

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

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 1 (26), 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. Кузнецов (Україна), Н. О. Марута (Україна), В. Д. Мішієв (Україна), О. К. Напрєєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачніков (Україна), О. О. Фільц (Україна), О.С. Чабан (Україна), А. П. Чуприков (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

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

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

Адреса редакції:

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

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

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.832-004.2-008.47:616.895.4

*Т.Д. Бахтеева, Н.А. Марута, М.В. Данилова***ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

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

Ключевые слова: депрессивная реакция, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, органическое депрессивное расстройство, рассеянный склероз, психопатологические факторы

Высокая распространённость депрессивных расстройств делает их проблему одной из самых сложных и актуальных в современной психиатрии. По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара, а инвалидизация по причине депрессии к 2020 г. может выйти на первое место среди всех прочих недугов. Угроза заболеть депрессией хотя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины [5-6].

Существенно возросла актуальность проблемы депрессий в неврологической практике. В DSM-4 приводятся усредненные данные о распространенности депрессивных расстройств среди больных с неврологической патологией, которая колеблется от 25 до 40% [4]. Рассеянный склероз выделяется рядом авторов в качестве неврологического заболевания наиболее часто отягощенно-депрессивной патологией, по данному показателю он уступает лишь болезни Паркинсона [2,10]. Негативное влияние депрессивной патологии на качество жизни, социальное функционирование, течение рассеянного склероза, высокий уровень суицидов у данных больных, обуславливает необходимость детального изучения факторов этиопатогенеза депрессивных расстройств при рассеянном склерозе.

Целью данного исследования явилось изучение психопатологических факторов формирования различных вариантов депрессивных расстройств, формирующихся при рассеянном склерозе.

В исследовании приняли участие 367 больных рассеянным склерозом. Из в основную группу исследования вошли 238 больных, в клинической картине которых диагностировано наличие следующих депрессивных расстройств: у 38 больных (15,9 %) - расстройства адаптации, в

виде депрессивной реакции (F43.21–43.22); у 35 больных (14,8 %) – депрессивный эпизод (F32.0-32.2); у 64 больных (26,9 %) – рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0-33.2); у 101 больного (42,4 %) - органическое депрессивное расстройство (F06.32). 129 больных рассеянным склерозом без признаков аффективных расстройств составили контрольную группу исследования.

В качестве инструментария использовались психометрические методы: клиническая шкала тревоги (CAS) – для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [11] и шкала самооценки тревоги Шихана - для субъективной оценки тяжести тревожной симптоматики [11], а также патопсихологические методы: методика СМИЛ - для выявления личностных особенностей [7]; цветовой тест Люшера - для изучения особенностей эмоционального и поведенческого реагирования [8]; Торонтская шкала алекситимии Y.J.Taylor – для анализа роли алекситимии в генезе депрессий [3]; опросник Бехтеревского института - для изучения типа отношения к болезни [1]. Для обработки полученных данных применялись методы описательной статистики и сравнительного анализа для установления вероятности различий между выборками.

Первый этап исследования был посвящен изучению роли тревожности в формировании депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом (на основании анализа данных клинической шкалы тревоги (CAS) и шкалы самооценки тревоги Шихана). Согласно полученным данным, больные рассеянным склерозом, осложненным депрессивной реакцией характеризовались высоким уровнем как субъективной, так и объективной тревоги, соответственно $96,6 \pm 7,9$ и $19,3 \pm 2,8$ баллов, что достоверно пре-

вышало данные показатели в контрольной группе, которые отражали наличие низкого уровня тревоги (соответственно $21,7 \pm 2,5$ и $4,1 \pm 1,5$ баллов), $p < 0,05$. При других формах депрессивной патологии значимых различий с контрольной группой по показателям выраженности тревоги обнаружено не было. Данный факт свидетельствовал о важной роли тревоги в генезе депрессивных реакций при рассеянном склерозе, и ее незначительной роли в формировании других форм депрессивной патологии.

Второй этап исследования был посвящен анализу роли личностных особенностей в патогенезе депрессивных расстройств. У больных с депрессивной реакцией в профиле СМИЛ наблюдалось значительное повышение по шкалам «тревожности» (79 ± 7 Т), «интроверсии» (75 ± 8 Т) и «депрессии» (73 ± 10 Т), что свидетельствовало о выраженных тревожных и депрессивных патопсихологических феноменах с признаками социальной дезадаптации: тенденцией «ухода в себя», ослаблением социальных контактов, отгороженностью и отчужденностью. Основными патопсихологическими личностными проявлениями у больных рассеянным склерозом с депрессивной реакцией были: пассивная личностная позиция, неуверенность в себе и в ситуации, высокая чувствительность к негативным средовым воздействиям, сниженная самооценка, сочетающаяся с завышенным идеальным «Я», инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, высокая тревожность, склонность к острому переживанию неудач, к волнению, повышенное чувство вины, замкнутость, ригидность установок, внутренняя дисгармония, снижение уровня включенности в социальную среду, обращенность интересов в мир внутренних переживаний. В мотивации данных больных преобладали тенденции избегания неуспеха, в качестве основного защитного механизма использовались - ограничительное поведение, блокировка активности, отказ от самореализации и усиление контроля сознания, уход от контактов и проблем. Характерной потребностью у больных с депрессивной реакцией выступала потребность в понимании, любви, доброжелательном к себе отношении, избавлении от страхов и неуверенности. Перечисленные патопсихологические качества отражали наличие невротических механизмов формирования депрессивных реакций у больных с психастеническим, тревожно-мнительным и интровертированным типами личности. Следовательно, выделенные патопсихологические особенности в виде

интровертированных, тревожных и пессимистических (депрессивных) черт личности, характеризующиеся пассивностью, отгороженностью, повышенной эмоциональной чувствительностью, ослабленностью защитных функций способствовали формированию депрессивных реакций при рассеянном склерозе.

В характерологическом профиле СМИЛ больных с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством было зафиксировано значительное повышение показателей по шкале «депрессии» (соответственно, 79 ± 4 Т и 812 Т) и шкале «индивидуалистичности» (соответственно, 75 ± 6 Т и 77 ± 4 Т), что отражало наличие выраженных аффективных (депрессивных) и личностных патопсихологических расстройств гипостеничного типа. При этом высокие показатели шкалы «индивидуалистичности» свидетельствовали об эндогенном генезе этих расстройств. Основными патопсихологическими личностными проявлениями у больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством были: пассивность, снижение уровня активности, неловкость в межличностных контактах, замкнутость и отстраненность, неудовлетворенность и пессимистичность, инертность в принятии решений, выраженная глубина переживаний, неуверенность, склонность к стоп-реакциям и депрессии в стрессовых ситуациях, к острому переживанию неудач, повышенному чувству вины. Ведущей мотивационной направленностью у этих больных выступала тенденция к избеганию неуспеха. В качестве основного защитного механизма использовались отказ от самореализации, усиление контроля сознания, уход в мир фантазий. Выделенные патопсихологические особенности в виде пессимистических черт личности, пассивности, повышенной эмоциональной чувствительности, отстраненности и индивидуалистичности соответствовали наличию эндогенного депрессивного расстройства у лиц с гипостеническим типом.

В характерологическом профиле больных с органической депрессией при рассеянном склерозе отмечалось значительное повышение показателей по шкалам «аффективной ригидности» (в пределах 79 ± 4 Т-баллов), «импульсивности» (в пределах 77 ± 8 Т-баллов) и «депрессии» (в пределах 75 ± 12 Т-баллов), что свидетельствовало о выраженных депрессивных и органических (аффективная ригидность, импульсивность) патопсихологических феноменах. Основными патопсихологическими личностными проявле-

ниями в этой группе депрессивных больных были: эпилептоидные черты характера, возбудимость, импульсивность, нетерпеливость, склонность к риску, высокий уровень притязаний, отсутствие выраженной конформности, конфликтность. Высокие показатели по шкале «депрессии» в сочетании с пиками по шкалам «ригидности» и «импульсивности» отражали депрессивную форму реагирования у личности с возбудимо-импульсивными патохарактерологическими особенностями органического генеза, что свидетельствовало о наличии внутреннего конфликта, уходящего корнями в изначально противоречивый тип реагирования: сочетание разнонаправленных тенденций – высокой активности и динамичности процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженной инертности и неустойчивости, с другой. Психологически это проявлялось наличием противоречивого сочетания высокого уровня притязаний с неуверенностью в себе, высокой активности с быстрой истощаемостью, что характерно для реакций дезадаптации. Основным защитным механизмом служило отреагирование «вовне», как правило, агрессивного или негативного характера, что еще сильнее усугубляло дезадаптацию. Таким образом, наличие выраженных разнонаправленных тенденций в характерологическом профиле в виде депрессивных, импульсивных и ригидных черт способствовало формированию органического депрессивного расстройства при рассеянном склерозе.

У больных контрольной группы усредненный профиль СМИЛ характеризовался пикообразностью по шкалам эмоциональной лабильности (в пределах 63 ± 6 Т), импульсивности (в пределах 57 ± 8 Т) и ригидности (в пределах 61 ± 3 Т), однако данные показатели находились в нормативных пределах, определяющих характерологические особенности индивида, сохранность функций социальной адаптированности без признаков акцентуаций и психопатологии. В целом профиль СМИЛ больных контрольной группы свидетельствовал об их активной жизненной позиции, стеничном типе поведения, внешненаправленных тенденциях и способности адекватно отреагировать во вне внутренние переживания и эмоции, что служило в качестве своеобразных саногенных факторов, препятствующих формированию депрессивной патологии.

На третьем этапе исследования были проанализированы особенности эмоционального реагирования больных рассеянным склерозом на основании данных теста Люшера. В группе боль-

ных рассеянным склерозом с депрессивными реакциями, выявлено статистически достоверное по отношению к группе больных с другими формами депрессивных расстройств и контрольной группе, преобладание синего и желтого цветов на первой и второй позициях (соответственно в 68,4% и в 63,2% случаев) и коричневого и фиолетового - на седьмой и восьмой позициях (соответственно в 71% и в 55,3% случаев). Полученные результаты свидетельствовали о потребности больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе в прочной и глубокой привязанности, эмоциональном комфорте и защите от негативных социальных воздействий. Данная потребность являлась ведущей и поэтому - наиболее травмируемой мишенью. Больные с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе характеризовались чувствительностью и зависимостью от других, повышенной потребностью нравиться окружающим. Результаты теста отчетливо констатировали стресс, вызванный отсутствием факта самоутверждения в обществе и неудовлетворенной потребностью конгруентных межличностных отношений, уязвимостью перед негативными социальными воздействиями. Отмечалась явная напряженность, вызванная невозможностью контролировать происходящее вокруг.

По результатам обследования тестом Люшера больных с депрессивным эпизодом при рассеянном склерозе, также как и в группе больных с рекуррентной депрессией, выявлено статистически достоверно по отношению к контрольной группе, преобладание черного и серого цветов на первой и второй позициях (соответственно в 85,7% и в 77,1% случаев при депрессивном эпизоде; и в 90,1% и в 82,2% случаев при рекуррентном депрессивном расстройстве). При этом в качестве преобладающих на последних позициях ряда (седьмой и восьмой позиции) при депрессивном эпизоде выделены красный и зеленый (соответственно в 82,9% и в 71,4% случаев); при рекуррентном депрессивном расстройстве - красный и коричневый цвета (соответственно в 78,1% и в 70,3% случаев), при $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе.

Преобладание черного и серого цветов на первых позициях ряда свидетельствовало о доминировании у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством пессимистической оценки своего состояния, наличии выраженной протестной реакции по отношению к сложившейся ситуации, которая реализовывалась через ограничение контак-

тов и пассивное противодействие.

При этом у больных с депрессивным эпизодом выраженный стресс был связан с блокировкой самореализации (преобладание красного и зеленого цветов на седьмой и восьмой позициях (-3-2)). Отмечалась фрустрация потребности в достижении успеха, снижение и утрата контроля над сложившейся ситуацией, выявлены проблемы уязвленного самолюбия, неудовлетворенности своей социальной позицией. Больные ощущали собственное бессилие перед лицом препятствий, которые субъективно воспринимались ими как непреодолимые.

У больных же рекуррентной депрессией выраженная психическая напряженность (стресс) была связана с фрустрацией физиологических потребностей, которые по внешним причинам чрезмерно ограничивались (преобладание красного и коричневого цветов - на седьмой и восьмой позициях (-3-6) ряда). Отмечалось стремление (потребность) к завоеванию признания и уважения со стороны окружающих, при этом сложившаяся ситуация воспринималась как ущемляющая чувство независимости, что приводило к изоляции.

Основной эмоциональный конфликт как при депрессивном эпизоде, так и при рекуррентном расстройстве (+7-3) был связан с переутомлением вследствие нервного перенапряжения, непереносимостью внешних воздействий, ощущением несчастья, невозможностью контролировать происходящее вокруг, при этом отмечалась склонность к импульсивным аутоагрессивным действиям. Результаты теста отчетливо констатировали стресс, обусловленный блокировкой признания и уважения со стороны окружающих, контроля над сложившейся ситуацией, перед которой больные ощущали собственное бессилие и беспомощность.

Следовательно, преобладание выраженных протестных реакций в виде ограничения контактов, пассивного противодействия и самоизоляции при фрустрации ведущих физиологических и личностных потребностей, вызванных сложившейся ситуацией, отражает наличие и механизм формирования депрессивного эпизода и рекуррентной депрессии при рассеянном склерозе.

Анализ теста Люшера в контрольной группе дал разноплановый материал, касающийся преимущественно невыраженных проблем ситуационного характера. Цветовое распределение на первой-второй и седьмой-восьмой позициях теста Люшера у больных этой группы свидетельствовало об отсутствии у них патопсихологичес-

ких расстройств и наличии сохранной социальной адаптированности (в большинстве случаев основные цвета были сформированы в единую группу и располагались в начале ряда).

Изучение уровня выраженности алекситимии (на основании данных Торонтской шкалы алекситимии) позволило зафиксировать наличие высокого ее уровня у больных рассеянным склерозом с депрессивным эпизодом (94 ± 7 баллов) и рекуррентной депрессией (99 ± 10 баллов), что значительно превышало данный показатель в контрольной группе - 48 ± 9 баллов, $p < 0,05$. Это свидетельствовало о сниженной способности к вербализации эмоциональных состояний, трудностях в определении и описании собственных переживаний, в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта у больных с эндогенными депрессивными расстройствами. Указанные особенности вызывали трудности в осознании эмоций и когнитивной переработке аффекта, что приводило к развитию и углублению депрессивной патологии. При других формах депрессивных расстройств при рассеянном склерозе был зафиксирован низкий уровень алекситимии (значимых различий с контрольной группой не установлено).

Согласно результатам использования опросника Бехтеревского института для изучения типов отношения к болезни у больных с депрессивными реакциями при рассеянном склерозе было выявлено преобладание эгоцентрического (55,3%), обсессивно-фобического (57,9%), ипохондрического (65,8%) и тревожного типов (73,7%) отношения к болезни. Это означает, что больные этой группы не могли объективно оценить свое состояние, не стремились конструктивно помогать медперсоналу в лечении, а в случае неудачного исхода лечения - отчаивались и не старались переключить свои интересы на другие доступные области жизни. Подобное сочетание типов отношения к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу характерно для невротических форм реагирования.

Для больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией было характерно преобладание меланхолического (в 77,1% и в 79,7% случаев соответственно) и сензитивного (в 65,7% и в 62,5% случаев) типов отношения к болезни. При меланхолическом типе отношения к болезни больные были ориентированы только на неблагоприятный исход болезни, ее негативное влияние на карьеру, социальное положение, семейные отношения. Отмечались сниженное настроение, идеи самообвинения и самоуниже-

ния. У больных с сенситивным типом отношения к болезни отмечались боязнь стать обузой для близких и развития неблагоприятного с их стороны отношения в связи с болезнью и т.д. Сочетание меланхолического и сенситивного типов отношения к болезни, ее лечению, врачам и медперсоналу характерно для эндогенных форм аффективного реагирования на болезнь.

У больных органической депрессией преобладающим был апатический (78,2%) тип отношения к заболеванию рассеянным склерозом, что характеризовало данных больных полным безразличием к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения. Больные пассивно подчинялись процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Так же отмечалась утрата интереса ко всему, что ранее волновало, в том числе к близким и родным людям, социальному и профессиональному статусу.

В контрольной же группе в 72,1% случаев фиксировалось гармоничное отношение к болезни, поддерживающее компенсаторные возможности психики больного.

Подводя итог проведенному исследованию, необходимо отметить следующее. Основной причиной формирования депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом является фрустрация основных потребностей вследствие наличия демиелинизирующего процесса и его физических последствий.

При этом у больных с депрессивными реакциями фрустрация охватывала потребности в понимании, любви, самоутверждении, конгруэнтных межличностных отношениях, у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией - потребности в самореализации, в достижении успеха, в контроле над сложившейся ситуацией, у больных с органической депрессией - потребности в сохранении собственной индивидуальности и безопасности.

Основным механизмом формирования депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом являлся механизм конституционально обусловленного или приобретенного когни-

тивного, эмоционального и поведенческого реагирования на фрустрацию основных личностных потребностей.

У больных с депрессивными реакциями доминировал тревожный механизм конституционального отреагирования (тревога, ограниченное поведение, ориентация на избегание неуспеха и т.д.) при наличии тревожно-мнительного, психастенического и интровертированного типов личности.

У больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией ведущим был аффективный (депрессивный) механизм конституционального отреагирования (отказ от самореализации, ограничение контактов, самоизоляция, комплекс неполноценности и вины и т.д.) при наличии у больных гипостенического типа личности.

Органическая депрессия характеризовалась приобретенным эпилептоидным механизмом отреагирования (выраженное агрессивное поведение, возбудимость, импульсивность, психическое напряжение и истощаемость и т.д.) при наличии у больных органических патопсихологических особенностей.

К саногенным факторам, препятствующим формированию депрессивных расстройств при рассеянном склерозе (на примере контрольной группы), по данным исследования относятся: низкий уровень тревожности; гармоничная структура личности (психологическая адаптированность и отсутствие патопсихологических расстройств; низкий уровень алекситимии (сохраненные когнитивные и аффективные особенности, позволяющие больным адекватно выражать свои эмоции и идентифицировать эмоции своего окружения); гармоничный тип отношения больного к болезни.

Вышеперечисленные психопатологические факторы могут быть использованы в качестве дополнительных критериев дифференциальной диагностики различных клинических форм депрессивной патологии при рассеянном склерозе и обязательно учитываться в лечении и психокоррекции.

Т.Д. Бахтеева, Н.О. Марута, М.В. Данилова

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

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

Обстежено 367 хворих на розсіяний склероз. Основну групу дослідження склали 238 хворих, з різними депресивними розладами, серед яких: 38 хворих – з розладами адаптації, у вигляді депресивної реакції; 35 хворих з депресивним епізодом; 64 хворих з рекуррентним депресивним розладом; 101 хворий з органічним депресивним розладом. 129 хворих на розсіяний склероз без ознак афектних розладів склали контрольну групу дослідження. В ході дослідження вивчені: рівень виразності об'єктивної та суб'єктивної тривожної симптоматики, особистісні особливості, специфіка емоційного реагування, захисні механізми, виразність алекситимії та типи відношення до хвороби. На підставі отриманих даних виділені основні патопсихологічні чинники формування різних депресивних розладів при розсіяному склерозі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 3-8).

PATHOPSYCHOLOGICAL REGULARITIES OF FORMATION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

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

Three hundreds sixty seven patients with multiple sclerosis were examined. The main group of the study consisted of 238 patients with different depressive disorders including 38 patients with adjustment disorders in the form of depressive reaction; 35 patients with depressive episode; 64 patients with recurrent depressive disorder; 101 patients with organic depressive disorder. The control group consisted of 129 patients with multiple sclerosis without signs of affective disorders. In the study levels of objective and subjective anxious symptoms, personality peculiarities, specific features of emotional reactions, defensive mechanisms, level of alexithymia, and types of attitude to the disease were investigated. On the base of data obtained the main pathopsychological factors of formation of different depressive disorders in multiple sclerosis were defined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 3-8).

Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей, Санкт-Петербург. – 2005.- 86с.
2. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) /А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. -3-е изд. перераб. и доп. – М.: МИА, 2007. -197 с.
3. Ерьско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. пособие для психологов и врачей, СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. -32 с.
4. Лобачева Л.С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэндогенных депрессий в последние десятилетия. Мат. Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области. Иркутск, 2005; 217–219.
5. Марута Н.А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке// НейроNEWS. – 2008. -№6 (11). – с 24-28.
6. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22–27.
7. Собчик Л.Н. Многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММРП). Методическое пособие.– СПб., 1999. – 137с.
8. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветowych выборов. Модифицированный восьмичетовой тест Люшера. Практическое руководство. – СПб., Изд-во «Речь», 2001. – 112с.
9. Baldwin D. Depression / D. Baldwin, R. Hirschfeld. – Oxford, Lundbeck Institute, 2005. – 82p.
10. Kanner A. M. Depression in Neurological Disorders / A. M. Kanner. – Chicago, Lundbeck Institute. - 2005. – 161 p.
11. Мак Глинн Т. Дж., Меткалф Г.Л. (McGlinn T.G., Metkalf G.L.) Диагностика и лечение тревожных расстройств: Руководство для врачей (пер. под редакцией Ю.А. Александровского). - American Psychiatric Press.- 1989 - p. 98-101.

Поступила в редакцию 24.02.2011

УДК 616.89-08+614.253.83

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, Г.Г. Пуятин***ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ НЕДОБРОВОЛЬНЫХ МЕР И РИСКА ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА БОЛЬНОМУ ПРИ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: этико-правовые подходы, психиатрическое вмешательство

Законом Украины о психиатрической помощи [1] предусмотрено право пациентов на безопасное оказание им психиатрической помощи, уважительное и гуманное к ним отношение, исключающее унижение человеческого достоинства (ст. 25). Отмечено также, что при оказании психиатрической помощи врач-психиатр должен помимо своих профессиональных знаний руководствоваться медицинской этикой (ст.27).

Конституция Украины [2] среди основных прав и свобод человека закрепляет: право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 49), право на уважение достоинства личности (ст. 28), право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 29), право на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства (ст. 33), право на безопасное для жизни и здоровья окружение и на возмещение причиненного нарушением этого права вреда (ст.50). Всеми этими правами человек наделен с рождения, они являются естественными и неотъемлемыми. Ничто не может быть основанием для умаления этих прав. Однако в случае принудительной (недобровольной) госпитализации пациента в психиатрический стационар самым непосредственным образом нарушаются вышеперечисленные субъективные права человека. Умалются достоинство личности, его личная неприкосновенность, человек лишается возможности свободно перемещаться [3].

Между тем, психиатрическая помощь в силу известных причин не может в полной мере исключить использование различных форм принуждения и ограничения. Поэтому клиническая практика насыщена большим количеством стигматизирующих факторов и этико-правовых коллизий, решение которых представляет значительные трудности, из-за невозможности установления баланса между стремлением защитить права пациентов и необходимостью оградить общество от социально опасных поступков больных. И, несмотря на то, что законом предусмот-

рен минимально допустимый уровень ограничительно-изоляционных мер, их применение связано с рядом неблагоприятных последствий для жизнедеятельности больных [4 - 8].

К числу недостаточно разработанных с точки зрения их клинического использования и контроля законности действий и решений медицинского персонала относятся и меры недобровольного психиатрического вмешательства. Такая практика не имеет надежной опоры на объективные показатели и осуществляется, как правило, с серьезными этико-правовыми ошибками [9].

В современных условиях назрела необходимость в выделении и систематизации неблагоприятных феноменов, сопутствующих психиатрическому вмешательству, и в разработке рекомендаций, направленных на их преодоление и более рациональное использование недобровольных форм психиатрической помощи.

Этико-правовые особенности недобровольных процедур психиатрического вмешательства

Ситуация психиатрического вмешательства представляет собой специфическую проблемную ситуацию, включающую совокупность патогенных стрессогенных факторов. Наибольшую стрессогенную нагрузку для пациента представляет ситуация, требующая принятия в отношении него законодательно установленных недобровольных мер (недобровольное освидетельствование врачом психиатром, недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре, применение изоляции и физического стеснения).

Законом предусмотрено, что никакое психиатрическое вмешательство не может быть произведено против или независимо от воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент лишается способности решать, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью может последовать серь-

езный ущерб самому пациенту или окружающим. Применение психиатром в этих случаях недобровольных мер необходимо и морально оправдано, но допустимо лишь в пределах, которые определяются наличием такой необходимости.

