раннього абстинентного періоду (РАП) $4,74 \pm 0,11$ балів та періоду ремісії (ПР) $4,67 \pm 0,11$ балів ($P < 0,0001$) (Рис. 1).

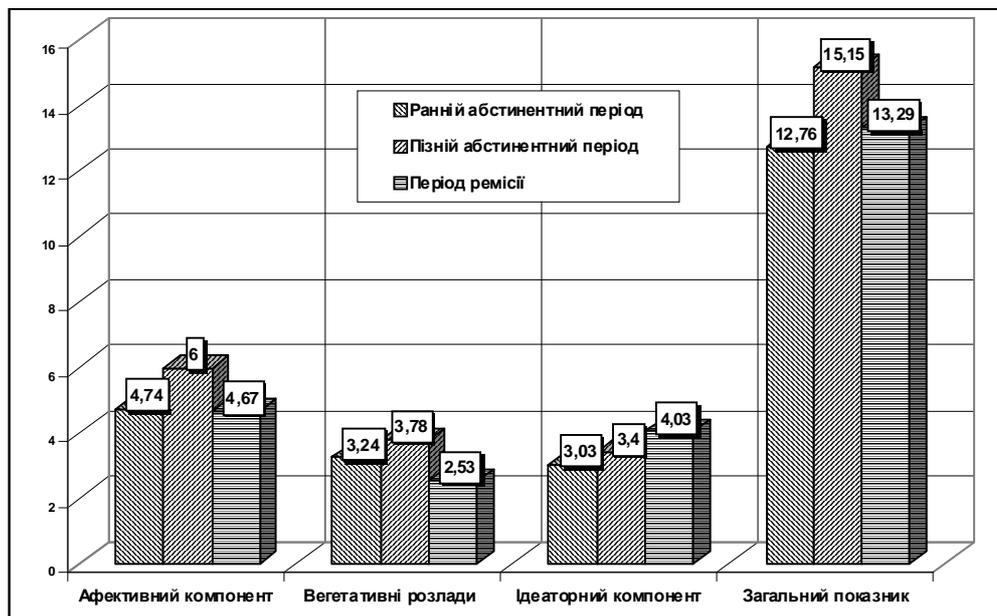


Рис. 1. Інтенсивність патологічного потягу до наркотиків в загальній групі хворих на опіоїдну залежність в різні періоди хвороби

Вегетативні розлади в загальній групі вірогідно зростали з періоду ранньої абстиненції ($3,24 \pm 0,09$ балів) до пізньої абстиненції ($3,78 \pm 0,1$ балів; $P < 0,0001$), а в періоді ремісії знижувались в 1,5 рази до $2,53 \pm 0,09$ ($P < 0,0001$). В загальній групі наркозалежних ідеаторний компонент поступово збільшувався з $3,03 \pm 0,08$ балів в періоді ранньої абстиненції до $3,4 \pm 0,08$ балів в періоді пізньої абстиненції (ПАП) ($P < 0,0001$). В періоді ремісії мало місце подальше вірогідне зростання цього показника до $4,03 \pm 0,09$ балів ($P < 0,0001$) (Рис. 1).

Аналізуючи вираженість патологічного потягу до наркотиків, встановлено його поступове зростання з періоду РАП до ПАП ($12,76 \pm 0,17$ балів; $15,15 \pm 0,21$ балів відповідно; $P < 0,0001$) з подальшим зменшенням рівня до $13,29 \pm 0,18$ балів в періоді ремісії ($P < 0,0001$) (Рис. 1).

При аналізі структури типів особистості нами встановлено: найчастіше серед хворих на ОЗ був істероїдний тип (34,8%), епілептоїдний (27,4%) та нестійкий тип (13,9%). Хворих із астено-невротичним та гіпертичним було 12,5% та 11,5% відповідно (Рис. 2).

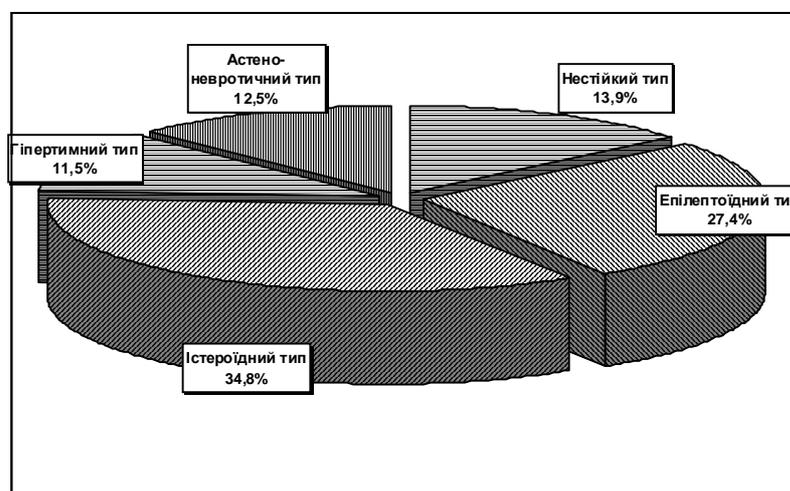


Рис. 2. Структура типів особистості хворих на опіоїдну залежність

Порівнюючи показники бальної оцінки в періоді РАП у хворих на ОЗ із різними типами особистості нами встановлено, що найбільший рівень афективних розладів мало місце при істероїдному типі ($5,93 \pm 0,19$ балів), а найменший – при гіпертимному ($3,85 \pm 0,25$ балів) ($P < 0,0001$). При РАП інтенсивність вегетативних розладів практично не відрізнялась в групах із різними типами особистості ($P > 0,1$).

Ідеаторний компонент в ранній абстиненції мав найбільше значення у хворих із істероїдним

та нестійким типом особистості ($2,98 \pm 0,24$ балів). Найменший рівень цього показника був при гіпертимному типі особистості ($2,18 \pm 0,21$ балів; $P < 0,0001$) (Рис. 3).

Найбільший загальний рівень клініко-ідентифікаційного рейтингу патологічного потягу в ранній абстиненції мав місце в групах із істероїдним ($14,75 \pm 0,26$ балів) та нестійким ($12,41 \pm 0,43$ балів) типами особистості, найменший рівень при гіпертимному варіанті ($10,71 \pm 0,42$ балів; $P < 0,0001$) (Рис. 3).

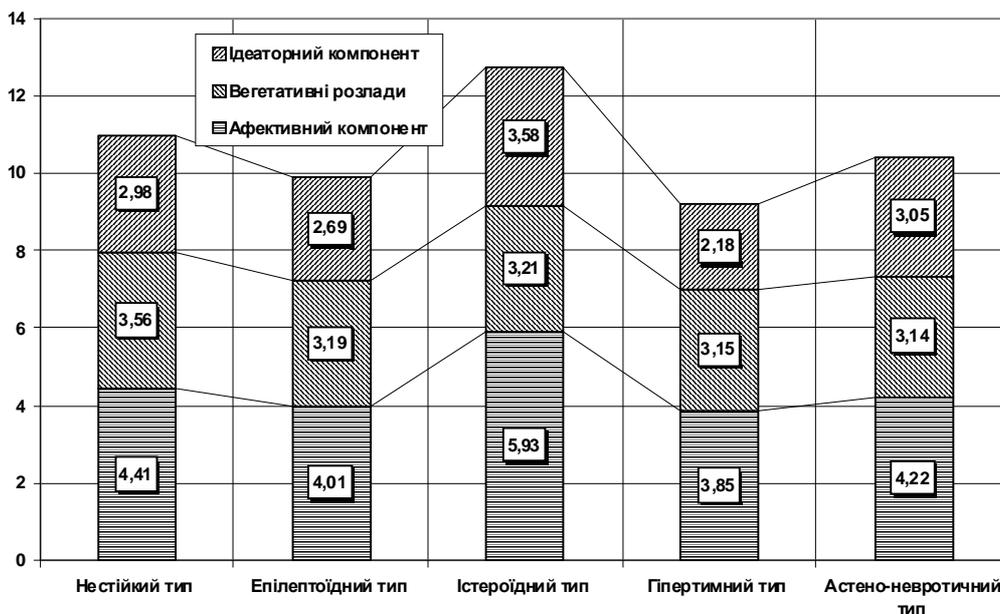


Рис. 3. Вираженість складових патологічного потягу до наркотиків у хворих на опіоїдну залежність із різними типами особистості в ранньому абстинентному періоді

При аналізі ступеня вираженості патологічного потягу нами встановлено, що афективні розлади в пізній абстиненції були найбільші при істероїдному типі реагуванні ($6,89 \pm 0,22$ балів), найменші – при гіпертимному ($5,09 \pm 0,36$ балів; $P < 0,0001$). Вегетативні розлади в пізній абстиненції мали найбільший рівень при істероїдному ($4,17 \pm 0,1$ балів) та нестійкому типі ($3,9 \pm 0,23$ балів), найменш виражені у осіб з гіпертимним ($3,24 \pm 0,29$ балів) та астено-невротичним ($3,27 \pm 0,25$ балів) варіантами особистості (Рис. 4).

Ідеаторний компонент в ПАП мав найбільше значення в групах із істероїдним ($3,86 \pm 0,13$ балів) та нестійкому типам ($3,59 \pm 0,23$ балів), а найменший рівень при епілептоїдному ($2,85 \pm 0,14$ балів) та гіпертимному типу особистості (Рис. 4).

При бальній оцінці потягу до наркотиків у хворих в пізній абстиненції нами встановлено, що найбільший рівень був в групі із істероїдним типом особистості ($17,08 \pm 0,34$ балів), найменший при астено-невротичному ($13,57 \pm 0,61$ балів) та гіпертимному типі

($13,29 \pm 0,61$ балів) (Рис. 4).

В періоді ремісії найбільш виражені афективні розлади мали місце в групах із епілептоїдним ($4,98 \pm 0,23$ балів) та істероїдними типами особистості ($5,14 \pm 0,18$ балів), найменший рівень – при гіпертимному ($3,38 \pm 0,25$ балів), та астено-невротичному типі ($4,14 \pm 0,27$ балів) (Рис. 5).

Вегетативні розлади в періоді ремісії не мали вірогідних відмінностей серед показників груп із різними типами особистості за виключенням гіпертимного типу, який мав вірогідно менший рівень цих розладів ($1,56 \pm 0,12$ балів) (Рис. 5).

Ідеаторний компонент в періоді ремісії мав найбільше значення при астено-невротичному ($4,11 \pm 0,27$ балів) та істероїдному типі ($4,51 \pm 0,13$ балів) особистості (Рис. 5).

При квантифікаційній оцінці вираженість патологічного потягу до наркотиків в періоді ремісії була найбільшою в групі із істероїдним типом – $14,79 \pm 0,29$ балів, а найменшою - при гіпертимному типу особистості ($10,24 \pm 0,43$ балів; $P < 0,0001$) (Рис. 5).

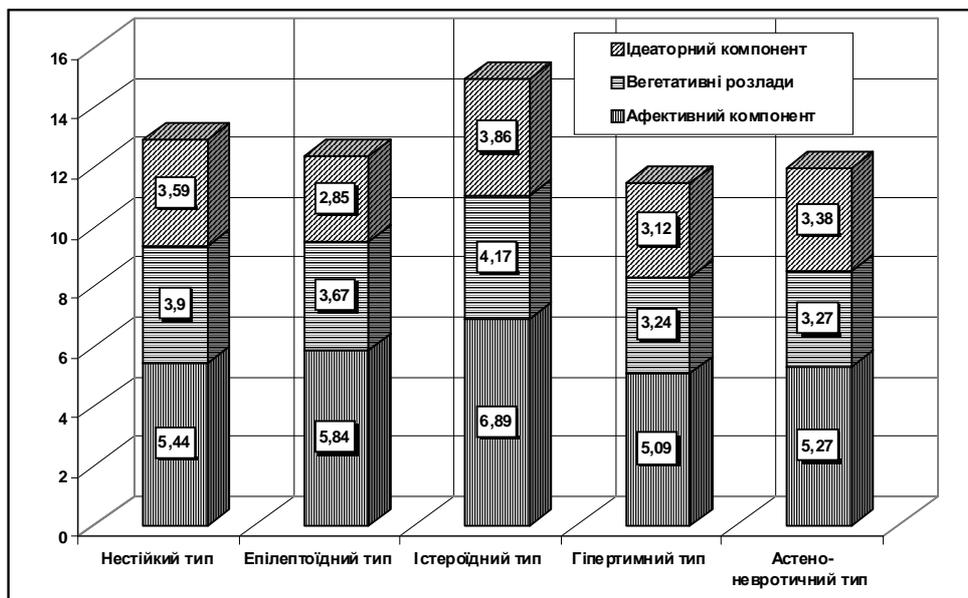


Рис. 4. Квантифікаційні значення патологічного потягу до наркотиків у хворих на опіоїдну залежність із різними типами особистості в пізньому абстинентному періоді.

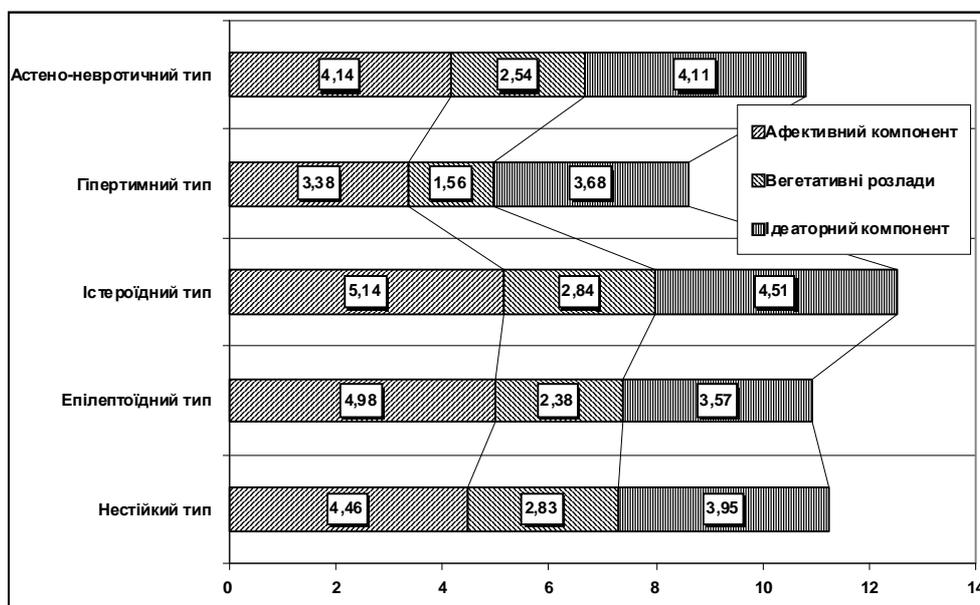


Рис. 5. Порівняльна характеристика компонентів потягу до наркотиків у хворих на опіоїдну залежність із різними типами особистості в періоді ремісії

Висновки.

1. У хворих на ОЗ загальний рівень патологічного потягу до наркотиків протягом хвороби поступово зростає з періоду ранньої до пізньої абстиненції ($12,76 \pm 0,17$ балів; $15,15 \pm 0,21$ балів відповідно; $P < 0,0001$) з подальшим зменшенням до $13,29 \pm 0,18$ балів в періоді ремісії ($P < 0,0001$). Аналогічна динаміка спостерігається у афективного компонента та вегетативних розладів, ідеаторний компонент поступово збільшується в динаміці перебігу опіоїдної залежності.

2. В структурі типів особистості серед хво-

рих на опіоїдну залежність найчастіше зустрічається істероїдний тип (34,8%), епілептоїдний (27,4%) та нестійкий тип (13,9%), з меншою частотою - астено-невротичний (12,5%) та гіпертимний (11,5%).

3. В періоді ранньої абстиненції у хворих на ОЗ найбільший рівень афективних розладів мав місце при істероїдному типі ($5,93 \pm 0,19$ балів), а найменший – при гіпертимному ($3,85 \pm 0,25$ балів) ($P < 0,0001$), інтенсивність вегетативних розладів практично не відрізнялась в групах із різними типами особистості ($P > 0,1$). Ідеаторний

компонент в ранній абстиненції мав найбільше значення у хворих із істероїдним та нестійким типом особистості ($2,98 \pm 0,24$ балів). Найменший рівень цього показника був при гіпертимному типі особистості ($2,18 \pm 0,21$ балів; $P < 0,0001$).

4. Афективні розлади в пізній абстиненції були найбільш виражені при істероїдному типі реагуванні ($6,89 \pm 0,22$ балів), найменший – при гіпертимному ($5,09 \pm 0,36$ балів; $P < 0,0001$). Вегетативні розлади в пізній абстиненції мали найбільший рівень при істероїдному ($4,17 \pm 0,1$ балів) та нестійкому типі ($3,9 \pm 0,23$ балів), найменш виражені у осіб з гіпертимним ($3,24 \pm 0,29$ балів) та астено-невротичним ($3,27 \pm 0,25$ балів) варіантами особистості. Идеаторний компонент в ПАП мав найбільше значення в групах із істероїдним ($3,86 \pm 0,13$ балів) та нестійкому типом ($3,59 \pm 0,23$ балів), а найменший рівень при епілептоїдному ($2,85 \pm 0,14$ балів) та гіпертимному типу особистості.

5. В періоді ремісії найбільш виражені афективні розлади мали місце в групах із епілептоїдним ($4,98 \pm 0,23$ балів) та істероїдними типами особистості ($5,14 \pm 0,18$ балів), найменший рівень – при гіпертимному ($3,38 \pm 0,25$ балів), та астено-невротичному типі ($4,14 \pm 0,27$ балів). Вегета-

тивні розлади в періоді ремісії не мали вірогідних відмінностей серед показників груп із різними типами особистості за виключенням гіпертимного типу, який мав вірогідно менший рівень цих розладів ($1,56 \pm 0,12$ балів). Идеаторний компонент в періоді ремісії мав найбільше значення при астено-невротичному ($4,11 \pm 0,27$ балів) та істероїдному типі ($4,51 \pm 0,13$ балів) особистості.

6. При квантифікаційній оцінці вираженості патологічного потягу до наркотиків у хворих із різними типами особистості нами встановлено, що в ранній абстиненції його найбільший рівень мав місце в групах із істероїдним ($14,75 \pm 0,26$ балів) та нестійким ($12,41 \pm 0,43$ балів) типами особистості, найменший – при гіпертимному варіанті ($10,71 \pm 0,42$ балів; $P < 0,0001$). При більшій оцінці встановлено, що найбільший ступень вираженості потягу в пізній абстиненції був в групі із істероїдним ($17,08 \pm 0,34$ балів), найменший при астено-невротичному ($13,57 \pm 0,61$ балів) та гіпертимному типі особистості ($13,29 \pm 0,61$ балів). В періоді ремісії суммарний рівень патологічного потягу був найбільшим в групі із істероїдним типом – $14,79 \pm 0,29$ балів, а найменший – при гіпертимному типі особистості ($10,24 \pm 0,43$ балів; $P < 0,0001$).

М.О. Овчаренко

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКАМ У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ЛИЧНОСТИ

Луганский государственный медицинский университет

У 296 больных с опиоидной зависимостью в возрасте от 18 до 49 лет, в том числе 103 больных из преимущественно истероидным типом личности, 81 – из эпилептоидным, 41 – неустойчивым, 37 – астено-невротическим, 34 – гипертимным, была проанализированная динамика выраженности патопсихологических симптомов в разные периоды болезни. В работе определены показатели патологического влечения к наркотикам в периодах ранней и поздней абстиненции и ремиссии в зависимости от типа личности. Установлено, что в ранней абстиненции наибольшая степень выраженности патологического влечения была у больных из истероидным ($14,75 \pm 0,26$ баллов) и неустойчивым ($12,41 \pm 0,43$ баллов) типами личности, наименьший – при гипертимном варианте ($10,71 \pm 0,42$ баллов; $P < 0,0001$).

В поздней абстиненции наибольший уровень в клинико-идентификационном рейтинге патологического влечения к наркотикам был в группе с истероидным ($17,08 \pm 0,34$ баллов), наименьший – с астено-невротическим ($13,57 \pm 0,61$ баллов) и гипертимным типом личности ($13,29 \pm 0,61$ баллов). В целом, степень выраженности патологического влечения к наркотикам в периоде ремиссии была наибольшей в группе с истероидным типом – $14,79 \pm 0,29$ баллов, а наименьшей – при гипертимном типе личности ($10,24 \pm 0,43$ баллов; $P < 0,0001$). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 40-45).

М. О. Ovcharenko

DETERMINATION OF THE INTENSITY OF THE PATHOLOGIC ATTRACTION TO NARCOTICS IN PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE WITH DIFFERENT TYPES OF PERSONALITY

Lugansk medical University

The dynamics of the severity of the pathopsychological symptoms at different periods of the disease in 296 patients with opioid dependence and different types of personality were analyzed. The indicators of the pathologic attraction to narcotics in early and late periods of abstinence and remission depending on the type of personality are determined in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 40-45).

Література

1. Сосин И.К. Наркология: (монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев / Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
2. Битенский В.С. Роль наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В.С. Битенский // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, №3. – С. 543-550.
3. Лінський І.В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні / Лінський І.В., Голубчикова М.В., Мінко О.І. та інші // Аналітичний огляд. Випуск IV- Харків, 2007. – 52 с.
4. Arcos F.A. / Emotional response to affective stimuli in subjects addicted to opiates engaged in controlled use as part of the P.E.P.S.A / Arcos F.A., Verdejo Garcia A., Lyppez Jimenez A. // Adicciones. – 2008.- 20(1). – P. 27 – 35.
5. Сосин И.К. Новые аспекты использования препарата налтрекс в наркологии при клинически рецидивоопасных ситуациях / И.К. Сосин, И.В. Куприенко, Ю.Ф. Чуев // Мистецтво лікування.-2003.-№6.-С.77-82.
6. Сосин И.К. Географический мониторинг функционального состояния печени при хронической интоксикации психоактивными веществами / Сосин И.К., Сема В.И. // Проблемы клиник, диагностики та терапії гепатитів. Збірник праць науково-практичної конференції. – Харків, 2005. – С. 206-208.
7. Минко А.И. / Наркология: Научное издание / Минко А.И., Линский И.В. // М.: Изд-во ЭКСМО, 2004. - 2-издание, испр. и доп. – 736 с.
8. Gospic K. / Emotional perception modulated by an opioid and a cholecystokinin agonist / Gospic K., Gunnarsson T., Fransson P. // Psychopharmacology.- 2008.- Apr;197(2).-P.295-307.
9. Maremmani I. / Affective temperaments in heroin addiction / Maremmani I., Pacini M., Popovic D.// J. Affect Disord.- 2009.- Oct;117(3).- P.186-192.
10. Чередниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшулер // Вопросы наркологии : научно-практический журнал. - 2008. - N 2 . - С. 74-78.
11. Корошниченко Д.Н. / Диференційна діагностика залежності від героїну та залежності від метадону/ Д.Н. Корошниченко, І.В. Лінський // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009.- №1(21). – С. 56-64.
12. Корошниченко Д.Н. Порівняльна характеристика патологічного потягу до опіоїдів у хворих, залежних від героїну, і хворих залежних від метадону // Український вісник психоневрології. – Том 15, вип. 1 (154). – 2008. – С. 14- 18.
13. Боровников В.П. / STATISTICA – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровников, И.П. Боровников.-М.: Информационно-издательский дом «Филин», 1997. – 608 с.

Поступила в редакцию 16.02.2011

УДК 37.015.3(075.8)

*О.И. Василькова, В.Н. Васильков***РОЛЬ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЗИЦИИ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РЕШЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИЕНТА**

Донецкий областной институт последипломного педагогического образования

Ключевые слова: методология, методологическая позиция, профессиональная рефлексия, показатели работы квалифицированного психолога

Анализ современных проблем подготовки, переподготовки и повышения квалификации практических психологов показал, что одним из наиболее сложных и ответственных моментов в работе этих специалистов является поиск ответа на вопрос, как решать психологическую задачу клиента [1-4]. Становясь, фактически, психологической проблемой для практического психолога, данная задача предполагает выявление причин психологических трудностей клиента, их интерпретацию и поиск способов преодоления. Другими словами, практический психолог должен определить, какую психологическую помощь следует оказывать в данном конкретном случае, каким будет результат его взаимодействия с клиентом [5-10].

В поиске способов решения психологической задачи клиента практические психологи далеко не всегда «обращаются» к теоретико-методологическим основам научной психологии. Для большого количества практических психологов известная фраза «Нет ничего лучше хорошей теории» остается не слишком убедительной. Между тем, по мнению известных современных ученых-практиков, стойкое неприятие «воды», под которой многими понимается вообще любая теория, является одним из серьезнейших факторов, влияющих не только на результативность профессиональной деятельности практического психолога, но и на все состояние современной практической психологии (Г.С. Абрамова, М.П. Боро, Ф.Е. Василюк, С.В. Васильковская, И.В. Вачков, П.П. Горностай, С.Д. Дерябо, Ю.М. Жуков, Е.Л. Милюткина, В.Г. Панок, Л.А. Петровская, Н.И. Повякель, Т.М. Титаренко, Н.В. Чепелева, Т.С. Яценко и др.).

Игнорирование, а иногда и открытое отвержение практическим психологом значения методологии в его собственной профессиональной деятельности породило, к сожалению, для нас реальную опасность иметь психологическую

практику, подобную «всаднику без головы» (по словам Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской). И это вполне объяснимо: психолог, не учитывающий роли методологии в собственной практике, часто не осознает, что он делает. А ведь еще Сенека говорил, что «для корабля, который не знает, куда плыть, нет попутного ветра». И со словами И. Гете трудно не согласиться: «Что вы не понимаете, то не принадлежит вам».

Анализ последних исследований и публикаций показал, что угроза получить психологическую практику, подобную «всаднику без головы» (т.е. без опоры на теоретико-методологические основы научной психологии) значительно усилилась в связи со своеобразным всплеском в нашем обществе моды на практическую психологию и, соответственно, получение профессиональной психологической помощи от практического психолога (А.Г. Асмолов, Г.А. Балл, И.Д. Бех, С.И. Болтвец, И.С. Булах, Л.Ф. Бурлачук, И.В. Вачков, Т.В. Говорун, И.В. Дубровина, Т.В. Корнилова, П.В. Лушин, С.Д. Максименко, В.О. Моляко, Л.А. Петровская, В.В. Рыбалка, С.Д. Смирнов, О.В. Соловьева, Ю.М. Швалб и др.).

В конце восьмидесятых-начале девяностых годов прошлого века, в период, когда произошло буквально грандиозное «нашествие» в нашу страну психологов-практиков с Запада (до этого времени они были фактически «запрещенными», почти не переводились на русский и украинский языки), всеядные отечественные психологи неистово бросились осваивать на семинарах как «вешать якоря», «эмпатически слушать», «завершать гештальт», «достигать катарсиса», «быть спонтанным», «встречаться с Тенью» и т.п. При этом в отношении «академической» советской психологии начал усиливаться определенный скепсис: «Стоит ли теперь вспоминать о многословных теориях, не имеющих никакого практического выхода? Зачем это нужно?

Сколько можно – Выготский, Леонтьев, Рубинштейн... Практическая психологическая эффективность, быстрый терапевтический результат – вот основные критерии психологии сегодняшнего дня и т.п.». Во всяком случае, некоторым психологам и по сей день кажется, что наша «академическая» психология не идет ни в какое сравнение с яркими и попросту волшебными качествами зарубежного психологического продукта, в частности, с «нейролингвистическим программированием», «гештальт-терапией», «клиент-центрированной терапией», «психоаналитически ориентированной психодрамой» [11]. Как правило, эта категория практических психологов теорию не любит (даже если лукаво утверждает обратное), слушать и читать ее не хочет, а теоретиков рассматривает так же, как писатели критиков.

Цель данной статьи заключается в представлении отдельных результатов практико-ориентированного изучения одного из важнейших вопросов профессиональной деятельности практического психолога – роли методологической позиции специалиста-психолога в решении психо-

логических задач клиента.

Как отмечают специалисты, при решении психологической задачи клиента большое значение имеет профессиональная позиция самого практического психолога (Г.С. Абрамова, Г.А. – Балл, М.П. Боро, И.Д. Бех, Л.Ф. Бурлачук, С.В. – Васьковская, И.В. Вачков, Т.В. Говорун, П.П. – Горностай, С.Д. Дерябо, Л.В. Долинская, И.В. – Дубровина, Т.В. Корнилова, С.Д. Максименко, В.Г. Панок, Л.А. Петровская, В.В. Рыбалка, Т.М. Титаренко, Н.В. Чепелева и др.).

Одной из главных составляющих профессиональной позиции практического психолога является обобщенная теория или содержание научных знаний психолога. Именно обобщенная теория и дает практическому психологу возможность ответить на вопрос, как решать психологические задачи клиента. Поэтому обобщенная теория и отношение к ней является одним из основных показателей работы квалифицированного психолога, которые существенно отличают его профессиональную деятельность от работы неквалифицированного психолога [5] (см. табл. 1).

Таблица 1

Отношение к обобщенной теории как показатель деятельности практического психолога

Отношение к обобщенной теории квалифицированного психолога	Отношение к обобщенной теории неквалифицированного психолога
<i>Обобщенная теория в его работе занимает особое место. На содержание обобщенного научного знания он активно рефлексует, постоянно осваивает новые теории и подходы. На их основе он создает и развивает собственную концепцию психологической помощи. Он может стать приверженцем какой-то одной теории, но постоянно открыт для нового знания, для восприятия альтернативных точек зрения, стремится к системному подходу в своей практической работе.</i>	<i>Привязан к одному подходу, не размышляет об альтернативах, у него всегда оценочное, практическое отношение к любым возможным точкам зрения. Отвергает их, ориентируясь на известный ему подход, который не анализирует как систему, а принимает в качестве аксиоматической посылки. Обобщенная теория не является его личным способом мышления, который он мог бы и хотел бы совершенствовать.</i>
<i>Понимает, что в любой теории есть предмет и способы его описания; если предмет (внутренний мир человека) для всех исследователей один, то способы его описания, анализа, обобщения для всех авторов будут разными. Это он видит в собственной обобщенной теории, поэтому может соотносить ее с другими теориями.</i>	<i>Игнорирует способы мышления авторов различных теорий, не выделяет предмета теории и способа мышления автора. Для него нет проблемы соотношения своей теории и теорий других авторов.</i>
<i>Его позиция основана на профессиональной рефлексии: ПКП = (обобщенная теория; Я – психолог; Я – концепция), где ПКП – позиция квалифицированного психолога, которая определяется его рефлексией на обобщенную теорию, его отношением к своей профессии и рефлексией на содержание Я – концепции.</i>	<i>Его позиция основана на его Я – концепции: ПНП=(Я – психолог; Я – концепция), где ПНП – позиция неквалифицированного психолога, которая определяется его отношением к профессии и содержанием Я – концепции.</i>

При этом под понятием «теория» обычно понимается логическое обобщение опыта, отражающее закономерности развития природы и общества, совокупность научных положений, раз-

рабатываемых в отвлеченно-логическом плане и составляющих основу науки. Часто, почти как синоним «теории», используется понятие «методология». Слово «методология» как будто бы

практикам ближе: корень «метод» невольно вызывает симпатию. Методология буквально и означает науку о методе, но в широком смысле слова – метод познания и преобразования мира. Больше внимания обычно уделяют методу познания, поскольку наука занята, в первую очередь, накоплением и систематизацией знаний о мире, а преобразование этого мира – задача прикладных и практических направлений [11].

Термин «методология» происходит от греческого «*methodos*» (путь познания, исследования) и «*logos*» (понятие, учение), что означает «систему принципов и способов организации, построения теоретической и практической деятельности, а также учение о такой системе» [12, с. 209]. Практический психолог делает выбор и пользуется этой «системой», но для решения не научных задач, а психологических задач конкретного клиента.

Именно отношение практического психолога к обобщенной теории и определяет его исходную методологическую позицию в решении психологических задач клиента.

История психологии как науки показывает, что все конкретные психологические теории связаны с использованием основных научных категорий, отражающих специфику предмета психологии как науки. Эти категории как формы мышления о внутреннем мире человека по мере становления научного психологического знания наполнялись новым содержанием, уточнялись с помощью других категорий и понятий, но по форме оставались теми же. Какую научную категорию практический психолог считает основной, какой он видит связь ее с другими категориями, как осуществляет конкретизацию этих категорий при анализе уникальной ситуации жизни клиента? Ответы на эти вопросы и позволяют практическому психологу увидеть и отразить содержание методологической основы решения психологических задач [13, 14].

При решении психологических задач клиента для практического психолога важно помнить, что он имеет дело с человеком как целостностью (человек предстает перед психологом целостно). Тогда как психолог-исследователь обычно локализует объект своего внимания, интереса, и это отражено, например, в обозначении классических психологических направлений – глубинная психология, когнитивная психология, поведенческий подход и т. п. В результате человек, как единая психологическая реальность, оказывается как бы «поделенным» между раз-

личными психологическими ориентациями, в ведении и компетенции которых находятся разные виды этой реальности: поведение – у бихевиористов, ментальные образования – у когнитивистов, экзистенциальные ценности – у гуманистических психологов и т.п. Соответственно, в каждой из традиций вырабатывается собственный монистический подход к построению программ психологического воздействия, его принципов и технологий. Под монизмом в данном случае понимается и сосредоточение внимания преимущественно на одной сфере психологической реальности, и следование одному исходному принципу [15].

Однако, в ситуации оказания психологической помощи практический психолог сплошь и рядом не может позволить себе ограничиться строгими рамками одного подхода. И дело здесь отнюдь не в методологической беспринципности. Специалист здесь объективно нуждается в задействовании целого комплекса подходов и средств (в силу комплексного многогранного характера самой психологической задачи клиента – будь то отдельный человек, либо организация, группа). Адекватная позиция практического психолога состоит в обращении ко всему накопленному, но достаточно разрозненному потенциалу практических средств. Одно из оснований подобного плюрализма – это отношения не столько взаимоисключения, сколько взаимодополнения, которыми связаны различные практические подходы и методы. И тут, как утверждают опытные специалисты (Ю.М. Жуков, Л.А. Петровская, О.В. Соловьева и др.), следует остерегаться увлечения в пылу работы позицией, согласно которой какой-либо из методов может абстрактно рассматриваться как лучший, единственный (либо всеохватывающий).

В данной ситуации перед практическим психологом встает задача осмысления, преобразования и интеграции заимствованных и, возможно, самостоятельно изобретаемых средств в некую целостность. Эта большая работа может выполняться стихийно, на эмпирическом уровне. Однако, наверное, лучше для дела, если она происходит не только исподволь, но вполне осознанно. Практик становится настоящим профессионалом, если он рефлексивен собственной практике, по крайней мере, прилагает к ее осмыслению специальные усилия [15]. В противном случае психологическая практика будет уподоблена «фельдшеризму» (по словам Л.С. Выготского). Когда деятельность практического психолога строится как набор приемов без со-

отнесения с определенными методологическими представлениями, то это как раз и есть «фельдшеризм», о котором говорил Л.С. Выготский. Сразу представляется медсестра, которая умеет блестяще делать уколы, но в критической ситуации при отсутствии врача и наличии умирающего больного пребывает в полной растерянности, потому что не имеет представления, какое лекарство она должна ввести в шприц. Психолог-практик, который на одном и том же коррекционном занятии бездумно использует поочередно метод свободных ассоциаций, «якорение» и эмпатическое слушание, напоминает такую медсестру, которая наобум вкалывает несчастному больному сначала анальгин, потом клофелин, а затем пурген [11].

Предостережения от подобного рода «фельдшеризма» не утрачивают своей актуальности и в наши дни (Г.С. Абрамова, А.Г. Асмолов, Г.А. Балл, И.Д. Бех, С.И. Болтвец, Л.Ф. Бурлачук, Ф.Е. Василюк, С.В. Васьковская, И.В. Вачков, Т.В. Говорун, П.П. Горностай, С.Д. Дерябко, Л.В. Долинская, И.В. Дубровина, Ю.М. Жуков, Т.В. Корнилова, П.В. Лушин, С.Д. Максименко, Е.Л. Милютин, В.О. Моляко, В.Ф. Моргун, В.Г. Панок, Л.А. Петровская, В.В. Рыбалка, Т.М. Титаренко, Ю.Л. Трофимов, Н.В. Чепелева, Ю.М. Швалб, Т.С. Яценко и др.). Ибо, как отмечают высококвалифицированные специалисты (как теоретики, так и практики), неистребимо желание многих современных практических психологов заполучить в свое распоряжение чудодейственный инструмент – психодиагностические методики, которые способны произвести «рентген души», психокоррекционные приемы, которые позволяют в мгновение ока бесповоротно ликвидировать любой дефект, развивающиеся упражнения, после применения которых стройными рядами пойдут в светлую жизнь личностно выросшие девианты и т.п. [11].