Отдельного рассмотрения заслуживают случаи отказа больных от психиатрической помощи, целесообразность которой не вызывает у врача сомнений. Такой отказ представляет собой нежелательное явление, поскольку может привести к неблагоприятным последствиям: обострению и прогрессированию психических расстройств, нарастанию их тяжести и продолжительности, увеличению частоты приступов, существенному снижению вероятности благоприятного исхода, нарушению социальной адаптации, к временной или стойкой утрате нетрудоспособности и т.п. В данной ситуации, врач может поступить двояко: либо принять отказ, уважая право пациента на добровольное решение, если оно исходит от лица, способного понимать последствия своего действия, либо вопреки желанию больного оказывать ему помощь в недобровольном порядке, если на то имеются законные основания. Но прежде чем принять то или иное решение, врачу следует выяснить мотивы отказа. Это даст ему дополнительную возможность оценить уровень компетентности пациента и откроет путь к поиску согласия.

Причины отказа больного от психиатрической помощи могут быть или болезненно обусловленными, или вполне реальными: например, недостаточная информированность о состоянии психического здоровья, о течении болезни, об условиях и методах лечения; опасение получить «ярлык» психически больного, оказаться на учете у психиатров, подвергнуться социальным ограничениям, потерять уважение окружающих; негативное отношение к лекарственной терапии вообще или к назначенному препарату в частности; боязнь побочных явлений и осложнений, особенно при наличии собственного печального опыта; страх возникновения зависимости от психотропных препаратов; нежелание терпеть неудобства, связанные с пребыванием в психиатрической больнице; неуверенность в успехе лечения, наконец, недоверие к лечащему врачу или к данному лечебному учреждению.

Отказа от психиатрической помощи по перечисленным мотивам в большинстве случаев удается избежать благодаря активной, профессионально грамотной и добросовестной работе врача с пациентом и его ближайшим окружением,

т.е. посредством налаживания отношений терапевтического сотрудничества.

Умение установить контакт, объяснить, предупредить, успокоить, убедить составляет искусство проведения беседы как при получении согласия больного на лечение, так и в процессе преодоления отказа от помощи. Чем лучше владеет психиатр этим искусством, тем меньше вероятность отказа. Важно только, чтобы в числе средств влияния на пациента не было насилия, угроз и обмана. Если же доводы врача не приводят к желаемому результату, то врачу остается лишь признать свое поражение и принять добровольный отказ, как того требует закон.

Следовательно, альтернативой насилию является не пассивность и самоустранение врача, а тактика «активного ненасилия», поиск взаимопонимания, мобилизация всех имеющихся ресурсов.

Иная тактика допустима лишь при наличии у больного тяжелых психических расстройств, когда мотивы его отказа от помощи носят патологический характер (бред, анозогнозия и т.п.) и когда отсутствие медицинской помощи чревато серьезным ущербом для самого больного и окружающих. Тогда применяются недобровольные меры и отказ больного преодолевается принуждением.

В этико-юридическом плане, недобровольная госпитализация является типичной «проблемной ситуацией», поскольку пациенту здесь должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав. Очевидно, что недобровольная госпитализация имеет место в отношении лиц с глубокими психическими расстройствами, серьезно нарушающими способность суждений, оценку реальности и поведение. Защита и гарантии гражданских прав таких лиц осуществляются с помощью юридическо-процессуальных механизмов. Во-первых, потенциально право на добровольное лечение признается за каждым больным, т. е. в любом случае госпитализации врач обязан сначала (за исключением юридически определенных случаев недееспособности) испросить «согласие больного». Во-вторых, за больным, госпитализированным недобровольно, остается право (когда его психическое состояние изменится) перейти в другой морально-юридический статус - как находящегося на добровольном лечении. И тогда его «несогласие на лечение» может автоматически повлечь за собой выписку из стационара. В-третьих, любой случай недобровольного помещения какого-то больного в психиатрическую

больницу может быть только в строгих рамках законности, принятых всем международным сообществом.

К сожалению, процедура недобровольного психиатрического вмешательства имеет больше трудных и даже практически неразрешимых ситуаций, связанных с этико-правовыми подходами к решению проблемы защиты суверенных прав пациента без ущемления права общества на собственную безопасность. Среди множества, возникающих в этой связи вопросов можно выделить следующие: Является ли недобровольная госпитализация благодеянием, стремлением помочь пациенту в осуществлении его важнейших и законных интересов? Оправдана ли с этической точки зрения процедура недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, включающая такие составляющие как: угроза насилия ! фрустрация ! принудительная госпитализация ! изоляция ! физические ограничения ! стигматизация ! самостигматизация ! дискриминация? Всегда ли при недобровольной госпитализации проводится адекватная (доказательная) оценка тяжести психических расстройств, риска социальной опасности больного? Имеется ли в арсенале методов психиатрической помощи реальное средство предотвращения этой опасности, альтернативное принудительной госпитализации? Превышает ли благо, которое получит пациент при неотложной госпитализации, ущерб, причиненный этим «терапевтическим» насилием?

Основания и порядок применения недобровольных мер при разных видах психической помощи подробно регламентированы законом. Остановимся на некоторых моментах, важных с этической точки зрения.

Во-первых, недобровольными считаются медицинские меры, применяемые не только к пациентам, возражающим против психиатрического вмешательства, но и к тем, кто неспособен понять происходящее. Если в первом случае больной (например, с систематизированным бредом) после получения необходимой информации намерено не дает согласия на психиатрическую помощь или выражает отказ от нее, то во втором случае мнения больного вообще не спрашивают и информации ему не предоставляют ввиду явной нецелесообразности таких действий (например, при помрачении сознания или глубоком слабоумии). Указанные различия отражают различия в механизмах и степени некомпетентности пациентов, что необходимо учитывать при осуществлении недобровольной помощи.

Во-вторых, наличие показаний для недобровольной помощи не только дает врачу право на психиатрическое вмешательство, но и обязывает его к этому. Являясь исключением из общего правила добровольности, недобровольная помощь не исключается из сферы морали.

Этическим основанием для недобровольной помощи являются защита пациентов от опасности, которой они подвергаются вследствие болезни, обеспечение их прав на получение адекватной медицинской помощи, на восстановление здоровья и благополучия; защита общества от опасных действий психически больных. Однако, если последняя позиция не вызывает возражений (общество нужно защищать от возможного причинения ему вреда), то различные формы принуждения (насилия) слабо ассоциируются с возможностью адекватной медицинской помощи и благополучием пациента.

Даже в случаях безошибочности врачебных заключений о необходимости принудительных мер (при отсутствии четких критериев для констатации такой необходимости вероятность ошибки велика) такая форма психиатрического вмешательства, насильственное интернирование пациента в психиатрическую больницу само по себе является грубым вмешательством в судьбу больного, преумножающим риски для его последующей жизнедеятельности. Такие меры могут быть приняты только после того, как врач-психиатр исчерпал весь ресурс необходимых профессиональных умений; направленных на формирование сотрудничества, партнерских взаимоотношений и комплайенса.

В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер – принуждения и даже насилия. Недобровольное оказание помощи заключает в себе глубокое и напряженное противоречие между, с одной стороны, необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность или не осознают грозящего им вреда, и, с другой стороны, их отказом от предлагаемой медицинской помощи.

Возможность принуждения, прямого или косвенного, создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества, но уже не к душевнобольным, а к психиатрам и порождает у граждан естественное стремление оградить себя от необоснованного вмешательства в свою жизнь. И если отказ от принуждения в психиат-

рии нереален до тех пор пока существуют тяжелые психические расстройства, то установление социального контроля за применением насильственных мер вполне достижимо.

Таким образом, задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека. Из разрешенных законом недобровольных мер (недобровольное освидетельствование, установление диспансерного наблюдения, недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре, применение физического стеснения и изоляции) в каждом индивидуальном случае и в каждый данный момент времени следует выбирать только те, которые при наименьшем ограничении, наименьшем насилии достаточны для оказания адекватной помощи больному. Переход от большего принуждения к меньшему и от недобровольной помощи к добровольной даже в трудных клинических ситуациях следует рассматривать как вероятную и желательную перспективу.

Проблема принудительного психиатрического вмешательства (освидетельствования, госпитализации и др.) является частью проблемы защиты прав и свобод человека, так как его последствия связаны с возможным ограничением таких прав, как право на свободу, свободное передвижение, личную неприкосновенность, достоинство и другое.

Помимо Закона Украины о психиатрической помощи, процедуры недобровольных форм психиатрической помощи нашли свое закрепление и в ГПК Украины (гл. 10, ст. 279-282), поэтому решение этого вопроса в нашей стране осуществляется в порядке гражданского судопроизводства.

Решение о принудительной госпитализации больного в психиатрический стационар принимает суд, на основе заключения врачей-психиатров. Критерием юридически безупречного решения и недобровольной госпитализации является профессионально грамотные действия участников судебного процесса в рамках своей компетенции и соблюдение предусмотренной законом процедуры рассмотрения дела с использованием доказательных данных. В компетенцию врачей психиатров входит определение тяжести психического расстройства и соблюдение предписанных законом процессуальных требований. Компетенция суда гораздо шире, она включает: а) ограничение права на свободу пациента; б)

оценка его способности сформировать осознанное волеизъявление; в) определение степени угрозы правам пациента; г) определение социальной опасности больного; д) определение обоснованности требования лечебного учреждения о недобровольном психиатрическом вмешательстве; е) предоставление пациенту права на защиту.

Принятие судом решения о принудительном психиатрическом вмешательстве основывается на фактических данных (доказательствах), которые содержат информацию относительно предмета доказательства. Каждая сторона (представитель психиатрической больницы и пациент (его законный представитель)), в соответствии со ст. 60 ГПК Украины, обязана доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основание своих требований и возражений. В частности, при ходатайстве лечебного учреждения о недобровольной госпитализации больного доказыванию подлежат:

1. Наличие у пациента тяжелого психического расстройства по следующим критериям:

- утрата способности адекватно осознавать окружающую действительность;
- утрата способности адекватно осознавать свое психическое состояние;
- утрата способности адекватно осознавать свое поведение.

2. Факт совершения или наличия реальных намерений совершить действия, которые представляют собой непосредственную опасность для пациента или окружающих.

3. Факт невозможности пациента самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, которые обеспечат его жизнедеятельность.

4. Возможность причинения значительного вреда своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае не оказания ему психиатрической помощи (только в случаях недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольной амбулаторной психиатрической помощи).

5. Наличие связи между тяжестью психического расстройства и повышенным риском совершения общественно опасных действий.

6. Наличие способности выразить осознанное волеизъявление и согласие на психиатрическое вмешательство.

7. Наличие достаточных материальных и процессуальных оснований для вынесения судебного решения о недобровольной госпитализации больного.

Согласно вышеприведенным критериям, процедура недобровольной госпитализации должна осуществляться только в отношении больных с тяжелыми психическими расстройствами. Эти критерии ассоциируются с невозможностью выразить подлинно добровольное согласие на психиатрическое вмешательство. Однако в реальной клинической практике значительное количество таких больных госпитализируется в психиатрические отделения закрытого типа на основании «добровольного» согласия. Тем самым искажается значение принципа добровольности при оказании психиатрической помощи и возникает трудно преодолимая этическая коллизия между правом больного и возможностью его осуществления. Решение подобных коллизий в правовом поле возможно только при неукоснительном соблюдении предусмотренных законом критериев недобровольной госпитализации, в частности, наличия тяжелого психиатрического расстройства.

Назначение принудительного лечения является социальной, а не медицинской проблемой. Оправдание вмешательства в личную жизнь человека во имя защиты окружающих основано на концепции «риска причинения вреда другим». Риск может быть (а может и не быть) связан с заболеванием или способностью пациента принимать решения, касающиеся лечения. Трудно-разрешимой задачей является объективизация степени вероятности риска совершения социально опасных действий. Обычная практика решения этих вопросов с неизбежностью порождает большое количество ложных решений, которые приводят к насильственным санкциям в отношении пациентов, которые никогда бы не совершили актов насилия.

В реальной психиатрической практике установление социальной опасности больного базируется на оценке клинических и поведенческих характеристик больного или клиническом впечатлении врача-психиатра, а суд лишь принимает к сведению мнение врачей, удостоверяющих соответствие ей конкретного случая. Однако клинический критерий (особенности и тяжесть психического расстройства) не может быть единственным и главным критерием при оценке риска совершения больным социально опасных поступков. Нельзя утверждать, что наличие психического расстройства является предиктором актов насилия или риска причинения вреда (за исключением лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами). Поэтому упреждающая изоляция больных, мотивированная только на-

личием тех или иных психических расстройств, не может носить обоснованного и доказательно-го характера. В ряде случаев такие решения приводят к применению санкций по отношению к тем, кто потенциально не способен совершить правонарушение. Из этого следует, что оценка социальной опасности пациента, риска причинения вреда выходит за рамки клинико-психопатологического анализа и компетенции врача-психиатра. С другой стороны, ограничение гражданских прав человека, вплоть до его принудительной изоляции, допускается законом даже при определении возможности (намерения) совершить общественно опасное действие. Однако адекватное использование этой нормы затруднено из-за неясной смысловой нагрузки понятия «возможность», а также субъективной, непрофессиональной, а, следовательно, недостоверной оценке «опасного» для окружающих поведения. А если нельзя доказать, что пациент социально опасен, значит он опасности не представляет (презумпция социальной безопасности).

С целью повышения объективности и достоверности судебных решений о принудительной госпитализации необходима разработка интегративной (биопсихосоциальной) модели «риска причинения вреда» или «вероятности социально опасных действий» (при всей сложности критериев такого рода прогнозирования). Такая модель позволит объективно (квантификационно) оценить уровень опасности пациента, с большей обоснованностью определить показания к добровольной или недобровольной госпитализации, адекватнее защищать права и интересы общества и конкретного пациента, а также контролировать эффективность мероприятий, направленных на снижение риска причинения вреда пациенту и окружающим.

В контексте решения вопроса о принудительной госпитализации в психиатрическую больницу необходимо предоставление пациенту предусмотренных законом процессуальных защит, на которые он мог бы рассчитывать в случае его недобровольной госпитализации, в частности, на судебное слушание с участием адвоката. Разрешая спор по делу о принудительной госпитализации гражданина в психиатрическую больницу, суд осуществляет контроль за законностью действий и решений должностных лиц лечебного учреждения по отношению к пациенту. Заявитель (представитель лечебного учреждения) заинтересован в обеспечении безопасности здоровья других членов общества, а гражданин, подлежащий, вопреки его желанию, госпита-

лизации, отстаивает в судебном процессе свое личное право, свой личный интерес, который состоит в недопущении его госпитализации без его согласия на это, так как считает, что отсутствуют установленные для этого в законе основания, и помещение в это учреждение против его воли повлечет нарушение его прав и свобод, в частности, права на свободу и личную неприкосновенность.

Однако предусмотренная Законом процедура недобровольного психиатрического вмешательства не исключает ни формального подхода, ни бездоказательных и необоснованных судебных решений, грубо нарушающих основные принципы оказания психиатрической помощи и права больных на защиту своих прав, свобод и законных интересов.

В частности, распространенная тенденция уменьшить количество инициаций судебных процедур недобровольной госпитализации, добываясь согласия на госпитализацию, свидетельствует о распространенной практике фальсификации добровольности и фактическом отказе от лечения пациентов на основе подлинно добровольного согласия. Тем самым выхолащивается смысл фундаментального принципа современной психиатрии, основанного на идее активного участия пациента в процессе своего лечения. Кроме того, лечение пациента, не желающего давать своего добровольного согласия, может быть квалифицировано самим пациентом как насилие и может таким являться в случае отсутствия адекватного судебного механизма контроля за недобровольной госпитализацией. В таких случаях отсутствуют основания утверждать, что суды, ориентируясь на мнение врачей психиатров, выносят независимые решения. Наиболее типичные недостатки и ошибки при решении вопроса о недобровольных формах психиатрического вмешательства, сводятся к следующему:

1. Отсутствие стандарта юридически значимого согласия пациента на госпитализацию в психиатрический стационар, отражающего оценку понимания пациентом клинических и социальных рисков, выгод госпитализации и имеющихся альтернатив.

2. Признание за больными с тяжелыми психическими расстройствами, по формальным характеристикам идентифицируемыми с недееспособными, способности к осознанному добровольному согласию на госпитализацию в психиатрическую больницу. Использование различных форм принуждения (от «тонких манипуляций» до требований) при получении согласия у больных, не способных его выразить.

3. Отсутствие доказательной базы при вынесении судом решений о принудительном психиатрическом вмешательстве. Использование описательных критериев и субъективных впечатлений в качестве доказательной базы при оценке тяжести психического расстройства и степени риска совершения больным социально опасных действий.

4. Проведение освидетельствования больно-го одним врачом без непосредственного участия других членов комиссии. Подписанное при этом заключение не может быть положено в основу решения суда о санкционировании госпитализации.

5. Практика вынесения заочных судебных решений без участия в судебном заседании всех сторон процесса (в т.ч. самого госпитализированного и врача психиатра). В результате суд не устанавливает ни материальной, ни процессуальной законности принудительной госпитализации, а пациент не имеет возможности реализовать свою обязанность как субъекта гражданского судопроизводства доказывания отсутствия достаточных оснований к принудительной госпитализации.

6. Изоляция пациентов, способных дать добровольное осознанное согласие на госпитализацию, исключаящую принуждение.

7. Непредставление недобровольно госпитализированным копии судебных решений по их делам, в связи с чем они не имеют возможности обратиться в суд кассационной инстанции. Отказ должностных лиц предоставить в полном объеме предусмотренные Конституцией Украины процедурные защиты пациента, который лишается свободы.

8. Преобладание патерналистических форм оказания психиатрической помощи, исключаящих возможность сотрудничества пациента с медицинским персоналом и возможность его активного участия в реабилитационном процессе при недобровольной госпитализации.

Таким образом, закрепленный в Законе порядок недобровольных форм психиатрического вмешательства не гарантирует конкретному пациенту независимость и самооценку его личности и, тем более, - «свободу для всех». Произвол (несправедливость) при решении этих вопросов заключается в принятии недостаточно обоснованных как с точки зрения общечеловеческих ценностей, так и с точки зрения правового регулирования судебных решений. При формальном соблюдении судебной процедуры, без глубокого анализа представленных материалов, их объективизации и создания доказатель-

ной базы суд выступает не как механизм контроля и защиты личности от произвольного лишения свободы и злоупотреблений, а как инструмент незаконной изоляции (лишения свободы) лиц, страдающих психическими расстройствами. Правовой механизм процедуры недобровольных мер при оказании психиатрической помощи заключается в следующем:

Психиатрический осмотр

Основания:

- наличие сведений, дающих достаточные основания для обоснования предположения о наличии у лица тяжелого психического расстройства;

- наличие у лица реальных намерений совершить действия, представляющие непосредственную опасность для него или окружающих;

- пациент не в состоянии самостоятельно удовлетворить свои основные жизненные потребности на уровне, который обеспечивает его жизнедеятельность;

- пациент причинит значительный вред своему здоровью в связи с ухудшением психического состояния в случае неоказания психиатрической помощи.

Процедура:

- предоставление заявления (как правило, в письменной форме) родственников или других лиц, обосновывающих необходимость психиатрического осмотра;

- при наличии законных оснований для проведения психиатрического осмотра врач-психиатр направляет в суд материалы (заявление, заключения) о необходимости такого осмотра (в неотложных случаях решения о проведении психиатрического осмотра пациента без его осознанного согласия или согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно и психиатрический осмотр проводится им немедленно);

- по решению суда врач-психиатр проводит психиатрический осмотр.

Госпитализация в психиатрический стационар

Основания:

1. Необходимость обследования и лечения только в психиатрическом стационаре.

2. Наличие у больного тяжелого психического заболевания.

3. Установление факта совершения или реальных намерений совершить действия, представляющих непосредственную угрозу для больного или окружающих.

4. Установление факта некомпетентности

больного или неспособности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, который обеспечивает его жизнедеятельность.

Процедура:

- в течение 24 часов после госпитализации пациент подлежит обязательному осмотру комиссии врачей-психиатров для решения вопроса о целесообразности госпитализации;

- в случаях признания госпитализации целесообразной лечебное учреждение в течение 24 часов направляет в суд заявление и заключение с обоснованием недобровольной госпитализации;

- в случаях, когда госпитализация больного признается нецелесообразной и он не высказывает желания оставаться в психиатрической больнице, он подлежит немедленной выписке.

Таким образом, основными критериями начала процедуры недобровольного психиатрического вмешательства являются:

1. Отсутствие способности адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение.

2. Отсутствие способности выразить осознанное волеизъявление в отношении психиатрического вмешательства.

3. Очевидный риск совершения действий, представляющих социальную опасность.

Ниже представлены алгоритмы соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с тяжелыми и нетяжелыми психическими расстройствами.

Для того, чтобы судебный механизм контроля за недобровольной госпитализацией заработал на практике, необходимо наличие беспристрастного и независимого рассмотрения судами дел о недобровольной госпитализации, объективной медицинской экспертизы состояния поступившего в стационар лица, гарантий своевременного рассмотрения судами дел о недобровольной госпитализации. При этом следует иметь в виду высокий риск формирования у пациента стигмы недобровольной госпитализации, а также то, что недобровольный характер психиатрической помощи не предполагает установления полноценных отношений партнерства, терапевтического сотрудничества и полноценного комплайенса между врачом и пациентом, а также возможности в полной мере реализации права на получение адекватной медицинской помощи.

Риски причинения вреда больному при оказании психиатрической помощи

Безопасность оказания психиатрической помощи в Законе и в клинической практике ассоциируется с предотвращением опасных деяний со стороны лиц, страдающих психическими расстройствами. Субъектом опасности здесь выступает пациент. Возможность опасных действий со стороны медперсонала, как субъекта опасно-

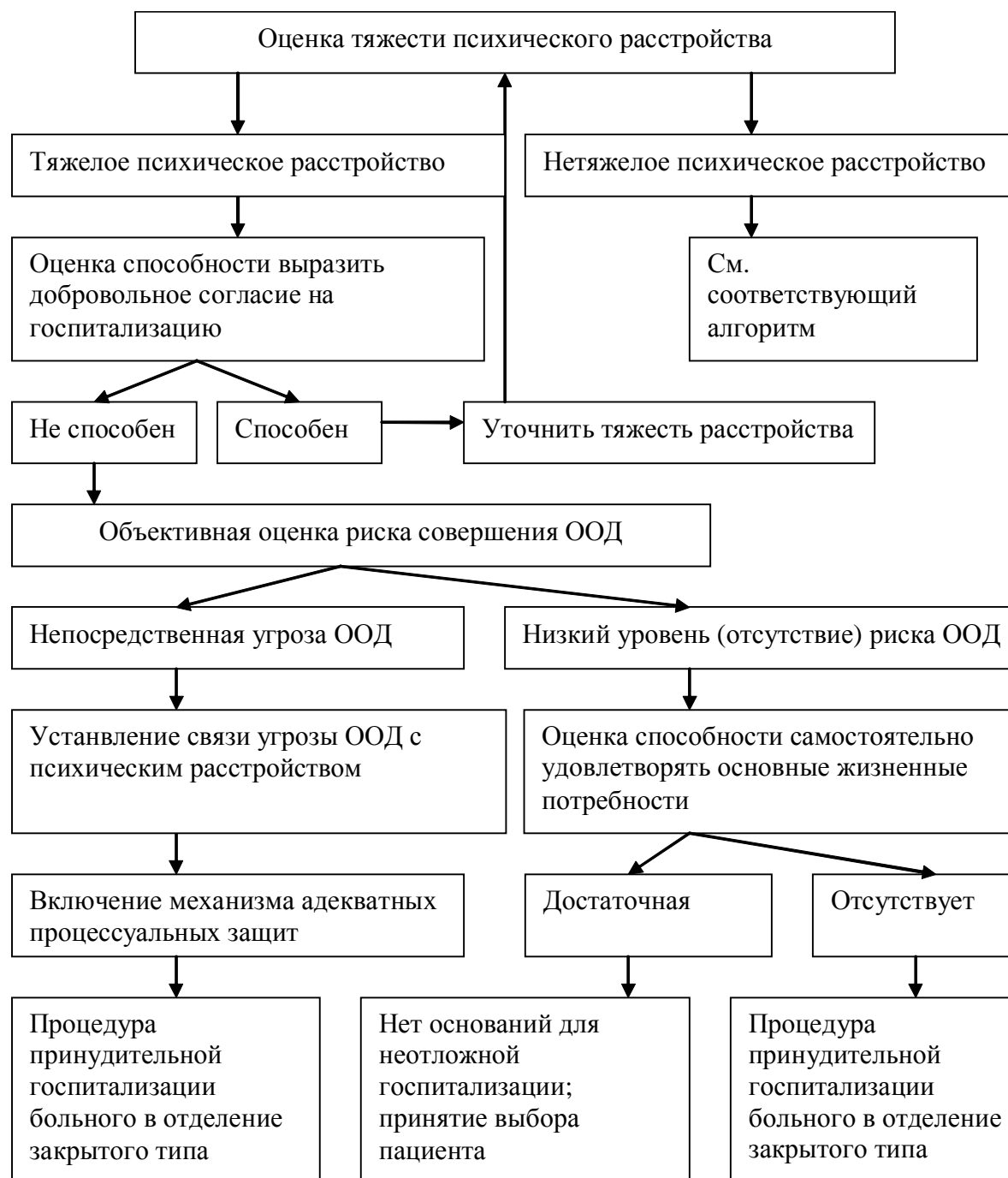
сти, законом не прописана. С другой стороны, законодательством предусмотрена компенсация причиненного вреда вследствие необеспечения безопасных условий оказания психиатрической помощи. Тем самым допускается, что последняя может представлять опасность или содержать в себе риск причинения вреда больному.

Алгоритм соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с не тяжелыми* психическими расстройствами



* Если тяжелое психическое расстройство трактуется в законе как расстройство психической деятельности, которое лишает лицо способности адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение, то соответственно нетяжелое психическое расстройство предполагает сохранность вышеперечисленных способностей.

Алгоритм соблюдения этико-правовых норм при выборе условий оказания психиатрической помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами



Одним из этических аспектов безопасного оказания психиатрической помощи является соблюдение принципа «не навреди». Этот принцип связан с необходимостью оказания психиатрической помощи в условиях «наименее ограничительной альтернативы». Эта норма также признает возможность (обязательность) причинения вреда, но предполагает минимальную его выраженность. Срабатывает ли эта норма в процессе лечения больного в психиатрическом стационаре, одной из функций которого являет-

ся изоляция больного? Как в таких случаях определить уровень ее «минимальной достаточности»? Какой уровень изоляции считать этически допустимым? Нуждаются ли в изоляции больные давшие согласие на госпитализацию? Не означает ли принцип «наименее ограничительной терапии» преимущественно амбулаторные условия оказания медицинской помощи?

Законодательством Украины предусмотрено обеспечение безопасности оказания психиатрической помощи, которая ассоциируется с а) наи-

менее ограничительными условиями ее оказания и б) мерами физического ограничения и (или) изоляции лица, страдающего психическим расстройством. Несмотря на многочисленные оговорки (только в тех случаях, формах и на то время...) законом непосредственно санкционируются различные формы социального контроля, ассоциируемого с нарушением прав пациента и грубым вторжением в его личную жизнь. Однако различные изоляционно-ограничительные меры не могут рассматриваться как инструмент безопасного оказания психиатрической помощи. Напротив, они представляют огромную опасность для морально-этических качеств и духовной сферы личности и содержат в себе риск причинения вреда больному. Наконец, трудно себе представить, чтобы все больные, содержащиеся в закрытых отделениях психиатрических больниц, представляли непосредственную опасность для себя и окружающих (критерий необходимости физического ограничения и изоляции). А если это так, то санкционируемые законодательством меры ограничительно-изоляционного характера направлены не на создание безопасных условий оказания психиатрической помощи, а на жесточайшие формы социального контроля и дискриминацию больных. Это абсолютно противоречит праву больных на уважительное и гуманное отношение к ним, исключающему унижения чести и достоинства человека.

Общепринятой классификации противоправных, незаконных действий (бездействий) в сфере оказания психиатрической помощи, сопряженных с риском причинения вреда больному, не существует. Тем не менее, анализ законодательства в сфере психиатрии позволяет выделить основные виды психиатрического вмешательства, связанные с причинением непосредственного вреда больному:

- неправильная или ложная диагностика;
- ненадлежащее лечение и уход;
- разглашение врачебной тайны;
- незаконное и необоснованное заключение о психическом расстройстве;
- незаконная недобровольная госпитализация в психиатрический стационар;
- незаконный отказ от госпитализации или выписки больного из стационара.

Кроме того, содержание психиатрической помощи, особенно ориентированной на биологическое лечение, и условия ее оказания содержат ряд феноменов, которые в совокупности приводят к негативным последствиям для лич-

ности пациента и его жизнедеятельности. К ним относятся:

- субъективный опыт негативных переживаний психиатрического вмешательства;
- изоляция с надзорно-наблюдательными функциями;
- принуждение (насилие);
- стигматизация и самостигматизация, кризис идентичности личности;
- социальный контроль;
- дискриминация с ограничительными санкциями и запретами;
- нарушения прав личности, произвол при принятии решений, касающихся пациента;
- физический вред;
- патернализм;
- моральный вред.

Субъективный опыт негативных переживаний добровольного и недобровольного психиатрического вмешательства.

Одним из главных условий сохранения идентичности личности (Я-концепции) является соответствие переживаемого опыта и представлений о своем «Я». Субъективный опыт переживания ситуации, связанной с госпитализацией больного в психиатрический стационар определяется уровнем несоответствия сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. В случае добровольной госпитализации внутриличностный конфликт, если и возникает, то по причине негативной идентификации самого факта госпитализации в психиатрическую больницу. Ощущения непосредственной угрозы насильственного разрушения (деформации) «Я» при добровольной госпитализации не возникает.

Переживание травматической для пациента ситуации недобровольной госпитализации в психиатрический стационар представляет собой патологический опыт неприятия навязываемой извне роли психиатрического пациента. Ситуация принуждения сопровождается переживаниями, которые противоречат Я-концепции, рефлексивному опыту пациента. В его сознании она отражается как реальность, существующая в пределах его субъективного восприятия и переживания.

Восприятие человека селективно и вследствие искажений, порождаемых внутренними (болезненными) мотивами, целями, установками и защитными механизмами, часто бывает неадекватным. Но то, что пациент воспроизводит (включая психопатологическую продукцию) является для него единственной реальностью,

посредством которой он может управлять своим поведением. Такой подход, неразрывно связанный с Я-концепцией, объясняет поведение больного, исходя из его субъективного поля восприятия, а не на основе аналитических категорий, навязанных окружением. Тем более, что в восприятии пациентом ситуации его позиция отражает подменную (аутентичную) реальность.

Стимульное воздействие ситуации недобровольной госпитализации сопровождается негативным самовосприятием и интериоризацией негативных оценочных суждений пациента. Эта ситуация наносит мощный стигматизирующий удар процессам личностной идентичности больного. Страдают все составляющие «Я»: экзистенциальное Я с нарушением процессов саморегуляции, самоконтроля и поведения с усилением негативизма, напряженности и враждебности; самоощущение – переживание угрозы сложившейся идентичности, дезорганизации и радикальных ее изменений; самопознание и самооценка – отражение в сознании пациента мыслей о том, что его не понимают, не правильно оценивают его поведение, игнорируют его мнение. Такой уровень рефлексии лишает больного способности адекватно действовать, усиливает настороженность, недоверие к окружающим, способность противостоять уговорам, направленным на госпитализацию. Противодействие госпитализации можно рассматривать как попытки оградить сложившуюся Я-концепцию от угрозы столкновения с таким опытом, который с ней несогласуется. Это приводит к игнорированию такого опыта и к противодействию в случае его навязывания.

Изоляция, принуждение.

Законодательством допускается применение при оказании психиатрической помощи мер изоляции и физического ограничения. Однако эти методы лишены терапевтических свойств и клинической целесообразности (страдание не должно наказываться изоляцией), несправедливы по социальным и моральным соображениям, причиняют пациенту физический и моральный вред. Основанием для их использования является социальный критерий (опасные действия пациентов), оценка которых не входит в круг обязанностей и профессиональной компетенции медицинского персонала.

При госпитализации в психиатрическую больницу пациент как субъект психиатрического вмешательства выступает и как субъект изоляции или посягательств на неприкосновенность личной жизни и достоинство личности. Изоля-

ция – это не только крайний вариант «лечебного» ограничения жизненного пространства, это и осознание пациентом своей неблагонадежности и полной зависимости от окружающих. Практика оказания психиатрической помощи связана с феноменами физической, социальной и психологической изоляции. Физическая изоляция нарушает право на физическую неприкосновенность (свободу) личности, выбор местопребывания. Психологическая изоляция нарушает право на неприкосновенность внутреннего мира личности, возможность самореализации, сводит многочисленные социальные роли к выполнению роли зависимого пациента. Социальная изоляция предполагает сужение пространства активной жизни личности, ее пребывание в «агрессивной» социальной среде, а также постепенное дистанцирование пациента от системы его поддержки (друзья, родственники, соседи) и самоизоляцию от окружающих. Пребывание в условиях изоляции исключает возможность сотрудничества с пациентом как главным условием его реабилитации и социальной интеграции.

Принуждение (притеснение) в психиатрической практике – это умышленное или санкционированное законом и традициями, или противоправное воздействие на пациента, осуществляемое путем физического или (и) психического насилия с целью заставить его или совершить какие-либо действия, либо воздержаться от их совершения. Диапазон принуждения достаточно широк – от ситуаций получения «суррогатного согласия» и недобровольного освидетельствования психиатром и госпитализации в психиатрическую больницу до механической фиксации и принудительного введения лекарств.

Способы осуществления принуждения – насилие и угроза его применения. Насилием охвачены многие формы психиатрического вмешательства. Но в любом случае принуждение подавляет волю и может повлечь причинение вреда здоровью, ограничение свободы волеизъявления или действий пациента.

Вербальное насилие – уговоры дать добровольное согласие, назидательный тон, оскорбительные выражения, обезличенность обращения.

Физическое насилие – умышленное неправомерное причинение физического вреда пациенту вопреки (против) или помимо его воли. Физическое принуждение включает в себя не только физическое воздействие на телесную неприкосновенность пациента, но и иные действия,

ограничивающие либо лишаящие его возможности действовать по своему усмотрению. Так, незаконная изоляция пациента в психиатрический стационар может выступать в качестве непреодолимого физического принуждения, а методы физического ограничения – как физическое насилие.

Психическое насилие (устрашение) – отражается в осознаваемых переживаниях угрозы принудительных мер психиатрической помощи. Угроза таких мер может проявляться со стороны медицинского персонала словесно, жестами, действиями, соответствующей обстановкой (присутствие в санпропускнике сотрудников милиции, запугивания применением насилия, попытки окружающих добиться согласия на госпитализацию и т.п.). Наиболее травматичной особенностью таких ситуаций являются переживания беспомощности, зависимости, унижения человеческого достоинства.

Эмоциональное насилие – грубое, жестокое отношение к пациенту, его обесценивание, внушение чувства собственной вины, игнорирование его потребностей и интересов. При низкой толерантности к стрессу, низкой способности эффективно противостоять различным формам принуждения и конструктивно с ними справляться больные теряют контроль импульсивности, способность принимать и адекватно реализовывать свои решения.

Физический вред.

Риски для физического здоровья пациента, госпитализированного в психиатрическую больницу, связаны с побочными эффектами от использования биологических методов лечения, гиподинамией и с мерами физического воздействия.

Гипотетические причины многих психических расстройств позволяют врачу-психиатру проводить лишь симптоматическую терапию, направленную на «купирование» асоциального поведения, патологических проявлений различных психических процессов. К классическим методам симптоматической терапии относятся шоковые методы и фармакотерапия. Шоковые методы, особенно электро-судорожная терапия, сопровождается многочисленными негативными последствиями (а не побочными эффектами) для здоровья пациентов. Помимо значительного повышения артериального давления и частоты сердечных сокращений, это хронические нарушения долговременной памяти и глобальные когнитивные нарушения. Поэтому во всех случаях назначение ЭСТ связано с оценкой соотно-

шения риск-польза.

Симптоматическое фармакологическое лечение сопровождается нейротоксическим воздействием (химическое стеснение) и на внутренние органы: генерализованное торможение мозговой активности, нейролептические побочные эффекты (мышечные спазмы, дрожание конечностей, заторможенность, дискинезии), вегетативные и эндокринные дисфункции (задержка мочеиспускания, снижение артериального давления, полового влечения, нарушения менструального цикла, увеличение массы тела) и др.

Меры физического сдерживания (ограничения, усмирения).

Меры физического сдерживания (мягкая вязка, фиксация и т.п.) по определению и по их «оздоравливающему» эффекту никакого отношения к лечебным методам не имеют. Тем не менее, их применение законодательно разрешено, так как считается, что полностью от них отказаться практически невозможно. Однако любые методы физического ограничения, прежде всего облегчая работу медицинскому персоналу, причиняют существенный вред пациенту. Этот вред проявляется контактными физическими нарушениями (ссадины, сдавливание живота, пролежни, нарушения кровообращения) и соматопсихологическими осложнениями (дефицит внимания и общения с пациентом, сенсорная депривация, гиподинамия, моральная травма и т.п.). Тем не менее, несмотря на необходимость постоянного контроля за их использованием больной не информируется о возможности их применения, нередко эти меры назначаются не врачом, а медицинской сестрой и осуществляются без должного контроля со стороны врача и фиксации в медицинской документации. Фактически отсутствует возможность контролирования обоснованности, длительности и корректности мер физического сдерживания. У пациентов и их законных представителей ограничены или полностью отсутствуют возможности оспаривать назначение таких травматических методов.

Стигма «девианта» и социальный контроль.

Социальный контроль как совокупность норм и ценностей общества, является важным аспектом психиатрической помощи. Он предусматривает для своего осуществления определенные санкции или усилия окружающих (в т.ч. медперсонала), направленные на предотвращение девиантного поведения больных или его коррекцию с целью достижения более высокого уровня их социализации и регуляции выполнения

стандартов, сложившихся в обществе.

Девиации как отклонения поведения от определенной групповой (социальной) нормы в психиатрической практике рассматриваются как в рамках «медицинской модели» (причина девиантного поведения – психическое расстройство), так и как результат стигматизирующего отношения к пациентам, присвоения им статуса аутсайдеров и соответствующего с ними обращения.

Это обращение нередко приобретает характер санкций или различных форм социального контроля по отношению к больному, которые лежат в основе процесса «вживания» в образ девианта или ролевого поглощения этим статусом. Выраженность проявлений девиантной идентичности основывается на многих факторах. Наиболее важным среди них является то, как долго и с какой интенсивностью окружающие навязывали пациенту данную идентичность, а также его способность оказывать сопротивление ролевому поглощению. Так, в процессе длительного пребывания в стигматизирующих условиях психиатрической больницы происходит постепенное «включивание» больного в образ девианта. В конечном счете, это заканчивается навязыванием ему девиантной идентичности, ролевым поглощением с утратой способности оказывать сопротивление этому процессу.

Выделяют два типа социального контроля: формальный и неформальный. Формальный социальный контроль связан с государственными гарантиями обеспечения психиатрической помощи и социальной жизни людей с психическими расстройствами. Неформальный контроль предполагает локальные меры контролирующего поведения медперсонала, в основе которых лежит субъективное неодобрение поведения пациента.

В непосредственной психиатрической практике используется несколько методов социального контроля с постепенным ослаблением контролирующей нагрузки:

1. Изоляция – отлучение девианта от других; попытки его реабилитации не предусматриваются;

2. Обособление – неполная изоляция от общества, ограничение контактов девианта с другими людьми; сохраняется возможность вернуться в общество;

3. Реабилитация – подготовка к возвращению к нормальной жизни и исполнению своих ролей в обществе;

4. Социальная интеграция – возвращение в сообщество.

Моральный вред.

Многие компоненты психиатрической помощи вызывают у пациентов негативную реакцию в виде душевных страданий. Сама по себе необходимость обращения за психиатрической помощью приводит к переживаниям стыда, позора, обиды, несправедливости, унижения достоинства, то есть наносит серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, в систему личностных смыслов, способствует в дальнейшем формированию кризиса идентичности с высокой вероятностью девиантного, в т.ч. суицидального поведения.

Человек, попавший в психиатрическую больницу, испытывает экзистенциальные чувства тревоги, вины, страха, утраты свободы действовать (осуществлять выбор) и свободы быть (чувства бытия, идентичности, автономии), безнадёжности. Эти нравственные страдания относятся к духовной сфере человека (душевный дисбаланс), затрагивают внутренний мир личности. Содержание этих переживаний находит отражение в понятии «моральная травма» («моральный вред»). При оказании психиатрической помощи он может выражаться в моральных переживаниях в связи с фактом госпитализации (изоляции) в психиатрическую больницу, установлением психиатрического диагноза, «агрессивной» средой отделения (в части соблюдения прав и ценностных подходов к пациенту), нарушениями нормальных жизненных связей, невозможностью продолжения активной общественной жизни, зависимой позицией и другими факторами морального характера.

Моральная травма – это событие, ставшее причиной вреда, который определяется как моральный. Это вид вреда сопровождается моральными переживаниями (страданиями), представляющими собой результат посягательств на основные нематериальные жизненные блага больного. Предпосылкой для моральных страданий при оказании психиатрической помощи множество: принуждение, изоляция, меры физического стеснения, стигматизация, дискриминация и т.п. Моральные травмы возникают при сочетании проявлений жестокого обращения и унижения личного достоинства больного и наносят серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, систему личностных смыслов. Содержанием нравственных страданий, как особой формы функционирования сознания в пределах пострадавшего жизненного отношения (например, права на свободу и возможность волеизъявления),

являются страх, стыд, обида, унижение, тревога, несправедливость, возмущение, безнадежность, переживания стеснения свободы, утраты автономии и дискомфорта личности.

Содержание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни «среднестатистического» пациента обще-психиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью.

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления или стратегии преодоления (*coping strategies* по L.I.Pearlin et al. 1978). По существу, для многих, особенно хронически инвалидизированных, пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы» (D.Golberg et al. 1992), формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Частой причиной душевных страданий больного, связанных с оказанием ему психиатрической помощи, являются действия медицинского персонала, если они включают в себе стигматизирующую нагрузку и могут привести к деформации идентичности пациента и другим вредным последствиям для его жизнедеятельности. Вряд ли такие действия можно назвать правомерными. Скорее всего стигматизирующую тактику при оказании психиатрической помощи, связанную с причинением вреда здоровью пациента, следует считать ятрогенной, а сформиро-

ванный у него кризис идентичности – ятрогенным исходом психиатрической помощи.

Как известно, ятрогения – это нежелательные (неблагоприятные) последствия врачебной деятельности, это причинение вреда здоровью пациента (моральная травма), находящееся в прямой или косвенной связи с проведением диагностических или реабилитационных мероприятий. Под вредом здоровью в анализируемом контексте понимаются дополнительные страдания, причиненные изоляцией, неблагоприятными условиями оказания психиатрической помощи и ее содержанием, не соответствующим законодательно утвержденным принципам.

Таким образом, стигматизация является ятрогенной причиной вреда здоровью больного. В психиатрической практике из всего комплекса ятрогенных факторов на первом месте стоит госпитальная травма – негативное воздействие самой психиатрической больницы на самочувствие и качество жизни больных, а также дегуманизированные формы медицинской помощи, способствующие стигматизации больных. Возникающие при этом «моральные переживания» предполагают, что действия лиц, причиняющих их, должны найти ответ в сознании больного, вызвать определенную психическую (эмоциональную) реакцию.

Причинение вреда лицам с психическими расстройствами в виде нарушений их идентичности как результат стигматизирующих действий медперсонала, можно рассматривать с позиции ненадлежащей врачебной практики или некачественной медицинской помощи. Причем, скорее всего, речь в таких случаях идет о квалификации ненадлежащего врачевания как умышленного, так как врач в таких случаях понимает негуманный характер своих действий и может предвидеть возможность (вероятность) наступления неблагоприятных последствий в виде различных стигматизационных эффектов.

Таким образом, любое психиатрическое вмешательство, несущее в себе стигматизационные воздействия или невмешательство, делающее невозможным противостояние стигме (например, неиспользование психосоциальных методов), являются противоправными. С позиции гражданско-правовых отношений юридический факт причинения вреда одним лицом другому само по себе является основанием возникновения обязанности возместить причиненный вред (принцип генерального деликта), включая солидарную ответственность за совместное причинение вреда медперсоналом.

Меры, направленные на предупреждение неблагоприятных феноменов при оказании психиатрической помощи

1. Внедрение модели личностно-ориентированной психиатрии, основанной на интегративных биопсихосоциальных концепциях психических расстройств и ценностно-гуманистических подходах к больному.

2. Широкомасштабное ознакомление больных и их ближайших родственников с правом пациента на безопасную, надлежащего качества психиатрическую помощь и правом на возмещение причиненного ему вреда вследствие незаконного помещения в психиатрическое учреждение, несоздание безопасных условий оказания психиатрической помощи или разглашения конфиденциальных сведений о больном.

3. Создание предпосылок и условий для четкой реализации при оказании психиатрической

помощи основных, предусмотренных законом принципов: законности, гуманности, соблюдения прав человека и гражданина, добровольности, доступности и в соответствии с современным уровнем научных знаний, необходимости и достаточности методов лечения с минимальными социально-правовыми ограничениями.

4. Создание адекватных механизмов реализации государственных гарантий в области защиты прав, свобод и законных интересов психически больных.

5. Использование мер физического ограничения и изоляции в отделениях закрытого типа только по отношению к больным с тяжелыми психическими расстройствами, представляющим непосредственную угрозу совершения общественно опасных действий.

6. Использование прогрессивных реабилитационных технологий, снижающих риск причинения вреда больному.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.В. Абрамов, И.В. Жигулина, Г.Г. Пуятин

ЕТИКО-ПРАВОВІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ НЕДОБРОВІЛЬНИХ МІР ТА РИЗИКУ ПРИЧИННЯ ШКОДИ ХВОРОМУ ПРИ ПСИХІАТРИЧНОМУ ВТРУЧАННІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Авторами запропоновані засновані на об'єктивних показниках та етико-правових нормах алгоритми надання психіатричної допомоги, спрямовані на більш раціональне використання недобровільних форм психіатричного втручання. Уточнені форми та роль ризиків причиння шкоди хворому під час надання психіатричної допомоги, що дозволяє прийняти заходи, спрямовані на попередження несприятливих феноменів, що супроводжують психіатричне втручання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 9-23).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova, O.V. Abramov, I.V.Zhygulina, G.G.Putyatin

ETHIC-LEGAL APPROACHES TO THE ASSESSMENT OF THE UNVOLUNTARY MEASURES AND RISK OF THE CAUSED HARM DUE TO PSYCHIATRIC INTERVENTION

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

Authors have been suggested based on objective data and ethic-legal norms the algorithms of psychiatric help directed at more rational use of involuntary forms of psychiatric intervention. Forms and role of the risk of the caused harm to the patient due to provided psychiatric help are clarified. It directed at the prevention of the unfavorable phenomena which accompany to the psychiatric intervention. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 9-23).

Литература

1. Закон України «Про психіатричну допомогу»
2. Конституція України із змінами і доповненнями, внесеними Законами України від 8 грудня 2004 року №2222-IV, від 1 лютого 2011 року №2952-VI.
3. Бурлакова Н. Г. Правовая природа дел о принудительной госпитализации граждан в медицинский стационар // Медицинское право. - 2006. - №2. - С. 28 - 34.
4. Лапшин О. В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов // Независимый психиатрический журнал. - 2003. - № 4. - С. 26 - 37.
5. Блохина О.А. Психологические аспекты стигматизации больных шизофренией / О. А. Блохина, С. Н. Ениколопов, С. А. Судаков, Я. С. Оруджев // Психиатрия. - 2005. - № 1 (13). - С. 26 - 30.
6. Серебрянская Л. Я. Социально-психологические факторы

7. Ястребов, С. Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2002. - № 9. - С. 59 - 66.
7. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // Advances of Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 65 - 72.
8. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией // В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк, «Каштан». - 2009. - 583 с.
9. Насинник О. А. Психосоциальная реабилитация в период неотложной и принудительной госпитализации // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2009. - № 1(21). - С. 17 - 25.
10. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути решения // Социальная и клиническая психиатрия. - 2005. - № 3. - С. 94 - 102.

Поступила в редакцию 19.04.2011

УДК: 616.895.8-05

*Е.М. Денисов***МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: метаболический синдром, параноидная шизофрения.

Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений углеводного, липидного обмена, абдоминальное ожирение (АО), повышение артериального давления (АД), нарушение гемостаза. По оценке Международной федерации диабета (IDF), наличие МС, диагностированного в соответствии с современными критериями, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 3 раза, а сахарного диабета (СД) второго типа в 5 раз [12].

Сердечно-сосудистая патология и СД на сегодняшний день, являются ведущей причиной смерти в различных странах, несмотря на заметный прогресс в диагностике и лечении этих заболеваний [19, 29]. По данным ряда исследований, смертность от ССЗ среди страдающих шизофренией составляет порядка 50% [32, 17, 2]. Как указывает А.Б. Смулевич (2005) [10], причиной повышения смертности от кардиальной патологии у больных шизофренией вероятнее всего является не врожденная, генетически связанная с эндогенным заболеванием аномалия строения сердечно-сосудистой системы, а более неблагоприятное течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Некоторыми авторами было выявлено, что распространенность нарушений толерантности к глюкозе, инсулинорезистентности и СД среди больных шизофренией в 2-4 раза выше, чем в общей популяции [18, 31, 3].

В свою очередь своевременное выявление и лечение МС является основой профилактики развития ССЗ и СД, т.к. на ранних стадиях это состояние является потенциально обратимым, и при соответствующем лечении можно добиться уменьшения или исчезновения выраженности его основных проявлений [11]. Как правило, МС протекает без явной клинической симптоматики и редко приводит пациента к врачу, поэтому без соответствующих организационных мер, направленных на его своевременное выявление, профилактика и лечение МС невозможны [3].