Однако, как показывает практика, без опоры на методологию научной психологии все попытки практического психолога оказать квалифицированную психологическую помощь другому человеку уподоблены «полету без ориентиров» (по словам Р. Кочюнаса) [16]. Такой «летчик» в практической психологии не только не эффективен, но и опасен. Ведь при оказании профессиональной психологической помощи роль карты для практического психолога выполняет именно методология научной психологии, которая открывает широкую перспективу понимания проблем клиента и указывает эффективные методы их решения.

Другое дело, что установление соразмерности, определение границ продуктивного использования того или иного практического метода – вопрос весьма непростой. Это признают не только «новички», но и специалисты с большим опытом профессиональной деятельности, обращая при этом внимание на то, что это вопрос не чисто методический [3-5, 15-17]. Проблема выбора и использования тех или иных практических методов или их сочетания сопрягается:

- с мировоззренческой позицией практического психолога (и в широком смысле слова, когда речь идет о философской ориентации, и в более узком – о специальной, в данном случае психологической, направленности);
- с личным вкусом психолога, опорой на непосредственный собственный опыт специалиста;
- с потенциалом личностных возможностей конкретного специалиста (инструментом оказываются методы, как будто бы сплавленные, сопряженные с его собственной психологической организацией);
- в определенной степени с организационными и материальными ресурсами практического психолога;
- в значительной степени с особенностями личности клиента и его психологической задачи, в том числе степенью ее «решаемости». Поэтому мастерство практического психолога заключается еще и в умении посмотреть даже на «нерешаемую» психологическую задачу клиента в таком свете, чтобы она становилась разрешимой наявными у специалиста средствами (для этого практический психолог должен видеть психологическую задачу клиента одновременно под разными углами зрения);
- преимущественно с уровнем профессиональной квалификации психолога, в том числе, с уровнем его рефлексии на содержание обобщенной теории и отношением к ней, которые определяют исходную, методологическую позицию специалиста в решении психологической задачи клиента.

Выработке, усилению собственной методологической позиции, жизнестворческой способности психолога-практика в решении задач профессиональной деятельности способствуют все функции современной методологии [13, 14, 18, 19, 20] (см. рис.).

Таким образом, результаты практико ориентированного изучения роли методологической позиции специалиста-психолога в решении психологических задач клиента показали, что обоб-

щенная теория и отношение к ней практического психолога являются одними из основных показателей его профессиональной квалификации,

существенно отличающих деятельность квалифицированного и неквалифицированного специалиста.

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ СОВРЕМЕННОЙ МЕТОДОЛОГИИ	
1.	<i>Определяет</i> смысл научной деятельности и ее взаимосвязи с другими видами деятельности, рассматривая, в частности, науку с точки зрения практики, общества, культуры, человека, личности, что создает очень важную философскую проблематику.
2.	<i>Ориентирует, направляет, организует</i> теоретическую и практическую деятельность, опираясь на исходные принципы, подходы, категории, понятия, методы науки.
3.	<i>Стимулирует</i> процесс познания, способствует проблематизации и критическому осмыслению функционирующих в науке идей, воспитанию культуры мышления, расширению кругозора и формированию на этой основе творческой личности специалиста.
4.	<i>Обеспечивает</i> организацию, структурирование научного знания как целого, его интеграцию, систематизирование путем разработки системы общенаучных принципов, подходов, категорий, понятий, методов, технологий.
5.	<i>Выполняет</i> непосредственно эвристическую функцию, которая состоит в возможности использования, переноса при определенных условиях принципов, подходов, категорий, понятий, методов, технологий одной науки в другую.
6.	<i>Играет определенную роль в разработке</i> стратегий развития науки, в оценке перспектив определенного научного направления, теории, школы, течения, в планировании комплексных исследований, в обосновании целевых программ, т.е. выступает в качестве своеобразного «предзнания», предвидения, на основе которого определяется наиболее вероятный путь к получению необходимого научного результата.
7.	<i>Выполняет функцию</i> философской, мировоззренческой интерпретации полученных научно-практических данных.
8.	<i>Важнейшей функцией методологии является</i> определение объекта и предмета научно-практической деятельности.

Рис. Связь современной методологии с задачами профессиональной деятельности практического психолога

Отношение к обобщенной теории определяет исходную методологическую позицию практического психолога в решении психологических задач клиента. Без своевременного осознания роли обобщенного научного знания, активной рефлексии на его содержание в ходе своей работы, выработки собственной исходной методологической позиции практическому психологу чрезвычайно сложно решать профессиональные задачи по оказанию психологической помощи, как

отдельному человеку, так и группе людей.

Выработка практическим психологом собственной методологической позиции расширяет его перспективы в понимании проблем клиента, решении вопросов выбора, использовании тех или иных практических методов и их сочетания, способствует усилению жизнотворческой способности психолога-практика в преодолении острых профессиональных проблем, связанных с решением психологических задач клиента.

О.І. Василькова, В.М. Васильков

РОЛЬ МЕТОДОЛОГІЧНОЇ ПОЗИЦІЇ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА У ВИРШЕННІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАДАЧ КЛІЄНТА

Донецький обласний інститут післядипломної педагогічної освіти

У статті подано окремі результати практико орієнтованого вивчення одного з найважливіших призначень методології наукової психології – посилення життєтворчої здібності практичного психолога з метою подолання гострих професійних проблем, пов'язаних із наданням психологічної допомоги як окремій людині, так і групі осіб.

Показано зв'язок сучасної методології з завданнями професійної діяльності практичного психолога. Обґрунтовується значення узагальненої теорії і відношення до неї практичного психолога як основних показників його професійної кваліфікації, які суттєво відрізняють діяльність кваліфікованого і некваліфікованого спеціаліста. Аргументується небезпека ігнорування, а іноді й відкритого заперечення практичним психологом значення методології у його власній професійній діяльності. Розкривається роль методологічної позиції кваліфікованого психолога у вирішенні ним проблем вибору та використання тих чи інших практичних методів (або їх поєднання) для реалізації психологічних задач клієнта.

Робляться висновки про те, що саме своєчасне усвідомлення ролі узагальненого наукового знання, активна рефлексія на його зміст у ході своєї роботи, відпрацювання власної висхідної методологічної позиції суттєво поширюють перспективи практичного психолога у розумінні проблем клієнта і засобів надання йому необхідної психологічної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 46-51).

ROLE OF METHODOLOGICAL POSITIONS OF PRACTICAL PSYCHOLOGIST IN DECISION OF PSYCHOLOGICAL TASKS OF THE CLIENT

Donetsk regional institute of postgraduate pedagogical education

The article presents some results of the practical oriented study of one of the major destinations of methodology of scientific psychology - strengthening life creative capacity of a practical psychologist in overcoming acute occupational problems associated with granting of psychological aid as to an individual as well as to a group. Relation between the modern methodology with the objectives of professional activity of a practical psychologist is shown. Significance of generalized theory is substantiated and relations of a practical psychologist to it as principal indexes of his professional qualification are demonstrated here that essentially distinguish activity of a qualified and unskilled specialist. Ignorance danger is argued and sometimes even open denial of significance of the methodology in own professional activity from the side of a practical psychologist. There revealed the role of methodological position of a qualified psychologist in dealing with problems of choice and use of certain practical methods (or their combinations) for the implementation of psychological problems of the client made by him.

The conclusions that specifically timely realization of the role of generalized scientific knowledge, activation of reflection on its content in the course of his work, working-out of own initial methodological position essentially enlarge perspectives of practical psychologist in understanding of clients' problem and means of render of psychological aid to him. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 46-51).

Литература

1. Васильков В.М., Василькова О.І. ДноблПППО: реалізація та перспективи діяльності факультету перепідготовки та спеціалізації // Педагогічна скарбниця Донеччини: Науково-методичний журнал. – Донецьк: облІППО, Витоки, 2010. – № 1. – С. 23-26.
2. Василькова О.І. Проблема «кризисного отношения» практического психолога к методологии научной психологии // Методологія сучасних досліджень в політиці, економіці та соціальній сфері: Матеріали Першої міжнародної науково-практичної конференції вчених і практиків. – Донецьк: Норд-Прес, 2011. – С. 356-364.
3. Основы практической психологии: підручник / В.Панок, Т.Титаренко, Н.Чепелева та ін. – К.: Либідь, 1999. – 536 с.
4. Панок В.Г. До питання про методологічні основи практичної психології // Актуальні проблеми психології: Наукові записки Інституту ім. Г.С.Костюка АПН України. – К.: Нора-Друк, 2001. – Вип. 21. – С. 215-225.
5. Абрамова Г.С. Практическая психология. – М.: Издательский центр «Академия», 1997. – 368 с.
6. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеєва Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии: Организационные, психодинамические, гендерные, душепопечительские аспекты / Под ред. проф. М.П.Боро. Донецк: Каштан, 2010. – 360 с.
7. Бех І.Д. Виховання особистості: у 2 кн. Кн. 2: Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади: навчально-методичний посіб. – К.: Либідь, 2003. – 344 с.
8. Бурлачук Л.Ф., Грабовская И.А., Кочерян А.С. Основы психотерапии. – К.: Ника-Центр, 2001. – 320 с.
9. Михайлов Б.В., Боро М.П., Краузе Р. Психодинамическая психотерапия: Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Под ред. проф. М.Б.Михайлова, проф. М.П.Боро. – Донецк: Каштан, 2009. – 460 с.
10. Яценко Т.С. Основы глубинной психокоррекции: феноменология, теория і практика. – К.: Вища школа, 2006. – 382 с.
11. Вачков И.В., Дерябо С.Д. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъектного подхода к групповой работе: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
12. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
13. Максименко С.Д. Генетическая психология (методологическая рефлексия проблем развития в психологии). – М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 2000. – 320 с.
14. Рибалка В.В. Методологічні питання наукової психології (Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-понятійного апарату): навчально-методичний посібник. – К.: Ніка-Центр, 2003. – 204 с.
15. Введение в практическую социальную психологию: учебное пособие / Под ред. Ю.М.Жукова, Л.А.Петровской, О.В.Селовьевой. – М.: Смысл, 1996. – 337 с.
16. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический Проект, 1999. – 240 с.
17. Василькова О.І., Васильков В.М. Концептуальні та прикладні аспекти психолого-педагогічного дослідження: навчально-методичний посібник. – Донецьк: ДІРСП, 2002. – 175 с. (Лист МОН України №14/18.2 – 1365 від 26.06.02).
18. Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. – М.: МГППУ; Смысл, 2003. – 240 с.
19. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. – М.: Наука, 1984. – 448 с.
20. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. – СПб.: Питер, 2006. – 320 с.

Поступила в редакцию 23.06.2011

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8-036.4-08-039.76:316

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова***СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ
РАННИХ СТАДИЙ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ (СООБЩЕНИЕ 3)**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: ранние стадии шизофрении, биопсихосоциальный подход, психосоциальная реабилитация

Основные направления психосоциальной реабилитации на ранних стадиях шизофрении.

Современный стандарт оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствии этапу развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив, этап хронизации), потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [1, 2]. Поэтому особую актуальность приобретают исследования эффективности подобных вмешательств в целевых группах больных.

Одной из таких целевых групп с позиции ресурсных возможностей пациента для достижения оптимальных результатов социального восстановления являются больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания [3 – 6].

Несмотря на исторический пессимизм в отношении прогноза шизофрении, результаты многих исследований говорят о том, что раннее вмешательство на начальных этапах может улучшить результаты антипсихотической терапии, а также долгосрочный прогноз заболевания [7].

Для обеспечения раннего вмешательства были созданы многочисленные продромальные клиники, а также клиники первого психотического эпизода [8 – 12]. Однако является ли начало терапии при первом психотическом эпизоде своевременным или запоздалым реагированием на болезнь? Можно ли считать манифестный приступ шизофрении истинным началом болезни? Всегда ли первая обращаемость за психиатрической помощью соотносится с дебютом заболевания? Ответы на эти вопросы находятся в плоскости концептуальных представлений о динамике шизофренического процесса, в частности, о его начальных (доманифестных) стадиях.

Предлагая различать при шизофрении понятия ранней и поздней реабилитации, Н. Gastager [13] имел в виду дифференциацию методов восстановительного лечения больных, поступающих в больницу и еще сохраняющих естественные социальные связи, и хронических обитателей психиатрических заведений. Однако, с нашей точки зрения, раннюю реабилитацию больных шизофренией не следует связывать с какой-либо конкретной фазой заболевания или первичной госпитализацией. Неправомерно рассматривать ее и просто как начальный этап реабилитации. Суть ранней реабилитации принципиально отличается от целей и задач ее последующих этапов. Она состоит не только в сохранении у больного доболлезненного уровня социальной адаптации, но и в оптимизации приспособительных механизмов, адаптивных ресурсов и реабилитационного потенциала, не выходящей за рамки естественной приспособляемости больного. При хроническом системном заболевании, каковым является шизофрения, своевременное (на инициальном этапе) проведение мероприятий, ослабляющих его прогрессивность, способствующих предотвращению обострений и дезадаптации больного и сохраняющих его социальные связи, становится формой их ранней реабилитации. Воздействие на приспособительные механизмы в этом периоде болезни может оказать решающее влияние на ее последующее течение. В этом смысле ранняя реабилитация смыкается с задачами профилактики шизофрении, как ее понимали В.А. Гиляровский (1931) и Н.П. Татаренко (1956) [цит. по 14].

Т.В. Корнева [15] центральным моментом ранней реабилитации больных малопрогредиентной шизофренией, особенно возникающей в первое двадцатилетие жизни, считает целенаправленное участие в формировании новых лич-

ностных образований, противостоящих шизофреническому диатезу и имеющих мощное профилактическое действие. Это связано с происходящим в этом возрасте интенсивным формированием социальных, иерархически наиболее сложных личностных компонентов, обуславливающих выбор и усвоение системы социального ролевого поведения.

Аналогичную точку зрения высказывают А.С. Дороднова [16] и И.Я. Гурович [17], подчеркивая, что социальные потери и социальное снижение более чем у половины больных шизофренией отмечаются уже в фазе продрома еще до начала первого манифестного приступа и продолжают нарастать в период активного течения процесса. С учетом преимущественно молодого возраста больных с инициальными стадиями заболевания, у них еще не завершается личностное и социальное становление [18], поэтому целью их реабилитации является не только восстановление социальных позиций, но и осуществление личностного и социального развития. Из этого со всей очевидностью вытекает необходимость берегающей-превентивной психосоциальной реабилитации [19], обеспечивающей личностный рост пациентов [20].

Многими исследователями доказано прогностическое значение первых пяти лет заболевания шизофренией, так как именно в данный период происходят наиболее значительные биологические, психологические и социальные изменения, а патологические процессы максимально динамичны [21, 22]. Установлено, что раннее выявление и своевременное медикаментозное и психосоциальное вмешательство способствуют более благоприятному течению заболевания, минимизации негативных социальных последствий для пациента и его окружения [23 – 30], предупреждению первичных общественно-опасных действий, совершаемых чаще всего на инициальных этапах болезни [31].

В.М. Воловик [32] выделяет четыре этапа ранней реабилитации больных шизофренией: 1) этап привлечения к лечению и формирования терапевтических установок (энергичная индивидуальная психокоррекционная работа с больным и его близкими, подбор препаратов, снижение аффективного напряжения, налаживание сна, психологическая подготовка к активному лечению, разрешение кризисных профессиональных ситуаций); 2) этап активной фармакотерапии и регресса (дезактуализации) основных расстройств; 3) этап социальной активации и оптимизации компенсаторно-приспособительных

процессов (со смещением центра тяжести лечебно-восстановительных мероприятий на различные формы групповой психо- и социотерапевтической работы с больным и членами его семьи); 4) этап реадaptации и восстановления трудовой активности (возвращение к профессиональной деятельности или учебе в условиях повседневного контроля и регулирования психического состояния больного).

М.В. Горбунова и др. [33], С.В. Lincoln et al. [34], Р. McGorry [35] к основным направлениям ранней реабилитации больных шизофренией относят медикаментозную терапию, образовательные программы для пациентов и их семей, когнитивный тренинг социальных навыков.

А.С. Bellack et al. [36] рекомендуют раннюю реабилитацию больных шизофренией фокусировать в четырех ключевых сферах: необходимость комплексной и долгосрочной терапии; специально разработанные лечебные программы, учитывающие индивидуальные потребности; активное участие в процессе лечения самого пациента и членов его семьи; возможные ограничения, которые пациент может испытывать как непосредственный результат его болезни. Цель в данном случае заключается в том, чтобы максимально использовать сильные стороны пациента и помочь его восстановлению. Учитывая положительную корреляцию между социальной изоляцией и увеличением частоты рецидивов, важное место отводится тренингу социальных навыков.

Доказано, что для предупреждения рецидивов огромное значение имеют различные виды воздействий на семью. Чаще всего предлагается использовать обучение больного и членов его семьи, улучшение общения, решение проблем «здесь и теперь» и помощь в переработке эмоций внутри семьи [37].

Отмечается, что комбинация тренинга социальных навыков с образованием членов семьи и лекарственной терапией может существенно снизить частоту рецидивов в дальнейшем по сравнению с какой-либо другой комбинацией [38, 39].

Данные большинства последних литературных обзоров в этой области подтверждают, что один из лучших путей снижения показателей болезненности и госпитализации у больных с впервые диагностированной шизофренией – это раннее распознавание рецидива [40, 41]. Поэтому в медицинских учреждениях особую значимость приобретает интеграция лекарственной терапии и методов психосоциальной коррекции,

что должно улучшить качество общения и в случаях необходимости дать возможность использования более активных методов лечения.

На основе гипотезы о принадлежности продромов заболевания к негативной шизофрении, А.Б. Смулевич [42] предложил две модели терапии шизофрении: моноцелевую и двухцелевую. Начало моноцелевой модели приурочено ко времени полного развертывания позитивных расстройств, а ее задачей является купирующая антипсихотическая терапия приступов (включая ППЭ) либо эксацербаций эндогенного заболевания. Двухцелевая модель основывается на представлении о соответствии негативных симптомокомплексов медленному поступательному движению процесса, начиная с продрома. Исходя из такой оценки, терапия не может ограничиваться купированием ППЭ (моноцелевая модель); наряду с этой целью, другой, не менее важной, становится замедление прогрессивности на доманифестном (продромальном) этапе заболевания, клиническая картина которого ограничена стертыми негативными проявлениями.

Необходимо подчеркнуть, что раннее начало лечения не только замедляет прогрессивную динамику негативных расстройств. Как свидетельствуют данные Р. McGorry et al. [43], курсовое лечение, начатое в продромальном периоде, способствует более успешному проведению купирующей терапии, предотвращая или, по крайней мере, «отодвигая» сроки манифестации позитивных расстройств.

В контексте ранней реабилитации больных шизофренией наиболее предпочтительным, практически осуществимым и прогностически благоприятным является период первого психотического эпизода. Именно на этом этапе предоставляется оптимальная возможность не только уменьшения вероятности дальнейшей «шизофренизации» болезненного состояния и стигматизации больного, но и сохранения его социальных связей и улучшения социального функционирования.

Большинство исследователей проблемы первого психотического эпизода при шизофрении посвящено вопросам медикаментозного лечения и профилактике рецидивов [44 – 51]. Такая тактика чаще всего обозначается как раннее вмешательство (интервенция) в психоз [35, 52 – 54], предполагает сугубо биологический (деперсонифицированный) характер организации помощи и как бы исключает проведение психосоциальных реабилитационных мероприятий, апеллирующих к личности заболевшего. Поэтому только

«вмешательства в психоз» крайне недостаточно с точки зрения целей ранней реабилитации больного и его эффективной социальной интеграции после перенесенного первичного психотического эпизода.

Более конструктивную позицию в этом вопросе занимает Н.А. Марута [55]. Она обращает внимание на необходимость своевременного и эффективного лечебно-реабилитационного вмешательства на этапе ППЭ, которое может существенно изменить течение заболевания и его исходы.

Первая госпитализация в психиатрическую больницу при наличии выраженной негативной установки больного предопределяет в дальнейшем активное избегание помощи и дезадаптивные формы поведения больных на протяжении значительного отрезка времени. Особенности терапевтической тактики при впервые диагностированной шизофрении определяют течение заболевания, благополучие психического состояния и социального положения пациента в последующие годы [21, 44, 56, 57]. Раннее выявление и лечение первых приступов шизофрении уменьшает «биологическую токсичность» процесса, позволяет влиять на нейрокогнитивный дефицит, способствует ускорению наступления ремиссии, уменьшению социальных потерь и социальному восстановлению больных [51]. С другой стороны, при неправильной организации и неадекватной терапевтической тактике при манифестном приступе болезни значительно возрастает риск формирования неблагоприятных последствий в сфере социального функционирования больных [58, 59].

Во многих работах показана возможность улучшения клинического и социального прогноза у этой категории больных, в том числе и за счет комплексного подхода с сочетанием медикаментозного и психосоциального лечения [60 – 64].

По данным Л.Г. Мовиной [65], использование программы групповых и индивидуальных психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных в клинике первого психотического эпизода, по данным 2-летнего катамнеза, повышает число ремиссий, улучшает комплаенс, снижает число госпитализаций, положительно влияет на социальные исходы, способствует достижению более высокого уровня социального функционирования и качества жизни, обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими, усиливает чувство поддержки референтной группы, уменьшает

бремя семьи. Наиболее выражено влияние психосоциального вмешательства на комплаентность больных с первым психотическим эпизодом, что опосредованно способствует повышению качества ремиссий, своевременному выявлению признаков обострения и расширяет возможности получения необходимой помощи в наименее ограничительных условиях, предотвращая социальные потери.

J. Cullberg et al. [66] сообщают о более высоком рейтинге по шкале общей оценки функционирования и меньшей продолжительности госпитализаций в основной группе больных через год после включения в программу реабилитации, по сравнению с катамнестической контрольной группой. По данным годового катмнеза проекта OPUS в Дании [63, 67, 68], комплексное лечение способствует более выраженной редукции психотических симптомов и уменьшению чувства безнадежности.

Особого внимания заслуживает исследование R.M.G. Norman et al. [64], установившее взаимосвязь между более высоким уровнем социальной поддержки больных с ППЭ, с одной стороны, и уменьшением выраженности позитивных симптомов и снижением частоты госпитализаций в течение 3-х летнего периода наблюдения, с другой стороны. При этом не было обнаружено влияния на данную корреляцию таких составляющих как пол, возраст, уровень преморбидного приспособления и длительность нелегального психоза.

Для оптимизации реабилитационного вмешательства при ППЭ подчеркивается необходимость уточнения специфических (категориальных) диагностических признаков (критериев) психоза, создание стандартизованных инструментов для определения факторов риска неблагоприятной динамики заболевания, решение этических проблем, создание центров и разработка программ ранней интервенции [69, 70]. В соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с ППЭ [71], с первого дня лечения предусматривается обязательное проведение психообразовательной работы с их семьями, а также когнитивно-поведенческой и иных форм психотерапии с больными с целью осознания ими болезни, сущности терапевтического процесса и восстановления социального функционирования. В качестве критериев качества лечения, помимо степени редукции психопатологической симптоматики, рекомендуется использовать социальный критерий – степень способности к автономному социаль-

ному функционированию.

Помощь таким больным должна оказываться во внебольничных условиях, за исключением случаев явной опасности для пациента и его окружения и невозможности создания надлежащих условий лечения во внебольничных условиях. Во многих странах с этой целью активно создаются специализированные клиники первого психотического эпизода, основной задачей которых является программно-целевое обслуживание больных полипрофессиональной бригадой специалистов. В этих клиниках предпочтительнее отдается полустационарной и амбулаторной формам оказания психиатрической помощи. Они имеют доказанные преимущества в сравнении с традиционной системой психиатрической помощи по числу положительных клинических и социальных результатов [72 – 77]. Из числа отечественных авторов аналогичной точки зрения придерживается Е.В. Гузенко [78]. Им показана целесообразность расширения группы пациентов с ППЭ, которые могут получать помощь в менее стигматизирующих вне стационарных условиях. Преимущества амбулаторной и полустационарной (дневной стационар) форм медицинской помощи заключаются в том, что они способствуют достижению более качественных и длительных ремиссий, уменьшению количества рецидивов, улучшают комплаенс, обеспечивают более регулярное следование поддерживающей терапии, своевременное обращение за помощью при первых признаках обострения, а также способствуют сохранению уровня социального функционирования и уменьшению показателя инвалидизации.

Одной из важных задач ранней реабилитации больных шизофренией является предотвращение рецидива и терапевтической резистентности [79, 80]. В стратегиях, направленных на достижение этих целей, важное место занимает психотерапия, направленная на оптимизацию отношений с микросоциумом, понимание симптомов болезни, тренинг когнитивных и социальных навыков, устранение коморбидных состояний. Целью семейной психотерапии является облегчение чувства утраты и отрицательных переживаний у членов таких семей в процессе ухода за больным на ранней стадии психоза, что способствует формированию «теплого» климата в семье, устраняет враждебность и агрессию [53].

Оценка эффективности психосоциальной реабилитации больных шизофренией

Многочисленными исследованиями за последние десятилетия показана эффективность пси-

хосоциальных вмешательств при различных психических расстройствах. Они оказывают положительное влияние на снижение уровня госпитализаций, выраженность психопатологических нарушений, социальное функционирование, в том числе, и в отношении трудоспособности, возможности независимого проживания.

Существует достаточно много подходов к определению понятия «результат реабилитации». Это могут быть объективные результаты, касающиеся различных сторон жизни (жильё, работа, учёба, социальные контакты), но могут быть и субъективные индивидуальные результаты типа «роста уверенности в себе и чувства идентичности пациента» или оценка эффективности реабилитационных программ [81, 82].

Разработаны стандартизированные инструменты для кросс-национальных исследований психосоциальной помощи больным шизофренией. Показатели выхода из болезненного состояния (показатели повторных обострений, госпитализации, социального функционирования, ролевого поведения и т.п.) оценивают при помощи самых разнообразных инструментов, среди которых наиболее популярны: SCL-90R, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Adjustment Scale II, Global Assessment Scale (GAS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Quality of Life Scale (QLS) и др.

Одним из критериев эффективности медицинской, в том числе психиатрической и психосоциальной, помощи является своевременность её оказания.

Однако клиническая практика свидетельствует о том, что далеко не всегда больные попадают в поле зрения психиатрической службы сразу же после возникновения первого психотического эпизода, и многие из них не получают своевременного лечения. Длительность нелеченного психоза, определяемая как время с момента появления психотической симптоматики до обращения за специализированной помощью и начала адекватной антипсихотической терапии, по оценкам различных исследователей варьирует в широких пределах и составляет от 30 до 130 недель [69, 83 – 90], а по данным R.J. Drake и др. [91] – от 4 до 624 недель.

Продолжительность отсрочки от обращения за психиатрической помощью зависит от уровня преморбидного функционирования, степени социальной интеграции, личностных характеристик пациентов, а также образовательного, профессионального, экономического статуса и культуральных особенностей пациентов и их бли-

жайшего окружения [57, 91 – 96].

Немаловажное значение имеют низкая осведомленность общества о психических заболеваниях, определенные предубеждения, и, как следствие, высокая степень стигматизации, малая доступность психиатрической помощи, недостаточная подготовленность врачей первичного звена в области психиатрии и, особенно, в области ранней диагностики психических расстройств [89, 97].

R.J. Wyatt et al. [51], проанализировав более 60 литературных источников, определили не только худший прогноз при длительном периоде нелеченного психоза, но и пришли к выводу о его «биологической токсичности». Нейротоксический эффект длительно нелеченного первого психотического эпизода негативно отражается на когнитивном функционировании [94], которое является важным предиктором социального функционирования [98] и степени выздоровления после лечения [99].

По данным мета-анализа были обнаружены корреляции между большей длительностью нелеченного психоза и выраженностью нейрокогнитивного дефицита [100 – 103]. E.C. Joyce et al. [103] приводят данные об ухудшении функции префронтальной коры ещё до манифестации психоза и тем значительнее, чем больше период нелеченного психоза. Однако другие исследователи [104, 105] подвергают сомнению концепцию нейротоксичности начальных этапов шизофрении и считают недоказанной связь между показателем «длительность нелеченного психоза» и нейрокогнитивным дефицитом.

Важное значение имеет оценка влияния длительности нелеченного психоза на долгосрочный прогноз, эффективность лечения, качество и сроки ремиссии, частоту последующих обострений. Более длительный период продромальных признаков и психической симптоматики до начала лечения служит прогностическим признаком более низкого качества ремиссии, а большая длительность психотической симптоматики до начала лечения имеет связь с увеличением времени, необходимого для достижения ремиссии [90, 106]. Имеются данные о том, что пациенты с многочисленными приступами шизофрении в прошлом имели более раннее начало заболевания и большую длительность нелеченного психоза [107]. Другими исследователями была установлена втрое более высокая частота повторных обострений в двухлетнем катамнезе у больных с отсроченностью лечения первого психотического эпизода свыше одного года [97, 108].

При этом длительность нелеченного психотического состояния оказалась наиболее сильным предиктором повторных обострений, независимо от факта последующего применения поддерживающей терапии [109].

Было также показано, что длительность нелеченного психоза прямо коррелирует со степенью редукции психопатологической симптоматики под влиянием антипсихотической терапии [110]. Даже короткая отсрочка вмешательства (менее 7 дней) ухудшает функциональные исходы [111]. Это положение справедливо не только для медикаментозной, но и для психосоциальной терапии. Показано, что при средней длительности нелеченного психоза от 1 до 6 месяцев более благоприятные исходы наблюдались у пациентов, получавших помощь в соответствии с фазоспецифической моделью её оказания, в отличие от тех, кто получал традиционную помощь [112]. По данным L. de Naan et al. [113], отсрочка в психосоциальной терапии явилась более важным предиктором тяжести дефицитных симптомов в исходе по сравнению с запоздалой антипсихотической терапией.

Особую ценность представляют катамнестические исследования, изучавшие влияние длительности нелеченного психоза на долгосрочные исходы заболевания. В большей части работ, охватывающих многолетний (до 20 лет) катамнестический период, была выявлена связь более длительного периода нелеченного первого психотического эпизода с более низким социальным функционированием больных [114].

Помимо показателя «длительность нелеченного психоза», в литературе также используется показатель «длительность нелеченного заболевания», который охватывает все время психоза, включая продромальный период [115]. Так, по данным различных авторов, средняя длительность нелеченного заболевания составляет приблизительно 12 месяцев, а среднее время от начала возникновения продромальных симптомов до обращения – 36 месяцев [86, 89, 90]. Следует также иметь в виду, что длительность продромального периода шизофрении колеблется в широких пределах – от 0,2 года до 35 лет; средние значения – 2-5 лет [86, 116, 117].

Причинами длительного существования нелеченного заболевания чаще всего являются монотонный и малопрогрессирующий характер дефицитной симптоматики, ее медленное «вызревание», которое не привносит существенных изменений ни в поведение больных, ни в их социальное функционирование, а также от-

сутствие четких клинических и нормативно-правовых критериев диагностики шизофрении на доманифестном этапе.

В целом, пролонгация начала лечения больных с инициальными формами шизофрении, независимо от ее продолжительности, ассоциируется с неблагоприятными последствиями как для клинико-динамических и функциональных характеристик, так и в отношении социального прогноза и качества их жизни. Длительные сроки необращаемости за психиатрической помощью и терапевтического невмешательства при наличии психических расстройств сопровождаются значительным ухудшением терапевтической перспективы, социальными и экономическими потерями. Из этого следует необходимость принятия мер, направленных на активное выявление больных с ранними проявлениями психических расстройств и своевременное оказание им медикаментозной и психосоциальной помощи.

Большое количество исследований подтверждает эффективность психосоциальных подходов, основанных на обучении. Речь идет о когнитивно-поведенческой терапии, тренинге социальных навыков (ТСН). Последний признан валидизированным психосоциальным подходом к лечению шизофрении [118 – 121]. Американской психиатрической ассоциацией рекомендовано использование этих методов, а тренинг социальных навыков включен во все практические руководства по лечению шизофрении. Тренинг социальных навыков определяется как система скоординированных общественных, психотерапевтических, воспитательных и медицинских тренинговых занятий, которые дают пациентам с хроническими психическими расстройствами возможность достаточно самостоятельного существования и общественной интеграции [122, 123]. Одной из важнейших реабилитационных задач, которую решает ТСН, является преодоление социальной изоляции больного и включение его в более широкую социальную сеть.

R.K. Heinseen et al. [119], опираясь на обширный обзор эмпирических исследований по тренингу навыков, показывают широкую клиническую эффективность данного метода, возможность оценки активных ингредиентов когнитивно-поведенческой терапии, а также лучшее понимание интеракций данного подхода с конкурирующими психосоциальными и психофармакологическими методами.

R.P. Liberman et al. [124] считают, что эффективность использования тренинга социальных

навыков находится в прямой зависимости от строгого соблюдения принципа индивидуального подхода. Так, пациентам, способным усваивать стратегии решения проблем, касающихся социального поведения, они рекомендуют тренинг, ориентированный на оптимизацию процесса переработки информации. В соответствии с этапами переработки информации в тренинге выделяются 3 стадии: 1) обработка способов приема информации; 2) выбор ответной реакции; 3) выбор подходящей формы ответа. На всех стадиях терапевт стимулирует наводящими вопросами анализ проблемной ситуации и дает пациенту постоянную обратную связь, поощряя любое правильное действие.

Обобщая результаты более 50 исследований, описанных в соответствующих обзорах [124 – 126], можно сделать вывод, что, во-первых, социальный тренинг является эффективным средством оптимизации социального поведения у психотических больных и, во-вторых, в результате тренинга редуцируются клинические симптомы и уменьшается вероятность эксацербации заболевания. В то же время, тренинг социальных навыков улучшает социальные навыки, но не имеет большого влияния на превенцию обострений, психопатологию и статус занятости [127].

Нарушения социального функционирования у больных шизофренией тесно связаны с когнитивными дисфункциями. Из этого логически вытекает идея совмещения тренинга когнитивных функций и социальных навыков. Первыми ее осуществили швейцарские исследователи. Они разработали многоступенчатую программу IPT (Integratives Psychologisches Therapieprogramm) – интегративную психологическую терапевтическую программу [128], объединяющую тренинг когнитивных функций и социальных навыков. Программа включает пять ступеней: 1) когнитивная дифференциация; 2) социальное восприятие; 3) вербальная коммуникация; 4) социальные навыки; 5) решение межличностных проблем.

Апробация программы тренинга когнитивных функций и социальных навыков у больных с первым психотическим эпизодом шизофрении, разработанной А.Б. Холмогоровой и др. [129], показала положительную динамику коммуникативной направленности мышления (у больных возростала ориентация на другого человека, уменьшалось число латентных признаков, повышалась самооценка своей способности к общению, улучшалось распознавание эмоций другого человека); возрастание активности и улучше-

ние произвольной регуляции когнитивных функций (пациенты активнее использовали различные стратегии запоминания, показатели памяти улучшились примерно у половины из них, более чем у половины больных повысилась скорость работы в заданиях на внимание, более половины больных отметили снижение истощаемости в процессе интеллектуальной деятельности); улучшение эмоционального состояния (уменьшилась выраженность симптомов депрессии и тревоги) и повышение уровня социальной поддержки.

Об эффективности когнитивно-поведенческой терапии существуют противоречивые данные, однако в большинстве рандомизированных исследований получены данные о редуцировании позитивных и негативных симптомов и улучшении социального функционирования больных шизофренией [130, 131].

Одним из важнейших направлений психосоциального лечения больных с различными психическими заболеваниями является психообразовательная работа с их семьями и ближайшими родственниками [132 - 137].

Психообразование (ПО) в широком смысле определяется как обучение психически больных и их родственников всему, что может быть полезным с точки зрения терапии и реабилитации [138]. Целью психообразования является вовлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения. Эта цель конкретизируется в виде профилактики рецидивов, повышения комплайенса или достижения максимально возможной степени независимости пациента от психиатрических служб.

Анализ результатов клинического изучения эффективности ПО у больных шизофренией, проведенный на основе рандомизированных исследований [139 – 143], показал, что этот метод, в сравнении со стандартной медикаментозной терапией, значительно повышает комплайенс, уменьшает число рецидивов (в среднем на 40%, то есть почти в два раза, при 9 – 18 месяцах катамнеза) и госпитализаций (в среднем на 15%). Есть также данные о том, что под влиянием ПО уменьшается выраженность негативных симптомов шизофрении [144, 145].

Одной из ключевых целей семейной формы ПО является снижение эмоциональной экспрессивности у родственников больных. Было показано, что риск рецидива заболевания после успешного лечения первого эпизода шизофрении положительно связан с уровнем эмоциональной экспрессивности семьи пациента [146]. У зна-

чительной части семей участие в программе ПО приводит к снижению уровня эмоциональной экспрессивности [147, 140], и это снижение является важным опосредующим фактором уменьшения частоты рецидивов и госпитализаций больных [38, 39, 129].

Р. McGorry [148] была выдвинута гипотеза о том, что эффективность ПО тем выше, чем раньше после возникновения заболевания данное вмешательство подключается. Было показано, что позднее (запоздалое) начало психосоциальных мероприятий ухудшает последующую негативную симптоматику пациентов независимо от времени начала фармакотерапии [113].

Важное место в системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией занимает терапевтическое семейное вмешательство.

Изучение с позиций мета-анализа вмешательства на уровне семьи показывает необходимость всесторонних «лечебных пакетов», в которых эти вмешательства являлись бы одним из основных компонентов [149]. F.M. Pharoah et al. [150] поставили цель оценить эффекты семейных психосоциальных вмешательств, проводимых в условиях сообщества, в сравнении со стандартной помощью. Отбирались только рандомизированные и квази-рандомизированные исследования, в которых вмешательства включали не менее пяти сессий. Оказалось, что семейные вмешательства значимо снижают показатель повторных обострений и госпитализаций в течение 1 года, улучшают комплаенс, снижают общее социальное неблагополучие и уровень эмоциональной экспрессивности в семьях больных.

Некоторые исследователи, изучавшие семейные вмешательства, ориентируются на две основные концепции. Одна из них связана с представлениями об отрицательном влиянии «чрезмерной эмоциональной экспрессивности» в семье на поведение больного и частоту повторных обострений заболевания [151, 152]. Вторая – учитывает «бремя семьи» или нагрузку на семью, ухаживающую за психически больным родственником [153].

Важнейшим критерием эффективности методов семейной терапии является снижение уровня выражаемых эмоций. В исследованиях по изучению семей с высоким уровнем эмоциональной экспрессивности больные, у которых рецидивы заболевания не развивались, чаще жили в семьях, в которых за период лечения уровень выражаемых эмоций снизился [154, 38, 39]. Отмечено, что семейная терапия и настойчивое лечение в сообществе (assertive community

treatment) имеют яркий эффект влияния на превенцию повторных психотических обострений и регоспитализаций [127].

Терапевтическое семейное вмешательство в основном использует поведенческую и психообразовательную техники. Первое исследование эффективности семейной формы ПО было опубликовано М. Goldstein et al. [155]. Авторы обследовали 104 больных в острой фазе заболевания. Курс занятий с родственниками больных состоял всего из шести сеансов. Контрольная группа получала стандартную медикаментозную терапию без каких бы то ни было психосоциальных включений. В течение полугода после занятий по программе ПО у пациентов было зарегистрировано достоверно меньше ($p < 0,05$) рецидивов в сравнении с пациентами группы контроля.

J. Fallon et al. [154] провели значительно более интенсивный курс терапии, включавший почти ежедневные сеансы в течение 3 месяцев, а также дополнительные, более редкие сеансы в ходе последующих 6 месяцев. Эта работа стала своего рода стандартом, на который ориентировались последующие исследователи [156, 157]. L. Dixon и A. Lehman [158] выделили 467 работ по семейной терапии больных шизофренией, большинство из которых относятся к сфере ПО. Программы этих вмешательств чрезвычайно многообразны, они варьируют от шести дней [159] до двух лет [38, 39]. Разброс содержания программ так же широк как и их длительность и интенсивность. Это и прямое обучение, и формирование навыков общения, и выработка копинг-стратегий против стресса, тренинг решения проблем, обучение целенаправленному поведению (включая способность к самостоятельной постановке цели) и выработка положительного отношения к лечению.

В ряде исследований [160, 140, 153, 161, 162] показана эффективность семейной терапии в отношении уровня обострений и регоспитализаций (их количество, например, уменьшается более чем в 2,5 раза по сравнению с обычным обслуживанием). Отмечен благоприятный эффект долгосрочного вмешательства (более 9 месяцев), причем этот эффект сохраняется до 2 лет и дольше. Обращается внимание на то обстоятельство, что семейная терапия оказывается эффективной в тех случаях, когда уровень обострений высокий; напротив, когда уровень обострений низкий, например, за счет полноценной программы лечения, эффект вмешательства может не выявляться [127]. Есть данные, указывающие

на то, что эффективность семейной терапии проявляется независимо от применяемой техники. Так, относительно простой психообразовательный подход оказывает значительное влияние на эффективность терапии. Как результат этого вмешательства отмечается также уменьшение семейного бремени, использование знаний о психическом заболевании, овладение новыми копинг-стратегиями.

Наконец, имеются исследования стоимостной эффективности метода. Отмечено значительное сокращение затрат на каждого больного [163]. Есть данные в пользу того, что многосемейные модели вмешательства могут быть даже более эффективными, чем вмешательство, проводимое одной отдельно взятой семьей в плане снижения уровня повторных обострений и предоставления возможности расширения социальной сети [144]. Тем не менее, многие исследователи обращают внимание на то, что семейная терапия еще не стала стандартом обслуживания в сообществе [127, 37, 164].

Важным аспектом при оценке эффективности психосоциальных подходов является их длительность (общее количество занятий или сессий), которая позитивно коррелирует с терапевтическим успехом. Так, G. Pitschel-Wolz et al. [165], изучив 25 метааналитических интервенционных исследований касательно эффекта включения родственников в стандартное лечение шизофрении, показали, что только продолжающиеся свыше 3-х месяцев программы совместного вмешательства показывают ощутимый результат, что может свидетельствовать о том, что микро-результаты отдельных сессий аккумулируются, приводя к макро-результатам.

J.S. Brekke и J.D. Long [166] в течение трех лет наблюдали 172 пациента в условиях различных моделей помощи, основанной на сообществе. Данные были проанализированы с использованием иерархического линейного моделирования и факторного анализа. Установлено, что лучшие результаты для пациентов с шизофренией (клинические улучшения и улучшения в плане субъективного опыта пациентов) связаны с интенсивностью, специфичностью и длительностью психосоциальных мер, основанных на сообществе. Они приводят к более выраженному улучшению исходов у больных шизофренией (социальные, трудовые исходы, сокращение госпитализаций, независимое проживание). Так, большое количество часов психосоциального лечения в неделю сопровождалось более высоким уровнем улучшения клинических показате-

лей и показателей социального функционирования. Для улучшения результатов важно, чтобы психосоциальное вмешательство было специфическим, то есть нацеленным на определенные области социального функционирования.

В связи с повышением роли пациента в решении проблем, относящихся к его здоровью, наиболее важным представляется оценка показателей субъективного опыта (уровня самооценки и удовлетворенности жизнью) как критериев эффективности психосоциальной реабилитации. А.М. Абдраязкова и др. [167] в качестве критериев оценки эффективности психосоциальной реабилитации у больных шизофренией использовали методы, направленные на измерение их психологического благополучия, самореализации и качества жизни.

В результате эффективного психосоциального вмешательства у пациентов повышается самооценка и удовлетворенность жизнью [168]. Однако некоторые авторы [169, 166] пришли к выводу, что изменения показателей субъективного опыта больше связаны с динамикой клинических показателей, чем с показателями социального функционирования.

Исходя из биопсихосоциальной парадигмы психических расстройств, психосоциальное лечение не может осуществляться автономно, в отрыве от медикаментозного лечения. Предиктором максимально возможной эффективности лечения является интегративная модель оказания психиатрической помощи, дифференцированная в зависимости от стадии заболевания и индивидуальных особенностей пациента.

Во многих работах говорится о недопустимости фрагментирования, искусственного разделения лечебных модальностей, психосоциальных и биологических подходов в психиатрии [170]. Это косвенно подтверждается таким фактом, что показатели качества жизни при шизофрении имеют более сильные связи с психосоциальными факторами, нежели с факторами, связанными с болезнью [171].

R.E. Drake и K.T. Mueser [172] противопоставляют традиционные сепаратные службы интегративным лечебным программам. J.R. McQuaid et al. [173] разработали новый интегративный подход, комбинирующий когнитивно-поведенческую терапию с тренингом социальных навыков, и ориентированный преимущественно на пожилых пациентов.

Лечение шизофрении требует множества специфических вмешательств. В настоящее время в психиатрической практике все более домини-

руют интегративные подходы, использующие биологические и психосоциальные вмешательства. Именно они определяют современный стандарт помощи больным шизофренией [174]. За счет этого достигается существенное снижение показателей повторных обострений, минимизируется социальная и профессиональная несостоятельность больного, что позволяет максимально приспособить его к проживанию в открытом обществе.

Комплексное использование психофармакологических и психо-социальных методов при лечении больных шизофренией обусловлено, главным образом, двумя моментами [175]: необходимость длительного приёма медикаментов требует высокого уровня сотрудничества больного с врачом, выполнения терапевтических рекомендаций (комплаенс); решение вопросов социально-психологического порядка связано с необходимостью реабилитации и ресоциализации больного. Психосоциальное и фармакологическое лечение потенцируют эффект друг друга [173]: лекарственное лечение влияет на симптомы, тогда как психосоциальное – на социальные переменные и, прежде всего, на социальное функционирование. Однако для достижения оптимального терапевтического результата не менее важно взаимодействие и взаимное потенцирование и в рамках самих методов психосоциального вмешательства.

Современные интегративные психосоциальные программы успешно используют опыт различных классических подходов. Так, в модели Н. Kanas [176] из образовательного подхода в программу входят обучение совладанию с психическими симптомами с большим вниманием к психосоциальным, а не медицинским методам, обеспечение безопасности группы за счёт большей структурированности. Из психодинамического – открытые дискуссии, инициаторами которых становятся сами пациенты, возможность обсуждения конфликтов и проблем, лежащих в основе неадекватного поведения. Из интерперсонального – внимание к групповому взаимодействию. Такая технология способна помочь пациентам с тяжёлыми психическими заболеваниями справиться с психотическими симптомами, улучшить тестирование реальности, научиться противостоять стрессам, улучшить межличностное взаимодействие, справиться с изоляцией [177].

Негативные симптомы устойчивы к когнитивному тренингу, так как связаны с плохим социальным функционированием и качеством жизни пациентов. Модификация нестандартно-

го социального когнитивно-бихевиорального тренинга и дополнение его взаимодействием пациентов в группе помогает активировать пациентов, усилить их мотивацию и связи между членами группы, оказывая тем самым влияние на устойчивые к традиционной когнитивной терапии негативные симптомы [178].

М. Herz et al. [179] сочетали психообразование (в форме крупноформатных семинаров с последующими семейными группами) с активным мониторингом продромальных симптомов обострения, интенсивной психосоциальной терапией в случае появления таких продромальных состояний, а также поддерживающую терапию с обучением социальным навыкам. Комбинированная программа, проводившаяся в течение 6 месяцев, привела к двукратному снижению числа рецидивов (с 34% до 17%) и госпитализаций (с 39% до 22%). Кроме того, в экспериментальной группе удалось снизить дозу медикаментов с 665мг аминазин-эквивалента в день до 425мг, тогда как в контрольной группе доза оставалась неизменной.

С. North et al. [180] сообщили о работе по программе психообразования, сопровождавшейся эмоциональной поддержкой, но без элементов формальной психотерапии. Основной проблемой пациентов была выраженность негативных симптомов. Двухлетний катамнестический период показал, что количество дней госпитализации уменьшилось с 84 в год до прохождения курса до 76 в год после его окончания.

Отмечен положительный результат когнитивно-поведенческой терапии, проводившейся в индивидуальном формате и включавшей следующие компоненты: вовлечение больных в совместную работу; мероприятия, направленные на нормализацию их самооценки; развитие навыков совладания со стрессом; работа, способствующая пониманию пациентами своих психотических переживаний; развитие навыков самоконтроля мышления; развитие умения работать с собственным настроением и с негативным образом Я. Сочетание этих техник способствовало снижению выраженности психотической симптоматики [181, 182], а также уменьшению числа рецидивов и регоспитализаций [183].

А. Zygmont et al. [184] пришли к выводу, что психообразование в чистом виде недостаточно эффективно. Успех достигается только в тех случаях, когда этот метод сочетается с поведенческой терапией, различными тренингами (тренинг принятия решений, развития навыков преодоления кризисных ситуаций, тренинг социальных

навыков, тренинг социальной компетентности) или интенсивной семейной терапией. Обширное исследование, охватившее 547 больных, участвовавших в «интегративной» психосоциальной программе, состоявшей из групповой формы психообразования, тренинга социальных навыков и навыков решения проблем с помощью ролевых игр, элементов психодрамы и когнитивной терапии, показало существенные различия между экспериментальной и контрольной группами по таким показателям как позитивные симптомы, общий уровень когнитивного и аффективного функционирования больных, и, в особенности, негативные симптомы (эмоциональное уплощение, алогия, апатия, ангедония и расстройства внимания).

Особую роль интегративные программы психосоциального вмешательства играют при тяжелых психических расстройствах, специфика которых делает затруднительным достижение лечебно-реабилитационных целей в рамках лишь одного подхода. Такие программы обозначаются как движение от более структурированных форм к менее структурированным, от информационных, когнитивных задач к большему вниманию к чувствам, переживаниям и взаимодействию [185]. Это отражает тенденцию к комплексности психотерапевтических подходов с нарастанием психодинамически-ориентированных методов. При этом психосоциальное реабилитационное направление понимается не просто как дополняющее медикаментозную терапию, но и как оказывающее влияние на общую эффективность лечения. Оценивая в целом эффективность комбинированных психосоциаль-

ных вмешательств, можно отметить существенное противоречие между большим числом реабилитационных программ, комбинирующих разные когнитивные и поведенческие техники [186 – 188], и недостаточным количеством высококачественных контролируемых исследований, на основании которых можно делать уверенные выводы о действенности таких программ и адекватности их сочетанного использования.

Обобщая приведенные данные, следует отметить, что стратегии психосоциальной реабилитации и подходы к оценке ее эффективности должны базироваться не на устранении симптомов заболевания, а на необходимости улучшения функционирования пациента. Соответственно формируются и цели психосоциального лечения, учитывающие социальный (социально-психологический) контекст пациента (улучшение социальной компетентности, жизнедеятельности и т.п.), в отличие от целей медикаментозного лечения, ориентирующихся на нормализацию его клинического состояния.

Таким образом, анализ литературных источников подтверждает актуальность внедрения биопсихосоциальной модели ранней реабилитации, что в значительной степени гуманизирует процесс оказания психиатрической помощи, повышает ее качество и создает основу для ее существенной реорганизации путем создания современных центров ранней реабилитации, направленных на преодоление функциональной недостаточности пациентов, превенцию их стигматизации, интеграцию их в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения и расширение их реальных полномочий.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РАННІХ СТАДІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ (ЧАСТИНА 3)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У третій частині наукового огляду проведено аналіз літератури щодо основних напрямків психосоціальної реабілітації на ранніх стадіях шизофренії та оцінки ефективності психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. Доведено актуальність впровадження біопсихосоціальної моделі ранньої реабілітації для підвищення якості надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 52-66).

THE MODERN THEORETIC-METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF THE SCHIZOPHRENIA EARLY STAGES AND PATIENT'S PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (PART 3)

Donetsk National medical university named after M.Gorkiy

In the third part of the scientific review the analysis of main directions of the psychosocial rehabilitation in the early stages of schizophrenia and evaluating the effectiveness of psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients are presented. The relevance of the early rehabilitation biopsychosocial model implementing for improvement of the psychiatric care quality to patients with schizophrenia has been proved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 52-66).

Литература

- Harrigan S. M. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? / S. M. Harrigan, P. D. McGorry, H. Krstev // *Psychol. Med.* " 2003. " Vol. 33, № 1. " P. 97-110.
- Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
- Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении) : метод. рек. / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Е. Б. Любов [и др.]. — М., 2003. — 23 с.
- Cullberg J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // *Schizophr. Res.* " 2000. " Vol. 7, № 1. - P. 21-22.
- Thompson K. N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K. N. Thompson, P. D. McGorry, S. M. Harrigan // *Schizophr. Res.* " 2003. " Vol. 62, № 1-2. " P. 31-36.
- Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms / P. D. McGorry, A. R. Yung, L. J. Phillips [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 59, № 10. — P. 921-928.
- Lieberman R.P. Rehab Rounds: Drug and Psychosocial Curricula for Psychiatric Residents for Treatment of Schizophrenia: Part II / R.P. Lieberman // *Psychiatr. Serv.* — 2005. - Vol. 56, N 1. — P. 28-30.
- Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study / S. Friis, P. Vaglum, U. Haahr [et al.] // *Br. J. Psychiatry Suppl.* " 2005. " № 48. " P. S29-32.
- Early detection strategies for untreated first-episode psychosis / J. O. Johannessen, T. H. McGlashan, T. K. Larsen [et al.] // *Schizophr. Res.* " 2001. " Vol. 51, № 1. " P. 39-46.
- Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders / D. Linszen, P. Dingemans, J. W. Van der Does [et al.] // *Psychol. Med.* " 1996. " Vol. 26, № 2. " P. 333-342.
- Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment / A. K. Malla, R. M. Norman, R. Manchanda [et al.] // *Psychiatr. Serv.* " 2002. " Vol. 53, № 4. " P. 458-463.
- The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 1996. — Vol. 22, № 2. — P. 305-326.
- Gastager H. Die rehabilitation des schizophreneren / H. Gastager. " Bern-Stuttgart, 1965. " 276 p.
- Руководство по психиатрии / под. ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — 783 с.
- Корнева Т.В. О некоторых вопросах социально-психологических исследований в клинике малопрогредиентной шизофрении / Т.В. Корнева // Ранняя реабилитация психически больных. — Л., 1984. — С. 33 — 39.
- Дороднова А. С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами : автореф. дис. на соиск ученой степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия». — М., 2006. — 23 с.
- Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
- Оудсхорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / Д. Н. Оудсхорн ; пер. с нидерланд. — М., 1993. — 319 с.
- Гурович И. Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. — 2007. — № 1. — С. 5-9.
- Anthony W. A. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base / W. A. Anthony, R. P. Liberman // *Schizophr. Bull.* — 1986. — Vol. 12, № 4. — P. 542-559.
- McGlashan T. H. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale / T. H. McGlashan, J. O. Johannessen // *Schizophr. Bull.* " 1996. — Vol. 22, № 2. — P. 201-222.
- Jablensky A. The epidemiology of schizophrenia / A. Jablensky // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* " 2006. — Vol. 40, № 5. — P. 503.
- Приб Г. А. Анализ соціальної фрустрації при реабілітації психічно хворих / Г. А. Приб // *Арх. психіатрії.* — 2007. — № 4. — С. 32–38.
- Bachrach L. L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia - what are the boundaries? / L. L. Bachrach // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2000. — Vol. 407, Suppl. — P. 6 - 10.
- О международном опыте социальной реинтеграции пациентов с хроническими психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Рыполова [и др.] // *Міжнар. психіатр. психотерапевт. та психоаналіт. журнал.* — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 8–14.
- Бурковский Г. В. Личностный смысл госпитализации и терапевтической активности психически больных в условиях реабилитационного отделения / Г. В. Бурковский // *Журн. невропатологии и психиатрии.* — 1990. — № 11. — С. 107-110.
- Гурович И. Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // *Социал. и клинич. психиатрия.* — 2001. — № 3. — С. 5-13.
- Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович // *Социал. и клинич. психиатрия.* — 2004. — Т. 14, № 1. — С. 81-86.
- Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomized trial. UK 700 Group / T. Burns, F. Creed, T. Fahy [et al.] // *Lancet.* — 1999. — Vol. 353, № 9171. — P. 2185-2189.
- Denton W. H. Issues for DSM-V: Relational Diagnosis: An Essential Component of Biopsychosocial Assessment / W. H. Denton // *Am. J. Psychiatry.* — 2007. — Vol. 164, № 8. — P. 1146 — 1147.
- Шумаков В. М. Первичная профилактика опасных действий психически больных на основе реабилитационных мероприятий / В. М. Шумаков // *Ранняя реабилитация психически больных.* — Л., 1984. — С. 26-33.
- Воловик В. М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией / В. М. Воловик, А. П. Кошобинский, Н. С. Шейнина // *Ранняя реабилитация психически больных.* — Л., 1984. — С. 39-46.
- Горбунова М. В. Применение программы тренинга когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией в отделении первого психотического эпизода / М. В. Горбунова, В. Г. Бузда // *Материалы XIV съезда психиатров России.* — М., 2005. — С. 48.
- Lincoln C. V. Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis / C. V. Lincoln, P. McGorry // *Psychiatr. Services.* — 1995. — Vol. 46, № 11. — P. 1166-1171.
- McGorry P. Early psychosis: detection and intervention / McGorry P. // *Treatment in psychiatry: an update : book of abstracts of international congress of WPA.* — Florence, 2004. — P. 1.
- Bellack A. S. Psychosocial treatment for schizophrenia / A. S. Bellack, K. T. Mueser // *Schizophr. Bull.* — 1993. " Vol. 19, № 2. — P. 317-336.
- Family interventions in schizophrenia: an analysis of non-adherence / I. Montero, A. P. Asencio, I. Ruiz, I. Hernández // *Acta Psychiatr. Scand.* " 1999. " Vol. 100, № 2. " P. 136-141.
- Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group / G. E. Hogarty, C. M. Anderson, D. J. Reiss [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* " 1991. " Vol. 48, № 4. " P. 340-347.
- Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion / G. E. Hogarty, C. M. Anderson, D. J. Reiss [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1986. " Vol. 43, № 7. — P. 633-642.
- Carpenter W. T. Maintenance therapy of persons with schizophrenia / W. T. Carpenter, W. T. Jr. Carpenter // *J. Clin. Psychiatry.* — 1996. " Vol. 57, Suppl. 9. — P. 10-18.

41. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia / M. Birchwood, P. McGorry, H. Jackson // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170, № 4. – P. 2-5.
42. Смулевич А. Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 3-7.
43. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos [et al.] // Schizophr. Bull. – 1996. – Vol. 22, № 2. – P. 305-326.
44. Birchwood M. Early intervention in schizophrenia / M. Birchwood, P. McGorry, H. Jackson // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 170, № 4. – P. 2-5.
45. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування) : метод. рек. / Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України, Укр. центр наук.-мед. інформації і патентно-ліцензійної роботи ; уклад. : Н. О. Марута, А. М. Бачериков. – Х., 2001. – 20 с.
46. Пишель В. Я. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным с первым психотическим эпизодом / В. Я. Пишель, М. Ю. Польвяная, К. В. Гузенко // Тавр. журн. психиатрии. – 2007. – № 3. – С. 81-85.
47. Первый психотический эпизод: особенности терапии оланзапином / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуцлер, М. В. Магомедова [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 62-67.
48. Remington G. Pharmacotherapy of first episode schizophrenia / G. Remington, S. Kapur, R. B. Zipursky // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172, Suppl. 33. – P. 66-70.
49. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia. A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment / T. J. Crow, J. E. MacMillan, A. L. Johnson [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1986. – Vol. 148, № 5. – P. 120-127.
50. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistical models to predict psychiatric service utilisation / G. Thornicroft // Br. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 158, № 4. – P. 475-484.
51. Wyatt R. J. First-episode schizophrenia / R. J. Wyatt, L. M. Damiani, I. D. Renter // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172, Suppl. 33. – P. 77-83.
52. Юрьева Л. Н. Концепция ранней интервенции в психоз / Л. Н. Юрьева // Арх. психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 2 (37). – С. 13-16.
53. Todd P. Early intervention in psychosis / P. Todd, C. Jackson // Ibid. – 1998. – Vol. 111, Suppl. 33. – P. 53-59.
54. Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester, D. Shiers // Br. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 328, № 6. – P. 1450-1452.
55. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, № 1 (50). – С. 21-24.
56. Travis M. J. Pharmacological treatment of the newly diagnosed patient with schizophrenia / M. J. Travis, R. W. Kerwin // Adv. Psychiatric Treatment. – 1997. – Vol. 3, № 6. – P. 331-338.
57. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study / M. G. Harris, L. P. Henry, S. M. Harrigan [et al.] // Schizophr. Res. – 2005. – Vol. 179, № 1. – P. 89-93.
58. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial / L. Petersen, M. Nordentoft, P. Jeppesen [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 187, Suppl. – P. s98-s103.
59. Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? / L. Helgason // Acta Psychiatr Scand. – 1990. – Vol. 81, № 3. – P. 231-235.
60. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment / A. K. Malla, R. M. Norman, R. Manchanda [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2002. – Vol. 53, № 4. – P. 458-463.
61. Addington J. Social outcome in early psychosis / J. Addington, J. Young, D. Addington // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, № 6. – P. 1119-1124.
62. Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis? / A. K. Malla, R. M. G. Norman, J. Takhar [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2004. – Vol. 192, № 7. – P. 455-463.
63. OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomized controlled trial / M. Nordentoft, P. Jeppesen, M. Abel [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181, № 43. – P. s98-s106.
64. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis / R. M. Norman, A. K. Malla, R. Manchanda [et al.] // Schizophr. Res. – 2005. – Vol. 80, № 2-3. – P. 227-234.
65. Мовина Л. Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания / Л. Г. Мовина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007 – Т. 17, Вып. 3. – С. 48 – 55.
66. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project / J. Cullberg, S. Levander, R. Holmqvist [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 106, № 4. – P. 276-285.
67. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia / D. I. Velligan, C. C. Bow-Thomas, C. Huntzinger [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 157, № 8. – P. 1317-1323.
68. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis - results from the Danish OPUS trial / A. Thorup, L. Petersen, P. Jeppesen [et al.] // Schizophr. Res. – 2005. – Vol. 79, № 1. – P. 95-105.
69. Larsen T. K. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters / T. K. Larsen, T. H. McGlashan, L. C. Moe // Schizophr. Bull. – 1996. – Vol. 22, № 2. – P. 241-256.
70. Orsucci F. Early psychosis: prevention and rehabilitation / F. Orsucci, M. Marza, S. D. Risio // Treatment in psychiatry: an update book of abstracts of international congress of WPA. – Florence, 2004. – 163 p.
71. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» № 59 від 05.02.2007р. <http://zakon.nau.ua/doc/?code=%76%30%30%35%39%32%38%32%2D%30%37>.
72. Дороднова А. С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами / А. С. Дороднова // В кн.: Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 51.
73. Lehtinen V. Integrated treatment model for first-contact patients with schizophrenia-type psychosis: the Finnish API project / V. Lehtinen, J. Aaltonen, T. Koffert // J. Nordisk Psychiat. – 1996. – Vol. 50, № 2. – P. 281-287.
74. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service / S. P. Singh, T. Croudace, S. Amin [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 176, № 6. – P. 210-216.
75. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation / I. Melle, T. K. Larsen, U. Haahr [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2004. – Vol. 61, № 2. – P. 143-150.
76. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management / P. McGorry, J. Edwards, C. Mihalopoulos [et al.] // Schizophr. Bull. – 1996. – Vol. 22, № 2. – P. 305-326.
77. Morgan V. Modifiable risk factors for hospitalization among people with psychosis: evidence from the National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders / V. Morgan, A. Korten, A. Jablensky // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 40, № 8. – P. 683-690.
78. Гузенко Е. В. К вопросу оптимизации психиатрической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом / Е. В. Гузенко // Арх. психіатрії. – 2007. – № 1-2 (48-49). – С. 34-37.
79. Gaebel W. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrome-based treatment in first episode schizophrenia / W. Gaebel, M. Riesbeck // 15th AEP Congress : abstract book. – Madrid, 2007. – P. 76.
80. Emsley R. A. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double-blind multicenter study. Risperidone Working Group / R. A. Emsley // Schizophr. Bull. – 1999. – Vol. 25, № 4. – P. 721-729.
81. Blankertz L. Choosing and using outcome measures / L. Blankertz, J. A. Cook // Psychiatric Rehab. J. – 1998. – Vol. 22, № 2. – P. 167-174.
82. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации / Й. Друес // Соц. и клин. психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100-104.
83. Напресенко О. К. Эффективність та переносимість респонденту при лікуванні шизофренії з супутньою екзогенно-органічною патологією / О. К. Напресенко, В. О. Проник, Г. О. Немилостива // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 2 (31). – С. 129-130.
84. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении) : метод. рек. / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуцлер, Е. Б. Любов [и др.]. – М., 2003. – 23 с.
85. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis / T. R. Barnes, S. V. Hutton, M. J. Chapman [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 177, № 3. – P. 207-211.
86. Establishing the onset of psychotic illness / M. Beiser, D. Erickson, J. A. Fleming, W. G. Iacono // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150, № 9. – P. 1349-1354.
87. Haas G. L. Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness / G. L. Haas, L. S. Garratt, J. A. Sweeney // J. Psychiatr. Res. – 1998. – Vol. 32, № 3-4. – P. 151-159.
88. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia / H. Hdfner, K. Maurer, W. Lffler, A. Riecher-Russler // Br. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 162, № 1. – P. 80-86.
89. Larsen T. K. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care / T. K. Larsen, J. O. Johannessen, S. Opjordsmoen // Br. J. Psychiatry Suppl. – 1998. – Vol. 172, № 33. – P. 45-52.
90. Duration of psychosis and outcome in first-episode

- schizophrenia / A. D. Loebel, J. A. Lieberman, J. M. Alvir [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 149, № 9. – P. 1183-1188.
91. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia / R. J. Drake, C. J. Haley, S. Akhtar, S. W. Lewis // *Br. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 177, № 6. – P. 511-515.
92. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia / G. P. Amminger, J. Edwards, W. J. Brewer [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 54, № 3. – P. 223-230.
93. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain / O. Kalla, J. Aaltonen, J. Wahlström [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106, № 4. – P. 265-275.
94. Duration of untreated psychotic illness: the role of premorbid social support networks / V. Peralta, M. J. Cuesta, A. Martínez-Larrea [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 40, № 5. – P. 345-349.
95. Premorbid functioning by gender and its relationship with duration of untreated psychosis in first psychotic episode / A. Fresan, R. Apiquian, R. E. Ulloa [et al.] // *Actas Esp Psiquiatr.* – 2003. – Vol. 31, № 2. – P. 53 – 58.
96. Verdoux H. Have the times come for early intervention in psychosis? / H. Verdoux // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 103, № 2. – P. 321 – 322.
97. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I: Presentation of the illness and problems relating to admission / E. G. Johnstone, T. J. Crow, A. L. Johnson, J. F. MacMillan // *Br. J. Psychiatry.* – 1986. – Vol. 148, № 2. – P. 115-120.
98. Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? / M. F. Green // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, № 3. – P. 321-330.
99. Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first-episode schizophrenics / S. Moritz, M. Krausz, E. Gottwalz [et al.] // *Psychopathology.* – 2000. – Vol. 33, № 1. – P. 48-51.
100. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis / D. O. Perkins, H. Gu, K. Boteva [et al.] // *American Journal of Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162, № 10. – P. 1785-1804.
101. Addington J. Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome / J. Addington, S. Van Mastrigt, D. Addington // *Psychol. Med.* – 2004. – Vol. 34, № 2. – P. 277-284.
102. Untreated Initial Psychosis: Relation to Cognitive Deficits and Brain Morphology in First-Episode Schizophrenia / B. - C. Ho, D. Alicata, J. Ward [et al.] // *American Journal of Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 142-148.
103. Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study / E. Joyce, S. Hutton, S. Mutsatsa [et al.] // *Br. J. Psychiatry Suppl.* – 2002. – Vol. 43. – P. S38-44.
104. The course of neurocognitive functioning in first-episode psychosis and its relation to premorbid adjustment, duration of untreated psychosis, and relapse / B. R. Rund, I. Melle, S. Friis [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 91, № 4. – P. 132 – 140.
105. Galinska B. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: clinical and cognitive correlates / B. Galinska, A. Sculc, A. Czernikiewicz // *Psychiatr. Pol.* – 2005. – Vol. 39, № 5. – P. 859-868.
106. Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia / S. R. Szymanski, T. D. Cannon, F. Gallacher [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, № 4. – P. 519-525.
107. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A. C. Altamura, R. Bassetti, F. Sassella [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 52, № 1-2. – P. 29-36.
108. Determinants of the extremes of outcome in schizophrenia / E. C. Johnstone, C. D. Frith, F. H. Lang, D. G. Owens // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 167, № 5. – P. 604-609.
109. Two-Year Effects of Reducing the Duration of Untreated Psychosis / I. Melle, T. K. Larsen, U. Haahr [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 65, N 6. – P. 634 - 640.
110. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia / A. Uzoq, A. Polat, A. Genz [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* – 2004. – Vol. 38, № 2. – P. 163-168.
111. Desjarlais R. Word mental health: problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, A. Kleinman. – NY, Oxford : Oxford University Press, 1995. – 505 p.
112. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach / S. Carbone, S. Harrigan, P. D. McGorry [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1999. – Vol. 100, № 2. – P. 96-104.
113. Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication / L. de Haan, D. H. Linszen, M. E. Lenior [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2003. – Vol. 29, № 2. – P. 341-348.
114. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia / R. Bottlender, T. Sato, M. Jager [et al.] // *Schizophr Res.* – 2003. – Vol. 62, № 1-2. – P. 37-44.
115. Norman R. M. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance / R. M. Norman, A. K. Malla // *Psychol. Med.* – 2001. – Vol. 31, № 3. – P. 381-400.
116. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia / H. Häfner, A. Riecher-Rüssler, M. Hambrecht [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1992. – Vol. 6, № 3. – P. 209-223.
117. Gourzis Ph. Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia / Ph. Gourzis, A. Katrivanou, S. Beratis // *Schizophr. Bull.* – 2002. – Vol. 28, № 3. – P. 415-429.
118. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia / S. M. Glynn, S. R. Marder, R. P. Liberman [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159, № 5. – P. 829-837.
119. Heinssen R. K. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory / R. K. Heinssen, R. P. Liberman, A. Kopelowicz // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26, № 1. – P. 21-46.
120. McCann E. Recent developments in psychosocial interventions for people with psychosis / E. McCann // *Issues Ment. Health Nurs.* – 2001. – Vol. 22, № 1. – P. 99-107.
121. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia / V. Roder, P. Zorn, D. Müller, H. D. Brenner // *Psychiatr. Serv.* – 2001. – Vol. 52, № 11. – P. 1439-1441.
122. Marder S. R. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia / S. R. Marder // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* – 2000. – Vol. 102, № 407. – P. 87-90.
123. Stanley S. Integrated Psychosocial Intervention in Schizophrenia: Implications for Patients and Caregivers (A Study from India) / Stanley S., Shwetha S. // *Intern. J. Psychosoc. Rehab.* – 2006. – Vol. 10, N 2. – P. 113 - 128.
124. Liberman R. P. Social skills training and the nature of schizophrenia / R. P. Liberman, K. H. Nuechterlein, C. J. Wallace // *Social Skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment* / J. P. Curran, P. M. Monti (eds.). - NY: Guilford Publishing Co, 1982. – P. 5 - 56.
125. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up / N. Tarrier, A. Wittkowski, C. Kinney [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174, № 6. – P. 500-504.
126. Wallace C. J. Cognitive factors in to social skill of schizophrenic patients / C. J. Wallace, S. E. Boone // *Theories of schizophrenia in psychosis* / W. D. Spaulding, J. K. Cole (eds.). – Lincoln : University of Nebraska Press, 1984. – P. 283-318.
127. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J. Bustillo, J. Lauriello, W. Horan, S. Keith // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158, № 2. – P. 163-175.
128. Wykes T. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor / T. Wykes, C. Steel, B. Everitt, N. Tarrier // *Schizophr. Bull.* – 2008. – Vol. 34, N 3. – P. 523 – 537.
129. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКЧН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова, А. Б. Шмуклер // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67 – 77.
130. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up / G. Buchkremer, S. Klingberg, R. Holle [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 96, № 6. – P. 483-491.
131. London-east Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, I: effects of treatment phase / E. Kuipers, P. Garety, D. Fowler [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 171, № 4. – P. 319-327.
132. Ландышев М.А. Психосоциальная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями / М.А. Ландышев // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 99 – 103.
133. Еричев А. Н. Роль психосоциальных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А. Н. Еричев // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2007. – № 3. – С. 43- 47.
134. Денисов Е. М. Использование психосоциальных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией / Е. М. Денисов // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* – 2009. – № 2(22). – С. 53 - 58.
135. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia / C. Barrowclough, N. Tarrier, S. Lewis [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 174, № 6. – P. 505-511.
136. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М., 2004. – 492 с.
137. Grunebaum H. Biopsychosocial Psychiatry / H. Grunebaum // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 186.
138. Семенова Н. Д. Проблема образования психически больных / Н. Д. Семенова, Л. И. Сальникова // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30-39.
139. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life / J. M. Atkinson, D. A. Coia, W. H. Gilmour, J. P. Harper // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 168, № 2. – P. 199-204.
140. Merinder L. B. Patient education in schizophrenia: a review / Merinder L. B. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 102, № 2. – P. 98-106.