По оценке IDF до 20-25% взрослого населения страдают МС [12]. При этом распространенность МС значительно варьирует в разных странах из-за расовых, генетических, социально-экономических, поведенческих различий [6]. В Европе частота МС среди мужчин была выше, чем среди женщин [14]. В США МС выявлялся среди мужчин и женщин в равном соотношении [22]. Во всех популяциях отмечается рост МС с возрастом [35, 28].

Впервые исследования распространенности МС среди больных шизофренией появились в США. Большой научный резонанс получили данные американского исследования эффективности применения антипсихотиков у больных шизофренией – CATIE [29, 30]. В этом исследовании во время стартового обследования МС был выявлен у 40% больных. При сопоставлении полученных данных с результатами эпидемиологического исследования NHANES частоты МС среди населения США было обнаружено, что показатели распространенности МС среди больных шизофренией в 2 раза были выше [22].

Подобные данные были получены в Канаде и странах Западной Европы [23, 19, 20, 15]. Результаты первых исследований распространенности МС в России среди больных шизофренией свидетельствовали о более высокой распространенности – 46% [4, 8].

Для больных шизофренией проблема метаболических нарушений особенно актуальна, в связи с наличием специфических для этой группы пациентов факторов риска: влияние психопатологических симптомов, прием антипсихотиков, возможное единство патогенетических механизмов развития расстройства обмена веществ и шизофрении [8].

Наличие у больных шизофренией таких психопатологических нарушений, как бредовые идеи, галлюцинации, тревога, депрессия [21, 34], а также значимый стресс [5], могут приводить к развитию МС за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что в

свою очередь вызывает АО, инсулинорезистентность, повышение АД [21, 1].

В тоже время негативные расстройства, нарушение социального функционирования способствуют формированию у больных с шизофренией нездорового образа жизни: гиподинамия и абулия, нерациональное питание (преобладание в пище жиров и углеводов, недостаток белка и растительной клетчатки), широкая распространенность вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) [17, 18], возникновение гипо- и анозогностического типа отношения к наличию соматической патологии [9].

В настоящее время существуют данные, что многие антипсихотики оказывают неблагоприятное влияние на все компоненты МС. Особенно выражено подобное воздействие при применении атипичных антипсихотиков (АА) [30, 16]. В большом числе исследований было показано, что ряд нейролептиков способствуют увеличению массы тела, повышению уровня глюкозы, общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), а также снижению уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) [36, 27, 13]. Наиболее значимое неблагоприятное влияние на обмен веществ у больных шизофренией оказывает клозапин и оланзапин [25, 31].

Возможное единство патогенетических механизмов развития МС и шизофрении свидетельствует о высокой наследственной отягощенности по нарушениям обмена веществ и СД у дан-

ных пациентов [18]. В некоторых исследованиях были отмечены обменные нарушения у «первичных» больных, прежде никогда не принимавших антипсихотические препараты [33, 37]. Некоторыми исследователями было выявлено значимое и постоянное снижение уровня аполипопротеина А1 у больных шизофренией, что признаётся одним из наиболее специфичных для шизофрении маркеров [24, 26]. Аполипопротеин А1 – основной белок, входящий в структуру ЛПВП, его недостаток обуславливается снижением уровня ЛПВП, что является одним из критериев МС. Однако непосредственные механизмы, которые могут лежать в основе взаимосвязи патогенеза шизофрении и МС, в настоящее время не выявлены.

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

На основании этого, целью данной работы явилось изучение распространенности и особенностей основных компонентов МС у больных ПШ.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 45 больных ПШ с различными типами течения, находящиеся на лечении в областной клинической психиатрической больнице г. Донецка. С целью формирования выборки, наиболее точно соответствующей общей популяции пациентов с шизофренией, других критериев отбора не было, пациенты отбирались сплошным методом. Критерием исключения было наличие СД 1 и 2 типа с целью обеспечения однородности биохимических параметров.

Согласно МКБ – 10 у 38 пациентов (84,4%) был выставлен диагноз ПШ, непрерывное течение (F20.00), у 5 больных (11,2%) – ПШ, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, у 2 (4,4%) – ПШ, эпизодическое течение со стабильным дефектом.

При анализе социально-демографических и клинических особенностей у больных учитывались следующие данные: средний возраст, дли-

тельность заболевания, количество госпитализаций в психиатрический стационар за период болезни, средняя длительность госпитализаций, прием традиционных нейролептиков (ТН) или АА за последний год, средняя суточная доза антипсихотической терапии, длительность лечения за период наблюдения, образовательный уровень и семейное положение, условия проживания больных, вредные привычки, наличие работы и группы инвалидности, признаки сопутствующей соматической патологии, ведущий психопатологический синдром.

У всех обследованных натошак, после двенадцатичасового воздержания от приема пищи, производился забор образцов венозной крови при наличии информированного согласия, измерялось систолическое и диастолическое АД, рост, вес, окружность талии. В день забора крови оценивались показатели глюкозы, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП. Дополнительно производили оценку

индекса массы тела (ИМТ): масса тела (кг)/рост (м²), вычисление коэффициента атерогенности (КА)= (ОХ–ЛПВП/ЛПВП).

МС у больных диагностировали согласно современным критериям международной федерации диабета – IDF (Таб. 1)

Таблица 1

Современные критерии метаболического синдрома по IDF

Критерии IDF
<i>Для постановки диагноза МС необходимо:</i> - Абдоминальное ожирение (для европеоидной расы диагностируется при окружности талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см;
<i>Плюс любые два пункта из ниже перечисленных:</i> - Повышение уровня триглицеридов выше $\geq 1,7$ ммоль/л; - Низкая концентрация липопротеидов высокой плотности (уровень липопротеидов высокой плотности: мужчины <1,03 ммоль/л, женщины <1,29 ммоль/л; - Повышение уровня глюкозы натощак выше $\geq 5,6$ ммоль/л или прежде диагностированный сахарный диабет; - Повышение артериального давления: систолическое АД >130 мм.рт.ст. или диастолическое АД >85 мм.рт.ст. или лечение прежде диагностированной гипертензии.

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Pentium II с использованием статистической программы STADIA 5,0.

Для этого применяли описательную статистику ($M \pm m$), параметрический ф-критерий Стьюдента, коэффициент линейной корреляции Спирмана.

Результаты и их обсуждение

В соответствии с критериями включения в исследование вошли 45 больных ПШ с различными типами течения. Мужчин в выборке было 24 (53,3%), женщин – 21 (46,7%) в возрасте от 23 до 58 лет. Средний возраст обследованных составил - $35,2 \pm 2,19$ лет. Длительность заболевания у данных больных была от 4-х до 29 лет.

Средняя продолжительность заболевания – $11,0 \pm 0,95$ лет. Среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар за период болезни - $7,4 \pm 0,4$ раз. Средняя длительность госпитализаций (общая длительность госпитализаций/количество госпитализаций – 3,1 месяца.

На момент осмотра клиническая симптоматика определялась: у 33 больных (73,3%) галлюцинозоподобным синдромом, у 8 пациентов (17,7%) – аффективно-бредовым синдромом (у 5 – с преобладанием депрессивного аффекта, у 3 – с преобладанием маниакального аффекта), у 4 больных (9%) состояние характеризовалось лишь умеренными эмоционально-волевыми расстройствами.

Высшее образование имели 15 человек (33,3%), не полное высшее – 5 чел. (11,1%), сред-

нее – специальное – 13 чел. (28,8%), среднее – 12 чел. (26,7%). В официальном браке состояло только 8 пациентов (17,7%). Остальные были одинокими (холостые, никогда не вступавшие в брак – 34 чел. (75,5%), разведенные – 3 чел. (6,7%). 28% обследованных не имели близких, способных осуществлять за ними уход. При этом жили одни - 20,3% пациентов, проживали с родителями – 51,7%.

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

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

АА получали 39 больных (86,7%). Из них 18 чел. (46,1%) принимали препараты рисперидона (Риссет, Рисполепт, Рисперон, Нейриспин, Риспаксол) в дозе от 2 мг до 6 мг. Средняя суточная доза - $4,2 \pm 0,16$ мг. Клозапин (Азалептин, Азалептол, Азапин) получали 9 пациентов (23,07%) в дозе от 100 мг до 300 мг. Средняя суточная доза - $194,4 \pm 1,93$ мг. Трое больных (7,69%) принимали сертиндол (Сердолект) в суточной дозе 12 мг. Кветиапин (Сероквель) получали 3 пациентов (7,69%) в дозе от 400 мг до 600 мг. Средняя суточная доза составила $466,6 \pm 2,72$ мг. Еще трое больных принимали оланзапин (Зипрекса) в дозе от 5 мг до 10 мг. Средняя суточная доза - $8,33 \pm 0,28$ мг. Двое пациентов (5,12%) получали амисульприд (Солиан) от 400 мг до 600 мг. Средняя суточная доза - $500,0 \pm 1,15$ мг. Один больной (2,56%) с целью лечения принимал палиперидон ОР (Инвега) в суточной дозе 6 мг.

Продолжительность лечения нейролептиками за период болезни у данных пациентов составляло от 4-х до 26 лет. Средняя продолжительность антипсихотического лечения - $10,5 \pm 0,75$ лет.

Анализируя данные о наличии вредных привычек, необходимо отметить, что 28 больных (62,2%) курили сигареты с фильтром (1-2 пачки в день), у 5 пациентов (11,1%) было отмечено эпизодическое употребление крепких спиртных напитков.

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

При проведении антропометрии были выявлены следующие результаты. Рост больных находился в диапазоне от 159 см до 180 см. Средний рост - $168,4 \pm 2,05$ см. Масса тела у боль-

ных составляла от 56 кг до 105 кг. Средняя масса - $86,5 \pm 1,12$ кг. ИМТ был в пределах от 17,6 кг/м² до 33,9 кг/м². Средний ИМТ - $26,0 \pm 1,75$ кг/м².

Распространенность МС у больных ПШ составила 40% (18 из 45 чел.). Основные компоненты МС у пациентов с ПШ, согласно критериям IDF, представлены в таблице 2.

При проведении анализа полученных данных выявлено, что у 16 больных (35,5%) наблюдались общие признаки ожирения. В качестве критерия ожирения использовалось повышение ИМТ и окружности талии, как показатель АО. Средние показатели ИМТ у обследованных больных находились в пределах нормальных значений.

Другие результаты были получены при оценке АО, частота которой оказалась высока. При этом значительное число больных (55%) имели АО при отсутствии ожирения, диагностированного по ИМТ. У 21 пациента (46,6%) увеличение объема талии было ≥ 90 см. АО достоверно более часто выявлялась у женщин (66,6%) в отличие от мужчин (29,1%, $p < 0,05$). Средняя окружность талии у мужчин была $88,34 \pm 1,02$ см, у женщин - $88,05 \pm 1,18$ см.

Высокая распространенность АО возможно была связана с длительной гиперкортизолемией, которая в свою очередь могла формироваться под воздействием стрессорных факторов у данных больных.

Наиболее распространенными компонентами МС у больных ПШ были: гиперхолестеринемия, гипергликемия, гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия, повышение уровня ЛПНП и КА, снижение уровня ЛПВП.

Гиперхолестеринемия оценивалась на основании повышения уровня ОХ более 5,5 ммоль/л, которая встречалась у 27 обследованных (60%). Средний уровень ОХ у больных составил $5,72 \pm 0,44$ ммоль/л.

Распространенность повышенного уровня ЛПНП более 3,31 ммоль/л оказалась достаточно высокой (25 чел., 55,5%). Средний уровень ЛПНП у пациентов равнялся $3,33 \pm 0,12$ ммоль/л. У 24 больных (53,3%) наблюдалось повышение КА. Средний уровень КА был $4,05 \pm 0,19$ ммоль/л.

Повышение уровня глюкозы натощак более 5,5 ммоль/л встречалось у 20 пациентов (44,4%). Средний уровень глюкозы у обследованных равнялся $5,65 \pm 0,13$ ммоль/л.

Основные компоненты метаболического синдрома у больных параноидной шизофренией, согласно критериям IDF

Компоненты МС	Больные с ПШ	Норма
	N=45	
Количество больных с ожирением	16,0 (35,5%)	ИМТ>30
Средний ИМТ, кг/м ²	26,06±1,75	18,5-29
Количество мужчин с абдоминальным ожирением	7,0 (29,1%)	
Средняя окружность талии у мужчин, см	88,34±1,02	>94 см
Количество женщин с абдоминальным ожирением	14,0 (66,6%)	
Средняя окружность талии у женщин, см	88,05±1,18	>80 см
Количество больных с повышенным уровнем глюкозы	20,0 (44,4%)	
Средний уровень глюкозы, ммоль/л	5,65±0,13	3,3-5,5
Количество больных с повышенным уровнем ОХ	27,0 (60%)	
Средний уровень ОХ, ммоль/л	5,72±0,44	3,37-5,18
Количество больных с повышенным уровнем ТГ	18,0 (40%)	
Средний уровень ТГ, ммоль/л	2,37±0,10	0,51-2,20
Количество больных с сниженным уровнем ЛПВП	16,0 (35,5%)	
Средний уровень ЛПВП, ммоль/л	1,23±0,08	1,04-2,07
Количество больных с повышенным уровнем ЛПНП	25,0 (55,5%)	
Средний уровень ЛПНП, ммоль/л	3,33±0,12	0,00-3,31
Количество больных с повышенным КА	24,0 (53,3%)	
Средний уровень КА, ммоль/л	4,05±0,19	0,00-3,50
Количество больных с повышенным уровнем систолического и/или диастолического АД	20,0 (44,4%)	Систолическое АД>130 мм.рт.ст или диастолическое АД>85 мм.рт.ст.
Средний уровень систолического АД, мм.рт.ст.	129,8±2,05	120-129
Средний уровень диастолического АД, мм.рт.ст.	84,4±1,11	80-84

Частота артериальной гипертензии у больных ПШ также оказалась достаточно высокой. У 20 больных (44,4%) отмечалось повышение систолического и/или диастолического АД. Среднее значение систолического АД было 129,8±2,05 мм.рт.ст., диастолического АД – 84,4±1,11 мм.рт.ст.

Гипертриглицеридемия оценивалась на основании повышения уровня ТГ более 2,20 ммоль/л. Распространенность этого состояния было отмечено у 18 пациентов (40%). Средний уровень ТГ составил 2,37±0,10 ммоль/л.

Снижение уровня ЛПВП менее 1,04 ммоль/л было обнаружено у 16 человек (35,5%). Средний уровень ЛПВП - 1,23±0,08 ммоль/л.

МС чаще встречался у женщин (60,2%), чем среди мужчин (26,5%, $p<0,05$). При анализе распространенности МС в разных возрастных группах наблюдалась тенденция к увеличению частоты с увеличением возраста. Так в возрастной группе больных от 45 лет до 55 лет, МС регистрировался у 45% пациентов. В группе больных от 30 лет до 45 лет – у 36%. При этом обращает

на себя внимание высокая распространенность МС в возрастной группе до 30 лет (25%, $p<0,05$).

При корреляционном анализе значимых связей между наличием МС и некоторыми социально-демографическими особенностями обнаруживались следующие особенности. МС достоверно чаще встречался у больных, не имеющих собственную семью ($r=0,503$, $p<0,05$), а также не вовлеченных в трудовую деятельность ($r=0,500$, $p<0,05$). Наличие сопутствующей соматической патологии достоверно чаще приводило к развитию МС у больных ПШ ($r=0,504$, $p<0,05$). Курение и прием спиртных напитков достоверно чаще приводил к метаболическим нарушениям у данных пациентов ($r=0,502$, $p<0,05$).

Необходимо отметить отрицательное влияние на метаболический статус приема некоторых АА. Так, прием рисперидона ($r=0,520$, $p<0,05$), клозапина ($r=0,505$, $p<0,05$) и оланзапина ($r=0,547$, $p<0,05$) достоверно чаще приводил к развитию МС у больных ПШ.

Таким образом, полученные в настоящей работе результаты свидетельствуют о том, что МС

является широко распространенным состоянием не только среди больных шизофренией в США, Западной Европы, России, но и в Украине. Особенностью метаболических нарушений у больных параноидной шизофренией является высокая частота встречаемости абдоминального ожирения, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, гипергликемии, артериальной гипертензии, повышения уровня липопротеидов низкой плотности.

Было установлено, что факторами риска развития метаболических расстройств у больных с шизофренией являются: высокая распространен-

ность курения, прием некоторых атипичных антипсихотиков (рисперидон, клозапин, оланзапин), наличие сопутствующей соматической патологии, проявления семейной и трудовой дезадаптации.

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

Є.М. Денисов

МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Нами були обстежені 45 хворих на параноїдну шизофренію. У роботі використовувалися соціально-демографічний, антропометричний, клініко-біохімічний методи дослідження. У 40% хворих на шизофренію був виявлений метаболічний синдром. Найбільш частими компонентами МС у хворих є абдоминальне ожиріння, гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія, гіперглікемія, артеріальна гіпертензія. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 24-30).

E.M. Denysov

METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Donetsk National Medical University named M. Gorkiy

We investigated 45 patients with paranoid schizophrenia. We used social – demographic, anthropometrical, biochemical methods. The 40% patients with paranoid schizophrenia had metabolic syndrome. The most frequent components metabolic syndrome were abdomen adiposity, hypercholesterinemia, hypertriglyceridemia, hyperglycemia, arterial hypertension. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 24-30).

Литература

1. Васюк, Ю.А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.А.Васюк, Т.В.Довженко, Е.Л.Школьник // Псих, расс-ва в общей медицине. - 2007. - Т. №1. - С. 14-19.
2. Волков, В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении / В.П.Волков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2009. - № 5. - С. 14-19.
3. Долгов, В.В: Лабораторная диагностика нарушения обмена углеводов. Метаболический синдром и сахарный диабет/В.В. Долгов, А.В.Селиванова.-М.-Тверь: Триада, 2006.- 128 с.
4. Капилетти, С.Г. Частота метаболических расстройств у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию / С.Г.Капилетти, С.Н.Мосолов, А.А.Шафаренко // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011)»: материалы общеросс. конф., Москва 28-30 октября 2008 г. - М., 2008. - С. 414-416.
5. Мазо, Г.Э. Влияние депрессии на течение шизофрении / Г.Э.Мазо // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - Т. 8. - № 3. - С. 22-24.
6. Мамедов, М.Н. По материалам I Международного конгресса по предиабету и метаболическому синдрому: акарбоза признана препаратом выбора для профилактики сахарного диабета и инфаркта миокарда / М.Н.Мамедов // Артериальная гипертензия. - 2005.-Т. 11.-№3.-С. 173-176.
7. Мосолов, С.Н. Клинико-нейрохимическая классификация современных антипсихотических препаратов / С.Н.Мосолов // Международн. журн. мед. практики. - 2000. - № 4. - С. 35-38.
8. Незнанов, Н.Г. Частота и характер метаболических нарушений у больных шизофренией /И.А. Мартынихин, Н.А. Соколян // Обзорение психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. - №2. – С.17-20.
9. Незнанов; Н.Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявления, течение, терапию психических заболеваний: автореф.дис. ... канд. мед. наук / Незнанов Н.Г.; Л.: Ленингр. научн.-

- исслед.психоневрологический инст. им. В.М.Бехтерева. - Л., 1985. - 25 с.
10. Смулевич, А.Б. Психокордиология / А.Б.Смулевич, А.А.Сыркин, М.Ю.Дробижев, С.В.Иванов - М.: МИА, 2005. - 784 с.
11. Чазова, И.Е. Метаболический синдром / И.Е.Чазова, В.Б.Мычка - М.: Медиа Медика, 2004. - 168 с.
12. Alberti, K.G. The metabolic syndrome - a new worldwide definition / K.G.Alberti, P.Zimmet, J.Shaw and IDF Epidemiology Task Force Consensus Group // Lancet. - 2005. - Vol. 366. - P. 1059 - 1062.
13. Allison, D.B. Antipsychotic induced weight gain: a review of the literature / D.B.Allison, D.E.Casey // Journal of Clinical Psychiatry. - 2001. - Vol. 62, suppl. 7. - P 22-31.
14. Balkau, B. European Group For The Study Of Insulin Resistance (EGIR): frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome / B.Balkau, M.A.Charles, T.Drivsholm, et al. // Diabetes andmetabolism.- 2002. - Vol. 28. - P. 364-376.
15. Bobes J. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study / J.Bobes, C.Arango,P.Aranda et al. // Schizophrenia Research. - 2007.-Vol. 90:-P. 162-173.
16. Boke, O: Prevalence of metabolic syndrome among inpatients with schizophrenia / O.Boke; S.Aker, G.Sarisoy et al. // InternationalJournal / Psychiatry in Medicine. - 2008. - Vol. 38., № 1. - P: 103-112.
17. Brown, S. Causes of the excess mortality of schizophrenia / S.Brown, B.Barraclough, H.Inskip // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol.177.-P. 212-217.
18. 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.
19. 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.

20. De Hert, M. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. / M.De Hert, R.van Winkel, D.Van Eyck et al. // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. - 2006. - Vol. 2. - P. 14-24.
21. 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.
22. Ford, E.S. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey / E.S.Ford, W.H.Giles, W.H.Dietz // *JAMA* - 2002. - Vol. 287. - P. 356-359.
23. 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.
24. Huang, J. Independent protein-profiling studies show a decrease in -apolipoprotein A1 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.
25. Koller, E. Olanzapine-associated diabetes mellitus / E.Koller, P.M.Doraiswamy // *Pharmacotherapy*. - 2002. - Vol. 22. - P. 841-852.
26. 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.
27. 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.
28. Mancia, G. Metabolic Syndrome in the Pressioni Arteriose Monitorate E Loro Associazioni (PAMELA) Study: Daily Life Blood Pressure, Cardiac Damage, and Prognosis / G.Mancia, M.Bombelli, G.Corrao et al. // *Hypertension*. - 2007. - Vol. 49. - P. 40-47.
29. McEvoy, J. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III / J.McEvoy, J.Meyer, D.Goff // *Schizophrenia Research*. - 2005. - Vol. 80 (1). - P. 19-32.
30. 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.
31. Newcomer, J.W. The atypical antipsychotic therapy and metabolic issues national survey: practice patterns and knowledge of psychiatrists / J.W.Newcomer, H.A.Nasrallah, A.D.Loebel // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. - 2004. - Vol. 24, suppl 1. - P. 1-6.
32. Osby, U. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study / U. Osby, N.Correia, L.Brandt et al. // *British Medical Journal* - 2000. - Vol. 321. - P. 483-484.
33. Ryan, M. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug I patients with schizophrenia / M.Ryan, P.Collins, J.H.Thakore // *American Journal of Psychiatry*. - 2003. - Vol. 160. - P. 284-289.
34. Sands, J.R. Depression during the longitudinal course of schizophrenia / J.R.Sands, M.Harrow M // *Schizophrenia Bulletin*. - 1999. - Vol. 25 (1). - P. 157-172.
35. Srinivasan, S.P. Changes in Metabolic Syndrome Variables Since Childhood in Prehypertensive and Hypertensive Subjects: The Bogalusa Heart Study / S.P.Srinivasan, L.Myers, G.S.Berenson // *Hypertension*. - 2006. - Vol. 48. - P. 33-39.
36. Taylor, D.M. Atypical antipsychotics and weight gain: a systematic review / D.M.Taylor, R.McAskill // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2000. - Vol. 101, - P. 416-432.
37. Thakore; J.Hi Increased visceral fat distribution in drug-I and drug-free patients with schizophrenia / J.H.Thakore; J.Vlahoos, A.Martin // *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*. - 2002. - Vol. 26. - P.137-141.

Поступила в редакцию 18.01.2011

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

*О.В. Друзь***ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЇ СЕРЕД БАТЬКІВ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ**

Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" (м. Київ)

Ключові слова: залежність від опіоїдів, фактори ризику, психопатологія, гендерні особливості

Відомо, що на ризик формування станів залежності різного походження, і, зокрема, залежності від опіоїдів, істотно впливають спадкові фактори [1-10]. Обтяжена спадковість погіршує перебіг розладів наркологічного профілю і ускладнює лікування [11-18]. Саме тому в усьому світі тривають наполегливі пошуки спадкових факторів ризику та антиризиків формування зазначених розладів.

Раніше [19] нами було підтверджено, що в родинах осіб, залежних від опіоїдів, а також в родинах практично здорових осіб, наявність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (шифри діагнозів F10-F19 за МКХ-10) серед батьків пробандів часто сполучається із домінуванням невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (шифри діагнозів F40-F48) серед матерів пробандів.

Матеріали та методи дослідження

Методом опитування респондентів та їхніх матерів [20] вивчено родинний анамнез 270 хворих, залежних від опіоїдів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності і визначено частоту основних класів психічних, поведінкових та неврологічних розладів

Фактори ризику-антиризиків щодо формування залежності від опіоїдів, які мали бути виявлені

Зазначене спостереження закономірно призводить до робочої гіпотези про те, що психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у батьків обстежених пробандів (насамперед – їхня залежність від алкоголю) впливає на вірогідність формування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у їхніх дружин – матерів обстежених пробандів.