141. Macpherson R. A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia / R. Macpherson, B. Jerrom, A. Hughes // *Br. J. Psychiatry*. " 1996. " Vol. 168, № 6. – P. 709-717.
142. Razali M. S. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country / M. S. Razali, H. Yahya // *Acta Psychiatr. Scand.* " 1995. " Vol. 91, № 5. " P. 331-335.
143. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome / N. Tarrier, R. Beckett, S. Harwood [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. " 1993. " Vol. 162, № 4. " P. 524-532.
144. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia / W. R. McFarlane, B. Link, R. Dushay [et al.] // *Fam. Processes*. " 1995. " Vol. 34, № 2. " P. 127-144.
145. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups / D. G. Dyck, R. A. Short, M. S. Hendryx [et al.] // *Psychiatr. Serv.* " 2000. " Vol. 51, № 4. – P. 513-519.
146. Kavanagh D. J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia / D. J. Kavanagh // *Br. J. Psychiatry*. " 1992. " Vol. 160, № 5. " P. 601-620.
147. Bauml J. Psychedukative gruppen für schizophrene patienten: einfluss auf wissenstand und compliance / J. Bauml, W. Kissling, G. Pitschel-Walz // *Nervenheilkunde*. " 1996. " Vol. 15, № 1. " P. 145-150.
148. McGorry P. D. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process / P. D. McGorry // *Psychiatry*. " 1995. " Vol. 58, № 4. – P. 313-328.
149. Diamond G. Current status of family intervention science / G. Diamond, L. Siqueland // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* " 2001. " Vol. 10, № 3. " P. 641-661.
150. Pharoah F. M. Family intervention for schizophrenia / F. M. Pharoah, J. J. Mari, D. Streiner. " *Cochrane Database Syst. Rev.* " 2000. " № 2. " CD000088.
151. The family in clinical psychiatry / S. Bloch, J. Hafner, R. Harari, G. I. Szmukler. " N. Y. : Oxford University Press, 1994. " 296 P.
152. Patterson P. Expressed emotion as an adaptation to loss. Prospective study in first-episode psychosis / P. Patterson, M. Birchwood // *Br. J. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 187 Suppl. – P. s59-s64.
153. Szmukler G. I. Family involvement in the care of people with psychoses. An ethical argument / G. I. Szmukler, S. Bloch // *Br. J. Psychiatry*. " 1997. " Vol. 171, № 5. " P. 401-405.
154. Falloon I. R. H. Cognitive-behavioral family and educational interventions for schizophrenic disorders / I.R.H.Falloon // *Treating Chronic and Severe Mental Disorders* / S. G. Hofmann, M. C. Tompson. - N. Y. : Guilford press, 2002. – 430 p.
155. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics / M. J. Goldstein, E. H. Rodnick, J. R. Evans [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. " 1978. " Vol. 35, № 10. " P. 1169-1177.
156. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment / N. R. Schooler, S. J. Keith, J. B. Severe [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. "1997. " Vol. 54, № 5. " P. 453-463.
157. Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment / T. R. Zastovny, A. F. Lehnem, R. E. Cole, C. Kane // *Psychiatr. Q.* – 1992. – Vol. 63, № 2. – P. 159-186 .
158. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition / A. F. Lehman, J. A. Lieberman, L. B. Dixon [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161, N 2, Suppl. – P. 1–56.
159. Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention / G. L. Haas, I. D. Glick, J. F. Clarkin [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 1990. " Vol. 16, № 2. " P. 277-292.
160. Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? / L. Magliano, G. Fadden, A. Fiorillo [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* " 1999. " Vol. 99, № 1. " P. 10-15.
161. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis / L. Tennakoon, D. Fannon, V. Doku [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. " 2000. " Vol. 177, № 6. " P. 529-533.
162. Ряполова Т. Л Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // *Арх. психиатрии*. – 2008. – № 4. – С. 15–21.
163. Chien W. T. A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong / W. T. Chien, K.-F. Wong // *Psychiatr. Serv.* – 2007. – Vol. 58, № 7. – P. 1003-1006.
164. Thornicroft G. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia / G. Thornicroft, E. Susser // *Br. J. Psychiatry*. " 2001. " Vol. 178, № 1. " P. 2-4.
165. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis / G. Pitschel-Walz, S. Leucht, J. Bauml [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 2001. " Vol. 27, № 1. " P. 73-92.
166. Brekke J. S. Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia / J. S. Brekke, J. D. Long // *Schizophr. Bull.* " 2000. " Vol. 26, № 3. " P. 667-680.
167. Абдраязкова А. М. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / А. М. Абдраязкова, В. Г. Булыгина // *Рос. психiatr. журн.* – 2006. – № 3. – С. 54-58.
168. Carling P. J. Return to community: building support systems for people with psychiatric disabilities / P. J. Carling. " N. Y. : Guilford Press, 1995. " 348 p.
169. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation / S. R. McGurk, K. T. Mueser, T. J. DeRosa, R. Wolfe // *Schizophr. Bull.* " 2009. " Vol. 35, № 2. " P. 319-335.
170. Gabbard G. O. The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G. O. Gabbard, J. Kay // *Am. J. Psychiatry*. " 2001. " Vol. 158, № 12. " P. 1956-1963.
171. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients / M. Ritsner, I. Modai, J. Endicott [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. " 2000. " Vol. 61, № 11. " P. 880-890.
172. Drake R. E. Psychosocial approaches to dual diagnosis / R. E. Drake, K. T. Mueser // *Schizophr. Bull.* " 2000. " Vol. 26, № 1. " P. 105-118.
173. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia / J. R. McQuaid, E. Granholm, F. S. McClure [et al.] // *J. Psychother. Pract. Res.* " 2000. " Vol. 9, № 3. " P. 149-156.
174. Fenton W. S. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia / W. S. Fenton, N. R. Schooler // *Schizophr. Bull.* " 2000. " Vol. 26, № 1. " P. 1-3.
175. Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // *Соц. и клин. психиатрия*. – 2007. – № 4. – С. 78–85.
176. Kanas N. Group therapy and schizophrenia: an integrative model / N. Kanas // *Psychosis: Psychological Approaches and Their Effectiveness* / B. V. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, F. Margison (ed.). - London, Gaskell, 2000. - P. 120-133.
177. Schizophrenia: problems of separation in families / J. Jungbauer, K. Stelling, S. Dietrich, M. Angermeyer // *J. of advanced nursing*. – 2004. – Vol. 47, № 1. " P. 605-613.
178. Physical health and health risk factors in a population of long-stay psychiatric patients / I. Cormac, M. Ferriter, R. Benning, C. Saul // *The Psychiatrist*. - 2005. – Vol. 29, № 1. " P. 18 - 20.
179. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study / M. I. Herz, J. S. Lamberti, J. Mintz [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. " 2000. " Vol. 57, № 3. " P. 277-283.
180. The family as caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia / C. S. North, D. E. Pollio, B. Sachar [et al.] // *Am. J. Orthopsychiatry*. " 1998. " Vol. 68, № 1. " P. 39-46.
181. Choice of Outcome In Cbt for psychoses (CHOICE): The Development of a New Service User–Led Outcome Measure of CBT for Psychosis / K. E. Greenwood, A. Sweeney, S. Williams [et al.] // *Schizophr. Bull.* " 2010. " Vol. 36, № 1. " P. 126-135.
182. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia / N. Tarrier, C. Kinney, E. McCarthy [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* " 2000. " Vol. 68, № 5. " P. 917-922.
183. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial / Ph. A. Garety, D. G. Fowler, D. Freeman [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. " 2008. " Vol. 192, № 6. " P. 412-423.
184. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia / A. Zygmont, M. Olfson, C. A. Boyer, D. Mechanic // *Am J Psychiatry*. – Vol. 159, № 9. " P. 1653 - 1664.
185. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements / L. B. Dixon, F. Dickerson, A. S. Bellack, [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2010. – Vol. 36, № 1. " P. 48-70.
186. Becker T. Daily living: does this matter for people with mental illness? / Becker T., Kilian R. // *International review of psychiatry*.- 2008. – Vol. 20, № 6. – P. 492 - 497.
187. Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis / R. Kilian, I. Lindenbach, U. Lubig [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. - 2001. - Vol. 36, № 11. " P. 545-552.
188. Lobban F. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia / F. Lobban, C. Barrowclough, S. Jones // *Psychol. Med.* " 2004. " Vol. 34, № 7. " P. 1165-1176.

Поступила в редакцию 18.07.2011

УДК 616.89:616.895.82-03

*П. Т. Петрюк***К ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИКИ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ**

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

Ключевые слова: простая форма шизофрении, клиника, изучение

Простая форма шизофрении по сравнению с параноидной формой болезни не столь богата яркими отличительными признаками, в связи с чем возникают известные трудности при попытке разграничить характерные для нее симптомы и общие нозологические маркеры шизофрении. Не случайно термин «раннее слабоумие», которым В. Morel [1] обозначил состояния, схожие с простой формой, был в дальнейшем использован основоположником современной шизофренологии Е. Краепелин [2] для обозначения болезни в целом. Тем не менее, после описания О. Дием [3] *dementia simplex* самостоятельность и клиническое своеобразие простой формы шизофрении признали и Е. Краепелин [4, 5] и Е. Блеулер [6], и многие другие, в том числе отечественные психиатры. Несмотря на мощное влияние коллег из США, где простая форма шизофрении отсутствует в группе шизофренических расстройств основного текста современной американской психиатрической классификации DSM-IV-TR [7], она сохранена в Международной классификации болезней ICD-10 [8]. Наши наблюдения и наблюдения современных отечественных исследователей подтверждают адекватность классического подхода к распознаванию простой формы шизофрении [9-12].

Простая форма шизофрении – нечастое психическое расстройство с преимущественно негативными шизофреническими симптомами, симптомами первого ранга по К. Шнейдер [13]. Шизофрения данного типа развивается обычно в более позднем возрасте, чем кататоническая и гебефреническая, но раньше, чем параноидная, преморбидно у лиц с контрастными особенностями характера или у робких, пугливых, застенчивых, инфантильных. Она характеризуется постепенным развитием неадекватного поведения и социальной отгороженности, а также неуклонным снижением работоспособности. Чаше эта форма шизофрении начинается постепенно, течение ее вялое, медленное, непрерывно-прогрес-

сивное, наступление ремиссии и прекращение процесса разграничить практически невозможно, однако то и другое не исключено, на что указывают многочисленные отечественные и зарубежные исследователи [11, 12, 14-34].

Симптоматика проявляется «характериологическим сдвигом» (черствость, холодность, потеря интереса к своим занятиям и привязанности к близким). В начальном периоде становления манифестной картины простой формы шизофрении обращает на себя внимание чрезмерная чувствительность, «мимозоподобная» ранимость больных, нарастание вялости, апатичности, равнодушия. Появляется склонность к длительному безделью, больные перестают интересоваться своими делами и целыми днями ничем не занимаются, проводят большую часть времени в постели. Их отличает чрезмерная возбудимость, гротескный эксцентрически-насыщенный пафос, склонность к экзальтированному аффекту. Все окружающее они воспринимают как нечто грубое, безобразное, причиняющее душевную боль. Реальные краски, звуки, которые для обычных людей являются желанными и необходимыми сенсорными стимулами, в данном случае вызывают протест, стремление уйти в себя, формирование оппозиционного отношения к близким, раздражение и негативизм к проявлениям добросердечия, душевной теплоты. Такие больные нередко «накапливались» среди несостоявшихся художников и поэтов, карикатурно имитирующих различные неконформистские направления в искусстве. Их творческая продукция характеризовалась фрагментарностью, утрированной стилизацией, символизмом. Отвращение к общению с людьми у этой категории больных сочетается с боязливостью, робостью, застенчивостью, которая обнаруживает микрокататонические черты в виде переходящих задержек в течении ассоциаций и мимолетных эпизодов оцепенения моторики. У этих больных своеобразная гиперестезия проявлялась

в беспомощной робости, волнении перед ситуацией, требующей действия, и антипатии к любым переменам. В дальнейшем, на фоне нарастающего эмоционального оскудения, формировались устойчивые аутистические комплексы по типу «капли вина в бочке со льдом» [9, 10, 19, 22, 23, 35].

В других случаях процесс начинается с общей вялости, лености, угрюмости, замкнутости, подозрительности. Больные становятся негативистичными, сухими, личностно бесцветными, молчаливыми. Эмоциональная тупость нарастает от третирования домашних педантичными капризами до пренебрежения и полного равнодушия ко всем атрибутам обыденной жизни. Вместе со снижением психической активности у этих больных можно отметить нелепые выходки и странные высказывания. Мышление больных постепенно деградирует, становится оторванным от действительности. Постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности сопровождается эмоциональным оскудением и парадоксальными реакциями. На этом фоне возникают вспышки раздражительного недовольства, высвобождение низших побуждений, вплоть до крайней жестокости по отношению к себе и близким. Нередко тотальное бездушие больных выражалось в безжалостной жестокости, язвительности, циничном эгоцентризме, деспотичном упрямстве, враждебности к окружающим, вплоть до тяжких криминальных действий. В исходе простой шизофрении стереотипное мышление, апатия и эмоциональная тупость определяют всю картину данного расстройства. Иногда за фасадом этой симптоматики можно было выявить более или менее стойкие псевдогаллюцинации, фрагментарные бредовые расстройства.

Однако наиболее характерным, диахроническим стержневым расстройством простой формы шизофрении является падение психической продуктивности, нарастающая редукция энергетического потенциала. При этом теряется красочность личности, грация пантомимики. Отмечается тенденция к замкнутости, одиночеству, конфузливости, «слабость» аффекта. На этом фоне появлялись неясность и нечеткость мышления, выражавшиеся в тематических соскальзываниях, избыточной вербализации с нагромождением разнообразных определений. У больных проявляется склонность к мудрствованию, резонерству, противоречивость суждений и неспособ-

ность отличать существенное и главное от несущественного, второстепенного. В спонтанных рассказах больных отмечается склонность к накоплению мельчайших подробностей, представляющих значимость для больного. Обращает на себя внимание утрированная формальная правильность и ходульность выражений, обилие вводных конструкций, замедление темпа ассоциативного процесса, угасание громкости речи к концу фраз, сохранность способности к узнаванию юмора. Феноменологически речь выглядела тяжеловесной, неестественной, манерной и сопровождалась неадекватностью обедненной мимики, отсутствующим взглядом. Характерным является повышение интереса к абстрактным проблемам, находящимся за рамками интересов личности, сумбурное чтение специальной литературы, экскурсии в философию, постановка необычных вопросов. Иногда больные совершают так называемые «безмолвные поступки», которые характеризуются отсутствием обоснованных мотивов и поводов в их поведении. Например, «физическая закалка» у больных приобретает характер своего рода «одержимости» или «ритуала»; нередко больные бросают интеллектуальный труд и переходят на физическую работу [36]. Наплывы мыслей перемешиваются с их задержками, «обрывами». Доминирующие отвлеченно-метафизические представления о грандиозных проблемах, жизненных коллизиях, чрезмерный анализ и сравнение поступков, ошибок, несправедливостей выступают в антитезе «Я-Внешний мир». Нередко возникают контрастные альтернативные представления, иногда проявляющиеся в виде элементов идеаторного автоматизма: параллельности, наплывы мыслей, зачастую носивших характер чуждости, насильственности. Примечательным является отсутствие стремления к реализации своих схем и символических систем, либо все ограничивается графоманскими трактатами.

В.Н. Краснов [11] указывает, что при простой форме шизофрении отмечают медленное развитие (на протяжении не менее 1 года) трех признаков:

1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией;

2) постепенное появление и углубление негативных симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие

инициативы, бедность вербального и невербального общения;

3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

При этом галлюцинации или полно сформированные бредовые идеи любого вида отсутствуют, т.е. клинический случай не должен отвечать критериям любой другой формы шизофрении или любого другого психического расстройства. Данные за деменцию или другое органическое психическое расстройство отсутствуют.

А.П. Чуприков, А.А. Педак, А.Н. Линёв [23] подчеркивают, что мышление у больных простой формой шизофрении формальное, аморфное; наблюдаются задержки, исчезновение, наплывы, чувство открытости, неподчиняемости мыслей. Отмечаются неопределенные ипохондрические жалобы. Возможны неврозоподобный и психопатоподобный варианты течения, простое депрессивное запустение в определении Е. Краепелин [4]. В дальнейшем наблюдается постепенное нарастание явлений психического автоматизма и апатико-абулического синдрома («падение энергетического потенциала») вплоть до простого шизофренического дефекта [23].

Со временем снижается аллопсихический эмоциональный резонанс. Больные испытывают повышенную напряженность, рассеянность в разговоре, неспособность поддерживать последовательное течение мысли, что приводит к временным перерывам или блокировкам в беседе: создавалось впечатление, что больной постоянно «отсутствует» в беседе либо «сосредоточен», так как он внимательно вглядывается и не моргает. У больных часто возникают затруднения в сохранении константности восприятия собственного психического или соматического «Я» и внешнего мира, что проявлялось в разнообразных психосенсорных расстройствах. Нередко больные сообщают о своеобразных чувствах безжизненности, нереальности, символичности окружающего. Это приводит к коммуникативным нарушениям и усилению аутопсихической ориентации, которая, в частности, была адресована к эндосоматическим восприятиям и обращениям. На этой основе развивались неврозоподобные ипохондрические расстройства, навязчивые нозофобии. При дисморфофобиях больные много времени проводят у зеркала, пытаются формировать свое тело посредством диеты и упражнений. Со временем ипохондричность все более овладевает такими больными; их образ жизни начинает носить чудаческий тип.

В случае ухода в область грез и фантазий

больные обычно заняты мировоззренческими проблемами, пронизанными мистицизмом, контрастирующими представлениями, разрушением «идеалов». Бедность и дисгармония эмоционального чувства с годами перерастает в эмоциональную тупость. Продуктивная симптоматика в виде отрывочных несистематизированных бредовых идей, транзиторных псевдогаллюцинаций, кратковременных эпизодов возбуждения, кататонических застываний бывает, как бы вкраплена в нарастающие дефицитарные расстройства, которые никогда не определяют клинику простой формы шизофрении [22]. Их философские рассуждения бессмысленны и схоластичны. Возникает тенденция к соскальзыванию на побочные ассоциации. Больные отмечают нарушение единства своего «Я». «Во мне живут два человека. Один говорит «делай», другой не разрешает». Наряду с этим отмечается довольно заметное притупление высших эмоций [15].

Бредовые расстройства и галлюцинации обычно не отмечаются, симптоматика имеет не столь отчетливый психотический характер как при гебефренической, кататонической и параноидной формах шизофрении.

Вместе с этим, как отмечает П.Г. Сметанников [10], продуктивная психотическая симптоматика у больных простым типом шизофрении возможна в начале заболевания и обычно весьма скудная: в виде кратковременных галлюцинаторных эпизодов и нестойких бредовых идей преследования, отношения, особого значения. В дебюте заболевания она выявляется на короткое время (2-3 недели) и затем редуцируется. Впрочем, в ряде случаев возможны отдельные редкие (исчисляемые днями) «всплески» такой продуктивной симптоматики, существенно не отражающейся на поведении больных. В большинстве же случаев все ограничивается лишь дебютными продуктивными расстройствами и далее заболевание течет непрерывно на протяжении многих лет, проявляясь лишь собственно-шизофренической симптоматикой и завершается специфическим для этого психического расстройства слабоумием, исходным состоянием.

Своеобразие простого типа шизофрении, как видно из ее описания, в отличие от других типов шизофрении, является отсутствие продуктивной симптоматики, которая в своей основе, в своих патогенетических механизмах (наряду с собственно патологическим) содержит и защитные тенденции (фазовые состояния, охранительное торможение и др.). Отсутствие продуктивной симптоматики при простом типе шизофре-

нии свидетельствует о безусловном доминировании в патогенезе болезни у таких пациентов собственно-патологических церебральных расстройств и о полной капитуляции в их ЦНС (при развитии заболевания) защитных приспособительных реакций. Не случайно эта форма заболевания является самой злокачественной, всегда ведет к ослабумливанию (в той или иной степени) и имеет лишь один – непрерывно-прогрессирующий тип течения [10].

В ICD-10 указанная рубрика сохранена в связи с ее продолжающимся использованием в некоторых странах, а также неопределенностью в данных о природе ее связей с шизоидными расстройствами личности и шизотипическими расстройствами.

Диагностика простого типа шизофрении достаточно затруднительна, поскольку требует установления в клинической картине больных медленно прогрессирующего развития, характерных для резидуальной шизофрении негативных симптомов (уплощение аффекта, утрата побуждений и т.д.), но без сведений о наличии галлюцинаций, бреда или других проявлений более раннего психотического эпизода. При этом в клинической картине должны фигурировать существенные изменения поведения, проявляющиеся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией.

А. Kalinowski [37] выделяет следующие диагностические критерии простой формы шизофрении: а) снижение активности и инициативы; б) ограничение интересов; в) аутизм; г) нарушение контакта с окружающими людьми, вплоть до самоизоляции; д) формальные расстройства мышления; е) обеднение (побледнение) и неадекватность эмоций; ж) проявления амбивалентности; з) отсутствие чувства психической болезни (критики).

Течение процесса при простой форме шизофрении может быть вялым, доброкачественным, «ползучим» и крайне неблагоприятным, грубо прогрессивным, ведущим к быстрому распаду. Круг симптомов широко варьирует. Согласно данным А.Г. Петровой [38], занимавшейся комплексным клинико-патофизиологическим обследованием 103 больных с простой формой шизофрении, основным ее клиническим проявлением является апатико-абулический синдром, обнаруживающий тенденцию к нарастанию на протяжении всего заболевания. Начальная симптоматика в форме апатико-абулического синдрома у больных простой шизофренией встречалась значительно чаще (70,9%), чем у больных

шизофренией в целом (47,7%), начальные же проявления в форме бредовых идей, страхов и галлюцинаций наблюдались реже (17,5% против 30,5%). В отечественной литературе имеются подробные описания крайне инертных, быстро обрастающих ритуалами, лишенных аффективной окраски навязчивых состояний. При простой форме отмечены сенестопато-ипохондрические состояния с выраженными в различной степени сенестопатиями, отличающимися причудливостью, вычурностью, иногда носящие необычный гротескный характер. У женщин изредка наблюдается истерическая симптоматика в виде фантазирования, истерических припадков, пуэрилизма [9, 10, 12, 22, 39-41].

При вялом течении простой формы шизофрении изменения личности наступают постепенно и характеризуются в первую очередь падением психической активности, бедностью аффекта, нарушением приспособления к окружающей среде, снижением уровня притязаний, аутизацией, склонностью к резонерству.

Грубо прогрессивный тип течения встречается реже. Для него характерен быстрый психический распад. Предшествуют ему нарастающее падение «энергетического потенциала» в понимании К. Conrad [42], эмоциональная тупость, непродуктивность, часто явления «метафизической интоксикации».

А.В. Снежневский с сотрудниками [43, 44], отказавшись от выделения простой формы шизофрении, рассматривают описанные выше клинические явления как *simplex*-синдром, свойственный, по их мнению, разным формам шизофрении с юношеским дебютом. Они выделяют следующие отличительные особенности злокачественно текущей шизофрении, куда, судя по всему, входит и простая форма с грубо прогрессивным типом течения: раннее начало, появление негативных симптомов (ранее продуктивных), быстрое течение, полиморфизм симптоматики, отсутствие ее системности и синдромальной завершенности, высокая резистентность к терапии и тяжесть конечных состояний («тупое» или «негативистическое слабоумие» по Е. Краепелю [4], развивающееся через 1-1,5 года после манифестации). Изложенное выше, согласно данным этих авторов, относится в равной степени к гебефренической, кататонической (люцидный вариант) и ранней параноидной шизофрении. Наблюдения Н.П. Татаренко, В.М. Милявского [45] показывают, что простая форма с грубо прогрессивным типом течения может за несколько лет привести к состоянию пол-

ного психического распада.

А.Г. Петровой [38] была установлена зависимость между уровнем сохранности критики со стороны больного к изменениям, происшедшим с его личностью, и тяжестью процесса. Так, у больных с вялым относительно благоприятным типом течения простой формы шизофрении сохранились критическое отношение к болезни и довольно адекватные эмоциональные реакции на нее. У больных с более прогрессивным типом течения процесса имелось лишь «чувство болезни», относившееся, по преимуществу, к соматической сфере. И, наконец, у больных с грубо прогрессивным, наиболее злокачественным типом течения совершенно отсутствовали эмоциональная реакция на болезнь и критическое к ней отношение.

Комплексное исследование больных с простой формы шизофрении, с изучением ряда безусловных рефлексов (зрчковый компонент ориентировочной реакции, некоторых широко кортиколизованных вегетативных реакций) и процессов отвлечения и обобщения позволило А.Г. Петровой [38] на общем фоне преобладания реакции торможения установить ряд специфических особенностей простой формы: почти полное отсутствие фазовых явлений, высокая степень торможения безусловнорефлекторных реакций в сравнении с условнорефлекторными и речевыми. Знаменательно то, что характер и общая направленность патологических сдвигов были наиболее отчетливо выражены у больных с полным отсутствием критического отношения к болезни. Данный автор полагает, что выделенные ею клинические группы простой формы шизофрении можно с известным основанием считать стадиями болезни независимого от того, как долго они длятся.

Поскольку психопатологические состояния при простом типе шизофрении довольно трудно поддаются терапии, необходимо учитывать, что приклеивание ярлыка шизофрении может принести больному больше вреда, чем пользы, поэтому необходимо соблюдать осторожность при постановке данного диагноза. Тем более, что простую шизофрению Е. Краерелин [46] относил к редким формам и предполагал, что она может быть начальным этапом развития других форм шизофрении. К. Leonhard [47] и К. Jaspers [48]

ставили под сомнение ее существование, а Т. Bilikiewicz [49] наоборот, считал простую форму шизофрении часто встречающейся и служащей основой для развития других форм заболевания. Вышеизложенные противоречивые данные не позволили американским психиатрам включить ее в качестве подтипа шизофрении в национальную классификацию DSM-IV-TR [7].

Сомнения в обоснованности выделения простой формы шизофрении в какой-то степени смыкаются с указаниями самых авторитетных ученых на большие трудности дифференциальной диагностики простой формы от олигофрении и психотических вспышек на ее фоне [50-52] и от постинфекционного слабоумия и последствий перенесенного в детстве энцефалита [53]. Однако легкие случаи олигофрении отличаются равномерной слабостью памяти суждений вплоть до неспособности к абстрактным понятиям при сохранности низших чувств и влечений и адаптационной активности в конкретной ситуации. При простой же шизофрении, напротив, грубо страдает адаптационная активность в конкретной ситуации, выражена чувственная тупость при сохранении памяти и возможности абстрактных суждений, что позволяет дифференцировать ее от олигофрении. Также и при последствиях детского энцефалита, отражающегося, главным образом, на недостаточности памяти и интеллекта, не наблюдается атаксических расстройств мышления и чувственной тупости, а напротив, налицо расторможенность, усиление низших чувств, влечений и повышенная аффективность. И хотя дифференциальная диагностика здесь весьма деликатна, все же она оказывается практически возможной и, таким образом, не противоречит выделению простой формы шизофрении.

Следовательно, клиническая картина, течение, острота и тяжесть и простой шизофрении, как и шизофрении в целом, чрезвычайно разнообразны, что зависит от многих этиологических и патогенетических факторов, определяется взаимодействием наследственной отягощенности, условий воспитания, типа и структуры личности, актуальной ситуацией возникновения психоза, образования, профессии, жизненного опыта, семейного положения и других факторов, что нуждается в дальнейшем тщательном исследовании.

ДО ВИВЧЕННЯ КЛІНІКИ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ

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

У роботі висвітлюються питання клініки простої форми шизофренії. Приділена увага питанням обґрунтованості виділення даної форми шизофренії, її характерному стрижньовому розладу – редукції енергетичного потенціалу, продуктивним короткочасним психотичних епізодам і дефіцитарним розладам, особливостям типу перебігу та завершенням простої шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 67-73).

P.T. Petryuk

TO THE STUDY OF CLINIC SIMPLE FORMS OF SCHIZOPHRENIA

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

In work the questions of clinic are lighted simple forms of schizophrenia. Attention the questions of validity of selection of this form of schizophrenia is spared, to its characteristic bar disorder – reduction of power potential, productive brief psychotic episodes and deficit disorders, features of type of flow and ends stand schizophrenias. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 67-73).

Литература

1. Morel B. Traite des maladies mentales / B. Morel. – Paris: Masson, 1860. – 258 p.
2. Kraepelin E. Der psychologische Versuch in der Psychiatrie / E. Kraepelin // Psychol. Arbeiten. – 1896. – Bd 1. – S. 1-91.
3. Diem O. Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex) / O. Diem // Arch. Psychiatr. – 1903. – Bd. 37. – P. 111-187.
4. Kraepelin E. Zur Diagnose und Prognose der Dementia Praecox / E. Kraepelin // Heidelberger Versammlung. – 1898. – 26-27 November. – N 1. – S. 56.
5. Kraepelin E. Vergleichende Psychiatrie / E. Kraepelin // Cbl. Nervenheilk. Psych. – 1904. – Bd. 27. – S. 433-469.
6. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophreniaen / E. Bleuler // Handbuch der Psychiatrie. – Leipzig-Wien, 1911. – 420 s.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.
8. (International Classification of Diseases – 10) Международная классификация болезней (10 пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / Пер. на рус. язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 304 с.
9. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей / П.Г. Сметанников. – СПб.: СПбМАПО, 1996. – 496 с.
10. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – 6-е изд., перераб. и доп. / П.Г. Сметанников. – М.: Медицинская книга, 2007. – 784 с.
11. Краснов В.Н. Диагностика шизофрении. Этиология шизофрении. Эпидемиология. Клиническая картина и диагностика / В.Н. Краснов // Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 443-450.
12. Психиатрия / Под ред. Н.Г. Незнанова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
13. Schneider K.L. Primare und secundare Symptome bei Schizophrenie / K.L. Schneider // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1957. – Bd. 25. – S. 487-498.
14. Нисс А.И. Об одном из вариантов простой формы шизофрении в свете психофармакотерапии / А.И. Нисс // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1976. – Т. 76. – № 1. – С. 114-121.
15. Глазов В.А. Шизофрения: Клинико-экспериментальное исследование / В.А. Глазов. – М.: Медицина, 1965. – 228 с.
16. Воскресенский В.А. О псевдоастеническом синдроме в инициальном периоде шизофрении / В.А. Воскресенский // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т. 84. – № 1. – С. 70-74.
17. Воронков Г.Л. Шизофрения / Г.Л. Воронков, И.Д. Шевчук, Б.В. Шелунцов // Справочник врача-психиатра / Под ред. Г.Л. Воронцова, А.Е. Видренко, И.Д. Шевчук. – К.: Здоров'я, 1990. – С.123-139.
18. Гулямов М.Г. Психиатрия: Учебник для студентов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов / М.Г. Гулямов. – Душанбе: Маориф, 1993. – 464 с.
19. Гильбурд О.А. Шизофрения на севере (этно-культуральные и эволюционные подходы) / О.А. Гильбурд. – Сургут: Дефис, 1998. – 292 с.
20. Гильбурд О.А. Клинические маркеры и психопатологический фон шизофрении. Сообщение IV: Семиотика простой формы / О.А. Гильбурд. // Таврический журнал психиатрии. – 2004. – Т. 8. – № 3 (28). – С. 11-15.
21. Гильбурд О.А. Социобиология шизофрении: Сообщение 3. Простая форма / О.А. Гильбурд. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2. – С. 16-19.
22. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / О.А. Гильбурд. – М.: Издательский дом Видар-М, 2007. – 360 с.
23. Чуприков А.П. Шизофрения (клиника, диагностика, лечение): Методическое пособие / А.П. Чуприков, А.А. Педак, А.Н. Линёв. – К.: Б.и., 1999. – 126 с.
24. Семке А.В. К вопросу о клинике простой шизофрении / А.В. Семке, Е.Г. Корнетов // XIII съезд психиатров России: Материалы съезда (г. Москва, 10-13 октября 2000 г.). – М.: Б.и., 2000. – С. 62-63.
25. Корнетова Е.Г. Простая шизофрения в фокусе конституционального учения / Е.Г. Корнетова, А.Н. Корнетов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2001. – № 1 (8). – С. 105-109.
26. Напресенко О.К. Шизофрения / О.К. Напресенко, И.И. Кутько // Психиатрия / О.К. Напресенко, И.И. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напресенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 322-352.
27. Корнетова Е.Г. Простая шизофрения: Эволюция клинических представлений / Е.Г. Корнетова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 106-114.
28. Обухов С.Г. Психиатрия: Уч. пособие / С.Г. Обухов / Под ред. Ю.А. Александровского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
29. Психиатрия и наркология: Учебник / В.Л. Гавенко, В.С. Битенский, А.К. Напресенко и др.; Под ред. В.Л. Гавенко, В.С. Битенского. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.
30. Handbook of Schizophrenia / H.A. Nasrallah, D.R. Weinberger, F.A. Henns, L.E. Delisi, M.T. Tsung, J.C. Simpson, M.I. Herz, S.J. Keith, J.P. Docherty, S.R. Steinhauer, J.H. Gruzeiler, J. Zubin (eds.). – Vol. 1-5. – Amsterdam-New York: Elsevier, 1986-1990 (Every volume about 600 p).
31. (Gelder M.) Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2 т. / (M. Gelder, D. Gath, R.Mayou) М. Гель дер, Д. Гэт, Р.Мейо; Пер. с англ. – К.: Сфера, 1997. – Т. 1. – 300 с.; Т. 2. – 436 с.
32. Sharma T. The Early Course of Schizophrenia / T. Sharma, P.D. Harvey. – Oxford: University Press, 2006. – 264 p.
33. The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry / Edited by D. Goldberg, R. Murray. – 5th edn. – Oxford: University Press, 2006. – 256 p.
34. Джонс П.Б. Шизофрения / П.Б. Джонс, П.Ф. Бакли; Пер. с англ. / Под общ. ред. проф. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 194 с.
35. Kretschmer E. Kuerperbau und Charakter / E. Kretschmer. – 1

Aufl. – Berlin: Springer, 1921. – 192 s.

36. Блохина В.П. Мотивация некоторых особенностей поведения больных шизофренией / В.П. Блохина // Вопросы невропатологии и психиатрии и организации психоневрологической помощи: Тез. и реф. докл. Запорожской межобл. научн.-практ. конф. (г. Запорожье, 8-10 октября 1964 г.). – Запорожье: Б.и., 1964. – С. 86-87.

37. Kalinowski A. Kriteria diagnostyczna i rokowanie w schizofrenii prostej / A. Kalinowski // Psychiatr. Pol. – 1980. – Т. 14. – N 5. – S. 497-502.

38. Петрова А.Г. Некоторые клиничко-патофизиологические особенности простой формы шизофрении / А.Г. Петрова // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1964. – Т. 64. – № 1. – С. 80-84.

39. Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения / Г.А. Ротштейн. – М.: ГНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1961. – 138 с.

40. Морозов В.М. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении / В.М. Морозов, Р.А. Наджаров // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1956. – Т. 56. – № 12. – С. 937-941.