Необхідність перевірки зазначеної гіпотези визначалась тим, що в якості незалежних факторів ризику формування будь-якої патології можуть використатись лише некорельовані ознаки.

Ось чому метою цієї роботи стало визначення гендерних особливостей поширення психопатології серед батьків осіб, залежних від опіоїдів.

Результати та обговорення

Для перевірки робочої гіпотези (див. вище) було проаналізовано розподіл жінок – матерів пробандів за типами розладів психоневрологічного профілю, залежно від наявності або відсутності психічних та поведін-

в процесі виконання цієї роботи, передбачалось в подальшому використовувати у складі багатфакторної процедури розпізнання патологічних процесів за Гублером Е.В. [21], тому для кожного з потенційних факторів розраховувались необхідні для згаданої вище процедури розпізнання патологічних процесів діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [21].

кових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у їхніх чоловіків (батьків пробандів) та наявності або відсутності залежності від опіоїдів у їхніх дітей (пробандів) (табл. 1).

Розподіл жінок – матерів пробандів за типами розладів психоневрологічного профілю, залежно від наявності або відсутності психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (залежності від алкоголю) у їхніх чоловіків (батьків пробандів) та наявності або відсутності залежності від опіоїдів у їхніх дітей (пробандів)

Типи розладів психоневрологічного профілю у жінок – матерів пробандів, (шифри за МКХ-10):	Чоловіки практично здорові		Чоловіки залежні від алкоголю		Достовірність відмінностей (Р _{ТМФ} ¹⁾)	Відношення частот	ДЖ ²⁾	МІ ²⁾
	Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)				
В родинях пробандів основної групи (пробанди – особи, залежні від опіоїдів) (n=270)								
	(n=237)		(n=33)					
- F30-F39 ³⁾	1	0,42	5	15,15	0,0001	35,91	15,55	1,15
- F40-F48 ³⁾	5	2,11	19	57,58	<0,000001	27,29	14,36	3,98
В родинях пробандів контрольної групи (пробанди – особи, без ознак залежності) (n=270)								
	(n=264)		(n=6)					
- F30-F39 ³⁾	0	0,00	1	16,67	0,02	-	-	-
- F40-F48 ³⁾	5	1,89	5	83,33	<0,000001	44,00	16,43	6,69
В родинях пробандів основної та контрольної груп разом (n=540)								
	(n=501)		(n=39)					
- F30-F39 ³⁾	1	0,20	6	15,38	<0,000001	77,08	18,87	1,43
- F40-F48 ³⁾	10	2,00	24	61,54	<0,000001	30,83	14,89	4,43
Примітка: 1) достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ). 2) Умовні позначення: ДЖ – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака. 3) Умовні позначення: (F30-F39) - афективні розлади; (F40-F48) - невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.								

Легко помітити (табл. 1), що у матерів пробандів основної групи (залежні від опіоїдів особи) в разі наявності залежного від алкоголю чоловіка частота розладів психоневрологічного профілю істотно вище ніж в разі наявності практично здорового чоловіка: невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів - в 27,29 рази (57,58% проти 2,11%), а афективних розладів - в 35,91 рази (15,15% проти 0,42%).

У матерів пробандів контрольної групи (особи без ознак залежності) в разі наявності хворого на алкоголізм чоловіка частота розладів психоневрологічного профілю також вище ніж в разі наявності практично здорового чоловіка: для невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів - в 44,00 рази (83,33% проти 1,89%).

Ця пропорція навіть більше, ніж у матерів пробандів основної групи. Можливо, останні поступаються першим через певний “маскуючий” ефект присутності у родині другої (окрім залежного від алкоголю чоловіка) близької людини з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, а саме дитини із залежністю від опіоїдів.

Не можна також виключити, що матері осіб залежних від опіоїдів, внаслідок поки що невизначених обставин є більш стійкими до формування невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів.

Що стосується афективних розладів, то відповідне співвідношення частот визначити не вдалося через повну відсутність жінок з цим діагнозом в родинях з практично здоровими чоловіками (табл. 1).

Не дивно що і в об'єднаній групі, в разі наявності залежного від алкоголю чоловіка у матерів пробандів частота розладів психоневрологічного профілю також істотно вище, ніж в разі наявності практично здорового чоловіка: невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів - в 30,83 рази (61,54% проти 2,00%), а афективних розладів - в 77,08 рази (15,38% проти 0,20%).

Як можна судити з анамнезу, розвиток залежності від алкоголю у чоловіків практично завжди передував розвитку невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, а також афективних розладів у їхніх жінок. Це вказує на причинно-наслідковий зв'язок між

цими подіями.

Одержані значення ДК (вони скрізь у таблиці 1 більше ніж граничне значення 13) свідчать про те, що алкогольна залежність у чоловіків майже самодостатній фактор для формування невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, а також афективних розладів у їхніх жінок. Похибка такого висновку не перевищує 1:20 ($p < 0,05$), що визнається достовірним результатом в рутинних медико-біологічних дослідженнях.

До того ж цей висновок підтверджує відому думку про облігатність “синдрому жінки алкоголіка” в уражених алкоголізмом родинах, що є невід’ємною складовою відносин співзалежності в таких сім’ях.

Цікаво, що поява другого члена родини – дитини (сина) з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (залежністю від опіоїдів) мало що міняє в психічному статусі жінок, що вже мають чоловіків залежних від алкоголю (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за типами розладів психоневрологічного профілю, наявних у їхніх матерів після включення до аналізу лише тих родин, де є залежний від алкоголю батько

Типи розладів психоневрологічного профілю, (шифри за МКХ-10):	Контрольна (n=6)		Основна (n=33)		Достовірність відмінностей (Р _{ТМФ} ¹⁾)	Відношення частот	ДК ²⁾	МІ ²⁾
	Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)				
Розлади наявні								
- F30-F39 ³⁾	1	16,67	5	15,15	0,44	0,91	-0,41	0,00
- F40-F48 ³⁾	5	83,33	19	57,58	0,19	0,69	-1,61	0,21
Розлади відсутні								
- F30-F39 ³⁾	5	83,33	28	84,85	0,44	1,02	0,08	0,00
- F40-F48 ³⁾	1	16,67	14	42,42	0,19	2,55	4,06	0,52

Примітка: ¹⁾ достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ).
²⁾ Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.
³⁾ Умовні позначення: (F30-F39) - афективні розлади; (F40-F48) - невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

Легко помітити, що після включення до аналізу лише тих родин, де є залежний від алкоголю батько, знайдена раніше різниця [19] в частотах наявності афективних розладів, а також невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у матерів пробандів залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) зникає.

Таким чином, всупереч очікуваному, можна констатувати, що алкогольна залежність чоловіка впливає на психічний статус жінки (принаймні в тій його частині що стосується можливості формування афективних, а також невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів) набагато більше, ніж залежність від опіоїдів її власної дитини. Це тим більш дивно, що, за поширеними уявленнями, емоційний зв'язок між матір'ю і дитиною вважається більш міцним, ніж відповідний зв'язок між дру-

жиною і її чоловіком.

Цей парадокс може мати кілька пояснень. По-перше: більш потужний патогенний вплив алкогольної залежності чоловіка на стан психічного здоров'я його дружини може бути зумовленим її економічною залежністю від нього (страхом зубожіння в разі втрати годувальника). По-друге: можливо йдеться про певну анозогнозію щодо реального стану здоров'я своєї дитини (сподівання на те, що він “переросте” цю “шкідливу звичку”). По-третє: не можна ігнорувати і те, що відношення співзалежності, які формуються в родинах уражених патологією наркологічного профілю, дуже нагадують звичайне піклування батьків про свою дитину (тільки у гіпертрофованому, викривленому вигляді). По четверте: коли розвивається наркотична залежність у дитини і формуються нові відносини між нею і його матір'ю (як правило, відношення співзалежності), відносини між матір'ю

і залежним від алкоголю батьком вже сформувались і набули міцності.

В межах цієї роботи докладно не вивчався характер залежності від алкоголю у батьків пробандів, бо це не входило до кола дослідницьких завдань. Тому дослідити динаміку формування розладів психоневрологічного профілю у матерів пробандів протягом розвитку залежності від алкоголю у їхніх чоловіків (батьків пробандів) неможливо. Щодо динаміки формування розладів психоневрологічного профілю у матерів під впливом розвитку залежності від опіоїдів у їхніх

дітей (синів), то зібрані данні дають можливість скласти певне враження про неї (табл. 3).

Наведені у таблиці 3 данні свідчать про те, що найбільша частота невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у матерів пробандів спостерігається протягом першого року наркотизації їхніх дітей, а потім зазначена частота неухильно зменшується. Зазначена динаміка, хоча і з різним ступенем виразності, притаманна і родинам з залежними від алкоголю батьками, і родинам де батьки не мають ознак алкогольної залежності.

Таблиця 3

Розподіл матерів пробандів основної групи за типами розладів психоневрологічного профілю, наявністю залежності від алкоголю у чоловіків (батьків пробандів) і наркотичного “стажу” пробандів (осіб, залежних від опіоїдів)

Наркотичний "стаж" пробандів	Кількість родин	Кількість матерів з такими розладами			
		Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48)		Афективні розлади (F30-F39)	
		Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)
Батьки залежні від алкоголю					
< 12 місяців	10	7	70,00	1	10,00
1-10 років	17	9	52,94	2	11,76
> 10 років	6	3	50,00	2	33,33
Батьки без ознак залежності від алкоголю					
< 12 місяців	80	3	3,75	0	0,00
1-10 років	137	2	1,46	1	0,73
> 10 років	20	0	0,00	0	0,00
Примітка: * -різниця з групою, що має "стаж" наркотизації <12 місяців достовірна (p<0,05) Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).					

Таку динаміку можна було б розцінювати, як наслідок певної адаптації зазначених матерів до хронічної хвороби (залежності від опіоїдів) їхніх дітей і до пов'язаного із цим свого становища. Однак, зростання частоти афективних розладів у матерів пробандів разом із зростанням “стажу” наркотизації їхніх дітей змушує відкинути цю гіпотезу і визнати, що на зміну гострим невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам з часом приходять стійкі афективні розлади, переважно, депресивного кола.

Вище вже було сказано про те, що невротичний “синдром жінки алкоголіка” є майже неминучою долею супутниць чоловіків, залежних від цієї психоактивної речовини.

Дані подані у таблиці 2 переконливо свідчать про те, що після включення до аналізу лише тих родин, де є залежний від алкоголю батько, різниця в частотах наявності афективних розладів, а також невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у матерів пробандів (як залежних від опіоїдів, так і практично здорових) зникає.

Однак, справедливим виявилось і протилеж-

не – після виключення із аналізу родин де є залежний від алкоголю батько, знайдена раніше різниця [19] в частотах наявності афективних розладів, а також невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у матерів пробандів (як залежних від опіоїдів, так і практично здорових) так само зникає (табл. 4).

Таким чином, наявність і афективних розладів, і невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у матерів пробандів не є самостійним явищем, а “епіфеноменом” залежності від алкоголю їхніх чоловіків (батьків пробандів).

Між тим, за загальними правилами створення послідовних діагностичних процедур [21] для побудови таблиці факторів ризику мають використовуватись лише взаємозалежні, некорельовані ознаки.

З урахуванням цього із таблиці наявності-відсутності розладів психоневрологічного профілю у родичів пробандів, як факторів ризику-антиризик формування залежності від опіоїдів [19] мають бути вилучений фактор “наявність у матері невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів” (табл. 5).

Таблиця 4

Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за типами розладів психоневрологічного профілю, наявних у їхніх матерів після виключення із аналізу родин де є залежний від алкоголю батько

Наркотичний "стаж" пробандів	Кількість родин	Кількість матерів з такими розладами			
		Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48)		Афективні розлади (F30-F39)	
		Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)
Батьки залежні від алкоголю					
< 12 місяців	10	7	70,00	1	10,00
1-10 років	17	9	52,94	2	11,76
> 10 років	6	3	50,00	2	33,33
Батьки без ознак залежності від алкоголю					
< 12 місяців	80	3	3,75	0	0,00
1-10 років	137	2	1,46	1	0,73
> 10 років	20	0	0,00	0	0,00

Примітка: * -різниця з групою, що має "стаж" наркотизації <12 місяців достовірна (p<0,05)
Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Таблиця 5

Наявність-відсутність розладів психоневрологічного профілю у родичів пробандів, як фактори ризику-антиризик формування залежності від опіоїдів (в порядку зменшення інформативності і з урахуванням "епіфеномену" афективних, невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у жінок, чоловіки яких залежні від алкоголю)

Наркотичний "стаж" пробандів	Кількість родин	Кількість матерів з такими розладами			
		Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48)		Афективні розлади (F30-F39)	
		Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)
Батьки залежні від алкоголю					
< 12 місяців	10	7	70,00	1	10,00
1-10 років	17	9	52,94	2	11,76
> 10 років	6	3	50,00	2	33,33
Батьки без ознак залежності від алкоголю					
< 12 місяців	80	3	3,75	0	0,00
1-10 років	137	2	1,46	1	0,73
> 10 років	20	0	0,00	0	0,00

Примітка: * -різниця з групою, що має "стаж" наркотизації <12 місяців достовірна (p<0,05)
Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Висновки

1. Афективні, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади у жінок, чоловіки яких залежні від алкоголю, практично завжди не є самостійним явищем, а лише "епіфеномом" чоловічої алкогольної залежності, що слід враховувати при створенні будь-яких діагностичних таблиць.

2. Факторами ризику формування залежності від опіоїдів (з урахуванням зазначеної вище обставини) є: наявність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у батьків (ДК=7,40; МІ=0,37), у матерів (ДК=9,54; МІ=0,14), у сибсів (ДК=6,02; МІ=0,07) та у родичів пробандів II ступеню спорідненості (ДК=9,29; МІ=0,26); наявність у матерів пробандів шизофренії, шизотипових, маячних роз-

ладів (ДК=9,03; МІ=0,23), а також наявність у дорослих родичів пробандів II ступеню спорідненості розладів зрілої особистості та поведінки (ДК=6,02; МІ=0,07).

3. Факторами антиризик формування залежності від опіоїдів є: відсутність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у батьків (ДК=-0,47; МІ=0,02), матерів (ДК=-0,13; МІ=0,00), сибсів (ДК=-0,10; МІ=0,00) та родичів пробандів II ступеню спорідненості (ДК=-0,25; МІ=0,01); відсутність у матерів пробандів шизофренії, шизотипових, маячних розладів (ДК=-0,23; МІ=0,01) та відсутність у дорослих родичів пробандів II ступеню спорідненості розладів зрілої особистості та поведінки (ДК=-0,10; МІ=0,00).

4. Наявність обтяженості родинного анамнезу пробанда розладами психоневрологічного профілю – це достатньо надійний фактор ризику формування у нього залежності від опіоїдів, а от відсутність такої обтяженості – абсолютно не є гарантією того, що у пробанда не розв’ється

ся зазначена залежність. Це, імовірно, пов’язано із тим, що існує багато інших впливових факторів, які у змозі сформувати у пробанда залежність від опіоїдів, навіть в умовах відсутності обтяженості його родинного анамнезу розладами психоневрологічного профілю.

О.В. Друзь

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ СРЕДИ РОДИТЕЛЕЙ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Главный военно-медицинский клинический центр “ГВКГ” (г. Киев)

Методом опроса респондентов и их матери изучен семейный анамнез 270 больных, зависимых от опиоидов и 270 лиц без признаков какой бы то ни было зависимости. Проведено сравнительное исследование частоты основных классов психических, поведенческих и неврологических расстройств в данных группах. Установлено, что аффективные, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства у женщин, мужья которых зависимы от алкоголя, почти всегда не являются самостоятельным явлением, а лишь “эпифеноменом” алкогольной зависимости мужа. Доказано, что отягощенность семейного анамнеза пробанда расстройствами психоневрологического профиля - это достаточно надежный фактор риска формирования у него зависимости от опиоидов, а вот отсутствие такой отягощенности - не является гарантией того, что у пробанда не разовьется указанная зависимость. Сделано предположения о том, что такая ситуация обусловлена существованием других влиятельных факторов, которые содействуют формированию у пробанда зависимости от опиоидов, даже в случае отсутствия отягощенности его семейного анамнеза расстройствами психоневрологического профиля. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 1 (26). — С. 31-37).

О. V. Druz’

GENDER FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGY PREVALENCE AMONG PARENTS OF THE PERSONS DEPENDED FROM OPIOIDS

Main military-medical clinical center “GNCH” (Kiev)

The purpose of work is an estimation of hereditary load of the family anamnesis with the disorders of psychoneurological profile, as risk factor of formation of opioids’ dependence. The family anamnesis of 270 opioids’ depended patients and 270 persons without signs of any dependence was investigated by the method of interrogation of these respondents and their mothers. Comparative research of frequency of the main classes of mental, behavioral and neurological disorders in the given groups was carried out. It was established, that affective, neurotic, connected with stress and somatoformic disorders at women which husbands are depended on alcohol, almost always are not the independent phenomenon, but only “epiphenomenon” of the husband’s alcoholic dependence. It is proved, that hereditary load of the probands family anamnesis with the psychoneurological disorders is a reliable enough risk factor of formation of opioid’ dependences, but the absence of such hereditary load is not a guarantee that opioid’ dependence will not develop. It is made assumptions that such situation is caused by existence of other influential factors which promote formation of opioid’ dependence in proband, even in case of absence of hereditary load in his or her family anamnesis with the psychoneurological disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 31-37).

Література

1. Сосин И.К., Атраментова Л.А., Приходько Е.А., Гуревич Я.Л. Наследственная отягощенность больных алкоголизмом разной степени гетерозиготности // 5-й съезд генетиков и селекц. Украины: Тез. докл. – Киев, 1986. – Ч.4. – С. 5.
2. Сосин И.К., Мысько Г.Н., Чуев Ю.Ф. и др. Ипохондрическая симптоматика при алкоголизме у больных с наследственной отягощенностью по линии шизофрении // Психосоматич. расстройства: Матер. совместной научн. сессии. – Харьков-Луганск, 1995. – С. 97-98.
3. Атраментова Л.А., Сосин И.К., Побережная О.В. Генетическое исследование алкоголизма и наркомании у женщин // Акт. питання неврології, психіатрії та наркології: Матер. науково-практич. конфер. – Вінниця, 1997. – С. 132-133.
4. Атраментова Л.А. Гены и поведение. / Л.А. Атраментова, О.В. Филиппова. – Харьков: «Ліхтар», «Современная печать», 2008. – 496 с.
5. Bousman CA, Glatt SJ, Cherner M, Atkinson JH, Grant I, Tsuang MT, Everall IP; the HNRC Group. Preliminary evidence of ethnic divergence in associations of putative genetic variants for methamphetamine dependence. // Psychiatry Res. 2010 May 15.
6. Button TM, Stallings MC, Rhee SH, Corley RP, Boardman JD, Hewitt JK. Perceived peer delinquency and the genetic predisposition for substance dependence vulnerability. // Drug Alcohol Depend. 2009 Feb 1;100(1-2):1-8. Epub 2008 Nov 12.
7. Freedman R. Genetic investigation of race and addiction. // Am J Psychiatry. 2009 Sep;166(9):967-8.
8. Grucza RA, Bierut LJ. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. // Alcohol Res Health. 2006;29(3):172-8.
9. Higuchi S, Matsushita S, Kashima H. New findings on the genetic influences on alcohol use and dependence. // Curr Opin Psychiatry. 2006 May;19(3):253-65.
10. Hill SY, Steinhauer SR, Locke-Wellman J, Ulrich R. Childhood risk factors for young adult substance dependence outcome in offspring from multiplex alcohol dependence families: a prospective study. // Biol Psychiatry. 2009 Oct 15;66(8):750-7. Epub 2009 Jul 29.
11. Лінський І.В., Атраментова Л.О., Матузок Е.Г. Про співвідношення генетичних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю. // Український вісник психоневрології, т.6, випуск 3(18), 1998., с. 97-99.
12. Линский И.В. Соотношение генетических и средовых детерминант в развитии опийной наркомании у больных с различной прогрессивностью ее течения. // Архив психиатрии, № 3-4 (22-23), 2000, С.31-34.
13. Линский И.В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля // “Український медичний часопис”, № 5 (19), 2000, с.141-144.
14. Линский И.В. Предрасположенность к заболеваниям наркологического профиля и прогрессивность опиомании // Таврический журнал психиатрии. Симферополь, выпуск 4, № 4 (15), 2000, С. 22-25.
15. Hou QF, Li SB. Potential association of DRD2 and DAT1 genetic variation with heroin dependence. // Neurosci Lett. 2009 Oct 23;464(2):127-30. Epub 2009 Aug 5.
16. Hurd YL. Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors. // CNS Spectr. 2006 Nov;11(11):855-62.
17. Xian H, Scherrer JF, Grant JD, Eisen SA, True WR, Jacob T, Bucholz KK. Genetic and environmental contributions to nicotine, alcohol and cannabis dependence in male twins. // Addiction. 2008

Aug;103(8):1391-8.

18. Yuferov V, Levran O, Proudnikov D, Nielsen DA, Kreek MJ. Search for genetic markers and functional variants involved in the development of opiate and cocaine addiction and treatment. // Ann N Y Acad Sci. 2010 Feb; 1187:184-207.

19. Друзь О.В. Психоневрологічні розлади у батьків і ризик

формування залежності від опіоїдів у їхніх дітей. // Український медичний часопис, Том 19, вип. 1(66), 2011.- с. 85-86.

20. Мерфи Э.А., Чейз Г.А. Основы медико-генетического консультирования. - М.: Медицина, 1979. - с. 389.

21. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. - М., Медицина, 1978. - 294 с.

Поступила в редакцию 18.02.2011

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

*В.Е. Гончаров***ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ШКАЛ ПРИ РАЗГРАНИЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психические расстройства, патогенез, дифференциация

Разделение психических расстройств на экзогенную и эндогенную группы является одним из атрибутов дифференциальной диагностики, неотъемлемой частью установления их нозологической принадлежности [1]. Развитие технических и технологических возможностей медицинской науки дало психиатрам возможность опереться в своих заключениях на объективные данные, убедительно подтверждающие выводы, сделанные на основании клинического наблюдения [2-5]. В то же время, полученные в результате применения современных технических средств факты требуют уточнения устоявшихся принципов дифференциации психических нарушений. Так, выявленные на томограммах органические изменения головного мозга у больных шизофренией разрушают миф о «функциональ-

ной» природе нарушений при данной патологии [6-8]. В то же время, они лишают клиницистов привычного аргумента в пользу установления органического генеза психических расстройств. Таким образом, указанные изменения в мозге выявляются как при экзогенной, так и при эндогенной патологии и поэтому не могут больше служить надежным критерием дифференциации.

Вышеотмеченные предпосылки продиктовали необходимость проведения исследования, целью которого было уточнение диагностических критериев при указанных видах психической патологии путем углубленного анализа возможностей клинического метода, традиционно являющегося базовым в психиатрической науке и практике.

Материалы и методы исследования

В проведенное исследование были включены пациенты обоего пола, находящиеся на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3. В группу «А» вошли 50 больных с неосложненной шизофренией; в группу «В» – 52 пациента, у которых шизофрения сочеталась с органической патологией головного мозга; в груп-

пу «С» вошли 52 человека с непсихотическими вариантами органической патологии и группу «Д» составили 50 пациента с органическим шизофреноподобным расстройством. Таким образом, были составлены группы сравнения, отличающиеся различными сочетаниями патогенетических факторов. Для регистрации и анализа клинических данных была использована шкала PANSS.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты исследования приведены на рис. 1. Сравнение четырех профилей по критерию χ^2 показало, что мы имеем четыре разных графика. Иными словами, нозологический фактор достоверно влияет на общий вид профиля шкалы PANSS. При этом:

- профили групп А и В по своей «геометрии» существенно не различаются ($p > 0,05$);
- профили групп А и С различаются высокодостоверно ($p < 0,001$);
- профили групп А и D различаются незначительно ($p < 0,05$);

- профили групп В и С различаются достоверно ($p < 0,01$);
- профили групп В и D не различаются ($p > 0,05$);
- профили групп С и D не различаются ($p > 0,05$).

Результаты проведенного исследования указывают на то, что бредовые идеи выявляются во всех группах, но в группе С они определяются на минимальном уровне, часто правдоподобны и напоминают ошибочные суждения, в большинстве случаев объяснимые обостренным чувством спра-

ведливости и снижением критических способностей. Происходит формирование своеобразных

«ножниц»: чем меньше пациенты могут сами, тем большие требования предъявляют окружающим.