41. Косенко Е.Д. Клиника и течение простой формы шизофрении / Е.Д. Косенко // Вопросы психиатрии. – 1968. – Вып. 1. – С. 73-78.

42. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie / K. Conrad. – Stuttgart: Georg Thieme, 1958. – 315 s.

43. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология / А.В. Снежневский // Шизофрения: Клиника и патогенез / Под общ. ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1969. – С.5-28.

44. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizopreniae / А.В. Снежневский // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – С. 5-15.

45. Татаренко Н.П. Начало, формы, типы течения и исход шизофрении / Н.П. Татаренко, В.Н. Милаевский // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнегов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. – К.: Здоров'я, 1976. – С. 56-90.

46. (Kraepelin E.) Крепелин Е. Учебник психиатрии для врачей и студентов / (Е. Kraepelin) Е. Крепелин; Пер. с нем. – СПб, 1910. – Т. 1. – 468 с.; 1912. – Т. 2. – 578 с.

47. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. – Berlin: Akademie-Verlag, 1957. – 526 s.

48. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie / K. Jaspers. – Achte unveränd. Auflage. – Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1965. – 748 S.

49. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna / T. Bilikiewicz. – Wydanie V. – Warszawa: PZWL, 1973. – 936 S.

50. Осипов В.П. Руководство по психиатрии / В.П. Осипов. – М.-Л.: Госиздат, 1931. – 596 с.

51. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов / В.А. Гиляровский. – 4-е изд., испр. и доп. – 1954. – 520 с.

52. (Bleuler E.) Блейлер Е. Руководство по психиатрии / (E. Bleuler) Е. Блейлер; Пер. с нем. – Берлин: Врач, 1920. – 542 с.

53. Иванов-Смоленский А.Г. Очерки нейродинамической психиатрии / А.Г. Иванов-Смоленский. – М.: Медицина, 1974. – 568 с.

Поступила в редакцию 17.01.2011

УДК 616.89-008.454-053.9-08

*О.Н. Голоденко, Т.Л. Ряполова***ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: депрессии позднего возраста, биопсихосоциальная модель, семейная терапия, религиозная копинг-стратегия, домашний отпуск, лечебно-трудо-вые мастерские

Актуальность проблемы депрессий позднего возраста определяется масштабами распространения этого заболевания в старших возрастных группах населения. Частота и выраженность проявлений депрессии с возрастом увеличивается [1, 2]. Это связано с влиянием внешних факторов (социальная изоляция, изменение образа жизни, смерть близкого человека, плохое материальное обеспечение, недостаточная двигательная активность) и эндогенных факторов (возрастные изменения мозга, обмена веществ, развитие болезней). Поскольку факторов с отрицательной значимостью у пожилых превалирует большинство (учитывая пролонгированный характер и их суммацию), то и эмоциональный баланс сдвигается в сторону отрицательных эмоций [3, 4]. Накопленный опыт свидетельствует о наличии клинического своеобразия депрессивных расстройств у людей позднего возраста (старшая возрастная группа – 45-59 лет и пожилые – 60-74 года) [5], полиморфизма этиопатогенетических механизмов в развитии эмоциональных расстройств [6], большой роли ситуационно-средовых факторов в их возникновении [7, 8]. Отмечена тенденция к затяжному течению депрессий в позднем возрасте, а также отсутствие стандартизованных подходов к лечебно-восстановительной и реабилитационной тактике [9]. Еще С.В. Бородин и А.С. Михлин (1983) в конце 20-го столетия наблюдали увеличение числа, тяжести и жестокости суицидов у больных позднего возраста [10].

Депрессия оказывает разрушительный эффект на жизнь пожилых людей и лиц, ухаживающих за ними. У пациентов позднего возраста с клинически значимой депрессивной симптоматикой уровень качества жизни значительно ниже, чем у пациентов без депрессии [11, 12]. Ранее было традиционным представление о правомерности диагностирования инволюционной меланхолии только в случаях затяжных аффективных

психозов позднего возраста, которые обнаруживают своеобразную тенденцию к застыванию психотической симптоматики и приводят к стойкой дезадаптации больных [13]. Вывод о неблагоприятном прогнозе инволюционной депрессии практически снимал вопрос о психосоциальной реабилитации [14].

Проблема депрессии и поиски методов ее лечения волновали человека с древних времен. В сочинениях Аретея, излагавшего учения Архигена, жившего в Риме в эпоху Траяна (54-117 гг. нашей эры), есть определение депрессии: меланхолия есть подавленное состояние при наличии той или иной неправильности (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки. Аретей также писал, что тоскливое состояние приводит к тому, что больные уединяются, питают отвращение к жизни и страстно мечтают о смерти – *vitae maledicentes mortisque cupidi*. По его же наблюдениям, некоторые больные у себя дома не обнаруживают ничего болезненного, а в менее привычной для них обстановке «сразу проявляется несостоятельность их ума». Главы по лечению были утеряны, но зато сохранились терапевтические советы: всеми силами поддерживать бодрое настроение в больном, «пусть приходят друзья и развлекают его легкой беседой» [цит. по15].

Основы лечебно-реабилитационных подходов в отношении больных с психическими расстройствами, в том числе, пожилых пациентов с депрессией, заложены с древних времен. Это и личностно-ориентированный подход к больному, и психопрофилактическая направленность лечебных воздействий, и использование общегигиенических воздействий в борьбе со стрессом. Так, в трудах Гиппократов есть такие строки: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу и его деятельности»,

что подчеркивает роль микросоциального окружения и личностного ресурса пациента в положительной динамике процесса лечения. Еще в I веке нашей эры наряду с применявшимися прежде методами лечения душевно больных (рвотные и слабительные средства, прогулки, диета, ванны, гимнастика, перемена климата и др.), римский энциклопедист Цельс предлагал общеукрепляющую терапию, элементы психотерапии и указывал на большое значение физического труда. В предреволюционную эпоху во Франции Ле-Камю (1722-1772) в своем сочинении «Медицина души» главное значение в этиологии нервных и душевных болезней приписывает непосредственному влиянию среды, подробно останавливается на роли климата, на физическом воспитании и других внешних моментах. Его современник Дакен (1732-1815) в своем труде «Философия помешательства, или опыт философского изучения людей...» утверждает, что «Главное лечебное средство – это мягкое человеческое обращение с больным». Дакен жил и работал в провинции, в маленьком городке Шамбери, затерянном в гористой Савоие. Под управлением Дакена была небольшая больница, где он отвел особую палату для душевнобольных, а в саду построил отдельный павильон для беспокойных. В это суровое время повсеместного применения цепей и наручников, в эпоху господства темных казематов, описанных Ларошфуко (1613-1680) и Паризе (1770-1844), больные Дакена много часов проводили на свежем воздухе, для них устраивались развлечения и были организованы различные виды ручного труда. Французский врач Пинель в 90-е годы XVIII столетия совершает революционный переворот в психиатрии: он добивается снятия цепей с душевнобольных, так как обращает внимание на моральные потрясения как на одну из причин психических болезней. Пинель учит врачей получать исчерпывающие сведения об особенностях личности больного, его развитии, семейных отношениях до начала психического заболевания, т.е. все, что могут рассказать родственники и товарищи. Он широко применял вовлечение больных в трудовой процесс.

И это только отдельные примеры общепсихиатрической активности, которая по своей сути имела реабилитационный характер, была направлена на поддержание, а порой и на восстановление тех или иных сторон жизненного статуса больных с психическими расстройствами, в том числе, с меланхолией.

Виднейший русский психиатр начала XX

века Каннабих (1872-1939) считал, что одной из ведущих причин психических болезней является влияние общественной обстановки: «Когда социальная жизнь построена уродливо и жестоко, деятельность мозга чаще уклоняется от правильного пути». Религия и церковь на протяжении многих веков играют огромную роль в жизни общества. Великий религиозный деятель Махатма Ганди говорил: «Без молитвы я уже давно бы стал сумасшедшим», а лауреат Нобелевской премии доктор А. Коррель писал: «Молитва – самая сильная форма энергии, излучаемая человеком. Она является такой же реальной силой, как земное притяжение. Как врач, я наблюдал пациентов, которым не помогало никакое терапевтическое лечение. Им удалось вылечиться от болезней и меланхолии только благодаря успокаивающему действию молитвы...». Более 50 лет назад Д. Карнеги сказал – «В наше время психиатры становятся современными Евангелистами» [16, 17].

Возрастающая роль психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в мировой и отечественной психиатрии обуславливает усиление интереса к проблеме так называемого совладающего поведения или копинг-поведения [18-21]. Обучение навыкам совладания включается в психообразовательные программы для больных с депрессивными расстройствами [22].

В ряде зарубежных исследований показано, что религиозные убеждения и отправление религиозных обрядов, то есть религиозная копинг-стратегия, может способствовать редукции депрессивных расстройств, особенно в пожилом возрасте [23, 24]. По мнению австрийских исследователей, религиозные убеждения и практики оказывают благоприятное влияние на течение депрессии в пожилом возрасте, при этом пожилые люди с физической немощью чаще обращаются к религии [25]. Показано, что истинная религиозность служила прогностическим фактором более быстрого наступления ремиссии при депрессивном расстройстве; у больных с депрессией, имеющих более высокие баллы по истинной религиозности, ремиссия наступала быстрее, чем у лиц с более низкими баллами [26].

Утрата близкого человека часто сопровождается переоценкой ценностей, а также поиском источника утешения, в качестве которого многие пожилые люди выбирают религию [27]. Пребывание в храме и сосредоточенная молитва, погружение в религиозные представления и переживания оказывают успокаивающее влияние

при патологических реакциях горя с выраженными депрессивными расстройствами [28].

З.В. Легниковой были изучены способы совладания с патологическими состояниями одиночества после утраты близкого родственника у лиц пожилого и старческого возраста. Выделены активные и пассивные способы совладания. К активным способам были отнесены мысленное или вслух общение с образом умершего, обращение к религиозной вере и погружение в нее, опора на родственные и социальные связи, активный уход в работу, занятость, формирование культа умершего. К пассивным стратегиям совладания были отнесены избегающее поведение, стремление к уединению [29].

Религия удовлетворяет одну из важнейших потребностей человека – потребность в жизненной ориентации и поклонении авторитету. Религия, как и юмор, вводит беспокоящее событие в новую систему отсчета, проливает новый свет на жизненные неприятности, вырывая их из рутинных рамок и рассматривая их в системе иного смысла. В результате появляется новая перспектива. Поиск религиозного смысла усиливается с возрастом [30].

Проблема способов совладания с психическими расстройствами, в частности с депрессиями позднего возраста, является сравнительно новой и недостаточно разработанной, актуальной для решения вопросов психосоциального лечения и реабилитации различных категорий психических и поведенческих расстройств. Значительный интерес представляют возрастные особенности совладания с психическими расстройствами. Однако работ, посвященных копингу при психических нарушениях в позднем возрасте, очень мало, что диктует необходимость дальнейших исследований в этом направлении [31].

Многие исследователи в своих работах полагают, что утраты в позднем возрасте переносятся легче, чем в молодом и среднем возрасте [32-34]. Этот период жизни вообще определяется как «время утрат»: потеря близких людей, социального статуса, физического здоровья [35-40]. В то же время авторы, занимающиеся исследованием депрессий в позднем возрасте, единодушно отмечают склонность к затяжному, хроническому течению депрессивных расстройств [40, 41]. Психотерапевтическая тактика, предлагаемая в этих случаях, предусматривает последовательный комплекс психотерапевтических воздействий, соответствующий закономерностям этапного течения патологических реакций горя. Культурные мероприятия и груп-

повые психообразовательные занятия, проводимые в отделениях или центрах социального обслуживания, являются эффективным инструментом проведения психосоциальной терапии и реабилитации больных с патологическими реакциями горя [42].

С 50-х годов в психиатрических учреждениях здравоохранения практикуется временная выписка больных [43]. Терминологически эта временная выписка именуется как больничный отпуск, либо как лечебный отпуск, либо как домашний отпуск. Несмотря на терминологические разногласия, суть остается общей – выход больного за пределы лечебного учреждения, восстановление социально значимых связей, приобщение к общественно полезной деятельности. Еще в 70-е годы предпринимались попытки анализа организации и эффективности лечебных отпусков [44]. В работе О.П. Ветроградской и ее коллег выделено три фактора, влияющих на реадaptацию больных: психологический (обострение или угасание психотической симптоматики в период отпуска); личностный (влияние характерологических особенностей личности на процесс адаптации); социальный (микросоциальная среда, семья, соседское окружение, контакты со здоровыми людьми).

Для пожилого человека с затяжной депрессивной симптоматикой, находящегося в однообразных условиях закрытого или полужакрытого психиатрического учреждения, пребывание в домашней обстановке, временное приобщение к обыденным условиям жизни с контактами со здоровым окружением, с возможностью выполнения элементарной трудовой деятельности является социализирующим фактором, который в дальнейшем при благоприятно сложившихся обстоятельствах может способствовать социальной интеграции больного. По данным Центрального НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства труда и социального развития РФ от 1999 года [45], у 60,5% психически больных, пользующихся домашними отпусками, терапевтические ремиссии были достаточно продолжительными (более 3 лет). Данные факты говорят о положительном влиянии домашних отпусков на адаптацию больных. Целесообразность их применения дает не только кинический, но и социальный эффект.

Одновременно с решением вышеописанной проблемы, в том же Центральном НИИ проф. Н.Ф. Дементьева и Б.А. Сырникова [46] поднимают вопрос о реорганизации лечебно-трудовых мастерских, которые являются составной частью

реабилитационного воздействия (повышают собственную значимость больного, отвлекают от неприятных мыслей депрессивного содержания, восстанавливают социальные и межличностные отношения).

В настоящее время психиатрическая помощь строится на основе партнерских отношений с пациентом, с учетом его мнений и суждений, то есть показателей качества жизни [47]. Полноценная реализация социальной составляющей психиатрической помощи стала возможной благодаря сближению и даже интеграции медицинской и социальной работы на основе общей стратегической цели: усиления (восстановления) способности индивида к успешному социальному функционированию [48, 49].

На второй Всемирной ассамблее по проблемам старения отмечалось, что одна из ведущих тенденций развития человечества заключается в гуманизации социальной сферы, включая образование, здравоохранение, жизнеобеспечение и защиту прав населения [50]. Ее отражением являются изменения в мировой и отечественной психиатрии, отчетливо проявившиеся в последние десятилетия, которые связаны с усилением внимания к социальным аспектам лечения больных позднего возраста и переходом от традиционной, медико-клинической к новой, биопсихосоциальной модели психиатрической помощи. Создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлениями о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, об уровнях психической и социальной адаптации пациента [51].

Биопсихосоциальная модель реабилитации больных с психическими расстройствами включает следующие этапы: медико-психиатрический (биологический), психотерапевтический (психологический), социальный.

1. Медико-психиатрический (биологический) этап включает в себя психофармакотерапию, направленную на стабилизацию состояния больных с депрессией позднего возраста, купирование выраженных поведенческих нарушений, назначение препарата длительной терапии. А также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ и пр.).

2. Психотерапевтический (психологический) этап биопсихосоциальной модели. Его основными задачами являются: предотвращение распада семьи, разрыва социальных связей, сохранение социального функционирования пациента, помощь в преодолении чувства вины, безнадеж-

ности, неприязни, одиночества. Психотерапия может потенцировать действие биологических методов лечения.

3. Социальный этап биопсихосоциальной модели реабилитации. Основными задачами этого этапа являются: патронаж больных, трудовая реабилитация, участие в восстановлении социального положения больных (получение льгот, пенсий), социально-правовая защита [51].

Все более актуальной в последние годы становится тактика психологической интервенции, которая представляет собой множество терапевтических методов и стратегий по повышению психических ресурсов, снижению чувства одиночества и усвоению или совершенствованию навыков и умений, необходимых в повседневной жизни, больных позднего возраста с депрессивными расстройствами [52, 53]. В качестве методов ее используются клиент-центрированный [54], психоаналитический [52, 53], когнитивно-поведенческий [55, 56]. Возможности интервенции при депрессии, согласно современному теоретическому и практическому уровню знаний, не подлежат сомнению. Тезис о том, что для пожилого возраста характерна недостаточная способность к рефлексии, критике и переориентации, потерял свою силу. Правда, необходимо вносить в психологическую интервенцию определенные изменения. Они обусловлены своеобразием пожилого возраста, которое проявляется в соматическом аспекте (более высокая подверженность соматическим заболеваниям), в психическом аспекте (у некоторых пожилых людей психические расстройства существуют уже несколько лет или даже десятилетий) и в социальном аспекте (более высокая вероятность потерять близких людей, что вызывает повышение уязвимости).

Значение психотерапевтических методов для лечения психически больных пожилых людей было долгое время весьма незначительным, прежде всего из-за распространенного в среде психотерапевтов скепсиса по отношению к возможностям улучшения и даже выздоровления пожилых пациентов. К тому же существовавшие концепции болезни были явно недостаточны и предполагали, что психические расстройства в пожилом возрасте основываются на «инволюционных изменениях» мозга или на других органических причинах, а, следовательно, не поддаются психотерапевтическому воздействию. Сегодня, напротив, превалирует мнение, что психические расстройства пожилых людей, хотя и демонстрируют типичное для старости акцен-

тирование специфических симптомов, тем не менее, ни психопатологически, ни этиологически не отличаются от психических расстройств в молодом возрасте. Цели геронтологической психотерапии заключаются, прежде всего, в изменении дисфункциональных способов поведения, повышении компетентности, оказании помощи в преодолении внешних жизненных трудностей.

Задачи психотерапии пожилых пациентов, как правило, намного шире, чем задачи психотерапии молодых людей [57]. В зависимости от метода выбираются те или иные опорные точки. Так, когнитивная терапия сосредоточивается на изменении схем мышления и оценивания. Она особенно пригодна для противодействия негативным аутостереотипам пациентов путем изменения паттернов ожиданий и оценок [58]. В то время как успех индивидуальной и групповой когнитивной терапии в острой фазе расстройства хорошо подтвержден и когнитивная терапия при расстройствах средней степени тяжести также является надежной альтернативой медикаментозной терапии [59], ее профилактический эффект еще недостаточно хорошо доказан. А это крайне важно, так как профилактическая фармакотерапия для многих пожилых людей противопоказана.

Эффективность поведенческой терапии при лечении пожилых пациентов с депрессией [60] в отличие от когнитивной терапии исследовалась мало. Сравнительные исследования показали, что эффективность поведенческой терапии при депрессивных расстройствах легкой и средней степени тяжести сравнима с эффективностью когнитивных методов.

В центре внимания интерперсональной терапии [61, 62] находится смена ролей и ролевые конфликты, а также чересчур сильная печаль и затруднения в интерперсональных отношениях. Эта терапия кажется особенно пригодной для лечения депрессивных расстройств — как для острых фаз, так и для профилактики рецидивов. Интерперсональная терапия обладает еще и тем дополнительным преимуществом, что ее можно проводить с пациентами и их семьями. Имеется исследование эффективности комбинации интерперсональной терапии и фармакотерапии применительно к пожилым людям. Оно установило, что 79% пациентов достигли полной ремиссии, в то время как при чисто медикаментозном лечении успех был зафиксирован лишь в 50-60% случаев [63].

Краткосрочная психодинамическая терапия концентрирует свое внимание, прежде всего, на

беседах о конечности жизни и неминуемости смерти. Близка к ней по тематике «терапия воспоминаний», разработанная на основе «концепции обзора жизни» (Life Review Konzeption) Батлера [64]. Элементы этого терапевтического метода часто используются в геронтологических лечебных программах, прежде всего в групповой терапии. У этого метода есть один побочный позитивный эффект, достойный упоминания: пациенты могут делиться друг с другом своим жизненным опытом и мудростью [57]. Систематическая оценка этого метода — как и краткосрочной психодинамической терапии — до сих пор не была проведена.

В современной психиатрии членов семьи психически больного родственника нередко игнорируют в планах лечения и ухода за ним, это же касается и родственников больных с депрессией позднего возраста. Во-первых, считается, что индивид имеет право на конфиденциальные отношения со своим врачом. Помимо этого, у психиатров нередко нет навыков работы с семьями. М. J. Goldstain [65] утверждает, что он наблюдал «сопротивление применению этих (семейных) техник... многие практические врачи никогда не работали с семьями и, естественно, считают такую работу довольно пугающей». В отечественной психиатрии важный и огромный потенциал семьи в содействии восстановлению своего больного родственника обычно не ценится. Семьи, как правило, получают информацию только о том, что необходимо продолжать лечение лекарственными препаратами (фактически лекарственная терапия часто полностью осуществляется под надзором членов семьи, а пациент лишь пассивно участвует в этом процессе) [66].

По данным М. Leggatt (2003), в развивающихся странах лица, обеспечивающие уход за больным, выполняют основную роль в ресоциализации пациента, в восстановлении его профессиональных и социальных навыков не только из-за близких семейных уз, но и потому, что недостает реабилитологов, которые оказывают эти услуги [67].

В настоящее время в некоторых странах предусмотрена программа подготовки специалистов психиатрического профиля к обучению членов семей навыкам, необходимым для того, чтобы они могли быть активными, уверенными помощниками своего больного родственника, а не пассивными жертвами трудных обстоятельств, созданных его психическим заболеванием [68]. Однако эти программы разработаны для родственников больных шизофренией, а вопросы

депрессий позднего возраста до сих пор остаются не изученными, хотя их важность актуальна.

В современной модели психиатрической помощи семья душевнобольного стала занимать более значимое место, чем это было в рамках традиционной, медикоцентристской модели. Однако, несмотря на то, что наука вплотную подошла к вопросу о необходимости взаимодействия с семьей пациента в процессе его социальной реабилитации, объединения усилий специалистов лечебного учреждения и родственников больного, ученые вынуждены признать, что «это самостоятельная и еще не в полной мере разработанная проблема» [69].

Педагогами-психологами ставится вопрос о необходимости проведения с членами семьи больного депрессией позднего возраста комплексной медико-психолого-педагогической работы, направленной на усиление и развитие их реабилитационных возможностей и формирование готовности к более активному и компетентному содействию успеху лечения как предпосылки их последующего включения в реабилитационный процесс в качестве одного из его субъектов. Ими вводится термин «реабилитологического потенциала родственников пациентов», аналогичный «реабилитационному потенциалу» [70]. Реабилитологический потенциал родственника психически больного - это совокупность возможностей позитивного влияния на процесс и результат его социальной реабилитации, определяемых потребностью в заботе о близком человеке, психиатрической грамотностью и способностью к реабилитационно-ориентированному общению с больным [71].

Предлагаются пути, способствующие эффективной реализации потенциала родственников пациентов в социально-реабилитационной деятельности, к которым относятся: осознание спе-

циалистами психиатрического учреждения особой роли и возможностей родственников больного как одного из факторов социальной реабилитации и готовность к этически и педагогически корректному взаимодействию с ними в лечебно-восстановительном процессе; привлечение близких больного к сотрудничеству в реабилитационном процессе на доступном им уровне взаимодействия со специалистами (союзник - помощник - партнер) и стимулирование его дальнейшего развития; соответствие динамики и видов сотрудничества с членами семей пациентов, содержания и форм их участия в социальной реабилитации больных этапам лечебно-восстановительного процесса; инициирование специалистами создания общественных групп (сообществ) взаимопомощи родственников больных депрессией позднего возраста и организационно-методическое обеспечение их деятельности.

Таким образом, будучи естественной сетью социальной поддержки больного позднего возраста с депрессивным расстройством, семья способна оказывать на него существенное в терапевтическом отношении влияние, предупреждать обострения, снижать частоту обращаемости к психиатру, быстрее восстанавливать его общественные связи; сделать его жизнь более качественной и полноценной, улучшить социальное функционирование [72].

Анализ литературы показал, что существует множество психопрофилактических и реабилитационных мероприятий, которые могли бы активно влиять на социальное функционирование депрессивных больных позднего возраста. Однако наиболее оптимальным с точки зрения возвращения пациента к полноценной жизни является биопсихосоциальный подход к реабилитации больных с депрессиями позднего возраста.

О.М. Голоденко, Т.Л. Ряполова

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ДЕПРЕСІЯМИ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

У огляді літератури описуються методи психосоціальної реабілітації, які пропонуються не тільки сучасними дослідниками, але й ученими минулих століть. Отримана інформація свідчить про необхідність впровадження системного, комплексного підходу до реабілітації хворих із депресіями літнього віку, що більш ефективно поверне їх до повноцінного життя, у відмінності від ізольованого медикаментозного лікування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 74-81).

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DEPRESSIONS OF LATE AGE

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy, Donetsk

In the review of the literature methods of psychosocial rehabilitation which are offered not only modern researchers but also scientists of the last centuries are described. The received information testifies to necessity of introduction of the system, complex approach to the rehabilitative program of patients with depressions of late age which will more effectively return them to a high-grade life in difference from the isolated drugs treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 74-81).

Литература

1. А.М. Полохов, Н.Ю. Бачинская, В.И. Гребельник, И.В. Кобзарь Распространенность депрессий неэндогенного генеза в популяции лиц старшего возраста // Эндогенная депрессия. – Иркутск, 1992. – С. 130.
2. Kanowski S., Dunner D.I., Glassman A.H. Depression in the elderly – panel discussion // Gerontology. – 1994. – Vol. 40, Suppl. 1. – P. 28-29.
3. Grove W.M., Bstin T.B. Mental illness in general health care: an international study. – Chichester (England): John Wiley & Sons, 2001. – 368 p.
4. Balfour J.L., Coryell W., Glove W.M. Follow-up and family study of anxious depression // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 148. – P. 1512-1517.
5. Сердюк О.І., Михайлов Б.В. Взаємозв'язок показників психоемоційного стану хворих з соматичними захворюваннями та деяких чинників впливу // Арх. психіатрії. – 2000. – №1-2. – С. 34-36.
6. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. вісн. психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 4. – С. 79-82.
7. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2002. – №1. – С. 7-12.
8. Напрєєнко А.К., Латчман Н. Коморбидная депрессия у лиц позднего возраста в сети первичной медицинской помощи // Журн. психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – №1. – С. 32-36.
9. Юрьева Л.Н., Мамчур А.И. Сравнительная эффективность амитриптилина и флуоксетина (клинико-нейрофизиологический подход) // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, №2 (Доп.). – С. 187-188.
10. Бородин С.В., Михлин А.С. Самоубийства за рубежом // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 20-32.
11. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. – 2002. – №8. – С. 15-19.
12. Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Бурцев А.К. Органические депрессивные расстройства сосудистого генеза в позднем возрасте: Монография. – Донецк: «Каштан», 2009. – 158 с.
13. Цветкова Н.Б. Аффективные и аффективно-бредовые психозы пресенильного возраста в свете денных отдаленного каатмнеза // Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.18 / Горьк. гос. мед. ин-т. – Горький, 1974. – 27 с.
14. Городничев А. Отношения психиатрии и психотерапии (на примере терапии депрессии) [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://babuka.ru/referat/psihologiya/0_object74002.html
15. Каннабих Ю.В. История психиатрии / Ю.В.Каннабих. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. – 560 с.
16. Карпов А.А. Ваш близкий – психически больной. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.
17. Каннабих Ю.В. История психиатрии [Электронный ресурс] / Ю.В.Каннабих. – Режим доступа: <http://psylib.org.ua/books/kanny>
18. Михайлова Л.А. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях. СПб., 2009.
19. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. 1-е издание. 1998.
20. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. М., 2008.
21. Менделевич В.Д., Абитов И.Р. Прогностическая компетентность и психологические защиты пациентов с невротическими и психосоматическими расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 22-26.
22. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Смирнова Д.А. Использование психообразовательных программ для борьбы с последствиями стигматизации и самостигматизации психически больных (на примере депрессий) // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации. Материалы конференции. СПб., 2008. С. 52.
23. Koenig H.G. et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. P. 1693-1700.
24. Koenig H.G., George L.K., Seigler I.C. The use of religion and other emotion regulating coping strategies among older adults // The Gerontologist. 1998. Vol. 28. P. 303-310.
25. Payman V., Kuruvilla G., Ryburn B. Religiosity of depressed elderly inpatients // Int. J. Geriatric Psychiatry. 2008. Vol. 23, № 1. P. 16-21.
26. Koenig H.G. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 536-542.
27. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте (клиника, динамика, психосоциальная реабилитация): Автореф.дисс. ...канд.мед.наук. М., 2003.
28. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры в преодолении реакций горя в позднем возрасте // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий. Харьков, 2006. С. 95-96.
29. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества у лиц позднего возраста (клиника, динамика, психосоциальная коррекция): Автореф.дисс. ...канд.мед.наук. М., 2004.
30. Allport G.W. The individual and his religion. New York: Macmillan, 1950.
31. Баскакова С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20, Выпуск 2. С. 88-96.
32. Zisook S., Shuchter S.R. Depression through the first year after the death of a spouse.//Am. J. Psychiatry.-1991. -vol.148 (10).-P. 1346-1352.
33. Prigerson H.G., Bierhals A.J., Kasl S.V., Reynolds C.F., Shear M.K., Day N., Beery L.C., Newson J.T., Jacobs S. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. // Am. j. Psychiatry. 1997. -vol. 154. - P. 616-623.
34. Byrne G.J., Raphael B. The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1997; 12.- N2.-P. 241-251.
35. Clayton P.J. The effect of living alone on bereavement symptoms. // Am. J. Psychiatry. 1975. -vol. 132. -N2. - P. 133-137.
36. Palmore E. The social factors in aging. // In Handbook of geriatric psychiatry ed. by E.W. Busse, D.G. Blaser. New-York, 1980. P. 222-248.
37. Post F., Shulman K. New views of old affective disorders. // In Recent Advances in Psychogeriatrics. / Ed. by Tom Arie. Churchill Livingstone. Edinburg, London, New-York. 1985. - P. 119-140.
38. Acthe K. Suicidal tendencies in the elderly. // The elderly person as a patient (ed. by P. Kielhols and C. Adams). Deutscher Arzte; Verlag Koln, 1986: 117123.
39. Bennett K.M., Morgan K. Health, social functioning, and marital status: Stability and change among elderly recently widowed women. // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1992. -vol. 7. -N 11.- P 813-817.
40. Alexopoulos G.S. New concepts for prevention and treatment of late-life depression. //American J. Psychiatry. 2001. - vol. 158.-N6.-P. 835-838.
41. Смулевич Н.А. Реактивные депрессии позднего возраста (клиническая типология, диагностика, терапия). Дисс. на соиск.... к.м.н. -М., 1989.
42. Баранская И. В. Патологические реакции горя в позднем возрасте (клиника, динамика, психосоциальная реабилитация) : Дис. ... канд. мед. наук : 14.00.08 М., 2003 194 с.
43. Мунчаева А.Р., Козлова Ю.П. // Новые методы терапии психических заболеваний: Тезисы докладов в Всерос.конф. (29 нояб. – 2 дек. 1988 г.) – Свердловск, 1988. – С. 177-178.
44. Ветроградова О.П., Деметьева Н.Ф., Войцех В.Ф. и др. / Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. – М., 1979. – С. 43-57.
45. Деметьева Н.Ф., Казаков М.С. Домашний отпуск (временная выписка) инвалидов, находящихся в психоневрологических интернатах, как метод социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация,

№3, 1999. – С. 20-22.

46. Дементьева Н.Ф., Сырникова Б.А. Реабилитация больных с психическими нарушениями при некоторых инвалидизирующих заболеваниях и вопросы организации психиатрической помощи в реабилитационном центре для инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, №3, 1999. – С. 17-20.

47. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новак, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова и др. // Клин. медицина. – 2000. – №2. – С. 10-13.

48. Турушева Н.Б., Балько М.Я., Кизеева Т.Н. Динамика социальной дезадаптации пациентов отделения интенсивного лечения в сообществе, находящихся в программе больше года // Омская психиатрия: история и современность. Сборник научно-практических трудов, посвященных 110-летию Омской психиатрической клиники. – Омск, 2007. – С. 178–180.

49. Уткин А.А., Степанова О.Н. Инновационные формы психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в Омской области / Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – с. 124-126. <http://www.mniip.org/science/avtoreferats/stepanova.doc>

50. Доповідь Другої Всесвітньої асамблеї з проблем старіння, Мадрид, Іспанія, 8-12 квітня 2002 р. (видання Фонду Народонаселення ООН) глава IV, розділ А.

51. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк: Каштан, 2009. – С. 176.

52. Junker C, Schaufelberger HJ. Die Entscheidung einen Arzt aufzusuchen // Schweiz Dtzzeit. – 1989. – Vol. 70. – P. 1907–1914.

53. Radebold H. (Editor) Psychiatrie der Gegenwart: Band 8: Alterspsychiatrie. - Springer; 3? 1992/ - 418 p.

54. Rogers K., Dymond K. Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach // Chicago: The University of Chicago Press, 1954. – 447 p.

55. Baltes M.M., Wahl H.-W. The behavioral system of dependency in the elderly: Interactions with the social environment/ Aging, health, and behaviour. - Baltimore, MD: Jones Hopkins University Press. – 1999. – 512 p.

56. Morris R.G., Morris L.W. Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 1991. - № 6, Vol. 6. – P. 407–413.

57. Leucht S., Wada M., Kurz A. Are negative cognitions symptoms of depression or also an expression of personality traits? // Der Nervenarzt. – 1997. - № 68(7). – P.563-568.

58. Fuchs T., Zimmer F.T. (1992) Verhaltenstherapeutische und psychodynamische Therapieansätze bei Altersdepressionen //

Verhaltenstherapie. – 1992. - № 2. – P. 244-250.

59. Leichsenring F., Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence/ In Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. – 2007. - № 2, Vol. 80. – P. 217–228.

60. Hautzinger M Cognitive behavior therapy with depressed elderly patients: initial experiences and results // Zeitschrift für Gerontologie. – 1992. - № 25(6). – P. 369-372.

61. Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J., Chevron E. S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. - New York: Basic Books. -1984. – 234p.

62. Weissman M. M., Markowitz J. C., Klerman G. L. Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. - New York: Basic Books. - 2000. – 361p.

63. Reynold C. F., Frank E. et al. Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Depression: A Randomized Controlled Trial in Patients Older than 59 Years. // Journal of the American Medical Association. – 1999. – Vol. 281. – P. 39–45.

64. Butler, R. N. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged // Psychiatry. – 1963. – Vol. 26. – P. 65-75.

65. Goldstein M.J. Psychoeducation and relapse prevention. Int Clin Psychopharmacol 1995; 9(Suppl 5):59-69.

66. Gordychuk S.A. What is hidden behind reduction of parameters of physical inability in connection with mental frustration? // Mental health – 4 (9) 2005: P. 4-15.

67. Margaret Leggatt Families and mental health workers: the need for partnership // World Psychiatry 2003; 1:1, P. 52-54.

68. National Schizophrenia Fellowship/Sainsbury Center for Mental Health. Learning to cope together: implementation and evaluation of the National Schizophrenia Fellowship/Sainsbury Centre for Mental Health carers' education and support project, 1998.

69. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: Медицина, 2001. - С. 515.

70. Ряполова Т.Л. Комплексная оценка реабилитационного потенциала больных шизофренией на различных стадиях заболевания // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 29 – 42.

71. Гажа А.К. Педагогические условия реализации возможностей родственников в процессе социальной реабилитации психически больного [Электронный ресурс] / А.К. Гажа. - Режим доступа: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/106360.html>

72. O'Leary K. D., Beach S. R. H. Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord // American Journal of Psychiatry. – 1990. – Vol. 147. – P. 183-186.

Поступила в редакцию 18.04.2011

УДК: 616.895.8-06:616-008.9

*Е.М. Денисов***ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (СООБЩЕНИЕ 2)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: факторы риска, метаболический синдром, шизофрения, атипичные антипсихотики, традиционные нейролептики, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания.

Метаболический синдром (МС) – кластер наиболее значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включающий в себя взаимосвязанные между собой нарушение углеводного и липидного обмена, абдоминальное ожирение (АО) и артериальную гипертонию (АГ).

У лиц с диагностированным по современным критериям МС риск смерти от ССЗ в 2 раза, а риск их наличия в 3 раза выше, чем у людей без МС. Кроме того, больные страдающие МС, в 5 раз чаще подвержены риску развития сахарного диабета 2 типа (СД) [25]. ССЗ и СД на сегодняшний день являются ведущей причиной смерти в индустриально развитых и во многих развивающихся странах, несмотря на заметный прогресс в диагностике и лечении этих заболеваний [79].