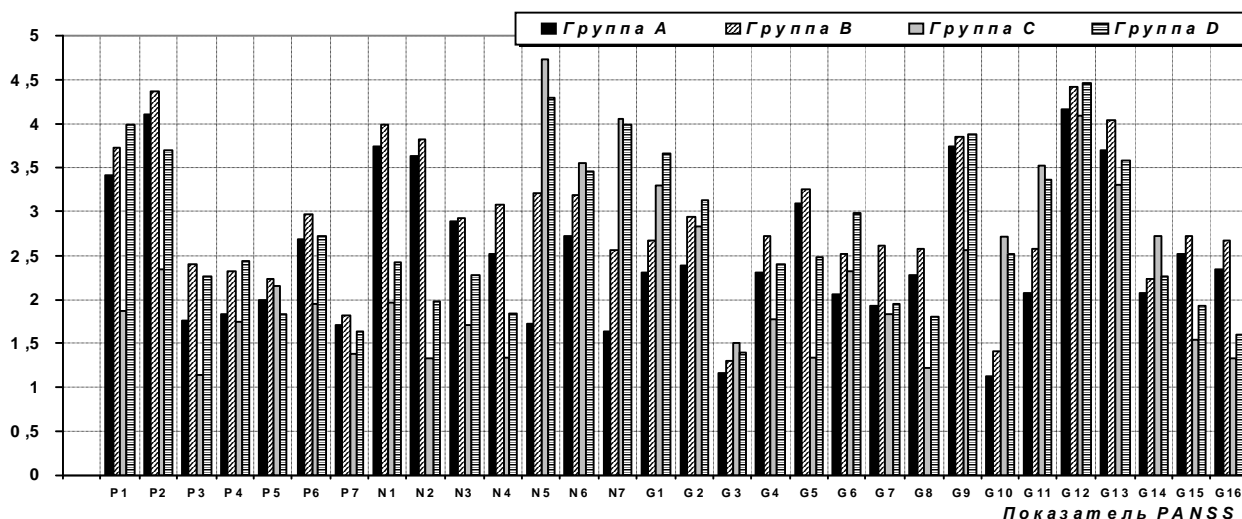


Рис.1 Профили шкалы PANSS в группах сравнения.

Группа А характеризуется наличием достоверно более высокой выраженности бредовых идей, по сравнению с предыдущей ($p < 0,001$). По своему содержанию это преимущественно идеи отношения и преследования. Ход болезненных рассуждений резко контрастирует с понятиями о логике. Отмечается наличие калейдоскопического набора многочисленных нестойких, недостаточно оформленных бредовых идей; зачастую отсутствует опора на реальные события и факты; игнорируются обстоятельства, опровергающие достоверность болезненных переживаний. Пациент, как правило, является жертвой активного постороннего воздействия, стремится спастись бегством, избежать нежелательных контактов, максимально сузить круг общения. Называя своих предполагаемых преследователей, не рассматривает вариант, который может примирить стороны, способствовать «решению проблемы».

Группа В не имеет достоверных различий по выраженности бредовых идей, определяемой в группе А. Однако, по своему содержанию эти идеи несколько менее впечатляющие своим размахом и парадоксальностью. Для них характерно большее однообразие, с меньшей тенденцией к усложнению фабулы. Возможными причинами являются оскудение лексического потенциала, недостаточность спонтанности, плавности речи ($p < 0,05$), значительное преобладание стереотипных суждений ($p < 0,001$) и некоторое снижение целенаправленности мышления.

В группе Д выраженность бредовых идей самая высокая, хотя различия с группой В по этому показателю не достоверны. В редких случаях содержание бредовых идей было грубо ир-

рациональным, оторванным от реальности, лишенным даже внешнего правдоподобия. Достаточно часто встречались моноидеи материального или физического ущерба, несправедливого отношения, в большинстве случаев, не выходящие за рамки бытового уровня и опирающиеся в своей основе на реальные обстоятельства. Они часто стереотипны по своему содержанию и не имеют тенденции к усложнению структуры. Реакция пациента носит характер восстановления справедливости, праведного возмездия, часто направлена на конкретное лицо и сопровождается напряженной эмоциональной реакцией. Больные достаточно охотно делятся своими переживаниями, раскрывают суть «проблемы», стремятся найти сочувствие у собеседника; эмоционально откликаются на проявление поддержки, но категорически отстаивают правильность своих бредовых убеждений.

В целом, для больных эндогенным процессом более характерными были структурно-логические нарушения мышления, парадоксальность решений, сочетание ответов различного уровня абстрагирования и адекватности независимо от объективной сложности задания. При этом имела место тенденция преобладания степени дезорганизации процесса мышления в группе с коморбидной патологией, не достигающая, однако, статистической значимости.

Обманы восприятия практически отсутствовали в группе С. Однако, для групп В ($p < 0,01$) и Д ($p < 0,05$) они были более характерны, чем для пациентов с неосложненной шизофренией. Практически ту же закономерность можно установить, анализируя выраженность показателей устойчивости внимания, возбуждения, тревож-

ности и физического напряжения, замедления движений и речи, активном игнорировании желаний и просьб окружающих. Этот факт указывает на то, что наличие органического фактора существенно усугубляет течение шизофренического процесса. Подтверждается данный вывод и преобладанием выраженности экстрапирамидных нарушений в группе с осложненной шизофренией ($p < 0,05$).

Следует отметить высокую достоверность различия между группами, включающими больных шизофренией и имеющими органическую природу нарушений по выраженности ряда негативных симптомов. Речь идет о преобладающем при эндогенном процессе снижении способности к эмоциональному ответу, бедности мимических реакций и жестикуляции, угасании интереса к происходящим событиям, сужении социальных контактов и инициативы вследствие пассивности и безволия, дефиците эмпатии и открытости в общении. В то же время, из перечисленного ряда симптомов группа В имеет достоверное различие от показателей при неосложненной шизофрении по выраженности пассивно-апатической социальной отстраненности. Этот признак, классически относимый к шизофреническому спектру, становится существенно более выраженным при наличии органического фактора ($p < 0,01$).

Очевидные различия выявляются при сопоставлении выраженности нарушений абстрактного мышления. Так, наиболее высокие показатели отмечаются в группах с органическим генезом нарушений. Характерно, что группа с осложненной шизофренией заняла промежуточное

положение на графике. И в этой группе более выраженными, чем при неосложненном течении заболевания были недостаточность спонтанности и плавности речи, склонность к стереотипным ответам ($p < 0,05$).

Характерно, что в группах С и Д пациенты достоверно чаще выражают беспокойство в отношении своего здоровья и возможного ухудшения соматического самочувствия. Близкие по ряду показателей группы В и Д в данном случае достоверно различаются ($p < 0,001$). Указанный факт отражает снижение интереса к своему физическому состоянию при эндогенном процессе и обострение при органической природе заболевания.

В то же время, проявления манерности, неуклюжести, чужаковатости движений и позы в группах больных страдающих шизофренией, убедительно преобладают по отношению к группе с органическим шизофреноподобным расстройством ($p < 0,01$), указывая на нозологическую специфичность указанных симптомов.

Таким образом, выявленные различия позволяют расширить арсенал признаков, дающих возможность проводить дифференциальную диагностику между психическими расстройствами, имеющими сходную клиническую картину. Кроме того, в представленных результатах проведенного исследования показано патофизиологическое влияние органического фактора на течение шизофренического процесса, что подчеркивает необходимость комплексного подхода при организации и проведении терапевтических мероприятий с учетом всех действующих патогенетических составляющих.

В.С. Гончаров

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДАНИХ КЛІНІЧНИХ ШКАЛ ПРИ РОЗМЕЖУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обстежені 204 хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні з різними варіантами порушень психічної діяльності. Проведено поглиблений аналіз захворювань, які мають схожу клінічну картину. Обумовлені ключові розбіжності психопатологічних проявів, що дозволяє покращити диференційну діагностику. Встановлено значення патофізіологічного впливу коморбідної патології на перебіг шизофреничного процесу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 38-41).

**OPPORTUNITIES OF USING DATA FROM CLINICAL SCALES AT DIFFERENTIATION
MENTAL DISORDERS OF VARIOUS GENESIS**

Kharkiv medical academy of postgraduate Education

The study included 204 patients who are hospitalized with various disorders of mental activity. An in-depth analysis of diseases with similar clinical picture. Identifies key differences in psychopathology, quality of differential diagnosis. Setting the role of pathological influence of comorbid diseases on the course of schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 38-41).

Литература

1. Руководство по психиатрии / ред. Тиганов А.С. – М.: «Медицина», 1999. Том 1. – 1999. – 709 с.
2. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологической диагностики / Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. – С-Пб: «Стройлеспечать», 1997. – 303с.
3. Востриков В.М. Сниженная численная плотность перикапиллярных олигодендроцитов в коре головного мозга при шизофрении / В.М. Востриков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2007.-№12.-С.58-65.
4. Вербенко В.А. ЭЭГ – реактивность при шизофрении / В.А. Вербенко // Журнал психиатрии и медицинской психологии.-2008.-№1(18).-С.30-35.
5. Лебедева И.С. Нейрофизиологические аномалии в парадигме Р300 как эндофенотипы шизофрении / И.С.Лебедева, В.Г.Каледа, Л.И.Абрамова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2009.-№1.-С.61-70.
6. Коломеец Н.С. Патология гиппокампа при шизофрении / Н.С.Коломеец // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2007.-№12.-С.103-114.
7. Ван Харен Н.Е. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга / Н.Е.Ван Харен, В.Кан, Пол Х.Хулсхоф [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. – Т. 18, № 2. – С. 26-35.
8. Баккер Й.М. Нейробиологические гипотезы патогенеза шизофрении от дегенерации до прогрессирующего нарушения развития мозга / Й.М.Баккер, Л.Д.Хаан // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, №4. – С. 94-100.

Поступила в редакцию 24.03.2011

Г.С. Кочарян

ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН ВО ВРЕМЯ ИНТИМНОЙ БЛИЗОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: мужчины, сексуальные дисфункции, интимная близость, приспособительное поведение

Диагностируя сексуальное расстройство, врач, как правило, не в полной мере интересуется тем, что происходит с пациентом во время интимной близости, ограничиваясь лишь констатацией тех или иных сексопатологических симптомов. Поэтому вне поля зрения остаются психические усилия, предпринимаемые больными с целью улучшения половых функций. Результатом этого до начала 90-х годов прошлого века являлась неизученность изменений поведения во время интимной близости у пациентов сексологического профиля. Тем не менее подобные исследования важны, так как открывают доступ к психическим ресурсам, которые могут быть использованы.

На такую возможность, в частности, указывают данные В. S. Reynolds [19], М. Zuckerman [21], D. Smith, R. Over [20], а также исследования других авторов (D. Laws, Н. Rubin, 1969; D. Henson, Н. Rubin, 1971; S. Herman, М. Prewett, 1974; Н. Rubin, D. Henson, 1975; R. Rosen, D. Chapiro, G. Schwartz, 1975; E. Scillag, 1976), о которых сообщает Р. Грин [2]. Они свидетельствуют о способности мужчин, используя искусственную психическую стимуляцию, предусмотренную условиями эксперимента, даже без какой-либо существенной предварительной подготовки к определенному сознательному волевому контролю эрекции. Способность усиливать ее возрастала при немедленном обеспечении обратной связи относительно желаемого уровня сексуального возбуждения обследуемых.

Так, D. Laws, Н. Rubin (1969) и D. Henson, Н. Rubin (1971) установили, что при выборочном обследовании мужчин они оказались способны вызывать у себя эрекции без эротических раздражителей, а также подавлять эрекции при наличии упомянутых раздражителей. Первое становится возможным при вызывании эротических сцен, а второе – при переключении внимания на раздражители несексуального содержания. Эти данные подтверждаются более поздним

исследованием М. Zuckerman [21]. Автор отмечает, что, поскольку сексуальное возбуждение у мужчин имеет внешние проявления, большинство из них еще в юности научается подавлять эрекции в неадекватных ситуациях. Он показал, что «инструкция» на подавление эрекции срабатывает у 50% мужчин при просмотре эротического фильма. Кроме того, была зафиксирована действенность сексуального фантазирования мужчин и женщин: эффект был такой же сильный, как и при наличии внешних сексуальных стимулов.

D. Smith, R. Over [20] сообщают, что 8 здоровых мужчин в возрасте 19–26 лет, которые были неспособны реально повышать пениальную турбесценцию посредством приятной эротической фантазии, провели два сеанса тренинга сексуального или общего воображения. При первом виде тренинга пациенты реально демонстрировали увеличение физиологического и субъективного сексуального возбуждения при неструктурированной и структурированной сексуальной фантазии. Вместе с тем тренинг общего воображения не усиливал индуцированное фантазией сексуальное возбуждение. Обе программы увеличили яркость представления, но только тренинг сексуального воображения позволил пациентам формировать сексуальные образы, четкость которых возрастала в том случае, когда фантазии были приятными.

О результативности применения биологической обратной связи (БОС) с целью усиления контроля над эрекцией с лечебной целью сообщают S. Herman, М. Prewett (1974) и E. Scillad (1976). Рассмотрению изучения эффективности БОС в лечении сексуальных дисфункций у мужчин и женщин посвящена публикация А. Giovannoni [16]. В ней рассматривается применение БОС при нарушениях контроля эрекции, для усиления эректильных ответов на женские образы у гомосексуалов, а также у пациентов с «психогенной импотенцией».

L. Cionini, A. Giovannoni [14] обсуждают использование тренинга с БОС при «сексуальной импотенции» и сообщают о ее случае, который был успешно пролечен с помощью тренинга с использованием электромиографического (ЭМГ) контроля. Использовалась звуковая и визуальная обратная связь, пропорциональная уровню ЭМГ-напряжения лобных мышц. Применялись психометрические тесты (MMPI, the State-Trait Anxiety Inventory) и психофизиологический опросник (до, во время и после терапевтических сессий). Проводимый тренинг привел к улучшению личностного профиля по шкалам маскулинности, фемининности и социальной интроверсии MMPI. Авторы отмечают, что окончательные результаты при лечении «сексуальной импотенции» показали более легкую управляемость тренинга с БОС при использовании ЭМГ, чем при применении традиционной прямой БОС. Они подчеркивают адекватность использованной в данном конкретном случае техники, что определялось личностными особенностями субъекта и имеющимися место симптомами. Она помогала ему контролировать стрессовые реакции, связанные с выполнением и социальной тревогой. L. Cionini, D. Mattei [15] в своей статье отмечают, что с помощью тренинга с БОС пациенты могут быть обучены управлять стрессом и исправлять «плохие свойства». Авторы использовали данный тренинг и для лечения «импотенции».

J. Barnes, E. P. Bowman, J. Cullen [13] сообщают о пяти женщинах в возрасте от 24 до 30 лет, страдающих вагинизмом, которые вместе с их супругами участвовали в программе, использующей БОС как помощь к другой проводимой психотерапии. Обеспечивалась БОС от вагинального сфинктера. Все пять пар закончили программу и сообщили об успешно проведенном половом акте при ее окончании. В заключение авторы делают вывод о том, что биологическая обратная связь является эффективной помощью в обучении мускульному контролю.

О возможностях психического влияния на половые функции также свидетельствует тренинг по системе Дао [12] и опыт использования аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств [1, 3, 5].

Для изучения психической саморегуляции копулятивных функций во время половых контактов нами были предприняты специальные исследования среди 118 мужчин с различными сексуальными расстройствами [4, 6, 7, 8, 17]. Только пациенты с тревожным опасением сек-

суальной неудачи включались в эту группу. Актуальность проведенной нами работы очевидна, так как она базировалась на изучении различных психических техник (направленных на улучшение половых функций), которые использовались больными в сексуальной ситуации по собственной инициативе и, таким образом, являлись их самостоятельными находками, представляющими собой различные образцы приспособительного поведения, связанного с сексуальным расстройством.

В результате указанных исследований получены следующие результаты. Те или иные приемы психической саморегуляции, направленные на улучшение половых функций, во время интимной близости использовало 64,4% пациентов. В некоторых наблюдениях указанные приемы были непосредственно направлены на борьбу с тревожным опасением неудачи. Это в ряде случаев могло опосредованно приводить к улучшению упомянутых функций. В других наблюдениях отмечалось использование психотехник, которые были прямо ориентированы на улучшение характеристик копулятивного цикла. Некоторые больные использовали как те, так и другие приемы. Редко отмечалось, что одни и те же техники выполняли двойную функцию.

Проведенный нами анализ всех этих приемов показал, что могут быть выделены следующие их группы: самовнушение, переключение внимания, эротическая аутосенситизация. После детальной «разбивки» этих приемов внутри названных групп была разработана следующая их классификация.

I. Самовнушение:

- 1) направленное на самоуспокоение;
- 2) отрицающее опасения неудачи;
- 3) мотивированное или немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта;
- 4) самовнушение–установка на безразличное отношение к результату;
- 5) стимулирующее «обращение к половому члену»;
- 6) нацеленное на уменьшение восприятия эротических стимулов.

II. Переключение внимания:

- 1) с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные вспомогательные средства;
- 2) с помощью планирования;
- 3) с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов:
 - а) связанных с имевшим место или вообра-

жаемым позитивным сексуальным опытом (с данной партнершей или с другими женщинами);

б) связанных с мастурбацией;

в) связанных с «приобщением» к чужому сексуальному опыту;

г) связанных с несексуальными сценами (до-суг, быт, производственная деятельность).

III. Эротическая аутосенситизация (представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление контактного восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях).

Самовнушение, направленное на самоупокоевание, могло выражаться, например, следующими формулами: «Не волнуйся...»; «Я нормальный мужчина...», а аутосуггестия отрицания опасений неудачи утверждением: «Я об этом думать не буду...». Мотивированное и немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта оперировало формулами: «Вот она женщина, к которой я стремился, которую я хотел, обнаженная, и все должно получиться хорошо...»; «Все будет хорошо...»; «Все будет нормально...». Самовнушение–установка на безразличное отношение к результату выражалось внутренне произносимыми фразами: «Получится или не получится мне все равно...»; «Ни о чем не следует беспокоиться... Не получится, и черт с ним, и даже если ничего не произойдет, то ничего страшного в этом не будет, плевать на все это». Стимулирующее «обращение к половому члену» было направлено на нормализацию его эрекции и проявлялось в следующих произносимых про себя во время интимной близости высказываниях: «Ну почему ты не...?», «Давай, давай!» или «Возбудишься...». Также подчас имела место и аутосуггестия, направленная на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов, преследующая цель отдалить наступление семяизвержения: «Мне не так приятно».

Переключение внимания с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные вспомогательные средства, проявлялось разнообразными приемами. Так, один из обследованных нами больных считал про себя, другой говорил о чем-то с партнершей, третий смотрел в сторону на какую-то точку или на голову жены, а четвертый отворачивал лицо при ласках, чтобы смотреть на телевизор или наблюдать какой-либо яркий предмет, или сосредоточивался на слышимой музыке (сам специально радиоап-

паратуру с этой целью не включал). Также для переключения внимания применялся счет ударов часов, представление, как член движется во влагалище, действия, направленные на то, чтобы не видеть партнершу, перенос акцента на мысли об испытываемых женщиной ощущениях и о том, как доставить ей удовольствие. Один пациент для того, чтобы несколько отвлечься от ощущений, испытываемых при сексуальных контактах, осуществлял их в сопровождении тихой, медленной, мелодичной музыки, а иногда включал телевизор.

Переключение внимания с помощью планирования, осуществляемое во время интимной близости, представляло собой составление программы действий, которые следует осуществить на производстве и (или) дома по хозяйству на следующий день или в ближайшее время, мысли о том, что нужно купить, как следует одеться. Так, например, один из наших пациентов, работавший машинистом на железнодорожном транспорте, во время полового акта все время вспоминал о множестве инструкций и приказов, которые ему необходимо выучить. Следует отметить, что переключение внимания с помощью планирования применяется как с привлечением визуальных сюжетов, так и без их привлечения.

Помимо перечисленных вариантов переключения внимания, констатировалось его отвлечение с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом с данной партнершей или с другими женщинами, что, по сути, является ничем иным, как приобщением к ресурсу, которым обладает каждый человек. Мужчины могут вспоминать в прошлом полноценные половые акты с данной партнершей или воображать, что осуществляют их с другой, более привлекательной и молодой женщиной, с которой у них половых актов вообще не было, или с партнершей, с которой у них в прошлом были полноценные интимные контакты. Так, один из наших пациентов в предварительном периоде полового акта представлял, что проводит его с другой женщиной, с которой никогда не был в интимных связях. В основном возникали яркие образы. Эти представления в 40% случаев давали эффект, что проявлялось в улучшении напряжения члена и увеличении продолжительности коитуса, производной в данном случае от качества эрекции. При последующих половых актах воображаемые партнерши могли быть иными. Другой больной при сексуальном сближении с партнершей репродуцировал визуальные сюжеты половой бли-

зости из прошлого опыта с «... симпатичной девочкой, которая в этих делах была не то что профессор, а прямо академик...», с которой все и всегда получалось хорошо, в каком бы состоянии он не был (трезвый или выпивший). С целью сексуальной стимуляции крайне редко также воспроизводились эротические сцены, которые ранее представлялись мужчинами при мастурбации. Наш пациент, который поступал таким образом, добивался восстановления хорошей эрекции. Иногда с этой же целью отмечалось «приобщение» к чужому сексуальному опыту (фото- и киноматериалы). Так, один обследованный нами больной представлял обнаженных женщин и мужчин, которых он видел ранее на порнографических открытках, а другой после просмотра эротических фильмов в предварительном периоде вспоминал сцены из них.

Переключение внимания может оперировать также репродукцией и конструкцией сюжетов, связанных с досугом, бытом, производственной деятельностью. Так, один из наших пациентов во время интимной близости целенаправленно вызывал у себя следующие визуальные представления. Он видел речку, деревья, как он ловит рыбу. Другой больной, который каждое лето отдыхал на озере Селигер у истоков Волги, репродуцировал пейзажи, включающие в качестве обязательного компонента это озеро, что несколько не улучшало его сексуальные функции. Нередко репродуцируемые и конструируемые сюжеты связаны со спортом. Например, один мужчина во время интимной близости представлял себя игроком харьковской футбольной команды «Металлист» (нападающим) и почти в одно и то же время болельщиком. Это ему хорошо удавалось и приводило к выраженному увеличению продолжительности полового акта. С целью ее увеличения пациенты подчас могут конструировать пейзажи и состояния, обладающие негативным эмоциональным воздействием. Так, один из больных, преследуя указанную цель, представлял во время интимной близости размытую грязью дорогу, ненастную холодную погоду. Диагностировались и воображаемые сюжеты, связанные с бытом. Так, один из наших пациентов с целью улучшения в сексуальной сфере при половом акте думал о текущих трудностях, связанных с жилищными условиями: живет с семьей в тесноте в маленькой комнате. Другой больной с такой же целью представлял, как что-то мастерит. Переключение внимания, связанное с привлечением производственных сюжетов, могло быть сопряжено с их различным

эмоциональным подтекстом: приятным, нейтральным, неприятным. Так, один из обследованных нами мужчин с целью увеличения продолжительности полового акта представлял, что на работе переносит тяжелые листы металла, и это, наряду с обращением к другим визуальным сюжетам, давало хороший эффект.

Эротическая аутосенситизация выполняет стимулирующую функцию. Так, один из наших пациентов с целью борьбы с тревожным опасением неудачи при сексуальном контакте с женой старался сосредоточиться на сладострастных ощущениях при ласках, поцелуях, а также фрикциях. Для усиления эффекта от предпринимаемых им мер он в это время внушал себе, как ему с ней приятно.

Проведенный анализ используемых больными приемов показал, что их феноменология часто зависит от того, какая функция нарушена. Так, для улучшения эрекции использовались различные стимулирующие меры («обращение к половому члену»; переключение внимания с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом, мастурбацией, «приобщением» к чужому сексуальному опыту; эротическая аутосенситизация, культивирующая приятные ощущения во время текущей интимной близости), а также самовнушение–установка на безразличное отношение к результату. При ускоренном семяизвержении, наоборот, применялись приемы, обладающие сексуально-депривационным действием. К ним относятся: самовнушения, направленные на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов; все способы переключения внимания, кроме указанных выше разновидностей, используемых для улучшения эрекции. Варианты самовнушений, не перечисленные нами как специально применяющиеся с целью улучшения напряжения полового члена или увеличения продолжительности полового акта, даже в случаях, когда у обследованных больных они использовались для улучшения какой-то одной из этих функций, не могут быть признаны специфичными в плане их воздействия на эрекцию или эякуляцию.

Описанные нами техники психической саморегуляции сексуальных функций использовались мужчинами не только изолированно, но и в различных сочетаниях, и могли быть неоднозначны у одних и тех же больных при различных половых актах. В ряде случаев те же пациенты с целью улучшения эрекции применяли одни при-

емы, а для увеличения продолжительности полового акта – другие.

С целью установления эффективности применения различных психологических приемов для улучшения сексуальных функций и общего состояния в преддверии и во время интимной близости нами был проведен специальный опрос, который установил, что различная степень результативности применявшихся приемов когда-либо наблюдалась у 52,8% пациентов, а ее полное и перманентное отсутствие – у 47,2%. При этом в 10,5% наблюдений, где отмечался позитивный эффект от использования пациентами психотехник, он касался лишь улучшения общего состояния и никак не отражался на качестве сексуальных функций. Мы еще раз хотим подчеркнуть, что пациенты применяли описанные выше приемы психической саморегуляции сексуальных функций по своей собственной инициативе, а наши исследования лишь выявили эти техники, которые затем были классифицированы.

Вполне естественно, что полученные результаты ставят вопрос о целесообразности рекомендовать пациентам сексологического профиля использование диагностированных нами приемов психической саморегуляции половых функций. В сексологической литературе мы не встретили высказываний об отрицательном отношении специалистов к названным приемам, применяемым для улучшения эрекции. Более того, как отмечалось нами ранее, тренировка в эротическом фантазировании может положительно сказываться на качестве эрекции. В этой связи следует также отметить, что нами для лечения сексуальных расстройств была разработана система эротической сенситизации [4, 6], одним из компонентов которой является эротическая аутосенситизация, проводимая пациентом в предварительном и основном периодах полового акта.

Вместе с тем в отношении целесообразности использования приемов психической саморегуляции при преждевременном семяизвержении высказываются диаметрально противоположные мнения. Так, Z. Lew-Starowicz [18] сообщает, что многие мужчины стремятся продлить время полового акта, например, отвлекая свое внимание, думая о чем-то другом, а также делая перерывы при проведении сношения. По его мнению, эти способы оказываются результативными лишь в ряде случаев, но впоследствии приводят к чрезмерной концентрации внимания при проведении полового акта на собственной сексуальной ре-

активности, что может также помешать реакциям женщины.

И. Левин [9, с. 34–35] также отмечает: «Страдающие преждевременным семяизвержением (ПС) часто пытаются самостоятельно контролировать свои сексуальные реакции, но идут, как правило, неверным путем: стараются думать о чем-то отвлеченном во время фрикций. Они кусают себя изнутри за щеки; выпивают чего-нибудь крепкого; одевают не один, а два презерватива или, по совету врача, пользуются мазью с анестетиком для снижения чувствительности головки полового члена. Нередко наблюдаются попытки компенсировать быстрое семяизвержение повторным половым актом. Во второй раз это происходит действительно несколько медленнее, но такое возможно лишь у молодых. К определенному возрасту способность мужчин достигать оргазма два раза подряд (с небольшим интервалом) утрачивается. При попытках заставить себя совершить второй половой акт у них часто развивается тревожное состояние и психогенная импотенция. Все эти методы не пригодны для лечения ПС, поскольку направлены на замедление наступления оргазма путем снижения сексуального стремления, удовольствия и возбуждения. В действительности пациенту необходимо не снижать остроту ощущений, а продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения. По сути дела, методы, отвлекающие мужчину во время полового акта, только усугубляют проблему, поскольку еще больше мешают ему научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения».

Д. Рейбен [10, с. 75–76], обсуждая проблему ПС, отмечает, что некоторые мужчины пытаются задержать оргазм, думая во время сношения «о других вещах». Такую технику рекомендуют некоторые «специалисты» в области брака, которым он советует лучше разобраться в этом вопросе. В доказательство неэффективности таких рекомендаций автор приводит рассказ одного мужчины, испытавшего это средство.

«Мне только 24, но чувствую себя как семидесятилетний. Что бы я ни делал, кончаю слишком быстро. Я не мог найти женщину, которая переспала бы со мной вторично, и пошел к врачу. Он сказал, что я должен лишь “контролировать себя”. Не надо было отдавать десять долларов, чтобы услышать такое. Он предложил, что, как только я введу член, я должен думать не о сексе, а о своей работе. Я продаю машины. Так я начал думать о своих покупателях, особенно о

девочках. Там есть одна очень хорошо сложенная. Как только я подумал о ней, я кончил даже быстрее, чем раньше. Я снова пришел к тому врачу, и он предложил мне в уме решать арифметические задачи. Я попробовал. С умножением у меня не очень хорошо, так что я стал считать вслух: “Тринадцатую одиннадцать – будет...” И женщина, с которой я был, услышала это. Она вышла из себя, оттолкнула меня и ушла.

Другой вариант, – продолжает автор, – думать о чем-нибудь “отвратительном”. Если пациент подумает о чем-то достаточно “отвратительном”, то он может совсем потерять эрекцию. Сама концепция здесь порочна. Представьте, что вы садитесь за ароматный бифштекс и пытаетесь думать о ведре с объедками... Другой метод предполагает, что партнеры ложатся обнаженными рядом друг с другом и думают о посторонних вещах, избегая любой сексуальной стимуляции. Это успокаивает чересчур возбудимых мужчин. Для самого мужчины с преждевременной эякуляцией и его партнерши мало волнующего в том, что они лежат, не занимаясь любовью, а думая о других вещах. Ведь именно этим им и так приходится заниматься большую часть времени».

После ознакомления с мнением вышеуказанных авторов по поводу целесообразности применения способов психической саморегуляции сексуальных функций (ПССФ) страдающими преждевременным семяизвержением мужчинами, у специалистов в области терапии половых расстройств может сложиться мнение об их полной неприемлимости. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что эти высказывания касаются тех приемов ПССФ, которые в соответствии с предложенной нами классификацией должны быть отнесены только к некоторым вариантам переключения внимания, использующимся для увеличения продолжительности полового акта. В высказываниях вышеназванных авторов также обращает на себя внимание тот факт, что больные как самостоятельно, так и по рекомендации некоторых врачей в ряде случаев используют приемы, которые критикуются, с весьма определенным терапевтическим эффектом. Кроме того, если речь идет о неудачах, наблюдающихся при применении отвлечения внимания, то они нуждаются в анализе. Так, например, один из вышеназванных авторов (D. Reuben) сообщает, что некий врач рекомендовал одному больному для увеличения продолжительности полового акта думать не о сексе, а о работе. Поскольку пациент по роду своей деятельности продавал машины, то во время интимной

близости он начал думать о своих покупателях и «особенно о девочках». Когда он подумал об одной из них, которая очень хорошо сложена, семяизвержение у него наступило еще быстрее, чем обычно. По нашему мнению, ничего удивительного в этом нет, так как в данном случае речь шла не о варианте переключения внимания, обладающего сексуально-депривационным действием, а напротив, о его разновидности, усиливающей сексуальное возбуждение (думал о хорошо сложенной девушке) и таким образом совершенно естественно приведшей к более быстрому наступлению семяизвержения. После этого неуспеха, связанного с использованием данного варианта отвлечения внимания, тот же врач с целью достижения терапевтического результата предложил пациенту при половом акте в уме решать арифметические задачи. Поскольку у последнего и ранее были затруднения с умножением, когда он начал умножать двузначные цифры (следует заметить, что это вообще нелегко), то не удержался и начал считать вслух. Женщина, с которой он был, услышав это, вышла из себя, оттолкнула его и ушла. Хотя ее реакция могла бы быть и более мягкой, совершенно естественно, что она негативно отреагировала на происходящее, так как внешне поведение этого мужчины могло восприниматься как странное или даже как поведение психически больного человека. Однако следует отметить, что, по всей видимости, врач, который рекомендовал этому пациенту приведенный прием ПССФ, не предполагал, чтобы он считал вслух. Таким образом, в данном случае можно говорить о неадекватном, «анекдотическом» применении этой техники больным с целью увеличения продолжительности полового акта.

Что же касается представления (И. Левин), согласно которому пациенту, страдающему преждевременным семяизвержением, следует не снижать остроту ощущений, в том числе и с помощью отвлечения внимания (автор считает, что это только усугубляет проблему, поскольку еще больше мешает ему «научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения»), а стремиться продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения, то эту рекомендацию, по нашему мнению, следует считать альтернативой, но не исключающей возможность использования в этих случаях вариантов переключения внимания, обладающих сексуально-депривационным действием. В связи с этим уместно привести высказывание G. Kelly [по 11], согласно которому не существует

такої вещи в мире, относительно которой «не может быть двух мнений».

Следует подчеркнуть, что установка, согласно которой мужчина должен проводить половой акт, не применяя никаких приемов, направленных на увеличение его продолжительности, так как это мешает ему насладиться в полной мере, противоречит установкам МКБ–10. В этой классификации критерием преждевременной эякуляции (F52.4) является неспособность мужчины задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения половым актом обоих партнеров, что предполагает возможность, а часто и необходимость определенного волевого контроля и использования различных техник, направленных на достижение достаточной продолжительности коитуса. Вместе с тем адекватное применение данного критерия должно предполагать, что речь идет о сексуально здоровой женщине, способной испытывать оргазм при коитусе без необходимости в чрезмерно длительной сексуальной стимуляции. Такое пояснение, к сожалению, в названной классификации отсутствует.

Рассматривая вопрос о целесообразности

применения пациентами представленных в приведенной выше классификации приемов ПССФ, следует отметить, что из терапевтического арсенала должно быть исключено стимулирующее «обращение к половому члену». Это объясняется тем, что фиксация внимания на половом органе (гиперконтроль его напряжения) является одним из факторов, участвующих в симптомообразовании у больных с тревожным опасением сексуальной неудачи. Используя данный вид самовнушения, мужчины лишь укрепляют патогенный защитный механизм приковывания. Относительно других приемов, нашедших отражение в указанной классификации, установка должна быть следующей. В дополнение к общепринятой терапии можно помогать пациентам в подборе индивидуально-эффективных средств психической саморегуляции, осуществляя при необходимости соответствующую коррекцию. Это, в частности, касается рекомендаций учитывать психотерапевтическое правило, согласно которому формулы самовнушения должны строиться таким образом, чтобы в них указывалось, что пациент хочет приобрести, а не то, от чего он желал бы избавиться.

Г.С. Кочарян

ПРИСТОСОВНА ПОВЕДІНКА ЧОЛОВІКІВ ПІД ЧАС ІНТИМНОЇ БЛИЗЬКОСТІ, ОБУМОВЛЕНА СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Для вивчення змін поведінки чоловіків з сексуальними дисфункціями, що мають місце під час інтимної близькості (зміни поведінки), нами було обстежено 118 хворих на сексуальні розлади різного походження та феноменології. Обов'язковим критерієм включення у групу була наявність тривожного очікування сексуальної невдачі. 76 чоловік (64,4%) відзначили, що коли-небудь за власною ініціативою використовували ті чи інші техніки психологічної саморегуляції (ТПСР), прямо чи опосередковано (через послаблення тривожного очікування невдачі) спрямовані на покращення сексуальних функцій. Аналіз усіх цих технік показав, що можна виділити такі їх групи: самонавіювання, переключення уваги, еротичну аутосенситизацію (являє собою посилення сприйняття специфічних стимулів під час інтимної близькості, завдяки зосередженню уваги пацієнта на своїх приємних відчуттях). Після детального розподілу даних технік усередині названих груп, була розроблена їх розгорнута класифікація. Феноменологія ТПСР часто залежала від того, яка функція порушена (ерекційна чи еякуляторна). Різний ступінь результативності прийомів, що використовувалися, мав місце у 52,8% обстежених. Доцільність використання різних ТПСР обговорюється. Рекомендується у доповнення до загальноприйнятої терапії допомагати пацієнтам у виборі індивідуально-ефективних ТПСР. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 42-49).

G.S. Kocharyan

ADAPTIVE BEHAVIOR OF MEN DURING INTERCOURSES CAUSED BY SEXUAL DYSFUNCTIONS

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

To study sexological patients' behavior connected with intercourses 118 males with sexual dysfunctions of various phenomenology and genesis were examined. Only patients with fear of sexual failure (FSF) were included into the group. Seventy-six persons (64.4%) have noted that they ever used on their own initiative some psychic self-regulation techniques (PSRT) directly or indirectly (through FSF weakening) orientated to improving sexual functions. Analysis of all these techniques has shown that their following groups can be isolated: autosuggestion, attention switching, erotic auto-sensitization (it is increase of perception of specific stimuli during a sexual contact achieved due to concentration of the patients' attention on those pleasant sensations which they have). After a detailed division of these techniques within the above groups, their classification has been devised. Phenomenology of the PSRT used often depends upon which function (erectory or ejaculatory) fails. Various extent of positive results after using PSRT was ever observed in 52.8% of the patients. Expedi-ence of employing various PSRT by the patients and their efficiency are discussed. The conclusion is that in addition to the conventional therapy it is possible to help patients in choosing individual effective means of psychic self-regulation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 42-49).

Литература

1. Андрианов В. В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 39 с.
2. Грин Р. Психотерапия расстройств эрекции // Вагнер Г. Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение) / Пер. с англ. – М: Медицина, 1985 – С. 182–200.
3. Кочарян Г. С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 19 с.
4. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия) // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
5. Кочарян Г. С. Аутогенная тренировка // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М: Медицина, 1994. – С. 68–85.
6. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279с.
7. Кочарян Г. С. Половые расстройства у мужчин и изменения их поведения при интимной близости // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 1999. – № 432. – С. 150–158.
8. Кочарян Г. С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
9. Левин И. Мужчина. Секс. Успех. Как справиться с ускоренным семяизвержением. – СПб., 1997. – 87 с.
10. Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить / Пер. с англ. – Харьков: Агентство «Харьков-Новости», 1991. – 240 с.
11. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. – СПб.: Питер Ком, 1999 – 608 с.
12. Цзя М., Арава Д. А. СВЕРХВОЗМОЖНОСТИ МУЖЧИНЫ, ДОСТУПНЫЕ КАЖДОМУ. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина / Пер. с англ. – М.: Либрис, 1996. – 320 с.
13. Barnes J., Bowman E. P., Cullen J. Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus // Biofeedback & Self Regulation. – 1984. – Vol. 9 (3). – P. 281–289.
14. Cionini L., Giovannoni A. L'EMG Biofeedback Training nel trattamento dell'impotenza psicogena: un caso clinico. // Medicina Psicosomatica. – 1984. – Vol. 29 (1). – P. 29–42.
15. Cionini L., Mattei D. Biofeedback e terapia cognitivo-comportamentale // Medicina Psicosomatica. – 1985. – Vol. 30 (2). – P. 151–161.
16. Giovannoni A. Il biofeedback nel trattamento dei disturbi sessuali // Rivista di Psichiatria. – 1983. – Vol. 18 (2). – P. 154–165.
17. Kocharyan G. S. Sexual dysfunctions in males and their behavioral changes connected with intercourses // 24th International Congress of Applied Psychology Abstracts Install Diskette 7/98. – P. 394.
18. Lew-Starovich Z. Seks partnerski. – Warszawa: PZWL, 1991 – 343 s.
19. Reynolds B. S. Biofeedback and facilitation of erection in men with erectile dysfunction // Archives of Sexual Behavior. – 1980. – Vol. 9 (2). – P.101–113.
20. Smith D., Over R. Enhancement of fantasy-induced sexual arousal in men through training in sexual imagery // Archives of Sexual Behavior. – 1990. – Vol. 19 (5). – P. 477–489.
21. Zuckerman M. Sexual Arousal in the Human: Love, Chemistry or Conditioning? // Physiological correlates of human behaviour. – London: Academic Press Inc., 1983. – P. 299–326.

Поступила в редакцию 7.02.2011

УДК: 616.895.8: 616.895.4

*В.Д. Мишиев, Ю.А. Кушнир, Г.А. Осадчая, Е.А. Ершова***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.**

Национальная медицинская академия последипломного образования, г. Киев, Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1

Ключевые слова: депрессия, шизофрения, психопатология, течение, негативные симптомы

Депрессивные расстройства при шизофрении - достаточно распространенное и значимое клиническое явление, требующее от лечащего врача ответственности в своевременности выявления данного синдрома и организации помощи. Распространенность депрессий при шизофрении по данным различных авторов характеризуется значительным разбросом. Так, в литературе приводятся данные о встречаемости депрессивного синдрома от 7 до 70 % случаев болезни [9]. Указывается, что частота депрессий выше на начальном этапе шизофрении и, в частности, после первого психотического эпизода составляет более 70 % [12]. Достаточно распространенным является мнение об урежении в последние десятилетия грубопрогредиентных форм шизофрении и явлении так называемого «депрессивно-апатического сдвига» клинической картины шизофрении [3]. Предполагается, что лица с постшизофренической депрессией имеют склонность к повышенной суицидальной активности, вероятности рецидива острого психоза, снижению адаптивных возможностей, уровня социального функционирования [2].

Е. Краепелин, положив начало нозологическому подходу в психиатрии и разграничив шизофрению и депрессию, депрессивно-параноидный психоз (1899) описал в рамках «депрессивно-бредового помешательства», не соотнеся его ни с аффективными расстройствами, ни с группой процессуальных заболеваний. В общенозологическом аспекте до последнего времени депрессивно-параноидные состояния различными психиатрическими школами трактуются в самом широком диапазоне – от варианта «единого эндогенного психоза» до самостоятельной нозологической формы. Одними исследователями депрессивно-параноидная шизофрения выделяется в качестве самостоятельной формы этого заболевания [2], другие расценивают данный вари-

ант болезни как проявления циркулярной шизофрении [4], третьи считают его этапом в развитии аффективно-онейроидного приступа [4]. Ряд исследователей относили его к сложным структурным симптомокомплексам с глубокой динамической взаимосвязью аффективных и параноидных расстройств и обязательными признаками бредового нарушения сознания [10], другие считали, что он представляет собой не более чем простое сосуществование депрессивных и параноидных симптомов [11], третьи подчеркивали, что для таких синдромов наиболее характерно преобладание бредовой и галлюцинаторной симптоматики над депрессивной [8].

С течением времени внимание исследователей все больше стало сосредотачиваться на проявлениях депрессий, возникавших после острого шизофренического эпизода, когда психотические симптомы частично или полностью редуцировались. В современной литературе многие авторы [1] указывают на их вторичный характер. Однако до настоящего времени не сложилось единого взгляда на природу этих депрессивных симптомов. В клинико-нозологическом аспекте обсуждаются следующие возможности происхождения такой депрессивной симптоматики. Трактовка синдромологической сущности данных депрессивных состояний также не является однозначной. В одних случаях депрессии рассматриваются как часть ядерной патологии шизофрении, имеющей биологическую природу [5]. Распространенным является представление о постшизофренической депрессии как следствии нейролептической терапии [7]. Сравнительно недавно возникла гипотеза о существовании психологических механизмов в возникновении постшизофренических депрессий, согласно которой перенесенный психоз является чрезвычайным жизненным событием [11]. Анализ литературы, посвященной постшизофреничес-

кой депрессии, показывает, что это этиологически и патогенетически сложное состояние [6] .

Таким образом, сохраняющаяся противоречивость в понимании этиопатогенетических механизмов формирования депрессивных синдромов в рамках текущего процессуального расстройства, неоднозначность самого понятия «депрессивно-параноидный» синдром свидетельствуют о недостаточной разработанности этого аспекта клинической психиатрии. Другой существенной составляющей данной проблемы является отсутствие четких представлений о клинико-динамических особенностях, адаптации и реабилитации пациентов, качестве их жизни и социальном функционировании. Необходимо изучение клинико-динамических особенностей и адаптационных возможностей больных с постшизофренической депрессией и разработка дифференцированной системы реабилитации этого контингента больных. Изучение этих аспектов постши-

зофренической депрессии представляет несомненный научно-практический интерес и является весьма приоритетным.

Современные классификаторы болезней рассматривают депрессию, возникающую после острого шизофренического эпизода, в рамках особой диагностической категории. Так, американская диагностическая система DSM-III-R квалифицирует данные типы депрессий как «Большой депрессивный эпизод, накладывающийся на резидуальную шизофрению» и помещает их в подрубрику «Неспецифическое депрессивное расстройство» (311.00). В DSM-IV она также определяется в подрубрике « Неспецифическое расстройство» (F 32.9 или F 33.9 (311)), но уже определяется как «Постпсихотическая депрессия» (ППД). В МКБ-10 впервые данное расстройство выделено в самостоятельную подрубрику F20.4 - «Постшизофреническая депрессия» (ППД), но в разделе «Шизофрения».

Материал и методы исследования

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей депрессий, протекающих в рамках шизофрении, определения ее структуры и сопоставления клинико-психопатологических особенностей постшизофренических депрессий с их местом в динамике основного заболевания нами было обследовано 58 стационарных больных (32 женщины и 26 мужчин) с диагнозом приступообразно-прогредиентная шизофрения. При отборе клинического материала использовались критерии МКБ-10 (клинические описания и указания по диагностике) для постшизофренической депрессии. Средний возраст

больных составил 32 года. В постприступном периоде возникало депрессивное состояние, удовлетворяющее критериям ППД (F 20.4) и депрессивного эпизода (F 32) по МКБ-10. Средняя длительность заболевания составила 4,5 года. 9 пациентов (15,5%) были впервые заболевшими. Все пациенты на этапе активной антипсихотической терапии получали нейролептики в дозах, соответствующих степени выраженности болезненного процесса (галоперидол, трифтазин, азалептин, аминазин). Атипичные нейролептики никто из пациентов данной группы не получал.

Результаты и обсуждение

Депрессивные расстройства проявлялись в среднем на 5-7 неделе шизофренического приступа. Депрессии, возникавшие на более раннем этапе приступа, в меньшей степени соотносились с побочным влиянием нейролептиков и в большей степени соответствовали определению «скрытые депрессии» (депрессии, имеющие, как предполагается, место в структуре приступа с самого начала, но ставшие «видимыми» лишь после дезактуализации собственно психотической симптоматики вследствие лечения). Такие ППД, несмотря на остроту и выраженность клинических проявлений, купировались в более короткие сроки и с большей эффективностью. В 12 случаях (20%) депрессии возникали на фоне фактически сформированной медикаментозной

ремиссии. По времени это была 8-12 неделя терапии. В этих случаях общее время пребывания пациента в стационаре увеличивалось и этап достижения ремиссии отстранялся. Данный факт дополнительно, с нашей точки зрения, показывает, что несмотря на то, что депрессия остается одним из основных факторов суицидальных намерений (в том числе и при шизофрении), депрессивная симптоматика, на примере приступов с депрессиями, включенными в структуру приступа на ранних этапах, смягчала общее течение психотического приступа и способствовала более быстрому выходу из психоза. Т.о., тезис Bleuler о том, что выраженные аффективные симптомы при шизофрении служат благоприятным прогностическим признаком, несмот-

ря на критику и якобы отсутствие объективных доказательств этому [11], продолжает сохранять, с нашей точки зрения, актуальность.

Картина приступов определялась следующими синдромами: аффективно-бредовыми, галлюцинозными-бредовыми, парафреническими, кататонно-парафреническими и онейроидно-кататоническими. Анализ аффективного расстройства предполагал изучение степени выраженности и равномерности проявлений депрессии в мыслительной, собственно эмоциональной и моторной сферах, изучение характера суточных колебаний депрессии, нарушений сна, наличия и направленности указателя вины, суицидальных намерений, различных соматических и вегетативных проявлений депрессии.

Было выявлено, что депрессивные состояния в рамках ПШД отличаются от первичных депрессий рядом общих признаков:

1) в отличие от депрессивных пациентов в рамках «чистого» аффективного расстройства пациенты с ПШД редко сами заявляли о депрессивных переживаниях, не искали сочувствия у окружающих либо помощи у врачей; 2) преобладала адинамическая депрессия с моторной и интеллектуальной заторможенностью и ее различные варианты (адинамическая с тревогой, раздражительностью, депрессивно-бредовыми переживаниями, инсомнией и т.п.); 3) клинические проявления депрессии носили атипичный характер — депрессивная симптоматика проявлялась в большинстве случаев на фоне ангедонии и социальной отгороженности процессуального больного, что и порождало не только атипичную, но и трудности диагностики; 4) витальные признаки и суточность проявлений депрессии характеризуются нечеткостью проявлений; 5) имеет место доминирование в клинической картине депрессии какого-либо дополнительного признака депрессии - обсессивно-фобического, суицидоманического, депрессивно-бредового, стойкой инсомнии.

Такие аффективные нарушения как отсутствие аффективной реактивности, утрата «глазного» контакта с окружающими, неадекватность

аффекта, утрата интонационной окраски речи, бедность экспрессивной жестикуляции, уменьшение спонтанных движений, адекватных аффекту, застывшее выражение лица - в целом, характерные для пациентов с первичной депрессией - у больных с постшизофренической депрессией носили крайне выраженный, подчеркнуто утрированный характер. Преобладали бедность речевой продукции, «блокирование» речи, удлинение латентного периода ответов на вопросы; нарушение внимания к происходящим событиям - потеря «социального» внимания, отсутствие интереса к обследованию. Другой важной клинической особенностью ПШД была невыраженность либо отсутствие «указателя вины». Депрессия протекала, как бы не вовлекая пациента в рефлексию на происходящее, что придавало общей картине заболевания матовость, блеклость, монотонность.

При всей внешней схожести депрессивной симптоматики с негативными явлениями и необходимостью дифференциации данных клинических феноменов в диагностических целях следует отметить, что в большинстве случаев у больных с постшизофренической депрессией эти явления носили взаимозависимый характер с доминированием депрессии, которая усиливала негативную симптоматику. Так, при формальной сохранности больных и отсутствии существенных нарушений мышления, у пациентов с постшизофренической депрессией наблюдались апатия и избегание напряжения (невнимание к одежде и гигиене, неспособность выполнения элементарных интеллектуальных и физических заданий); аутизм; асоциальность (потеря интересов и снижение активности, утрата чувства удовольствия, избегание развлечений и сексуальных контактов, аутизм, утрата связей с окружающими).