В свою очередь своевременное выявление и лечение МС становится основой профилактики ССЗ и СД, т.к. на ранних стадиях МС является потенциально обратимым состоянием, и при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или уменьшения выраженности его основных проявлений [24].

В целом факторы риска МС во многом совпадают с факторами риска ССЗ и СД [9]. Они делятся на изменяемые и неизменяемые. К изменяемым факторам риска (факторам окружающей среды) относят: гиподинамию (снижение физической активности); нерациональное питание (избыточное потребление пищи, увеличение в рационе количества углеводов и жиров, низкое потребление растительной клетчатки), стресс, курение, употребление алкоголя [44].

К неизменяемым факторам риска относятся генетическая предрасположенность, возраст и пол больного. Предполагается, что МС является наследуемым полигенным заболеванием [9].

Так, Т. Heiskanen et al. [41] при анализе результатов, проведенного ими в Финляндии ис-

следования не получили достоверных различий между больными с МС и без него по применению атипичных антипсихотиков (АА), возрасту, длительности наличия диагноза шизофрении, возрасту манифестации шизофрении, длительности и количеству госпитализаций, выраженности симптоматики шизофрении на момент осмотра. При этом доза антипсихотика в хлорпромазиновом эквиваленте была меньше у больных с МС, чем без него. Таким образом, по мнению авторов, на развитие МС может оказывать влияние не только антипсихотическая терапия, но и множество других факторов.

Т. Sohn и соавторы [32] выявили, что по частоте развития МС и большинству биохимических показателей нет разницы между госпитализованными и амбулаторными больными, между больными, получающими различные АА. Достоверная разница была только в уровне триглицеридов для групп больных, получающих различные антипсихотики. Среди обследованных больных шизофренией курили 74% мужчин и 66% женщин, тогда как в сравниваемой выборке отобранной среди населения США курили лишь 30% и 28% соответственно. Эти данные позволили сделать вывод, что больные шизофренией имеют большее количество факторов риска ССЗ, чем общая популяция, а госпитализация сама по себе не увеличивает риск развития метаболических расстройств.

J. McEvoy и соавторы [59], анализируя данные стартового исследования GATIE выявили, что распространенность МС у больных шизофренией увеличивалась с возрастом, однако она была высокой уже в младших возрастных группах (20-29 лет и 30-39 лет). МС чаще встречался у женщин, чем у мужчин и у лиц белой расы по сравнению с афроамериканцами. По мнению авторов, наличие диагноза шизофрении значительно повышал риск развития МС.

В дальнейшем J. Meyer и соавторы [61] при

изучении факторов риска развития МС среди больных шизофренией, включенных в исследование CATIE, провели сравнение пациентов с МС и без него по следующими параметрам: общий балл PANSS, оценка нейрокогнитивного статуса, качество жизни (КЖ), физическое функционирование, длительность антипсихотической терапии. Было отмечено, что МС чаще всего встречался у больных с низким КЖ, снижением функциональной активности и более продолжительным приёмом антипсихотиков. Оценка по пункту PANSS – соматическая озабоченность (G1) была выше у больных с МС.

В Бельгии М. De Hert и соавторы [33,34] оценивали увеличение риска развития МС, связанное с повышением длительности шизофрении. Обследованные больные были разделены на 4 группы с разной продолжительностью шизофрении: 100 человек (24,1%) были включены в группу с первым психотическим эпизодом (ППЭ), 130 пациентов (31,3%) с длительностью болезни до 10 лет, 106 больных от 10 до 20 лет, 79 (19%) - более 20 лет.

Пациенты с ППЭ имели нормальный средний индекс массы тела (ИМТ), с увеличением длительности заболевания значимо увеличивался вес и объем талии (максимально для длительности заболевания 10-20 лет).

Распространенность МС нарастала с увеличением продолжительности заболевания и составляла 17% для больных с ППЭ, 28,5% для пациентов с длительностью шизофрении до 10 лет, 42,4% для болеющих от 10 до 20 лет, и 49,4% для страдающих шизофренией более 20 лет. Также значимые различия для этих групп больных наблюдались по всем отдельным критериям МС.

Распространенность СД и нарушений толерантности к глюкозе также росла с увеличением длительности заболевания и была выше в группе больных, получавших клозапин. С возрастом частота МС среди больных шизофренией нарастала в той же мере, как и в общей популяции.

О. Воке и соавторы [29] при поиске факторов риска МС у больных шизофренией проводили логистическую регрессионную модель с МС в качестве зависимой переменной и следующими ковариантами: пол, возраст, образование, длительность шизофрении, семейное положение, занятость, проживание в городе/деревне, наличие работы, регулярное/нерегулярное лечение. Достоверное влияние по результатам, анализа этой модели оказывали такие факторы, как женский пол, возраст, продолжительность ши-

зофрении и лечение заболевания.

В международном исследовании METEOR [34] не было обнаружено различий у пациентов с нарушениями углеводного и липидного обмена между группами больных, получающих типичные и атипичные препараты. Показатели, отражающие изменения массы тела, были несколько выше в группе АА, тогда как артериальная гипертензия (АГ) чаще наблюдалась у больных, принимавших типичные антипсихотики (47,3%).

В другом исследовании этого же коллектива авторов при ретроспективной оценке трехлетнего лечения впервые заболевших больных шизофренией типичными и атипичными нейролептиками МС более чем в 3 раза чаще выявлялся в группе, получавших препараты второго поколения [33].

При анализе литературы были отмечены работы в которых показано влияние тех или иных факторов на отдельные компоненты МС. Среди них необходимо выделить неблагоприятные факторы, которые специфичны для больных шизофренией:

1. Влияние антипсихотической терапии;
2. Влияние психопатологической симптоматики шизофрении;
3. Возможное единство наследственности и/или патогенетических механизмов развития обменных нарушений и шизофрении.

Влияние антипсихотической терапии

В связи с тем, что больные шизофренией нуждаются в многолетнем, часто пожизненном, приеме антипсихотиков, влияние препаратов этой группы на обмен веществ может становиться важной причиной, способствующей развитию нарушений метаболизма. Данные большого числа работ свидетельствуют о том, что среди антипсихотических препаратов наибольшее влияние на обмен веществ оказывают препараты второго поколения - АА [26, 49, 55, 56], из них в первую очередь - клозапин и оланзапин [26, 42, 43, 51, 66].

Известен нежелательный эффект многих антипсихотиков на рост массы тела [26]. Для анализа литературы было отобрано 81 исследование с использованием 11-ти антипсихотиков в стандартных дозах. Оценивался результат терапии длительностью 8 недель. Наибольшее повышение массы тела было отмечено при лечении клозапином (4,45 кг) и оланзапином (4,15 кг). При терапии рисперидоном отмечался рост массы в среднем на 2,10 кг. При этом АА - zipразидон практически не повышал вес тела. От-

мечено, что при приеме плацебо происходило снижение массы тела (на 0,74 кг), что было обусловлено отменой предыдущей антипсихотической терапии и тем, что психотическая симптоматика у этих пациентов была выражена больше, а значит, был более выражен стресс и чаще наблюдался отказ от еды. Следует отметить, что дозо-зависимый эффект у исследуемых препаратов проявлялся неодинаково. Так “стандартной дозой” клозапина отмечали дозу 500 мг/сут, в дозе 250 мг/сут повышение массы составляло лишь 2,96 кг. А рисперидон вызывал сходную прибавку массы тела как в дозе 10 мг/сут, так и 6 мг/сут (2,10 кг и 2,00 кг соответственно).

В.Л. Кипон и соавторы [47] исследовали динамику показателей обмена веществ в течение 3-х лет у пациентов, получавших оланзапин и галоперидол. Ими установлено, что увеличение массы тела на фоне терапии оланзапином имело высокие темпы в первые недели терапии, переходя в стадию “плато” после 39-ой недели без дальнейшего изменения. По данным С.М. Beasley и соавторов (1997) [28], “плато” увеличения веса тела при терапии оланзапином наступало уже к 18-20 неделе.

Изменение массы тела можно было объяснить блокадой некоторыми антипсихотиками гистаминовых (H1) и серотониновых (5-HT2c) рецепторов, активацией ГАМК-ергической системы, повышением уровней лептина и фактора некроза опухоли (ФНОб) [12].

В ретроспективном анализе историй болезней 92 больных N. Maninger и соавторы [57] отмечали связь между аффиностью к рецептору гистамина H1 и максимальной прибавкой в массе тела у больных принимавших клозапин, оланзапин, рисперидон, сертиндол и галоперидол; для 5-HT2c рецепторов такой связи не было обнаружено.

В многочисленных рандомизированных исследованиях было показано, что антипсихотические препараты также способны оказывать влияние на обмен углеводов и липидов.

D.C. Henderson и соавторы [42] отмечали, что у 36% больных, получавших клозапин в течение 5 лет был впервые выявлен СД. В тоже время у данных больных увеличивался вес тела и уровень триглицеридов. Эти данные были получены в небольшом открытом неконтролируемом исследовании. За 5 лет у 30 из 82 пациентов развился СД, у одного из пациентов развилась кетоацидотическая кома.

В литературе было описано несколько сотен случаев развития кетоацидоза, в том числе, при-

ведших к смертельным исходам, которые с высокой достоверностью можно было связать с приемом антипсихотиков [60,61].

Исследование С. Кого и соавт. [49] было посвящено сравнению оланзапина и рисполепта в возможности вызывать развитие СД. Из базы данных для данной работы было отобрано 9600 больных с шизофренией. Среди них было выявлено 450 больных с СД, развившимся не менее чем через 3 месяца после назначения различных антипсихотиков. Было показано, что оланзапин значительно повышает риск развития СД (более чем в 5 раз) по сравнению с типичными нейролептиками, в отличие от рисперидона.

J.P.Lindenmayer с соавторами [56] провели двойное-слепое рандомизированное исследование влияния ряда антипсихотиков на уровень глюкозы и холестерина у больных шизофренией. В анализ было включено 157 пациентов с нормальным уровнем глюкозы. Исследование состояло из двух этапов: 1-ый-прием фиксированных доз препаратов (500 мг клозапина, 20 мг оланзапина, 8 мг рисполепта, 20 мг галоперидола), 2-ой - шестинедельного периода терапии с переменными дозами препаратов. Было выявлено достоверное повышение уровня глюкозы при терапии клозапином, оланзапином и галоперидолом, но не рисполептом. Уровень холестерина достоверно увеличивался при терапии клозапином и оланзапином.

В 2005 году D.C.Henderson и соавторы [43] провели исследование, направленное на изучение патогенетических механизмов развития СД при использовании различных нейролептиков для лечения шизофрении. Было отобрано 36 пациентов (средний возраст 41 год) без отягощенной наследственности, без ожирения и СД. В течение нескольких лет каждый больной получал стабильную дозу того или иного антипсихотика. Группы были сопоставимы. Для каждого пациента определялся уровень глюкозы натощак, уровень инсулина, гомеостатическая модель определения инсулинорезистентности (НОМА-IR). Необходимо отметить, что приём клозапина и оланзапина в большей степени вызывал инсулинорезистентность, чем рисперидон. В противоположность этому у пациентов, получавших рисперидон увеличивался индекс чувствительности к инсулину.

По мнению M.O Sowell [74], патогенез инсулинорезистентности при лечении оланзапином и клозапином был обусловлен увеличением массы жировой ткани, непосредственным действием препаратов на обмен инсулина за счет подав-

ления бета клеток поджелудочной железы в результате блокады 5-НТ1а рецепторов, снижением чувствительности тканей к инсулину.

Как было указано выше, АА способны оказывать влияние не только на углеводный, но и на липидный обмен. Так, в рандомизированном, двойном-слепом исследовании J.P. Lindenmayer [56] показал увеличение уровня общего холестерина у больных шизофренией через 8 недель при лечении клозапином и оланзапином, в отличие от приёма рисперидона и галоперидола.

При изучении частоты развития дислипидемии у 606 стационарных больных, принимавших АА, она была выявлена у 66-68% больных [67]. По данным британского исследования с ретроспективным анализом историй болезни, риск развития дислипидемии был в 3 раза выше при лечении оланзапином по сравнению с традиционными нейролептиками [49]. В отношении рисперидона достоверных различий обнаружено не было [12, 65].

По результатам стартового обследования в исследовании САПЕ между больными с МС и без него не было выявлено разницы в длительности использования антипсихотической терапии [61]. В тоже время, при сравнении эффективности и безопасности использования различных антипсихотиков второго поколения (оланзапина, кветиапина, рисперидона, зипразидона и клозапина) и традиционного нейролептика этаперазина, было выявлено, что использование оланзапина и клозапина, достоверно чаще приводило к изменению параметров обмена веществ [54].

Пациенты, принимавшие оланзапин, имели наибольшее увеличение массы тела, 30% из них имели увеличение веса тела более чем на 7%. У пациентов, получавших оланзапин, наблюдалось, значимое повышение общего холестерина (среднее увеличение на $9,7 \pm 2,1$ мг/дл), триглицеридов (среднее увеличение на $42,9 \pm 8,4$ мг/дл) и гликозилированного гемоглобина (среднее увеличение на $9,7 \pm 2,1$ мг/дл) со статистически значимой, разницей в увеличении этих показателей по сравнению с другими препаратами.

М.Ж. Rajonk [66] в своей работе исследовал общий диабетогенный потенциал нейролептиков, используя определение ранжированного риска развития СД и связанных с диабетом симптомов для различных препаратов. По каждому пункту каждый из четырех препаратов получал оценку от 1 до 4 в соответствии с местом, который этот препарат занимал по силе своего эффекта, т.е. меньшие значения соответствовали

большому влиянию на обмен веществ. По мнению этого автора, наибольшим влиянием на развитие нарушений обмена веществ обладали оланзапин и клозапин.

Действие антипсихотиков на секрецию гормона жировой ткани лептина было показано в некоторых работах. По данным более 20 исследований уровня лептина при назначении клозапина и оланзапина, уровень лептина быстро и значимо повышался при назначении этих препаратов. Быстрый рост уровня лептина при лечении клозапином и оланзапином было связано, как с ростом количества жировой ткани, так и с нарушениями обмена лептина (например, чувствительности к нему рецепторов или центральной регуляции), что в свою очередь приводило к увеличению массы тела.

В противоположность описанным данным, в нескольких исследованиях было показано, что у больных, использующих традиционные нейролептики или не получающих антипсихотическую терапию вовсе, также повышался риск обменных нарушений. S. Mukherjee [62] среди 96 больных шизофренией в Италии выявил более чем двукратное увеличение частоты СД среди больных шизофренией.

В работе M.I. Subramaniam с соавт. [76] был выявлен СД у 16% пациентов, нарушение толерантности к глюкозе у 30%, что было в 2 раза больше, чем в общей популяции. Все обследованные пациенты получали только традиционные нейролептики. Патогенетически влияние на обменные процессы традиционных нейролептиков было связано с увеличением уровня пролактина за счет блокады дофаминовых рецепторов в тубероинфундибулярном тракте. Повышение уровня способствовало увеличению веса тела за счет снижения чувствительности к инсулину и дальнейшего нарушения уровня андрогенов и эстрогенов [27].

Большинство современных исследователей сходятся во мнении, что антипсихотические препараты косвенным, и пока еще не до конца изученным образом, способны оказывать влияние на все компоненты МС. Наиболее выраженное негативное действие имеют клозапин и оланзапин [31].

В 2004 году Американская Диабетическая Ассоциация, Американская Психиатрическая Ассоциация, Американская Ассоциация Клинических Эндокринологов под влиянием большого количества накопленных данных об обменных нарушениях, вызванных использованием АА, опубликовали консенсус, в котором отме-

тили опасное влияние оланзапина и клозапина на вес тела, увеличение риска развития СД и дислипидемии.

Влияние психопатологической симптоматики шизофрении

Больные шизофренией чаще подвержены стрессу, как от реальных стрессоров (финансовые трудности, проблемы с работой, социально-трудовая дезадаптация), так и от псевдострессоров (бред, галлюцинации, тревога, страх, возбуждение) [36]. Стресс вызывает активацию гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы и повышение уровня кортизола, приводит к повышению артериального давления. Существуют данные, подтверждающие широкую распространенность дисфункций гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси у больных шизофренией [82,83].

Отмечалось снижение чувствительности во время дексаметазонового теста [80] и повышение базального уровня кортизола у больных шизофренией при сравнении с психически здоровыми людьми [53,82]. При этом некоторыми исследователями отмечалась связь увеличения уровня кортизола с выраженностью позитивной симптоматики [46, 81], тогда как другими – с большей выраженностью негативных расстройств [64, 77].

Длительная гиперкортизолемиа у больных шизофренией может приводить к нарушению обмена углеводов и липидов, инсулинорезистентности, абдоминальному ожирению [36, 78]. Это также может обуславливать предположение, что большая, выраженность психических расстройств на момент обследования, может приводить к выявлению большего количества метаболических нарушений [45].

В настоящее время еще один гормон гипоталамо-гипофизарно адреналовой оси - дегидроэпиандростерон (ДГЭА) привлек особое внимание исследователей. Известно, что ДГЭА оказывает нейропротективное и стрессопротективное действие, защищая организм от негативного воздействия повышенной секреции кортизола, стимулирует рост нервной ткани, уменьшает апоптоз нервных клеток, обладает противовоспалительным и антиоксидантным действием [10, 57].

Показатели ДГЭА и отношение кортизол/ДГЭА прежде уже изучались у больных шизофренией, в т.ч. низкие значения ДГЭА рассматривались как значимый предиктор ответа на антипсихотическую терапию, отмечалась зависимость уровня ДГЭА с тревогой и депрессией,

когнитивными расстройствами [39, 69].

Оценивалась реактивность синтеза ДГЭА в ответ на введение адренокортикотропного гормона, хориогонадотропного гормона, при этом отмечалась сниженная реактивность, которая дополнительно снижалась с увеличением длительности шизофрении [15].

Первые попытки использовать ДГЭА для лечения больных шизофренией предпринимались еще в начале 50-гг [75].

В работе А. Elias [39] приведен обзор всех проспективных исследований препаратов ДГЭА, которые назначались в дополнение к антипсихотической терапии при лечении шизофрении. Одновременно с этим у психически здоровых людей был выявлен значимый эффект препаратов ДГЭА при лечении и профилактике МС и абдоминального ожирения [80].

Несомненный, интерес представляли собой работы, в которых рассматривались конституциональные особенности больных шизофренией в зависимости от типов течения шизофрении. Ф.А. Вайндрух [4] в обзоре литературы приводяли данные исследований, свидетельствующие о том, что больные с астенической конституцией заболевали раньше пикников, чаще имели непрерывное течение с выраженными негативными расстройствами, отмечали менее выраженные продуктивные расстройства. Больные с пикническим телосложением наблюдали более выраженную продуктивную, аффективную патологию, эти больные были более синтонны и чаще имели более доброкачественное течение болезни.

Позже Э.А. Трофимова и соавт. [23] произвели антропометрическое обследование 659 больных шизофренией (395 мужчин и 264 женщины), госпитализированных в один из московских психиатрических стационаров. По результатам этих авторов при шизофрении у лиц астенической конституции чаще заболевание манифестировало в детском возрасте, чаще отмечалось непрерывное течение (преимущественно за счет вялотекущих форм). Больные с пикнической конституцией чаще имели злокачественное течение шизофрении, чаще отмечали выраженный эмоционально-волевой дефект.

Изучение связей психических состояний и АГ имеет большую историю. В 30-е годы XX столетия создателем “нейрогенной концепции” АГ стал Г.Ф. Ланг [13]. Согласно автору, “гипертоническая болезнь (ГБ) возникает как невроз высших нервных центров нейрогуморального, регулирующего артериальное давление аппарата”.

Этот невроз он считал проявлением “застойности раздражительных процессов в соответствующих нервных центрах гипоталамической области или коры больших полушарий”, которая “развивается под влиянием длительных заторможенных с отрицательных эмоций и аффектов”. Яркими примерами, которыми Г.Ф. Ланг иллюстрировал свою теорию, были многочисленные случаи острого значительного повышения АД с последующей хронизацией и морфологическими изменениями в заблокированном Ленинграде. При этом при длительном голодании, характерна была тенденция к артериальной гипотензии, поэтому эпидемиоподобный подъем распространенности АГ в заблокированном Ленинграде отмечался после улучшения-продовольственного снабжения, сменив собой алиментарную дистрофию [21].

Таким образом, можно предполагать, что длительный стресс, в котором находятся больные шизофренией, может напрямую способствовать формированию АГ, особенно в условиях избыточного питания, а значения АД должны быть выше во время обострения продуктивной симптоматики.

Однако в некоторых публикациях коморбидность шизофренией и АГ рассматривается как сравнительно редкое явление. Например, М.Д. Пятав [19] выявил ГБ лишь у 2,65% больных шизофренией (у 100 из 3760 больных), при этом при шизофренией отмечалось относительно благоприятное течение (ГБ). По мнению этого автора, эмоционально-волевой дефект блокирует развитие ГБ.

А.Ю. Третьяков и соавторы [23] выявили АГ у 17,1% больных шизофренией (у 102 из 595 обследованных), что было меньше, чем в группе контроля, состоящей из психически здоровых людей, находящихся под наблюдением в поликлинике или соматическом стационаре (в группе контроля частота АГ составила 27,6%). Изучая подгруппы пациентов, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении, получающих антипсихотики и не получающих антипсихотики, авторы пришли к заключению, что психофармакологическая терапия не влияет на частоту АГ при шизофренией, тогда как у лиц с эмоционально-волевым дефектом частота АГ была ниже, чем у лиц без дефекта.

Существуют и противоположные данные, свидетельствующие о более высокой частоте [37] АГ у больных шизофренией при сравнении с психически здоровыми людьми [7, 32].

Отмечается, что инсулинорезистентность и

СД участвуют в развитии поздней дискинезии у больных шизофренией [73]. Эмоционально-волевые расстройства, свойственные шизофренией, могут способствовать формированию нездорового образа жизни у этой категории больных (курение, гиподинамия, нездоровое питание, недостаточное внимание своему соматическому здоровью, ожирение).

В некоторых работах в США было выявлено, что 85% больных шизофренией курят в отличие от 23% курящих в общей популяции [40]. В исследовании, проведенном в Шотландии, курили 70% больных, что было в 2 раза больше, чем среди прочего населения этой страны [58].

О.В. Рыжкова [20] в России при обследовании 121 больного шизофренией выявила, что курят 77% больных (100% мужчин и 47% женщин).

Больные шизофренией имеют меньший уровень физической активности, чем здоровые [30]. Можно предполагать, что эти различия увеличиваются с увеличением выраженности негативной симптоматики шизофренией.

Страдающие шизофренией, по данным исследований, проведенных в Англии, достоверно чаще здоровых употребляли в пищу жиры и реже клетчатку [30, 58]. Это было связано с худшим уровнем жизни.

Было проведено рандомизированное клиническое исследование, в котором пациенты были разделены на 3 группы: первой в течение 6 месяцев бесплатно предлагались фрукты и овощи; во второй кроме предложения овощей и фруктов проводилось обучение правильному питанию; в третьей пищевой рацион был оставлен без изменений. В ходе исследования больные в группах, где бесплатно предлагались фрукты и овощи, стали значительно больше употреблять их в пищу, чем прежде (только 1 пациент из 69 отказался), но после завершения исследования, их пищевой рацион вернулся к тому, что было до исследования [58]. Авторы работы наибольшее значение в этом отводят низкому экономическому уровню больных и предлагают вводить программы, в которых вместе с обучением больных шизофренией правильному питанию, бесплатно раздавались бы свежие овощи и фрукты.

Недостаточное внимание своему соматическому здоровью, часто наблюдается у больных шизофренией [63, 30]. Н.Г. Незнанов [18]. отмечал у больных шизофренией гипонозогнозический и анозогнозический тип отношения к наличию и симптомам ИБС, что приводил к большому числу невыявленных случаев ИБС у этой ка-

тегории больных. Такой тип отношения к соматической болезни был связан недостаточностью эмоциональных и поведенческих реакций на боль, обусловленной эмоционально-волевым дефектом и нарушениями болевой чувствительности [14, 18].

Ожирение часто также рассматривали, как результат неблагоприятного воздействия факторов внешней среды, особенно при сочетании с неправильным питанием и недостаточным вниманием к своему соматическому здоровью. По современным данным у 45-55% больных шизофренией выявлялось ожирение (в 1,5-2 раза чаще, чем среди психически здоровых людей [26].

Возможное единство наследственности и/или патогенетических механизмов развития обменных нарушений и шизофрении

Особенности соматической сферы больных шизофренией часто рассматривались как одно из проявлений их основного болезненного процесса. Такими характерными для шизофрении соматическими знаками долгое время считали общую астеническую конституцию [11], слабость и повышенную заболеваемость легочным туберкулезом, другими инфекционными болезнями [6], недостаточность мезенхимы [2], врожденную гипоплазию сердца и крупных сосудов [19] и пр. Однако во второй половине 20 века произошли явные изменения в соматической сфере больных, которые могли быть объяснены патоморфозом болезни в результате улучшения условий внешней среды.

В настоящее время выраженных соматических изменений, обусловленных самим психозом у больных шизофренией не встречается, отклонения сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем преимущественно имеют функциональный характер [9].

В то же время, у больных шизофренией всегда выявляли значимые особенности обмена веществ, которые не могут быть объяснены условиями жизни или антипсихотической терапией [3, 17, 31].

Так, у больных шизофренией отмечались низкие уровни сахара, но извращенные сахарные кривые, медленное снижение уровня глюкозы после нагрузки, недостаточная чувствительность к инсулину [1, 5, 17].

Существуют наблюдения, о высокой распространенности расстройств обмена глюкозы у первичных больных шизофренией, не имевших прежде симптомов шизофрении и. никогда, не получавших антипсихотиков [70, 78]. Так, в работе М. Ryan и соавторы [70] у 26 больных с

ППЭ в сравнении со здоровыми добровольцами выявили значительные изменения углеводного и липидного обмена (у 15% больных шизофренией было выявлено нарушение толерантности к глюкозе против 0% у здоровых людей).

При этом, как отмечалось в данной публикации, обе группы были сопоставимы по демографическим, антропометрическим показателям и образу жизни [72]. Указанные результаты позволяют предполагать, что расстройства метаболизма у больных шизофренией развиваются вне зависимости от медикаментов и особенностей образа жизни [78].

В своей работе В.М. Морковкин [17] выявили у больных шизофренией достоверное снижение уровня общего холестерина НЭЖК, а также тенденцию к повышению концентрации триглицеридов, изменение активности ферментов, участвующих в обмене липидов. Последнее приводит к изменению обмена липидов в т.ч. фосфолипидов, входящих в состав клеточных мембран [8].

В исследовании J.H. Thakore [78] изучалось количество абдоминального жира (данные компьютерной томографии) у больных шизофренией и здоровых людей. У страдающих шизофренией (как в группе получавших прежде терапию нейролептиками, так и не получавших) количество жировой ткани значительно превышало такие показатели в группе контроля. Эти данные позволили авторам предположить, что больные шизофренией имеют склонность к развитию абдоминального ожирения и это связано у них с наличием основного заболевания.

Имеется достаточно большой разброс данных в отношении частоты семейного анамнеза СД у больных шизофренией. J.B. Dynes в 1969 году [38] сообщил, что до 50% пациентов имеют наследственную отягощенность СД против 4,6% в общей популяции. J. Lamberty и соавторы [52] выявили отягощенную наследственность у 17% пациентов, а E. Shiloah [72] у 19% больных.

Отсутствие роста распространенности МС с увеличением длительности шизофрении, выявленное в нескольких исследованиях [61, 29], в сочетании с общей высокой распространенностью МС у больных шизофренией может свидетельствовать о наличии “изначальной” предрасположенности к развитию обменных нарушений у этой категории больных [31].

Имеются данные о значимом и устойчивом снижении уровня аполипопротеина А1 у больных шизофренией [17, 50, 45]. Аполипопротеин А1 является белковой составляющей ЛПВП, а

снижение ХС ЛПВП является одним из компонентов МС. Так в ходе масштабной работы, затрагивавшей изучение различных обменных процессов у больных шизофренией, был выявлен феномен гипоальфа-липопротеидемии (ГАЛП), высокоспецифичный для больных шизофренией [17].

Корреляция низкого уровня альфа-липопротеидов и диагноза шизофрении в этой работе была настолько выражена и постоянна (не было зависимости от формы шизофрении, состояния больного, возраста, лечения, которое он получал и пр.), что позволила авторам предложить использовать уровень альфа-липопротеидов в крови для верификации диагноза шизофрении, в т.ч. в диагностически спорных случаях.

Высказывалась гипотеза, что диабет и метаболические расстройства - интегральная часть шизофрении, которая, возможно, лишь только демаскируется антипсихотическими препаратами и неблагоприятными факторами жизни [48]. Возможно, это может быть связано с неизвест-

ными изменениями на биохимическом уровне, нарушениями центральной регуляции обменных процессов или генетической взаимосвязью этих состояний [45].

Таким образом, на основании литературных данных можно сделать следующие выводы:

Больные шизофренией имеют высокую распространенность факторов 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. Дополнительно изучения требуют влияние клинико-динамических характеристик шизофрении и развития обменных нарушений.

Є.М. Денисов

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМА У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ (ПОВІДОМЛЕННЯ 2)

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В даній роботі проведений літературний огляд поширеності, фактори ризику розвитку метаболічного синдрому у хворих на шизофренію. Відмічені основні механізми формування МС при проведенні антипсихотичної терапії, вплив психопатологічної симптоматики на розвиток метаболічного синдрому. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 82-91).

E.M. Denysov

RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF THE METABOLIC SYNDROME IN PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA (REPORT 2)

Donetsk National Medical University by named M. Gorkiy

In this work we performed the review of prevalence, factors of hyphen of development of metabolic syndrome in patients with schizophrenia. In this work was showed influence of different antipsychotics is on gain in weight of patients, disturbance of metabolism of lipids and glucose. The basic mechanisms of forming metabolic syndrome of are marked during the lead through of antipsychotic therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 82-91).

Литература

1. Бабаскин, П.М. Прикладная биохимия шизофрении: автореф. дис... д-ра. биол. наук / Бабаскин П.М.; М. 1985 - 32 с.
2. Белецкий, В.К. О характере шизофренического процесса / В.К.Белецкий // Труды 2-ого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров - М.: Издание организационного комитета съезда, 1937.- Вып. IV.-С. 382-415.
3. Вартамян М.Е. Биологические нарушения и их биологическая детерминация / М.Е.Вартамян // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / под ред. А.В.Снежневского. - М.: Медицина, 1972. - С 338-379.
4. Вайндрух, Ф.А. Конституция и психозы (телосложение и психозы). Обзор литературы / Ф.А.Вайндрух, К.Н.Назаров // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1973. - Т. 73. - Вып. 1 - С. 140-147.
5. Гамбург, А.Л. Адренорегулирующие и инсулиноподобные влияния в регуляции уровня сахара в крови при шизофрении / А.Л.

Гамбург // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С.Корсакова. - 1963 - Т. 63. - Вып. 9.- С. 1398-1405.

6. Гиляровский, В.А. Психиатрия; Руководство для врачей и студентов / В.А.Гиляровский — М.-Л.: Биомедгиз, 1935. - 750 с.

7. Гусева, Л.Я. Смертность и причины смертности больных шизофренией: автореф; дис: .. канд. мед. наук. / Л.Я.Гусева; Московский НИИ-психиатрии. - М., 1969: - 17 с.

8. Зиньковский, А.К. Особенности изменения обмена фосфолипидов у больных параноидной формой шизофрении / А.К.Зиньковский, И.В.Прошенко // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы российской конференции, Москва; 9-11 октября.-2007 г.- М., 2007. - с. 330-333.

9. Долгов, В.В. Лабораторная диагностика нарушения обмена углеводов. Метаболический синдром и сахарный диабет/ В.В.Щолгов, А.В. Селиванова -М-Тверь: Триада, - 2006.- 128 с.

10. Иванова; С.А. Влияние терапии атипичным нейролептиком сероквелем на апоптоз клеток периферической крови и уровень дегидроэпандростерона у больных резидуальной шизофренией / С.А.Иванова, А.В.Семке // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. -Т.1, №2. - С.45-49.
- 11.Кречмер, Э. Строение тела и характер / Э.Кречмер: пер. со 2-ого нем. изд. - Изд. М.-Л.: Гос. изд., 1930. - 304 с.
12. Ладыженский, М.Я. Метаболические нарушения при лечении больных шизофренией / М.Я.Ладыженский, С.Н.Мосолов, А.В.Потапов, П.В.Рыбкин, О.В.Сердитов // Русский медицинский журнал. - 2008. - Т. 16, № 15. - С. 1028-1039.
13. Ланг, Г.Ф. Гипертоническая болезнь / Г.Ф.Ланг - Л.: Медгиз 1950 - 496 с.
14. Лебедев, Б.А. Особенности формирования внутренней картины болезни у больных эндогенными психозами / Б.А.Лебедев, В.И.Крылов, Н.Г.Незнанов // Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С.Корсакова. - 1991. - №5. - С. 56-58.
15. Минскер Э.И. Реактивность некоторых звеньев эндокринной системы при различных формах течения шизофрении. Сообщение 1 / Э.И.Минскер // Журн. невропат. и психиатр, им. С.С.Корсакова. - 1963. - Т. 63, вып. 9. - С. 1388 - 1397.
17. Морковкин, В.М. Патохимия шизофрении / В.М.Морковкин, А.В. Картелишев - М.: Медицина, 1988. - 256 с.
18. Незнанов Н.Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявления, течение, терапии психических заболеваний: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Незнанов Н.Г.; Л.: Ленингр. научн.-исслед. психоневрологический инст. им. В.М.Бехтерева. - Л., 1985. - 25 с.
19. Пятов, М.Д. Данные сердечно-сосудистой системы при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Пятов М.Д.; Ленингр. научн.-исслед. психоневрологический инст. им. В.М.Бехтерева. - Л., 1966 - 18 с.
20. Рыжкова, О.В. Некоторые аспекты ИБС у психических больных: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Рыжкова О.В.; Томск, 1999. - 15 с.
21. Симоненко, В.Б. Артериальная гипертензия при экстремальных ситуациях / В.Б.Симоненко, АЛ.Фисун, Ю.В.Овчинников, А.С.Александров // Клиническая медицина. - 2007. - Т. 85, вып. 10. - с 1-10.
22. Третьяков, А. Ю. Популяционные модели в изучении неврогенных детерминант артериальной гипертензии. Сообщение 1: Особенности артериальной гипертензии при шизофрении / А.Ю.Третьяков, С.П.Захарченко, О.И.Смирнова, Ю.А.Хоценко, А.Л.Григоренко // Клиническая медицина. - 2007. - № 11. - С. 31-36.
23. Трофимова, Э.А. Клинико-антропометрическое изучение больных шизофренией / Э.А.Трофимова, И.Д.Лукашева // Журн. невропатол. и психиатр. - 1975. -Т. 75, вып. 1. - С. 73-78.
24. Чазова, И.Е. Метаболический синдром / И.Е.Чазова, В.Б.Мычка - М.: Медиа Медика, 2004. - 168 с.
25. Alberti, K.G. The metabolic syndrome - a new worldwide definition / K.G.Alberti, P.Zimmer, J.Shaw and IDF Epidemiology Task Force Consensus Group // Lancet. - 2005. - Vol. 366. - P. 1059 - 1062.
26. Allison D.B., Mentore J.L., Neo M. et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis // Am. J. Psychiatry. - 1999. - Vol. 156. - P. 1686-1696.
27. Baptista T. Body weight induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management // Acta Psychiatr. Scand. - 1999. - Vol. 100. - P. 3-16.
28. Beasley C.V.Jr., Sanger T., Satterlee W. et al. Olanzapine versus placebo: results of a double-blind, fixed-dose olanzapine trial // Psychopharmacology. - 1996. - Vol. 124. - P. 159-167.
29. Boke, O. Prevalence of metabolic syndrome among inpatients with schizophrenia / O.Boke, S.Aker, G.Sarisoy et al. // International Journal Psychiatry in Medicine. - 2008. - Vol. 38., № 1. - P- 103-112.
30. Brown, S. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia / S.Brown, J.Birtwistle, L.Roe et al. // Psychological Medicine. - 1999 -Vol. 29.-697-701.
31. Bushe C. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia / C.Bushe, R.Holt // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184., suppl. 47. - P. 67-71.
32. Cohn, T. Characterizing Coronary Heart Disease Risk in Chronic Schizophrenia: High Prevalence of the Metabolic Syndrome / T.Cohn, D.Prud'homme, D.Streiner, H.Kameh, G.Remington // Canadian Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 49. - P. 753-760.
33. De Hert M., van Winkel R., van Eyck D. et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study // Clin. Prac. Epidemiol. Ment. Health. - 2006. - Vol. 2. - P. 14-18.
34. De Hert, M. Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia: the METEOR study / M. DeHert, B. Falissard, M. Mauri et al. // Eur Neuropsychopharmacol. - 2008 (a). - Vol. 18., Suppl. 4. - P.444.
35. De Hert, M. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review / M. De Hert, V. Schreurs, K. Smeets et al. // Schizophr. Res. - 2008 (b). - Vol. 101 (1-3). - P. 295-303.
36. Dinan, T. Stress in genesis diabetes mellitus in patient with schizophrenia: analysis / T.Dinan // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184, suppl. 47. - P. 72-75.
37. Dixon L., Postrado L., Delahanty J. et al. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health // J. Nerv. Ment. Dis. - 1999. - Vol. 187. - P. 496-502.
38. Dynes, J. B. Diabetes in schizophrenia and diabetes in nonpsychotic medical patients // Diseases of the Nervous System. - 1969. -Vol. 30.-P. 341-344.
39. Elias, A. Testosterone for schizophrenia / A.Elias, A.Kumar // Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 - Issue 3 - Art. No.: CD006197. DOI: 10.1002/14651858.
40. Goff, D. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: Guidelines for Psychiatrists / D.Goff, C.Certher, A.Evins, D.Henderson et al. // Journal of Clinical Psychiatry. - 2005. - Vol. 66. - №2. - P. 183-194.
41. Heiskanen, T. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia / T.Heiskanen, L.Niskanen, R. Xyytikainen et al // Journal of Clinical Psychiatry. -2003. - Vol. 64. -P. 575-579.
42. Henderson D.C., Cagliero E., Gray C. et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: a five-year naturalistic study // Am. J. Psychiatry. - 2000. - Vol. 157. - P. 975-981.
43. Henderson, D.C. Glucose Metabolism in Patients With Schizophrenia Treated With Atypical Antipsychotic Agents / D.C.Henderson, E.Cagliero, P.Copeland, C.Borba et al. // Arch Gen Psychiatry. - 2005. - Vol. 62.-P. 19-28.
44. Holt, R. Diagnosis, epidemiology and pathogenesis of diabetes mellitus: an update for psychiatrists / R.Holt // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184, suppl. 47. - P. 55 - 63.
45. Huang, J. Independent protein-profiling studies show a decrease in - apolipoprotein AI levels in schizophrenia CSF, brain and peripheral tissues / J.Huang, L.Wang, S.Prabakaran, M.Wengenroth et al. // Molecular Psychiatry. - 2008. - Vol. 13 - № 12. - P. 1118-1128.
46. Kaneko, M. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in chronic schizophrenia: association with clinical features / M.Kaneko, F.Yokoyama, Y.Hoshino, K.Takahagi et al. // Neuropsychobiology. - 1992.-Vol. 25.-P. 1-7.
47. Kinon B.J., Basson B.R., Gilmore J.A. et al. Long-term olanzapine treatment: weight change and weight-related health factors in schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. - 2001. - Vol. 62. - P. 92-100.
48. Kohen D. Diabetes mellitus and schizophrenia: historical perspective / D.Kohen // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol 184, suppl. 47. - P. 64-66.
49. Koro C.E., Fedder D.O., L'Italien G.J. et al. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients // Arch. Gen. Psychiatry. - 2002. - Vol. 59. - P. 1021-1026.
50. La, Y.J. Decreased levels of apolipoprotein A-I in plasma of schizophrenic patients / Y.J.La, C.L.Wan, H.Zhu, Y.F.Yang et al. // Journal of Neural Transmission. - 2007. - Vol. 114, № 5. - P. 657-663.
51. Lambert, J. Prevalence of the Metabolic Syndrome Among Patients Receiving Clozapine / J.Lambert, D.Olson, J.Crilly, et al. // Am. J. Psychiatry. -2006.-Vol. 163.-P. 1273-1276.
52. Lambert, J. Prevalence of adult-onset diabetes among outpatients receiving antipsychotic drugs. / J.Lambert, J. Crilly, K.Maharaj et al // Schizophrenia Research. - 2003. - Vol. 60 (suppl.) - P. 360.
53. Lammers, C.H. Combined dexamethasone/corticotrophin-releasing hormone test in patients with schizophrenia and in normal controls / C.H.Lammers, D.Garcia-Borreguero, J.Schmider et al. // Biol Psychiatry. - 1995. - Vol. 38. - P.803-807.
54. Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P. et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia // N. Engl. J. Med. - 2005. - Vol. 353. - P. 1209-1223.
55. Lindenmayer J.P., Nathan A.-M., Smith R. Hyperglycemia associated with the use of atypical antipsychotics // J. Clin. Psychiatry. - 2001. - Vol. 62, Suppl. 23. - P. 30-38.
56. Lindenmayer, J.-P. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics / J.P.Lindenmayer, P.Czobor, J.Volavka et al. // American Journal of Psychiatry. - 2003. - Vol. 160. - P. 290-296.
57. Maninger, N. Neurobiological and neuropsychiatric effects of dehydroepiandrosterone (DHEA) and DHEA sulfate (DHEAS) / N.Maninger, O.Wolkowitz, V.Reus, E.Epel, S.Mellon // Frontiers in Neuroendocrinology. - 2009. - Vol. 30. - P. 65-91.
58. McCreadie, R. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia / McCreadie R. on behalf of the Scottish schizophrenia lifestyle group // British J Psychiatry. - 2003. - Vol. 183. - P. 534 - 539.
59. Mc Evoy J.P., Meyer J.M., Goff D.C. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from CATIE schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III // Schizophr. Res. - 2005. - Vol. 80. - P. 19-32.
60. Melkersson, K. Adverse metabolic effects associated with atypical antipsychotics: literature review and clinical implications. / K.Melkersson, M.L.Dahl // Drugs. - 2004. - Vol. 64. - P. 701-723.
60. Meyer, J. Metabolic syndrome and schizophrenia / J.M.Meyer, S.M.Stahl // Acta Psychiatr. Scand. - 2009. - Vol. 119. - P. 4-14.
61. Meyer, J. Lieberman J. The CATIE Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the Metabolic Syndrome / J.Meyer, H.Nasrallah, J.McEvoy et al. // Schizophrenia Research. -

2005.-Vol. 80(1).-P. 9-18.

62. Mukherjee, S. Diabetes mellitus in schizophrenic patients / S.Mukherjee, P.Decina, V.Boccola et al. // *Comprehensive Psychiatry*. - 1996. - Vol. 37.-P. 68-73.

63. Newman, S.C.Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study / S.C.Newman, R.C.Bland // *Canadian Journal of Psychiatry*. - 1991. - Vol. 36 (4). - P. 239-245.

64. Newcomer, J.W. Symptomatology and cognitive impairment associate independently with post-dexamethasone Cortisol concentrations in unmedicated schizophrenic patients / J.W.Newcomer, W.O.Faustman, H.A.Whiteford et al. // *Biol. Psychiatry*. - 1991. - Vol. 29. - P. 855-864.

65. Newcomer, J.W. Metabolic Syndrome and Mental Illness / J.W.Newcomer // *Am. J. Manag. Care*. - 2007. - Vol. 13. - P. 170-177.

66. Pajonk, M.E.J. Lean Risk and possible causes for developing diabetes mellitus in patient with atypical antipsychotics / M.E.J. Pajonk // 5-th International Congress of Neuroendocrinology, 31 August -4 September, 2002, Bristol, UK.

67. Paton, C Obesity, dyslipidaemias and smoking in an inpatient population treated with antipsychotic drugs / C.Paton, R.Esop, C.Young, D.Taylor // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2004. - Vol. 110 (4). - P. 299-305.

68. Ritsner, M. Improvement of sustained attention and visual and movement skills, but not clinical symptoms, after dehydroepiandrosterone augmentation in schizophrenia: a randomized, double-blind, placebocontrolled, crossover trial / M.Ritsner, A.Gibel, Y.Ratner // *J.Clin. Psychopharmacol.* - 2006. - Vol. 26 (5) - P. 495-499.

69. Ritsner, M, Maayan R, Gibel A, et al Differences in blood pregnenolone and dehydroepiandrosterone levels between schizophrenia patients and healthy subjects. // *Eur Neuropsychopharmacol.* - 2007 - Vol. 17(5) - P. 358-65.

70. Ryan, M. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug patients with schizophrenia / M.Ryan, P.Collins, J.H.Thakore // *American Journal of Psychiatry*. - 2003. - Vol. 160. - P. 284-289.

71. Sernyak M.J., Leslie D.L., Alarcon R.D. et al. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. - 2002. - Vol. 159. - P. 561-566.

72. Shiloah, E. Effect of psychotic stress in non-diabetic subjects on beta-cell function and insulin sensitivity / E.Shiloah, S.Witz, Y.Abramovich et al. // *Diabetes Care*. - 2003. - Vol. 26. - P. 1462-1467.

73. Schultz, S.K. Impaired glucose tolerance and abnormal movements in patients with schizophrenia / S.K.Schultz, S.Arndt, B-H.Ho, S.Oliver, N.Andreassen // *Am. J. Psychiatry*. - 1999. - Vol. 156. - P. 640-642.

74. Sowell, M.O. Hyperglycemic clamp assessment of insulin secretory responses in normal subjects treated with olanzapine, risperidone, or placebo / M.O.Sowell, N.Mukhopadhyay, P.Cavazzoni et al // *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* - 2002. - Vol. 87. - P. 2918.

75. Strauss, E.B. Use of Dehydroisoandrosteron in Psychiatric Clinic / E.B.Strauss, D.E.Sands, A.M.Robinson // *British Medical Journal* - 1952.-Vol. 2. - P. 64-66.

76. Subramaniam, M. Diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia / M.Subramaniam, S.-A.Chong S, E.Pek // *Canadian Journal of Psychiatry*. -2003. - Vol. 48. - P. 345-347.

77. Tandon, R. Dexamethasone suppression test in schizophrenia: relationship to symptomatology, ventricular enlargement, and outcome / R.Tandon, C.Mazzara, J.DeQuardo et al. // *Biol Psychiatry*. - 1991. - Vol. 29. - P. 953-964.

78. Thakore, J.H. Metabolic disturbance in first-episode schizophrenia / J.H.Thakore // *British Journal of Psychiatry*. - 2004. - Vol. 184, suppl.47.-P. 76-79. Tyroler, H.A. Coronary heart disease epidemiology in the 21st century / H.A.Tyroler // *Epidemiol. Rev.* - 2000. - Vol. 22. - P. 7 - 13.

80. Villareal, D.T. Effect of DHEA on abdominal fat and insulin action in elderly women and men. A randomized controlled trial / D.T.Villareal, J.O.Holloszy // *JAMA* - 2004. — Vol. 292. - No. 18. - P: 2243 – 2248.

81. Walder, D.J. Cognitive functioning, Cortisol' release, and symptom severity in patients with schizophrenia / D.J.Walder, E.F.Walker, R.J.Lewine // *Biol. Psychiatry*. - 2000. - Vol. 48. - P. 1121-11321.

82. Walker, E.F. Schizophrenia: a neural diathesisstress Model / E.F.Walker, D.DiforioV/ *Psychol. Rev.* - 1997.- Vol. 104. - P. 667-685.

83. Zhang, X.Y. Cortisol and Cytokines in Chronic and Treatment-Resistant Patients with Schizophrenia: Association with Psychopathology and Response to Antipsychotics / X.Y.Zhang, D.F.Zhou 1, L.Cao et al. // *Neuropsychopharmacology*. - 2005. - Vol. 30. - P. 1532-1538.

Поступила в редакцию 24.07.2011

УДК 616.89

*Е.Г. Никифорова***ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К КОРРЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ШАХТЕРОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЕХНОГЕННЫЕ АВАРИИ**

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр (г. Донецк)

Ключевые слова: органические психические расстройства, психотерапия, шахтеры, техногенные аварии.

Последние десятилетия в жизни нашей страны связаны не только с социальными потрясениями, но и катастрофами как природного, так и техногенного характера.

Симптоматика непсихотического регистра психической патологии, развивающаяся при органических поражениях головного мозга экзогенного генеза, является значимой проблемой, как в медицинском, так и в социальном плане.

Данный контингент больных длительное время, а зачастую и пожизненно, социально не адаптирован, имеет серьезные неврологические и психические дисфункции, признается нетрудоспособным [1].

В патопсихологии выделяется экзогенный органический симптомокомплекс, который складывается из нарушений памяти, внимания, операционной стороны мышления, истощаемости психических процессов, неустойчивости эмоций [2].

Данный органический симптомокомплекс создает определенные сложности в комплексном лечении, в связи с чем подобные пациенты признаются «непригодными», «неподходящими» для получения психотерапевтической помощи [3].

Однако, исследователи [4] отмечают у данного контингента пациентов не только желание к общению с врачом, персоналом, но и попытки разобраться, понять травмирующую ситуацию, ознакомиться с прогнозом заболевания.

Техногенные аварии нарушают витальную потребность человека – потребность в безопасности не только в момент аварии, но и всю последующую жизнь индивидуума [5].

С этим связана высокая актуальность исследования эффективности различных психотерапевтических методик и направлений с целью выработки рекомендаций по применению в организации помощи шахтерам, пострадавшим при

техногенных авариях.

Мы считаем, что психотерапевтическая работа должна быть ориентирована как на коррекцию когнитивных расстройств, так и на преодоление психологических последствий аварии у шахтеров.

Исследователь [6] напоминает клиническим врачам, что в триаде биологической, психологической и социальной помощи при органических психических нарушениях, ключевая роль принадлежит психологическому направлению. Он настаивает, что «психологическая помощь не должна держаться в тени биологических и социальных моделей».

В настоящее время в Украине в сфере охраны психического здоровья произошла кардинальная смена парадигмы с биологической «медицинской модели» на биопсихосоциальную, ориентированную на интеграцию потребителей услуг системы охраны психического здоровья в сообщество [5, 7].

Биопсихосоциальный подход нашел широкое распространение в отечественной и западной психиатрии также и в виде внедрения различных психосоциальных реабилитационных технологий.

Рассмотрев доказательную базу [6], выделил наибольшую эффективность когнитивно-поведенческой, когнитивно-аналитической и психодинамической терапии.

При проведении психодинамической терапии чтобы помочь пациентам достигнуть понимания их состояния, ряд авторов [8, 9] рекомендуют использовать конкретные интерпретации, а не абстрактные или экзистенциальные наблюдения и значительно ограничить использование переноса и конфронтации в психодинамических сессиях у больных с органическим поражением головного мозга.

Когнитивные расстройства приводят к ослаб-

ленному функционированию эго, и увеличению зависимости от окружающих людей. Эти изменения могут послужить триггером психодинамического конфликта «зависимость-защита» [8]. В то время как органическое психическое расстройство прогрессирует, человек изо всех сил пытается поддержать самосознание и становится все более и более зависимым. Результат этой зависимости от других - страх перед разделением, и потребность в постоянном контакте. Эти дисфункциональные черты препятствуют успешной переработке стрессогенных обстоятельств и, более того, интенсифицируют жизненный стресс. В конце концов, защитные механизмы истощаются, и тогда наблюдаются ажитация, агрессия, возбуждение, отчаяние, опустошенность, стремление к одиночеству [9, 10].

Когнитивная аналитическая терапия, предлагаемая авторами [11, 12] включает в себя:

- направляемое исследование, позволяющее пациенту признать стереотипные паттерны интерпретации;
- исследование идиосинкразического значения, поскольку эти пациенты часто интерпретируют свои переживания в необычной или преувеличенной манере;
- указание на искажения, чтобы помочь пациенту осознать дисфункциональность отдельных автоматических паттернов мышления;
- проверке обоснованности убеждений, интерпретаций и ожиданий пациента;
- шкалирование — перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, чтобы противодействовать обычному дихотомическому мышлению;
- реатрибуция — перераспределение ответственности за действия и результаты;
- преднамеренное преувеличение — сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения.

Традиционной целью когнитивно-поведенческой терапии является изменение поведения от дезадаптивной модели, к модели поведения или отдельным поведенческим умениям и навыкам, способным вывести человека из фрустрационного тупика [13].

У пациентов с органическими психическими расстройствами положительное изменение при проведении когнитивно-поведенческой терапии может быть определено как устранение эпизодов нежелательного поведения; уменьшение частоты, продолжительности и интенсивности эпизодов нежелательного поведения; или

увеличение адаптивного поведения [14].

Основными направлениями работы психотерапевта в рамках когнитивно-поведенческой терапии являются:

- исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды;
- исследование объяснений поведения других людей;
- преодоление катастрофического характера мыслей пациента — предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать худшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности [15].

В недавнем исследовании [16] была рассмотрена эффективность когнитивно-поведенческой терапии у пациентов с органическими психическими расстройствами. Участники первой группы получали фармакологическую нейрореабилитацию, а участники второй группы – когнитивно-поведенческую терапию. Авторы указывают, что при завершении курса лечения в состоянии участников обеих групп было отмечено улучшение ($p < 0.001$). Однако, при исследовании состояния через год оказалось, что положительный эффект сохраняется лишь у группы, получившей когнитивно-поведенческую терапию.

В качестве психосоциального вмешательства при органических психических расстройствах рекомендуют [17, 18, 19] использовать группы поддержки. Потребность участников объединяться на основе сходства проблем используется для обмена информацией о том, как более эффективно организовать свою жизнь при наличии травматических воспоминаний, изоляции, эмоциональных травм, жизненных кризисов.

К ресурсам группы относят:

- эмоциональное соединение, которое создает близость и уменьшает чувство изоляции;
- увеличение самооценки благодаря взаимодействиям между участниками группы о текущих стратегиях преодоления;
- информационный обмен на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, создающий ощущение надежды и эффективности [19].

Исследователем [20] был предложен термин «подлинное сознание» как метод для того, чтобы помочь лицам с органическими психическими расстройствами принимать решения, которые являются их собственными, а не вызванными внешним давлением, таким как забота членов

семьи. Цель разработанной им программы – заменить пассивный и зависимый стиль пациентов на автономный.

Терапевтические стратегии когнитивного восстановления исследователи [21-24] предлагают разделить на:

-подходы, ориентированные на возвращение познавательных способностей;

-подходы, ориентированные на компенсацию познавательного ухудшения.

Эти подходы не являются взаимоисключающими, и на практике большинство специалистов комбинирует эти техники.

Первый подход активно реализуется с помощью «тренингов памяти» [23].

Второй подход стремится развить новые компенсаторные навыки (с помощью визуальных стимулов, записных книжек, внешних напоминаний), чтобы сохранить выполнение ежедневных задач, таких как, например, вождение. [22, 24].

Согласно наблюдениям [22] в случае когда «тренинг памяти» был монотерапией пациенты с органическими психическими расстройствами испытывали значительные сложности по применению мнемонических техник в своей повседневной жизни. Если тренинг памяти использовался в сочетании с другими психотерапевтическими мероприятиями, то пациенты более успешно применяли приобретенные навыки в своей повседневной жизни.

Все больше исследователей [19, 25, 26] напоминают о возможности применения поддерживающей терапии при органических психических расстройствах. Данный вид психотерапии вряд ли можно назвать новым, но ряд исследователей [19, 27] отмечает ее как особенно полезную стратегию, которая может играть важную роль в положительном влиянии на качество жизни данного контингента пациентов.

Чаще всего данный вид помощи описывают как форму психологического лечения, людям с хроническими и органическими расстройствами психики, для которых полное излечение является не достижимой целью [26].

Поддерживающую психотерапию определяют [27] как вмешательство, использующее средства кроме интерпретации и инсайта, которое усиливает защиты и снижает интенсивность отдельных симптомов.

К целям поддерживающей терапии относят:

-Выработка у пациентов, психологической и социальной адаптации,

-Поддержание чувства собственного достоинства и уверенности в себе

-Фиксация основных жизненных достижений пациента, рассмотрение что еще может быть достигнуто, а что является недостижимой целью.

-Делегирование поддержки родственникам

Современные формы поддерживающей психотерапии согласно данным [19] представлены в табл.1

Таблица 1

Формы поддерживающей терапии

Объясняющий	Директивный
Сочувствие	Прямой совет
Поддержка и заверение	Обучение
Похвала	Экологическое изменение
Усиление чувства собственного достоинства	Познавательное реструктурирование
Строительство здорового союза	Решение проблем
Укрепление веры и надежды	Моделирование
Предупреждение прогрессии заболевания	
Интерпретация	

Важно различать поддерживающий компонент, присутствующий в любом психотерапевтическом лечении и поддерживающую психотерапию как отдельный способ лечения для особой группы пациентов [25].

Таким образом, за прошедшие десять лет психотерапевтическая помощь пациентам с органическими психическими нарушениями развива-

лась активно. Ко множеству используемых у данного контингента пациентов стратегий применяется собирательный термин «познавательное восстановление». При этом основной фокус терапии направлен на уменьшение мнестических расстройств, коррекцию негативного личностного восприятия жизненных событий, выстраивание причинно-следственных связей отно-

сительно себя и других.

Изолированное применение метода или приема может привести лишь к частичному и малоустойчивому эффекту, к восстановлению изолированной операции, а не функции в целом.

Это актуализирует разработку и системное

применение методов восстановительного обучения, обеспечивающих комплексное воздействие на дефект и восстановление поведения в целом при органических психических расстройствах у шахтеров, перенесших техногенные аварии.

О.Г. Нікіфорова

ОБЗОР СУЧАСНИХ ПІДХІДІВ ДО КОРЕКЦІЇ ТА ЛІКУВАННЯ ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ШАХТАРІВ, ЯКІ ПЕРЕНСЛИ ТЕХНОГЕНІ АВАРІЇ

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-Психологічний Центр, м. Донецьк

Когнітивні порушення у шахтарів, які перенесли техногенні аварії, визначають образ і якість життя пацієнта. У публікації розглядаються види психотерапії органічних психічних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 92-95).

E.G. Nikiforova

THE REVIEW OF MODERN APPROACHES TO CORRECTION AND TREATMENT OF ORGANIC MENTAL DISORDERS AT THE MINERS WHO HAVE TRANSFERRED TECHNOGENIC FAILURES

In publications describe the psychotherapy of the miner, with organic mental disorders who damaged in consequence of damage on coal mine. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 92-95).

Литература

1. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология: научная монография. Екатеринбург: «Тезис», 2006. 368 с.
2. Саковская В.Г. Типы и варианты изменения психических процессов у больных с органическими поражениями головного мозга (клинико-патопсихологический и экспертный аспекты). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Санкт-Петербург, 2009.
3. Duffy, M. Strategies for working with women with dementia. *Psychotherapy and Counseling* 2002, pp. 175–194.
4. Lillie, R., & Mateer, C. A. Constraint-based therapies as a proposed model for cognitive rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2006, Vol. 21, 119–130.
5. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. – М.: Медицина, 2004. – 400 с.
6. Hepple, J. Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004, Vol.10, 371–377.
7. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 9–10.
8. Solomon, K. & Szabo, P. Memory function and aging-related disorders, New York: Springer Publishing Company, 1992 pp. 295–319.
9. Karon, B. P. & Widner, A. J. Psychodynamic therapies in historical perspective: “Nothing human do I consider alien to me.” In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and Practice*. 1995 (pp. 24–47). New York: Oxford University Press.
10. Wolitzky, D. L. The theory and practice of traditional psychoanalytic psychotherapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice*, 1995. New York: The Guildford Press. pp. 12–54.
11. Gonzalez-Rothi, L. J. Cognitive rehabilitation: The role of theoretical rationales and respect for the maturational process needed for our evidence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2006, Vol. 21, 194–197.
12. Lincoln, N. B., Majid, M. J., & Weyman, N. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database System Review*, 2000, Vol. 4, CD002842.
13. Kennedy, M. R. T., & Turkstra, L. Group intervention studies in the cognitive rehabilitation of individuals with traumatic brain injury: Challenges faced by researchers. *Neuropsychology Review*, 2006, Vol. 16, 151–159.
14. Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., & Friel, J. C. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Arch.Phys.Med Rehabil*, 2004, Vol. 85, 943-950.
15. Salazar, A. M., Warden, D. L., Schwab, K. Cognitive rehabilitation for traumatic brain injury: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2000, Vol. 283, 3075–3081.
16. Braunling-Mcmorrow, D., Dollinger, S. J., Gould, M., Neumann, T., & Heiligenthal, R. (). Outcomes of post-acute rehabilitation for persons with brain injury. *Brain Injury.*, 2010, Vol.24, 928-938.
17. Rosenthal, R., Muran, C., Pinsky, H., et al Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1999, Vol.8, 55–63.
18. Holloway, F. Re provision of the long stay patient, *Psychiatry*, 2004, Vol.3(9): P.5–7.
19. Ola Junaid & Soumya Hegde. *Advances in Psychiatric Treatment. Supportive psychotherapy*, 2007, vol. 13, P. 17–23.
20. McCormack, B. A conceptual framework for person-centred practice. *International Journal of Nursing Practice*, 2003, Vol. 9: 202–9.
21. Evans, J. J., & Wilson, B. A. A memory group for individuals with brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 1996, Vol. 6, P.75–81.
22. Kaschel, R., Della Sala, S., Cantagallo, A. Imagery mnemonics for the rehabilitation of memory: A randomized group controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2002, Vol.2, P.127–153.
23. Levine, B., Robertson, I. H., Clare, L., Carter, G. et al. Rehabilitation of executive functioning: An experimental/clinical validation of goal management training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2000, Vol.6, P.299–312.
24. Wilson, B. A. The effective rehabilitation of memory-related disabilities. In P. W. Halligan & D. T. Wade (Eds.), *Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits*. 2005. New York: Oxford University Press. pp. 143–151.
25. Holmes, J. Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *British Journal of Psychiatry*, 2005, Vol. 167, 439–445.
26. Bloch, S. (2006) Supportive psychotherapy. In *An Introduction to the Psychotherapies* (4th edn) (ed. S. Bloch). Oxford University Press.
27. Wallerstein, R. Psychoanalysis and long term dynamic psychotherapy. In *Review of General Psychiatry* (2nd edn) (ed. H. H Goldman), 1988, pp. 506–514. Lange Medical Publications.

Поступила в редакцию 24.04.2011

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616.89 (092)

*П.Т. Петрюк³, И.И. Кутько¹, А.П. Петрюк²***ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А.И. ПЛОТИЧЕРА
(К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ И 60-ЛЕТИЮ ЗАЩИТЫ ПЕРВОЙ ДОКТОРСКОЙ
ДИССЕРТАЦИИ)**

¹Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, ²Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), ³Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Ключевые слова: профессор А.И. Плотичер, избранные данные творческого пути, первая докторская диссертация



*Лучше заслужить почет и
не иметь его,
нежели иметь его, не заслужив.*

Марк Твен

Анатолий Иосифович Плотичер (1901-1987) – известный отечественный ученый, психиатр-клиницист, доктор медицинских наук, профессор и бывший сабурянин, много сделавший для изучения электросудорожной терапии (ЭСТ) психозов, психопатологии и лечения эпилепсии, контузионного сурдомутизма военного времени, клиники и патофизиологии ремиссий при шизофрении, особенно их «фасадных» вариантов, профилактики ее рецидивов, дефектных состояний при шизофрении, динамики циркулярного психоза, аффективной патологии, в частности, проблемы депрессий, а также для внедрения методов психотерапии в практику лечения психических расстройств. Анатолий Иосифович был искусным психотерапевтом, мастерски владеющим техникой гипнотерапии. Многие отечественные психиатры считают А.И. Плотичера одним из наиболее ярких ученых, серьезно и успешно занимавшихся вопросами ЭСТ в СССР.

Учителями и наставниками А.И. Плотичера в своё время являлись выдающиеся отечественные учёные-психиатры профессора Г.Е. Сухарева и Е.А. Попов. Кандидатская диссертация Анатолия Иосифовича посвящена острым психогенным реакциям в детском возрасте (1937), пер-

вая докторская диссертация – теории и практике лечения психозов электрическим шоком (1950), а вторая докторская диссертация также весьма актуальному вопросу – развитию ремиссий и профилактике рецидивов при шизофрении (1960) [1-7].

Профессор А.М. Карпов справедливо отмечает, что идея психиатров А.И. Нельсона и А.Г. Комиссарова познакомить своих коллег с трудами талантливого ученого и врача-психиатра А.И. Плотичера, выполненными 60 лет назад, очень точно соответствует запросам образования и воспитания врачей нашего XXI века. За прошедшие полвека сменилось два поколения психиатров, коренным образом изменилась эпоха, научная парадигма, в разы увеличился объем новых знаний и методов лечения, началась психофармакологическая эра, появилось много новых возможностей для дифференцированной коррекции психических расстройств. При этом прогресс шел в направлении дифференциации симптомов и рецепторов, расщепления сложных, но функционально единых процессов, на элементы. На этом направлении достигнуты большие успехи, но в целом, в психиатрии произошло отставание в разработке и применении интегративных, нефармакологических подходов к лечению психических расстройств. Упростились и сузились задачи исследований, а также интеллектуальные и профессиональные составляющие в технологиях и алгоритмах научных исследований [8].

Переизданный научный труд А.И. Плотичера «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком» (2007) сегодня воспринимается как новый и актуальный, и создает оптимистический настрой на будущее при наличии такого превосходного интеллектуального прошло-

го. Анатолий Иосифович дал яркий пример стратегии и технологии научной работы, в структуре которой приоритетны и в полной мере реализованы интеллектуальные, профессиональные и нравственные ресурсы человека-ученого, а не диагностической аппаратуры и химических веществ.

Он пользовался самыми элементарными, доступными и малозатратными методиками обследования – измерениями температуры, пульса, содержания сахара в крови и ликворе, обычными клиническими анализами крови и мочи и т.п. Но он смог по этим данным провести структурно-динамический анализ изменений в деятельности мозга в результате электросудорожной терапии, оценить внутрифункциональные и межфункциональные механизмы регуляции деятельности мозга и организма, процессы дезинтеграции и интеграции в патогенезе психозов и в саногенезе, что невозможно без четкой структуризации знаний психиатрии, неврологии и патофизиологии, умения мыслить по «горизонтали и по вертикали», переходить со структурных характеристик на функциональные и динамические, одновременного владения алгоритмами мышления психиатра-клинициста, невролога и патофизиолога-экспериментатора. Это блестящий образец интеллектуально-профессионального совершенства для молодых психиатров, к которому нужно стремиться во все времена [9].

Творчество А.И. Плотичера не известно психиатрам России и Украины, а также других стран СНГ. А.И. Нельсон и А.Г. Комиссаров частично устранили этот пробел. Они совершили высоко-нравственный, патриотический поступок. Это уже их личный вклад в восстановление связи времен и поколений, личностей и их дел, единства общества и людей. Это единство существует в природе. Оно часто нарушается политиками, но история через поступки конкретных людей расставляет на свои места и ученых и политиков [8].

Упомянутая работа Анатолия Иосифовича возвращает нас к событиям 40-х годов XX века. Это время по праву считается периодом расцвета теории и практики ЭСТ в нашей стране. Тогда метод активно применялся и изучался почти в каждой психиатрической больнице СССР. Над проблемами ЭСТ активно работали и ученые, пытавшиеся обобщить имеющийся опыт использования метода и объяснить с научных позиций механизмы и принципы его действия. В те годы эффективность и безопасность ЭСТ

вызывали у исследователей еще много вопросов, но воодушевленные зарубежным опытом, собственными позитивными результатами и относительной простотой метода, пытливые умы того времени не останавливались на достигнутом, а продолжали искать пути дальнейшего совершенствования метода. Этой задаче была посвящена и диссертационная работа А.И. Плотичера «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком», которая была защищена 1950 году и уже через два года стала, как и её автореферат, настоящим библиографическим раритетом, практически недоступным для современного читателя [9]. В работе известного харьковского психиатра были затронуты важнейшие проблемы, связанные с терапевтической эффективностью ЭСТ при основных психических заболеваниях и состояниях психотического уровня. Вот краткий перечень достоинств диссертации: логичное теоретическое обоснование метода, с предложением собственных теоретических изысканий о возможных физиологических механизмах лечебного действия метода; скрупулезное исследование клиники припадков; изящная и остроумная постановка экспериментов; разработка и применение собственного оригинального аппарата ЭСТ; разработка вариантов проведения курсов и сеансов, включая ЭСТ с наркозом; глубоко осмысленный физиологический метод дозирования электричества; обширный материал (изученная на полутысяче больных результативность ЭСТ при разных заболеваниях и синдромах); тонкий психопатологический и физиологический анализ заболеваний и метода ЭСТ; предложенные методы профилактики осложнений ЭСТ; предложенные методы профилактики рецидивов болезни после ЭСТ; изучение вопроса устойчивости полученных при применении ЭСТ клинических результатов; попытка определения границ применения ЭСТ [10].

Многие идеи диссертационной работы по праву могут считаться новаторскими, так как сама постановка вопросов и попытки их решения были сделаны в этой работе впервые в мире. Зарубежные ученые изучали подобные проблемы лишь спустя много лет. Еще в то время автору удалось предвосхитить многие положения теории и практики современной ЭСТ. По перечисленным причинам работа Анатолия Иосифовича имеет все основания считаться классической и должна занять достойное место в серии «Хрестоматия по ЭСТ».

К сожалению, после защиты диссертации в Харьковском медицинском институте судьба

исследования А.И. Плотичера оказалась драматической. Именно этот труд был выбран тогдашними медицинскими властями в качестве инструмента для идеологической и политической расправы над методом ЭСТ в нашей стране. Заседание Ученого совета отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР, на котором обсуждались метод ЭСТ и диссертация А.И. Плотичера, состоялось 16 мая 1952 года. Протокол заседания был опубликован в центральной психиатрической печати [11]. В те годы характерной чертой обвинительных публикаций являлось отсутствие у критиков и их читателей знакомства с оригинальным текстом «разоблачаемой» работы.

Многие из присутствовавших на том историческом Ученом совете лиц занимали как в тот момент, так и в дальнейшем высокие руководящие посты на иерархической лестнице отечественной психиатрии, и их «ограничительное» в отношении ЭСТ резюме привело к практически полному и повсеместному прекращению применения ЭСТ в СССР. Справедливости ради следует напомнить, что на заседании упомянутого Ученого совета присутствовали: А.Л. Мясников, Н.В. Коновалов, С.А. Саркисов, Н.И. Озерецкий, В.Р. Брайцев, В.А. Гиляровский, М.О. Гуревич, Б.С. Преображенский, А.М. Гринштейн, А.И. Савицкий, Б.Г. Егоров, И.Н. Филимонов, И.Я. Раздольский, Е.А. Попов, Н.Н. Приоров, В.А. Равич-Щербо, А.В. Снежневский, О.В. Кербинов, Ф.А. Андреев, В.М. Банщиков, А.А. Портнов, И.К. Зюзин. Председателем был А.Л. Мясников, ученый секретарь – А.И. Каграманов [11].

Небезынтересно отметить, что именно ЭСТ оказалась объектом нападков в силу следующих причин. Метод был на виду – необычный, немедикаментозный, эффективный. Он пришел из Италии – страны, которая недавно была представителем вражеской фашистской коалиции. Он активно развивался в западных странах – послевоенных политических оппонентах СССР. Методу были присущи внутренние противоречия – высокая эффективность, сочетавшаяся с внешней брутальностью, осложнениями, неспособностью предотвращать рецидивы, навязчивыми ассоциациями с психирургией. Метод плохо вписывался в учение И.П. Павлова. Трудно было по привычным схемам приписать ему отечественный приоритет. Наконец, многие наиболее активные исследователи и сторонники ЭСТ оказались, как на подбор, представителями «непопулярной» национальности, людьми талантливыми и известными. Все это делало

ЭСТ привлекательным объектом для «искоренения» [10].

Среди видных отечественных психиатров того времени были как люди, категорически отвергавшие ЭСТ, например, В.А. Гиляровский, так и широко пропагандировавшие ее, к примеру, М.Я. Серейский) [12]. В нормально развивающейся науке разногласия в поисках истины естественны. Но тогда научный спор пытались решать силовыми или политическими методами.

Если не смотреть на первую страницу обложки, где указан год издания, то эту работу вполне можно принять за написанную в наши дни – настолько много там современных идей. Дополняет впечатление полное отсутствие в диссертации ритуальных славословий в адрес коммунистической партии и ее вождя, ссылок на «решения партийных съездов», очернения «буржуазной медицины» в пользу «советской». Мировая психиатрия много потеряла от того, что этот труд не был издан в виде монографии, и мало кому теперь известен. На наш взгляд, это научное произведение заслуживает того, как уже нами подчеркивалось, чтобы быть занесенным в разряд классических работ по ЭСТ, и именно с него надо было бы начинать изучение предмета [10].

После успешной защиты докторской диссертации, следующие два года ВАК «рассматривает вопрос» об утверждении этой диссертации. 16 мая 1952 года Ученый совет отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР проводит заседание, посвященное «обсуждению целесообразности и возможности применения электрошока для лечения психических болезней». Сценарий заседания необычен и показателен: ВАК обращается в Академию медицинских наук с небывалой просьбой обсудить докторскую диссертацию А.И. Плотичера на тему: «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком». Ни диссертация, ни ее автор не были причиной заседания – это был неуклюжий повод «разделаться, наконец, с этим электрошоком». На заседании А.И. Плотичер был поставлен в положение, где ему ничего не оставалось, как покаяться объявить, что он «пересмотрел показания и противопоказания к электросудорожной терапии». Но это не помогло: цель заседания была predetermined заранее, и диссертация Анатолия Иосифовича так и не увидела света. Отчет о заседании был срочно напечатан, как уже отмечалось, в Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова [11].

В решении было записано, что ЭСТ может применяться «только в качестве последнего средства там, где другие методы лечения не дали успеха, в основном при пресенильной меланхолии и при некоторых формах шизофрении. Применение ЭСТ совершенно недопустимо при реактивной депрессии, при неврозах, как метод борьбы с возбуждением, а также у детей. Курс ЭСТ не должен быть длительным и интенсивным. Применение ее допустимо только в стационарных условиях».

Казалось бы, даже в таком виде текст заключения выглядит хотя и слишком категоричным, но не закрывает дороги для развития метода. Но совокупность факторов, таких как собрание в стенах Академии ведущих психиатрических авторитетов страны, посвящение теме ЭСТ целого заседания, память о шумном «разгроме» лейкотомии, случившемся всего два года назад при подобных обстоятельствах, – недвусмысленно указывали врачам на то, что «партия не одобряет ЭСТ» [10].

В 1952 году одна за другой проходят целой чередой сессии Академии наук и Академии медицинских наук – отдельные и совместные, посвященные «проблемам физиологического учения И.П. Павлова» и «расстановке научно-педагогических кадров в системе здравоохранения СССР». Резолюции этих научных собраний воспринимаются как призывы к оценке всех текущих работ в психиатрии и неврологии на идеологическую верность учению И.П. Павлова, и искоренению «идеологически неверных» ученых. Под лозунгами этих сессий «произошел поворот во взглядах отечественных психиатров на ЭСТ», как по заказу посыпались публикации о «вреде» ЭСТ, во многих публикациях стали приводить заниженные проценты выздоровлений пациентов, прошедших курс ЭСТ [13].

После разгромных заявлений ученых такого ранга практиковать ЭСТ стало по тем временам не только не принято, но и опасно для врачей. До сих пор отголоски того неофициального запрета оказывают свое тормозящее влияние на развитие и внедрение метода в современную психиатрическую практику в Украине и других странах СНГ.

Основные положения, прозвучавшие 16 мая 1952 года, надолго стали «единственно верным» ориентиром по отношению к методу ЭСТ для большинства врачей и руководителей психиатрической помощи в нашей стране. Резюмирующая часть заключения того Ученого совета сделала дальнейшее применение и изучение мето-

да ЭСТ в нашей стране практически невозможным на долгие годы. Учебники и руководства по психиатрии были быстро переписаны с учетом «новых показаний» к методу и его «грозных осложнений», которые еще до сих пор не критично по инерции клишируются некоторыми авторами – «при шизофрении этот метод лечения допустим лишь после того, как все другие методы лечения испробованы», «абсолютно недопустимо применение электросудорожной терапии в условиях амбулатории», «при применении его необходимо максимально сократить число сеансов», «прохождение электрического тока через мозг может вызывать значительные повреждения последнего», «...электросудорожная терапия может быть применяема только в качестве последнего средства там, где другие методы лечения не дали успеха».

В духе того времени в 1952 году центральный психиатрический печатный орган указывает, что «следует покончить со слишком широкими показаниями к ЭСТ» [14]. О.В. Кербилов говорил в то время об ЭСТ: «Показания к этому тяжелому виду терапии в настоящее время резко ограничены» [15]. Все эти цитаты на языке того времени означали фактический запрет.

ЭСТ, изобретенная в 1938 году итальянскими психиатрами Ugo Cerletti и Lucio Bini, в наше время в результате коллективных усилий ученых и практиков всего мира стала совсем иной, чем в первое десятилетие своего существования. Применение физиологически обоснованной короткоимпульсной электростимуляции, наркоза, миорелаксантов, ИВЛ и мониторинга витальных функций сделали процедуру намного эффективней и свели к минимуму побочные эффекты и риски. Об этом мечтал А.И. Плотицер, и он одним из первых заложил в свое время предпосылки этих позитивных изменений в методику ЭСТ.

Следует подчеркнуть, что вышеупомянутый научный источник является историческим документом и не может служить практическим руководством по современной ЭСТ. При этом важно учесть, что к настоящему времени изменилась терминология – «электрошоковая» терапия теперь называется «электросудорожной», хотя в настоящей работе нами использованы оба термина – новый и старый).

В 1981 году «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» поздравил Анатолия Иосифовича с 80-летним юбилеем, разместив на своих страницах его биографию. Эту публикацию можно считать символом признания ученого со стороны советской психиатрии (хотя

и в этой биографии, и в других официальных перечнях заслуг А.И. Плотичера его выдающаяся роль в развитии ЭСТ было принято замалчивать) [1].

Уместно отметить, что уже тогда в 1949 году Анатолию Иосифовичу стало ясно, что в основе механизма действия ЭСТ лежит «понижение и повышение проходимости синаптических контактов». Тогда же он раньше многих понял, что искать критерии эффективности терапии нужно не в длительности припадка, а в иных клинических и параклинических реакциях организма на ЭСТ. С помощью тонких и остроумных экспериментов он установил (1950), что при ЭСТ сознание у пациента исчезает не в момент включения тока, а позже – в момент начала припадка, что обуславливает необходимость наркоза; уже тогда в его клинике активно начал применяться барбитуровый наркоз при ЭСТ. В конце 40-х годов прошлого века им была выполнена серия работ по поиску биологических маркеров, указывающих на оптимальный момент для окончания курса ЭСТ (эти работы далеки от завершения в мировой науке и в наши дни). Ему и его ученикам удалось обнаружить (1947-1949) ряд биологических предикторов качества ремиссии после ЭСТ, что является актуальной проблемой сегодняшней теории и практики ЭСТ.

А.И. Плотичер справедливо подчеркивает, что активная биологическая терапия душевных заболеваний открыла новую эру в развитии психиатрии. «В свете этих новых положений современной медицины, оправданных теоретически и подтвержденных практически, проблема активного лечения психозов приобретает большие перспективы.

Анатолий Иосифович констатирует, что они не склонны рассматривать предмет его исследования – лечение психозов электрическим шоком – как нечто завершающее, венчающее долговременные поиски путей терапии психических заболеваний. Мы не сомневаемся в том, что арсенал наших лечебных средств обогатится со временем рядом еще более эффективных и совершенных методов, которые, быть может, даже совсем вытеснят терапию электрошоком, отодвинув ее в прошлое, как лишь исторический этап, пройденный психиатрией на длинном пути своего развития. Но этот исторический этап навсегда сохранит за собою значение вехи, сыгравшей определенную роль в дальнейшем развитии все новых и новых терапевтических идей, которыми, мы уверены, будет весьма богата советская психиатрия будущего» [8-10].

А.И. Плотичер в начале своей работы освещает цель исследования, которая касается проблемы электрошоковой терапии (ЭШТ) психозов, и очерчивает его задачи, а именно: 1. Терапевтическая эффективность ЭШТ шизофрении, маниакально-депрессивного психоза (МДП) и инволюционной депрессии (депрессивной формы пресенильного психоза). 2. Динамика обратного развития психоза в процессе ЭШТ. 3. Стойкость лечебных результатов, структура терапевтической ремиссии и проблема рецидивов. 4. Границы применения ЭШТ. 5. Система рационального лечения электрическим шоком (ЭШ). 6. Патологический анализ картины ЭШ и механизмы его лечебного действия. Указывает, что общая численность больных, подвергшихся лечению ЭШ составила 512 чел., из них больных: шизофренией – 430 чел., МДП – 50 чел. и инволюционной депрессией – 32 чел. Описываются применяемые методы исследования [8, 9].

Далее, в работе освещаются лечебные результаты применения ЭШ, которые должны быть отнесены к числу активных методов лечения психозов. В частности, обнаружен более всего высокий непосредственный лечебный эффект ЭШТ при МДП (42% полных ремиссий и 38% значительных улучшений), несколько ниже – при инволюционной депрессии (34% полных ремиссий и 31% значительных улучшений) и еще ниже – при шизофрении (30% полных ремиссий и 21% значительных улучшений).

Наличие витально-аффективных расстройств и подчеркнутость элементарных сенсорных и моторных нарушений, относительно изолированных от более сложных психотических феноменов, – являются самыми надежными клиническими признаками податливости психоза ЭШТ.

А.И. Плотичер в соответствии с этим пришел к выводу, что ЭШТ более всего эффективна при следующих картинах шизофрении: а) при тех формах «пустого» кататонического ступора, клиническая картина которых исчерпывается вегетативными и психомоторными нарушениями, без сколько-нибудь оформленного бреда и галлюцинаций; б) при тех формах гебефрении, в картине которых преобладают явления псевдоманиакальности со слабо выраженными ассоциативными разрывами; в) при тех формах галлюцинозно-параноидной шизофрении, где галлюцинации отличаются выраженной чувственной живостью, экстрапроецированностью и характером объективной реальности, а бред носит аффектогенный или интерпретативный харак-

тер; г) при тех формах депрессивно-ипохондрической шизофрении, в основе которых лежат элементарные сенестопатии с обнаженной про-топатической чувствительностью, но не обросшие бредом.

Наиболее склонными к рецидивам оказались кататоники и больные с ремитирующей формой шизофрении. Хотя безремиссионные формы шизофрении уступают лечению с большим трудом, однако, уступив ему, они проявляют большую устойчивость в своей ремиссии. Относительно велик также процент рецидивов среди тех больных, у которых лечением была достигнута неполная ремиссия, а лишь та или иная степень улучшения [8, 9, 16].

Анатолий Иосифович отмечает, что регрессивная динамика психоза в процессе ЭШТ представляет собою структурно оформленное, «клавиатурное» движение симптомов, имеющее известную направленность и основанное на определенных, а не случайных тенденциях функциональной перестройки патофизиологических механизмов болезни. Путь обратного развития психоза в процессе ЭШТ – это путь от вегетативных и сенсомоторных расстройств, как невросоматической основы психоза, – через витально-аффективные механизмы – к более сложным процессуальным нарушениям восприятия, мышления, сознания и активности, завершающимся реактивными надстройками. Центральные вегетативные регуляции, сенсомоторика и витальные аффекты являются основными сферами наиболее эффективного действия ЭШ, принимающими на себя основную мощь их целобного толчка. Под влиянием этого толчка патологические комплексы, базирующиеся на указанных функциональных системах, рушатся часто уже в самом начале лечения, если они не слишком глубоко включены в более сложные процессуально-психотические образования [2, 8, 9, 17].

Быстрота и скачкообразность являются самими характерными чертами регрессивной динамики психоза при ЭШТ. И это настолько закономерно, что из всех существующих методов лечения психозов ЭШ следует признать методом наиболее выраженного скоростного действия. В 66% случаев (из числа давших улучшение) уже после первых двух ЭШ психотическая симптоматика начинает угасать, а в 80% случаев (из числа всех ремиссий и значительных улучшений) уже после первых пяти ЭШ наступает полная ремиссия или значительное улучшение. Эти данные свидетельствуют о том, что применение многих десятков ЭШ, как это делают некоторые

зарубежные авторы, является необоснованным [8, 9].

Суммируя все изложенные данные, А.И. Плотичер приходит к выводу о том, что при применении ЭШТ развиваются двоякого рода ремиссии: «1. Ремиссии, сопровождающиеся не только угасанием клинических признаков психоза, но также нормализацией нейрогуморальных и вегетативно-обменных процессов; ремиссии этого рода относительно стойки; мы их называем истинными ремиссиями. 2. Ремиссии, сопровождающиеся угасанием психотической симптоматики при отсутствии тенденций к нормализации физиологических процессов; ремиссии этого рода относительно нестойки; мы их называем ложными или «фасадными» ремиссиями. Наличие большого количества этих «фасадных» ремиссий и является причиной обилия ранних рецидивов при ЭШТ. Наши прогностические предположения и терапевтические мероприятия при учете изложенных данных становятся более достоверными и обоснованными» [8, 9, 17].

Рассматривая клиническую картину ЭШ, Анатолий Иосифович доказывает, что она в своих существенных чертах приближается к картине эпилептического приступа, отличаясь от нее рядом деталей. Весь цикл ЭШ он делил на три основные стадии: 1) реактивную, 2) автономную и 3) резидуальную. Каждую из этих стадий он дифференцирует в свою очередь на ряд фаз. Реактивная стадия состоит из фазы начальной вегетативной реакции, фазы некоординированных автоматических движений и первой фазы тонической судороги. Автономная стадия состоит из второй фазы тонической судороги и фазы клонической судороги. К резидуальной стадии он относил фазу апноэ, фазу постпароксизмального психомоторного возбуждения, фазу непродуктивной оглушенности и фазу сна. Детали инициальных фаз изучались при заниженном вольтаже. Описывается четыре основных варианта развития тонической судороги. Устанавливается факт их зависимости от половых, возрастных и индивидуальных факторов. Особо рассматривается вопрос о природе расстройства сознания при ЭШ, которое, по мнению автора, находится в состоянии своеобразного изменения, а не просто «выключения» [8, 9].

При этом допускается двоякая направленность церебрального действия ЭШ: имея местом своего преимущественного приложения центральные вегетативные регуляции, ЭШ, с одной стороны и прежде всего, оказывает разрушающее, дезинтегративное действие на патологичес-

кие церебральные связи, составляющие нейрофизиологическую сущность психоза («восходящее» действие ЭШ), а с другой – подрывает (через те же вегетативные регуляторы) и гуморально-токсические основы психоза, способствуя этим путем стойкости выздоровления («нисходящее» действие ЭШ). Действию «восходящему», как ближайшему фактору клинической ремиссии болезни, А.И. Плотичер придавал основное и решающее значение в первой фазе лечебного процесса (распад психоза), действию «нисходящему» – на последующих его этапах (борьба за стойкость этого распада). Полнота и стойкость выздоровления от психоза обуславливаются этим двояко направленным действием ЭШТ, приводящим к развитию истинной ремиссии. Но не всегда эта двоякая направленность проявляется в параллельно идущих процессах. ЭШТ свойственна высокая дезинтегративная способность. В этом – ее сила; в этом – причина быстроты ее действия и скачкообразного выхода из психоза. Способность же оказывать детоксикационное действие ей свойственна лишь в небольшой мере. В этом заключается ее слабость. Этим же объясняется причина относительной частоты «фасадных» ремиссий и ранних рецидивов. Несоответствие между ярко представленным церебрально-дезинтегративным действием и слабо выраженным действием гуморально-детоксикационным – является одной из наиболее характерных особенностей рассматриваемого метода лечения.

Все клинически определяемые осложнения и отрицательные последствия ЭШТ, с которыми Анатолию Иосифовичу пришлось встретиться, распределены им на четыре группы:

«Первая группа осложнений (вывихи суставов и зубов, мышечные и корешковые боли, прикусы языка) представлена небольшим количеством случаев и по своей тяжести значительно уступает аналогичным осложнениям при камфорно-коразоловой терапии. случаев костных переломов мы не имели вовсе. Часть осложнений этой группы может быть предотвращена: 1) применением наркоэлектрошоков для ослабления силы тонической судороги и 2) строгим соблюдением ряда технических правил производства ЭШ.

Вторая группа осложнений имеет значительно большее практическое значение, серьезно омрачая в ряде случаев успехи терапии. Речь идет, главным образом, об обострении легочного туберкулеза и развитии абсцедирующих пневмоний. Генез абсцедирующих пневмоний при

ЭШТ спорен. По-видимому, они могут быть как аспирационного, так и нейрогенного происхождения. Встречаясь с этой группой осложнений, следует всегда помнить о совершенной недопустимости ЭШТ при наличии различных инфекционно-воспалительных процессов в организме. Крайне важно своевременно распознавать эти осложнения, чтобы немедленно прекратить ЭШТ и принять необходимые лечебные меры.

Третью группу осложнений составляют изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхания (точечные кровоизлияния в склеры, кровотечение из десен, затяжная сердечная аритмия, затяжная остановка дыхания, головные боли и др.). Все эти осложнения, как правило, обратимы и по нашим наблюдениям никогда не приводили к стойким отрицательным последствиям. Однако целиком исключить возможность таких последствий мы не можем, и потому наличие этих осложнений всегда должно служить сигналом к пересмотру вопроса о целесообразности дальнейшего продолжения ЭШТ.

Четвертую и последнюю группу осложнений составляют случаи психических изменений, развивающихся в связи с ЭШТ. Имелись в виду: 1) расстройства памяти; 2) протрагированную обнубиляцию; 3) патологическую эйфорию; 4) церебральную астению. Хотя все эти последствия ЭШТ носят клинически обратимый характер, однако, учитывая их органическое происхождение, следует думать, что не всегда их клиническая обратимость свидетельствует также и о полной анатомической реституции. Тут возможны и процессы компенсации, функционального выравнивания, скрывающие мозговой дефект. Наличие этих осложнений со всей остротой ставит вопрос о числе лечебных процедур, которое в таких случаях является решающим.

Рассмотрение вопроса об осложнениях при ЭШТ приводят автора к тому общему выводу, основанному на клинических данных, что эти осложнения при правильно проводимой ЭШТ не настолько значительны, чтобы обесценить данный лечебный метод, но, с другой стороны, и не настолько безобидны, чтобы ими можно было пренебречь. Многие из этих осложнений можно предотвратить, поскольку они зависят не от самого метода, а от целого ряда условий его применения» [8, 9].

Следует подчеркнуть, что изложенные в этой главе данные об осложнениях ЭСТ и противопоказаниях к ней были справедливы для старых модификаций метода, применявшихся во время

написания А.И. Плотичером его докторской диссертации. В настоящее время, когда ЭСТ проводится с современным анестезиолого-реаниматологическим обеспечением и современными аппаратами, то риск и осложнения минимальны, а противопоказаний практически нет.

А.И. Плотичеру удалось разрешить задачу дозировки интенсивности терапевтического воздействия при лечении ЭШ, оперируя двумя возможностями: 1) изменением методики вызывания самого ЭШ и 2) вариациями количества и распределения ЭШ по времени. Таким образом, было выделено пять основных методических вариантов ЭШТ, составляющих градативную систему лечения.

Порядок расположения этих вариантов по степени нарастания интенсивности лечебного воздействия следующий: I. Abortивный курс электрошоков. II. Редуцированные электрошоки. III. Разреженный курс электрошоков. IV. Концентрированный курс электрошоков. V. Наркоэлектрошоки.

Abortивный курс ЭШ состоит из одного-двух-трех ЭШ, производимых с промежутками в 3-5 дней. В ряде случаев, особенно при неосложненных витальных депрессиях, этого бывает достаточно для того, чтобы вызванный этим путем первый «надлом» психоза развернулся в дальнейшем самостоятельно до степени полной ремиссии.

Редуцированные ЭШ представляют собою пароксизмы, оборванные в реактивной стадии ЭШ. Они возникают в том случае, если экспозиция тока не превышает 0,1-0,2 секунды при напряжении его в 50-60 вольт. Для предотвращения тягостных ощущений больного, мы вводим ему предварительно 3-4 см³ 10% раствора гексенала (внутривенно). Редуцированные ЭШ значительно мягче развернутых и предназначаются для заболеваний с рыхлой симптоматикой, а также при наличии относительных соматических противопоказаний.

Разреженный курс ЭШ – это наиболее распространенный способ лечения, при котором ЭШ производятся один раз в 2-3 дня.

Концентрированный курс ЭШ состоит из серии шоков, производимых ежедневно вплоть до первого «надлома» психоза, а в дальнейшем – через день. Общее количество лечебных сеансов от этого обычно не увеличивается. Скорее – наоборот. Таким сгущением сеансов на первом этапе лечения нам нередко удается добиться эффекта там, где без концентрации сеансов он не развивается.

Наркоэлектрошоки – это ЭШ, производимые в наркотическом состоянии больного. Для этого перед производством сеанса больному вводятся внутривенно 5-6 см³ 10% гексенала. Порог судорожной реакции заметно от этого не изменяется. Смягчается лишь интенсивность судорог. Сон после наркоэлектрошока продолжается от 2 до 6 часов. Лечебная эффективность наркоэлектрошоков в резистентных случаях заболевания заметно выше обычных ЭШ.

Все перечисленные методические варианты ЭШТ представляют собою достаточный выбор модификаций, обеспечивающий возможность индивидуализации лечения. Руководствуясь особенностями каждого отдельного случая (массивность и устойчивость психотической картины, характер вегетативной реактивности и ее изменений в процессе лечения, физическое здоровье, возраст и др.), мы останавливаемся на том или другом варианте, меняя его в процессе лечения, если того требуют обстоятельства.

Давая общую оценку ЭШТ, как лечебному методу, мы должны признать, что при правильном применении в надлежащих случаях этот метод является действенным способом лечения некоторых форм шизофрении, МДП и инволюционной депрессии.

Подкупающая быстрота купирующего действия и небольшая трудоемкость процедуры создают нежелательные предпосылки для неправомерно расширительного применения ЭШТ, недоучета соматических противопоказаний и возможных отрицательных последствий. Это неизбежно приводит к снижению показателей эффективности и дискредитации метода. Решительно отвергая подобного рода тенденции, мы настойчиво предупреждаем от необоснованного увлечения относительной новизной рассматриваемого метода лечения и твердо подчеркиваем не только положительные, но также и отрицательные его стороны.

Рассматривая ЭШТ, как один из оправдывающих свое применение при известных условиях активных методов лечения психозов, мы, указывает автор, вместе с тем, считаем, что это ни в какой мере не снижает значения других ранее предложенных активных методов лечения психических заболеваний и отнюдь не исключает наших дальнейших энергичных поисков еще более совершенных способов терапии [8, 9, 18].

В его работах того времени мы видим прообраз сегодняшней поддерживающей ЭСТ – он указывал, что после основного курса может оказаться необходимой серия «закрепительных

шоков», с помощью которых достигается соответствие между достигнутым психопатологическим улучшением и нормализацией параклинических показателей. В своем аппарате для ЭСТ А.И. Плотичер воплотил прогрессивную идею об индивидуализации дозы электровоздействия путем прекращением подачи тока в момент начала припадка у пациента. Эти исследования Анатолий Иосифович объединил в своей блестящей докторской диссертации «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком», которую, как уже нами указывалось, он защитил в Харькове в 1950 году. Однако, как упоминалось выше, вместо присвоения ему заслуженной ученой степени доктора медицинских наук медицинское и научное руководство страны использовало его диссертацию в качестве повода для публичной расправы над методами ЭСТ. Произошло это в 1952 году. Краткий отчет о заседании Ученого совета отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР, который на примере диссертации А.И. Плотичера «разобрался» с ЭСТ, был опубликован в восьмом номере «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» за 1952 год [11]. Диссертация не была утверждена ВАК СССР. Несмотря на такое серьезное профессиональное поражение, а также на сложности личной и научной судьбы, связанные с развернутой в стране в начале 50-х годов XX века антисемитской кампанией, А.И. Плотичер не опускает рук, и в 1960 году защищает вторую докторскую диссертацию, которая была посвящена ремиссиям и профилактике рецидивов при шизофрении. Ему присваивается долгожданная ученая степень доктора медицинских наук и в последующем научное звание профессора [5, 6].

А.И. Плотичер был известен широтой своих научных интересов. Он подготовил и опубликовал около 170 научных работ, которые были посвящены различным аспектам клинической психиатрии. Особую известность получили его труды по психопатологии и лечению эпилепсии, конвульсивной терапии психозов, контузионному сурдомутизму военного времени, клинике и патофизиологии ремиссий при шизофрении, их «фасадным» вариантам, профилактике ее рецидивов, дефектным состояниям при шизофрении, динамике циркулярного психоза, аффективной патологии, в частности, проблеме депрессий. Анатолий Иосифович в последние годы много внимания уделял разработке и внедрению в практику экспериментально-психологических методик изучения мышления и эмоционально-воле-

вой сферы психически больных. Он был искусным психотерапевтом, мастерски владеющим техникой гипноза. Однако тема ЭСТ продолжала интересовать его всю жизнь. После отказа в утверждении первой докторской диссертации ученый продолжал уделять ЭСТ много внимания. Он совершенствовал ее, обучал врачей и руководил целым рядом диссертационных работ, связанных с методом. Вплоть до последних дней работы (а он трудился до 77 лет, после чего ушел на заслуженный отдых в 1978 году) самостоятельно проводил или контролировал сеансы ЭСТ. Работы А.И. Плотичера по ЭСТ во многом были новаторскими и по целому ряду направлений определили приоритет Украины и института, в котором он трудился. Не исключено, что украинское происхождение единственного на сегодняшний день современного конвульсатора, доступного в странах СНГ («Эликон-01»), связано с тем положительным отношением к ЭСТ, которое сформировалось в Украине благодаря школе А.И. Плотичера.

Ряд предложенных профессором А.И. Плотичером концепций и методик до настоящего времени учитываются и используются в психиатрических научных и лечебных учреждениях Украины. А.И. Плотичер был блестящим клиницистом и педагогом. Клинические разборы больных под его руководством проходили очень интересно с глубоким профессиональным анализом каждого случая. Подведение итогов и постановка диагноза заболевания были им четко аргументированы и весьма убедительны, изложены тактично, «интеллигентно», не ущемляя мнение других врачей, участвующих в разборе. Клинические лекции Анатолия Иосифовича всегда отличались глубиной и широтой кругозора с использованием многочисленных отечественных и зарубежных источников специальной литературы. Под руководством профессора А.И. Плотичера ежегодно повышали свою профессиональную квалификацию врачи-психиатры практического здравоохранения, часть из них защитили кандидатские диссертации, двое из его учеников стали докторами медицинских наук. На протяжении многих лет Анатолий Иосифович был председателем проблемной комиссии по психиатрии Украинского психоневрологического института, заместителем председателя правления Харьковского научного общества невропатологов и психиатров и председателем Украинской республиканской проблемной комиссии по специальности психиатрия. Однако, хотелось бы подчеркнуть, что А.И. Плотичер был прежде всего интеллигентным чело-

веком, прекрасным клиницистом, внимательным и добросердечным врачом, искусным психотерапевтом, мастерски владеющим техникой гипноза. Это в значительной степени снискало ему любовь и уважение пациентов, коллег и учеников, многие из которых успешно работают в научных медицинских учреждениях и в практическом здравоохранении Украины [7].

Среди учеников Анатолия Иосифовича следует назвать профессора, доктора медицинских наук А.Д. Таранскую, заслуженного деятеля науки и техники Украины, профессора, доктора медицинских наук И.И. Кутько, доцента, кандидата медицинских наук А.Б. Гусову, заслуженного врача Украины, доцента, кандидата медицинских наук В.И. Реминяка, ведущего научного сотрудника, кандидата медицинских наук В.И. Букреева, правозащитника с мировым именем, кандидата медицинских наук А.И. Корягина, организатора психиатрической помощи, кандидата медицинских наук Л.Г. Кодинец и многих других.

С 20 января 1978 года А.И. Плотичер получил право на заслуженный отдых, однако продолжал консультировать больных в Харьковском городском психоневрологическом диспансере №

3. Работавшие рядом с ним коллеги вспоминают этого человека с большим теплом.

Анатолий Иосифович награжден медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», значком «Отличник здравоохранения» и Почетной грамотой Президиума Верховного Совета УССР [7].

Умер А.И. Плотичер 1 апреля 1987 года, похоронен на кладбище № 3 г. Харькова. Своими научными достижениями А.И. Плотичер оставил заметный след в украинской научной и практической психиатрии. Вне сомнения, биография и научное наследие, особенно работы по вопросам теории и практики лечения психозов электрическим током, Анатолия Иосифовича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность сыну Анатолия Иосифовича – Е.А. Плотичеру за помощь в сборе данных, предоставленную возможность пользоваться материалами семейного архива и ценные замечания при работе над более ранней версией этой статьи.

П.Т. Петрюк³, І.І. Кутько¹, О.П. Петрюк²

**ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА А.Й. ПЛОТИЧЕРА
(ДО 110-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ І 60-РІЧЧЯ ЗАХИСТУ ПЕРШОЇ ДОКТОРСЬКОЇ
ДИСЕРТАЦІЇ)**

¹Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, ²Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача), ³Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки, м. Харків

На основі джерел спеціальної літератури і наукових праць приведені нові дані про творчий шлях професора А.Й. Плотичера – відомого вітчизняного ученого, психіатра, представника харківської психіатричної школи, що працював у свій час на Сабуровій дачі, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий внесок до розвитку вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи. Дано докладний аналіз захищеної, але не затвердженої ВАК СРСР, першої докторської дисертації. Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукового внеску ученого, особливо робіт з питань теорії і практики лікування психозів електричним струмом. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 96-106).

P.T. Petryuk³, I.I. Kutko¹, O.P. Petryuk²

**TO MEMORY OF PROFESSOR A.J. PLOTICHER
(TO 110-TH ANNIVERSARY AND 60-YEARS DEFENCE OF THE FIRST DOCTORAL
DISSERTATION)**

¹Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, ²Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), ³Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

On the basis of sources of the special literature and scientific labours new information is resulted about the creative way of professor A.J. Ploticher – the known domestic scientist, psychiatrist, representative of Kharkiv psychiatric school of, which worked at one time on the Saburova dacha, which brought in ponderable payment the scientific achievements in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school. The detailed analysis of not ratified HAC of SU protected, but is given, first doctoral dissertation. The necessity of subsequent study of biography and scientific payment of scientist is underlined, especially works on questions of theory and practice of treatment of psychoses by an electric current. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 96-106).

Литература

1. Анатолий Иосифович Плотичер (К 80-летию со дня рождения) // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1981. – Т. 81. – № 9. – С. 1418-1419.
2. Плотичер Анатолий Иосифович: личное дело Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии (начато 01.11.1944 г., окончено 20.01.1978 г.). – Х. – 11 листов // Из личного архива П.Т. Петрюка.
3. Волошин П.В. История Украинского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 3-7.
4. Кутько И.И., Стефановский В.А. Анатолий Иосифович Плотичер – учёный, педагог, врач // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 87-89.
5. Ушаков Н. Харьковское эхо кремлевской интриги [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://berkovich-zametki.com/Novem/25/Ushakov1.htm>.
6. Плотичер А.И. Материалы к вопросу о развитии ремиссий и профилактике рецидивов при шизофрении: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Х., 1959. – 31 с.
7. Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Профессор Анатолий Иосифович Плотичер – известный отечественный ученый, психиатр и бывший сабурянин // Психічне здоров'я. – 2009. – № 2 (23). – С.160-168.
8. Плотичер А.И. Теория и практика лечения психозов электрическим током. – Набережные Челны: Изд-во Камской госуд. инж.-экон. акад., 2007. – 48 с. (Серия «Хрестоматия по ЭСТ».
- Выпуск 2).
9. Плотичер А.И. Теория и практика лечения психозов электрическим шоком: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Х., 1950. – 23 с.
10. Нельсон А.И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.
11. О применении электрошока для лечения психических заболеваний // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1952. – Т. 52. – № 8. – С. 71-73.
12. Ротштейн Г.А. О границах применения электросудорожной терапии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1952. – Т. 52. – № 3. – С. 35-45.
13. Дайн Е.Г. Отдаленные результаты электросудорожной терапии шизофрении // Труды Черновицкой областной психоневрологической больницы. – Т. 1. – Черновицы: Б.и, 1958. – С. 233-253.
14. Банщиков В.М., Рапопорт А.М. Электросудорожная терапия в психоневрологических больницах СССР // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1952. – Т. 52. – № 3. – С. 67-81.
15. Кербилов О.В. Лекции по психиатрии. – М: Медгиз, 1955. – 240 с.
16. Плотичер А.И. Теоретические предпосылки и практические пути рациональной электросудорожной терапии // Труды XV сессии Украинского психоневрологического института. – Т. 24. – Х.: Б.и, 1949. – С. 199-210.
17. Плотичер А.И. Регрессивная динамика психоза в процессе электрошоковой терапии // Труды XIV сессии Украинского психоневрологического института. – Т. 23. – Х.: Б.и., 1947. – С. 399-407.
18. Плотичер А.И. Патологические основы электрошоковой терапии шизофрении // Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М: Б.и., 1950. – С. 382-384.

Поступила в редакцию 17.04.2011

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Беро М.П.** Парадигма в развитии психических расстройств в эпоху глобализма **3**
- Шестопалова Л.Ф., Артюхова В.В.** Типологічні особливості терапевтичного альянсу між лікарем і хворим у медичному закладі психоневрологічного профілю **8**
- Фільц О.О., Кігічак-Боршевська А.В., Троян А.З., Личак О.Л.** Випадок з практики: комунікація як мистецтво життя або хвороба дитини як сигнал втрати зони комфорту її родиною **13**
- Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Рокутов С.В., Шустерман Т.Й., Ніколенко А.Є., Мозолюк Т.В.** Фактори ризику посилення частоти та збільшення тривалості госпіталізацій хворих органічними психічними розладами пізнього віку з супутньою соматичною патологією **18**
- Абрамов В.А., Помилуйко А.А.** Уровень стрессоустойчивости у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда **22**
- Сорока В.В.** Психотерапия невротических расстройств у мужчин и женщин, жертв экономического насилия в семье **28**
- Смашна О.Є.** Диференціальна психофармакотерапія параноїдної шизофренії, ускладненої супутньою соматичною патологією **33**
- Овчаренко М.О.** Визначення інтенсивності патологічного потягу до наркотиків у хворих на опіїдну залежність із різними типами особистості **40**
- Василькова О.И., Васильков В.Н.** Роль методологической позиции практического психолога в решении психологических задач клиента **46**

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

- Абрамов В.А., Ряполова Т.Л.** Современные теоретико-методологические подходы к изучению ранних стадий шизофрении и психосоциальной реабилитации больных (сообщение 3) **52**
- Петрюк П.Т.** К изучению клиники простой формы шизофрении **67**
- Голоденко О.Н., Ряполова Т.Л.** Психосоциальная реабилитация больных с депрессией позднего возраста **74**
- Денисов Е.М.** Факторы риска развития метаболического синдрома у больных шизофренией (сообщение 2) **82**
- Никифорова Е.Г.** Обзор современных под- **92**
- Abramov V.A., Ryapolova T.L.** The modern theoretic-methodological approaches to the study of the schizophrenia early stages and patient's psychosocial rehabilitation (part 3) **52**
- Petryuk P.T.** To the study of clinic simple forms of schizophrenia **67**
- Golodenko O.N., Rjapolova T.L.** Psychosocial rehabilitation of patients with depressions of late age **74**
- Denysov E.M.** Risk factors of development of the metabolic syndrome in patient with schizophrenia (report 2) **82**
- Nikiforova E.G.** The review of modern **92**

ходов к коррекции и лечению органических психических расстройств у шахтеров, перенесших техногенные аварии

approaches to correction and treatment of organic mental disorders at the miners who have transferred technogenic failures

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ANNIVERSARIES

Петрюк П.Т., Кутько И.И., Петрюк А.П. 96
Памяти профессора А.И. Плотичера (к 110-летию со дня рождения и 60-летию защиты первой докторской диссертации)

Petryuk P.T., Kutko I.I., Petryuk O.P. To
memory of professor A.J. Ploticher (to 110-th anniversary and 60-years defence of the first doctoral dissertation)

СОДЕРЖАНИЕ

107 CONTENTS

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 клинико-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