С практической точки зрения важной является клинко-психопатологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении, что позволит усовершенствовать критерии диагностики, прогноза и обоснования оптимальных терапевтических подходов.

В.Д. Мішиєв, Ю.А. Кушнір, Г.О. Осадча, О.А. Єршова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ПРИСТУПОПОДІБНО-ПРОГРЕДІЄНТНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1

Результати дослідження 58 хворих сприяють уточненню клінічної картини та зіставленню психопатологічних особливостей постшизофренічних депресій з динамікою основного захворювання. Визначено, що постшизофренічні депресії виникають найчастіше на етапі формування ремісії, виразність та ранній початок коригують з більш позитивним прогнозом, депресивні стани мають атиповий характер з переважанням адинамії, ангедонії, апатії, відсутністю вітальних ознак та поєднуються з негативними розладами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 50-53).

V.D. Mishiev, U.A. Kushnir, G.A. Osadcha, E.A. Ershova

CLINICAL FEATURES OF POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION AT PATIENTS WITH EPISODIC SCHIZOPHRENIA

P.L. Shupic National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv Municipal Clinical Psychoneurological hospital № 1

Research data on 58 patients promote definition of clinical picture and comparison of features of the post-schizophrenic depressions with the main disorder's course. It has revealed, that the post-schizophrenic depressions begin in the stage of partial remission, their emphasis and early beginning correlate with positive prognosis, the depressions have atypical character with predominance of adynamia, anhedonia, lack of vitality and combine with negative symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 50-53).

Литература

1. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. Лечение депрессии, развившейся после купирования острого психоза у больных шизофренией. Журн. неврологии и психиатрии 2010; 119:9:101-106

2. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Мс, 2004. — 208 с

3. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.

4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.

5. Цыганков Б.В., Овсянникова С.А., Ханнанова А.Н. Методологические подходы к оценке негативной симптоматики при шизофрении в процессе психофармакотерапии. Журн. невропатол. и психиатр. 2009; 109:11:101-106

6. Чайка Ю. Ю. Смысловая структура депрессивных переживаний у больных шизофренией. // Новости украинской

психиатрии. — Харьков, 2003.

7. Blanchard J.J., Cohen A.S. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. Schizophr Bull. 2006;32:238–245.

8. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM- 5 criteria and beyond. Schizophr Bull. 2010;36:36–42.

9. Buckley P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castle D.J. Psychiatric Comorbidities and schizophrenia. Schizophr Bull. 2009;35:383–402.

10. Cunningham Owens D.G., Miller P., Lawrie S.M. Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. Br. J. of Psychiatry 2005; 186: 386-393.

11. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management //Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 169-177

12. Parellada M., Boada L., Fraguas D. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. Schizophr Bull. 2011; 37: 38-51.

Поступила в редакцию 16.04.2011

УДК 616.831-006:616.89-008-036

*В.В. Огоренко***ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: психоонкология, опухоли головного мозга, психические расстройства инициального периода, психопатологическая структура, дифференциально-диагностические критерии

Достижения в клинической онкологии, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения и, как следствие, увеличение продолжительности жизни больных привели к формированию в структуре онкологии самостоятельной дисциплины – психоонкологии. Благодаря многочисленным исследованиям выделены онкологические заболевания, наиболее часто сочетающиеся с психическими нарушениями [1-3]; актуальные эпидемиологические исследования позволяют проводить сравнительное изучение спектра и частоты повышенного риска развития психических расстройств в зависимости от локализации онкологического процесса [4-6]. Тем не менее, проблема психических расстройств и симптоматических психозов, в частности, в онкологии достаточно сложна. Речь идет не только о дифференциации симптоматических психозов с эндогенными психозами, спровоцированными экзогенными воздействиями, но и об анализе причин возникновения ряда психотических картин, при которых кроме онкологического заболевания определенную роль играют интенсивные методы терапии, связанные с возможностью формирования органических изменений мозга, которые в свою очередь отражаются на структуре развивающегося психоза [7]. В общей популяции онкологических больных пациенты с опухолями головного мозга (ОГМ) выделяются целым рядом особенностей. К ним относит-

ся, в первую очередь, многообразие психических расстройств, сопутствующих онкологической патологии головного мозга - это почти все описанные в психиатрии продуктивные и негативные синдромы. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии - формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния в 60–100% случаев [8-11]. Во многих случаях клиническая манифестация первичных ОГМ психическими расстройствами является причиной поздней диагностики – нередко в нейрохирургические клиники больные поступают с опухолями больших размеров, в состоянии субкомпенсации или декомпенсации [12; 13], что, в свою очередь, оказывает негативное влияние на результаты специализированного лечения, продолжительность жизни и возможности ресоциализации пациентов в дальнейшем. В связи с этим возрастает актуальность исследований психопатологии и клинических проявлений психических расстройств, сопровождающих формирование новообразований головного мозга.

Цель исследования - изучение психопатологической структуры и особенностей проявлений психических расстройств, явившихся клиническим вариантом дебюта первичных опухолей головного мозга.

Материал и методы исследования

Материалом исследования служили результаты психиатрического клинико-психопатологического и патопсихологического обследования 250 больных первичными опухолями головного мозга, дебютировавших психическими расстройствами. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в

предоперационном периоде. Критериями отбора служили следующие признаки: отсутствие преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения (код по МКБ-10 – F00 – F99); отсутствие сопутствующих болезней нервной системы (код по МКБ-10 – G00 – G99) и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной систе-

мы; отсутствие на этапе клинико-диагностического обследования нарушений сознания, признаков гипертензионно-дислокационного синдрома; диагностированные стационарно и верифицированные результатами МРТ, эмиссионно-позитронной томографии, данными патогистологического исследования операционного материала первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли в фазе клинической компенсации либо клинической субкомпенсации; возможность проведения в дооперационном периоде психопатологического и психологического обследования в необходимом для последующего анализа объеме.

Исследование проводилось с помощью таких методов, как клинический психиатрический и патопсихологический. Клиническое психиатрическое обследование, включавшее клинико-

анамнестический метод, проводилось с добровольного согласия пациентов, применялось структурированное интервью (как самого пациента, так и ближайших родственников). Использовались объективные данные из доступной медицинской документации. Клинико-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования. В качестве оценочных инструментов использовались стандартизованные диагностические/экспертные шкалы тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), краткая шкала оценки психического статуса (mini-mental state examination, MMSE).

Результаты исследования и их обсуждение

Выборку составили 250 пациентов с верифицированными диагнозами первичных новообразований головного мозга, клинически манифестировавших психическими расстройствами, из них 140 (56%) мужчин и 110 (44%) женщин в возрасте от 19 до 62 лет (в среднем $44,8 \pm 15,9$ года). В соответствии с гистологическими данными у 126 (50,4%) пациентов диагностированы злокачественные (ЗНО), у 124 (49,6%) - доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Распределение пациентов по признаку локализации опухолевого процесса выявило следующее: лобная локализация диагностирована в 77 случаях (из них 46 наблюдений локализации в правой, 31 – в левой гемисферах); височная локализация составила 91 наблюдение (правосторонняя – 52, левосторонняя – 39); одиночные опухоли теменной локализации диагностированы в 82 случаях (из них 47 наблюдений локализации в правой, 35 – в левой гемисферах).

Средняя продолжительность наблюдения и обследования (с момента первичной обращаемости до операционного периода) в целом по группе составила $7,4 \pm 7,3$ месяца: у 37,6% включенных в выборку пациентов ($n=94$), от выявления той или иной степени выраженности психопатологической симптоматики до верификации диагноза прошло до 2 месяцев, у 57 человек (22,8%) - до 6 месяцев, период до 1 года отмечен у 20,8% обследованных ($n=52$), более 1 года - 18,8% ($n=47$). Анализ выявленных на диагностическом этапе (от появления психопатологической симптоматики до включения больных в ис-

следование) психических нарушений, свидетельствует о существенных различиях в их количестве и квалификационных категориях. Значительное разнообразие и в ряде случаев противоречивость в оценке психопатологических синдромов отчасти связано со сложным диагностическим маршрутом пациентов: в связи с особенностями симптоматики инициального периода в изученной группе выявлен высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и амбулаторной психиатрической помощью (в 71,12% случаев); в дальнейшем, до верификации диагноза, более 78% пациентов направлялись на консультацию психиатра врачами-интернистами.

На начальных этапах диагностики психические расстройства в изученной выборке больных преимущественно были квалифицированы в рамках таких категорий, как «невротические, связанные со стрессом и соматоформные» (42,4%), «расстройства настроения» (20,8%); лишь у 20,4% выявленные расстройства вошли в рубрику «органические, включая симптоматические».

Психопатология инициального периода была представлена непсихотическим регистром – невротическими состояниями (преимущественно неврастеническими и ипохондрическими синдромами) и аффективными нарушениями (преимущественно легкими и непродолжительными депрессивными состояниями, квалифицированными в рамках расстройств адаптации), также изменениями личности (характеропатические

изменения в большинстве наблюдений проявлявшиеся клиническим радикалом, коррелирующим с ведущими свойствами преморбида). Следует отметить, что на протяжении всего клинико-диагностического периода пограничный тип психических нарушений сохранялся в 219 наблюдениях, однако синдромы и симптомокомплексы во всех случаях претерпевали динамические изменения (нарастала полиморфность, синдромальная незавершенность и атипичность).

В целом более выраженная клиническая гетерогенность и неоднозначность психопатологической симптоматики выявлена у больных с первичными злокачественными опухолями мозга: у 98% пациентов из выборки ЗНО на разных этапах диагностировано не менее двух вариантов психических нарушений, квалифицированных как «психическое расстройство», соответствующее рубрикам МКБ-10.

Изучение структуральных особенностей и закономерностей распределения частот ранних симптомов психических нарушений непсихотического регистра в изученной выборке больных в целом по группе выявило преобладание в синдромальной структуре аффективных, астенических и неврозоподобных расстройств, феноменология которых зависела от признаков злокачественности/доброкачественности и локализации опухолевого процесса. При лобной локализации аффективные нарушения в большинстве наблюдений представлены атипичными депрессивными синдромами со стойкими инсомническими и вегетативными расстройствами, при этом для злокачественных опухолей характерной особенностью депрессивных состояний было отсутствие в большинстве наблюдений тревожного компонента, а также ипохондрического синдрома; типологически однородные психопатологические симптомокомплексы в форме типичного субдепрессивного синдрома выявлены только в 1 случае: слабо выраженная тоска с оттенком скуки, подавленности, гипобулия и замедление ассоциативного процесса при полной сохранности критики к своему состоянию. При височной и теменной локализации в структуре аффективной патологии нами наблюдались только гипотимические состояния, которые в 23,4% наблюдений были представлены типичным субдепрессивным синдромом; остальные случаи характеризовались клинически симптомокомплексами тоскливо-депрессивных и тревожно-депрессивного состояний, не достигавших уровня завершеного депрессивного синдрома. Неврозоподобный регистр в исследованной выборке был представ-

лен полиморфными и вариабельными компонентами неврастенического, обсессивно-фобического и истерического симптомокомплексов, возникновению которых в большинстве наблюдений предшествовали четко очерченные астенические состояния. Астенические состояния включали эмоционально-гиперестетические расстройства. Особенность «астенической» головной боли заключалась в перманентности с полиморфизмом и меняющейся интенсивностью проявлений, отсутствием четкой локализации и зависимости от умственного утомления. При лобной локализации 76,3% наблюдений астенических состояний с нарушениями формулы сна, астенопией и оптической гиперестезией в течение непродолжительного времени приобретали апато-абулический характер. Истерический симптомокомплекс при локализации новообразований в лобных долях характеризовался выраженной конверсионной симптоматикой с ситуационной зависимостью появления и степени выраженности, нарушения сна (ранняя и средняя инсомния) носили облигатный характер. Психопатология неврозоподобного регистра при височной локализации только при доброкачественных опухолях характеризовалась синдромально структурированными неврастеническими, деперсонализационными и тревожно-фобическими состояниями; при злокачественных новообразованиях астенія носила выраженный преимущественно физический характер, сопровождалась пассивностью, нарастанием депрессивного типа реагирования на какие-либо личностно значимые изменения жизненной ситуации; отчетливо выраженной тревоги не отмечалось, в состоянии больных преобладала растерянность; наблюдавшиеся деперсонализационно-дереализационные расстройства отличались кратковременностью. Неврозоподобный регистр психопатологических расстройств при теменной локализации более чем в 40% наблюдений характеризовался полиморфными и синдромально не завершенными компонентами обсессивно-фобического, истерического и деперсонализационно-дереализационного симптомокомплексов.

Для дебюта первичных опухолей головного мозга психопатоподобными расстройствами характерно как появление клинического радикала, коррелирующего с ведущими свойствами преморбида, так и возникновение симптомов психопатоподобного регистра вне связи с характерологическими особенностями личности. Эти проявления изначально расценивались как реакции адаптации, так как по времени возникнове-

ния совпадали с актуальными негативными стрессовыми событиями жизни пациентов.

Психические расстройства психотического регистра выявлены у 10,8% из числа вошедших в выборку больных: все наблюдения психотических синдромов в группе больных ДНО относились только к опухолям лобной локализации; у больных ЗНО психотический уровень расстройств отмечен при всех локализациях новообразований. Психические расстройства психотического уровня были представлены галлюцинаторными, параноидными, галлюцинаторно-параноидными и аффективными синдромами. Возникшие в инициальном периоде в течение короткого времени астенические, астено-депрессивные и депрессивно-фобические состояния служили причиной самостоятельного первичного обращения за помощью (во всех случаях пациенты прибегли к психотерапевтическому консультированию). Развившиеся затем психические синдромы носили «парциальный» характер, отличались «выпадением симптомов» или отсутствием клинически оформленного синдрома, представляя собой лишь элемент или часть последнего. Аффективные расстройства достигали психотического уровня и были представлены синдромами дисфории с пароксизмальной персекуторной бредовой настроенностью, во всех случаях стойкими инсомническими и вегетативными расстройствами. В группе больных ЗНО при лобной локализации отмечены гипертимические состояния типа непродуктивной мании и депрессив-

ные расстройства с выраженным адинамическим компонентом, при височной локализации наблюдались тревожно-депрессивные состояния с выраженным аффектом тоски, явлениями деперсонализации и дереализации; отмечены пароксизмальные приступы страха, ярости.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить ряд особенностей в психопатологической структуре и проявлениях психических расстройств, явившихся клиническим вариантом дебюта первичных опухолей головного мозга. Анализ выявленных на диагностическом этапе (от появления психопатологической симптоматики до включения больных в исследование) психических нарушений, свидетельствует о существенных различиях в их количестве и квалификационных категориях. Значительное разнообразие и в ряде случаев противоречивость в оценке психопатологических синдромов отчасти связано со сложным диагностическим маршрутом пациентов. Все перечисленное несомненно негативно влияет на своевременность диагностики, результаты специализированного лечения, продолжительность жизни и возможности ресоциализации пациентов. Изученные особенности психопатологии инициального периода и клинического дебюта опухолей головного мозга, отличие в проявлениях психических расстройств в зависимости от типа опухоли могут быть использованы как дифференциально-диагностические критерии в клинической практике.

В.В. Огоренко

ПСИХОПАТОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА КАРТИНА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА НОВОУТВОРЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія

У статті розглянуто питання формування в структурі онкології окремої дисципліни - психоонкології - науки, яка вивчає психічні розлади, що сполучаються з онкологічним захворюванням. Розглянуті особливості психічних порушень та психопатологічна структура психічних розладів, що з'явилися клінічним варіантом дебютування пухлинного процесу. Вивчені особливості психопатології ініціального періоду можуть бути використані як диференціально-діагностичні критерії у клінічній практиці. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 54-58).

V.V. Ogorenko

PSYCHOPATHOLOGY AND CLINICAL PICTURE OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH BRAIN TUMORS

Dnipropetrovsk state medical Academy

In the article the question of the structure of Oncology separate discipline - psychooncology - the science that studies the mental disorders that are combined with cancer diseases. The features of mental disorders and psychopathological structure of mental disorders, clinical version appearing debut tumor. The features of psychopathology real period can be used as differential diagnostic criteria in clinical practice. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 54-58).

Литература

1. К. Саймонтон, С. Саймонтон. Психотерапия рака. – СПб: Питер, 2001. – 228 С.
2. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // JAMA. – 1983. – Vol. 249, № 6. – P. 751-757
3. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. - №1(5). – С.5-6.
4. Гельбер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев: Сфера, 1997. – Т. 1, 2.
5. Незнанов Н.Г., Дунаевский В.В. Медико-психологические аспекты онкологии (анализ проблемы и общие рекомендации). // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. – 2009. - №1. – С.13-16
6. Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Кокорина Н.П., Сергеев А.С., Нервно-психические расстройства у онкологических больных // Сибирский онкологический журнал. – 2009. - №2(32) – С.40-43.
7. Тиганов А.С. Психопатология и клиническая картина психических расстройств при соматических заболеваниях // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. – 2009. - №1. – С.12.
8. Улитин А.Ю., Олюшин В.Е., Поляков И.В. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге.// Журн. Вопр. нейрохирургии. – 2005. – 1.- С. 6-12.
9. Медяник И.А., Фраерман А.П. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга.// Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – №12. – С.71-74.
10. Olson, J.D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // J. Neurol. - 2000. - Vol. 54.- P. 1442 – 1448.
11. Слезкина Л.А., Евдокимова Г.А., Лапина Г.М. Клинические особенности опухолей головного мозга // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, вып. 1-2 – С.86-89.
12. Абашеев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. - М. – 1973.
13. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии.- М.- 1973.

Поступила в редакцию 29.03.2011

УДК 616.895.8+615.851

*О.И. Осокина***ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: нарушение осознания психической болезни, шизофрения, продромальная стадия, психотическая стадия, психотерапевтическая коррекция

«Золотым стандартом» терапии психически больных является долгосрочное последовательное ведение пациента при минимизации обострений и достижении максимально возможного социального приспособления и качества жизни. Медикаментозная терапия является лишь частью общего подхода к лечению шизофрении. Сочетание биологической терапии с психотерапевтическим вмешательством, различная интенсивность использования отдельных методов на разных этапах заболевания – наиболее теоретически обоснованная лечебная стратегия шизофрении [1]. Целесообразным является назначение медикаментов и проведение психотерапевтических вмешательств одним и тем же лицом. Это помогает врачу-психиатру дифференцировать истинные побочные действия лекарств от жалоб, за которыми иногда скрываются проблемы или неосознаваемое желание больного саботировать лечение, а также лучше научить больного самостоятельному мониторингу дозы препарата [2].

В современной научной литературе и клинической практике при диагностике шизофрении особое внимание уделяется феномену нарушения осознания болезни, который выделяется в качестве патогномичного дифференциально-

диагностического критерия, отличающего шизофрению от многих других психических неблагополучий. По статистическим данным эпидемиологических исследований от 30 до 97% пациентов с шизофренией не осознают собственной болезни, что неблагоприятно сказывается на течении и прогнозе заболевания, затрудняет медикаментозное лечение пациентов, а также ограничивает возможности их социальной реабилитации [3]. Современное состояние проблемы осознания психической болезни при шизофрении характеризуется разрозненностью и противоречивостью накопленных эмпирических данных в рамках различных научных направлений и теорий. Это делает актуальным обобщение и теоретическое осмысление имеющихся данных в рамках клинко-диагностического подхода к изучению осознания психической болезни при шизофрении, а также разработку коррекционных мероприятий указанного феномена на разных стадиях болезненного процесса. Целью настоящей работы является разработка и апробация психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение уровня осознания пациентами психического заболевания на ранних стадиях шизофрении.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 35 больных с первым психотическим приступом в структуре шизофрении, находящихся на стационарном лечении в отделении кризисных состояний Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка в возрасте от 17 до 35 лет. Среди обследованных лица мужского пола составили 65% (23 человека), лица женского пола – 35% (12 человек). В исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. Терапевтическую группу составили 20 пациентов, получавших медикаментозную те-

рапию совместно с психотерапией, в группу сравнения вошли 15 клинически однородных с терапевтической группой пациентов, получавших только медикаментозное лечение, и не включенных в программу психотерапевтических мероприятий.

Диагностика нарушения осознания психической болезни и оценка эффективности комплекса лечебных и психокоррекционных мероприятий проводились при помощи клинического метода, а также экспериментально-психологического исследования с использованием адаптиро-

ванного варианта методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), которая представляет собой полуструктурированное интервью и предлагает четкие критерии формализации качественных данных для количественной

оценки уровня осознания болезни. Данная методика позволяла оценивать осознание психической болезни, как в отношении актуальных переживаний, так и ретроспективно на продромальном этапе.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении экспериментально-психологического исследования до начала лечебных и психотерапевтических мероприятий у пациентов терапевтической группы усредненное значение общего среднего балла по методике SUMD составило $4,3 \pm 1,6$; в группе сравнения – $4,4 \pm 1,4$. Это свидетельствовало о том, что у всех обследованных нами пациентов в обеих группах отмечалось полностью нарушенное осознание психической болезни.

При проведении психотерапевтической работы, направленной на коррекцию осознания психической болезни на ранних стадиях шизофрении, нами были поставлены следующие задачи:

1. Осознание пациентом факта наличия психического расстройства, его причин.

2. Осознание пациентом актуальных (текущих) психопатологических симптомов, составляющих клиническую картину его заболевания, их отграничение от нормальной психической деятельности.

3. Осознание пациентом симптомов продромальной стадии, их генеза и взаимосвязи с симптоматикой психотической стадии.

4. Осознание необходимости медикаментозного лечения.

5. Осознание того, что назначенное медикаментозное лечение эффективно по отношению к симптомам психического расстройства.

6. Осознание имеющихся или возможных социальных последствий, объективно связанных с имеющимся психическим расстройством.

7. Осознание необходимости психотерапевтических вмешательств, направленных на оптимизацию стратегий преодоления имеющихся нарушений, и повышение уровня функционирования в обществе.

Реализация указанных задач создает благоприятные условия для дальнейшего использования методов комплайнс-терапии, семейной терапии, психообразования, работы по дестигматизации психически больных, т.е. в целом способствует достижению основных целей медико-социальной реабилитации больных на ранних стадиях шизофрении.

Нарушение осознания психической болезни начинало появляться на продромальной стадии

шизофрении наряду с элементами нарастающего нейрокогнитивного дефицита. В то же время, критика к психопатологическим переживаниям на этой стадии болезни была относительно сохранной, так как пациенты не просто отмечали «переломный момент» в своей жизни, но и в большинстве своем были способны выделить среди своих психических переживаний патологические. Это было обусловлено тем, что психопатологические симптомы продромальной стадии были для пациента чем-то новым, непривычным, поэтому обращали на себя внимание, в то же время их болезненный характер отмечался далеко не всеми пациентами. По прошествии некоторого времени по мере нарастания симптоматики, усиления когнитивного дефицита, критическое осознание психопатологических симптомов снижалось.

При понимании болезненности симптоматики на продромальной стадии шизофрении только некоторые пациенты прибегали к помощи психологов, врачей общесоматического профиля, реже – врачей-психиатров. В большинстве своем на этом этапе болезни пациенты обращались за помощью к бабкам, экстрасенсам для снятия сглаза и порчи, начинали посещать традиционную церковь, вступали в тоталитарные секты, начинали употреблять психоактивные вещества. Достаточно трудно определить в каждом конкретном случае являлось ли это «защитным» поведением пациентов от осознания ими своего психического неблагополучия, или же было вторичным следствием уже имеющегося психического расстройства.

Уже на продромальной стадии пациенты предпринимали попытки самостоятельно справиться с проявлениями заболевания, использовали спонтанные защитные приемы в виде отрицания своих переживаний и ощущений, их сублимации, рационализации, а при начале психотической стадии – предпринимали попытки подавления бреда, борьбы с тревогой и страхом, игнорирования слуховых обманов восприятия и рационализации явлений психического отчуждения.

К основным типам реакций психически больных на проявление симптомов относят [3]:

1. Отрицание болезни и демонстрация псевдонормальности.
2. Попытки отделить нормальную психическую деятельность от психотических переживаний.
3. Поглощенность психотическими переживаниями без попыток борьбы с ними.
4. Переключение на различные виды работы, увлечений.
5. Прием психоактивных веществ.
6. Избегание социальных контактов и любых источников стресса.
7. Стремление к ограничению нагрузок на работе, ответственности, проявляемых к себе ожиданий и требований.
8. Поиск социальной поддержки.
9. Активный прием различных медикаментов.
10. Обращение за помощью к частным лицам и в учреждения немедицинского профиля.

У обследованных нами пациентов указанные защитные приемы чаще всего имели крайне низкую или даже отрицательную терапевтическую результативность, на что влияли мотивационная недостаточность, когнитивно-перцептивный дефицит, снижение регулятивных функций смысловых установок и социальных норм, что сочеталось со стремлением непосредственного удовлетворения своих потребностей и утратой способности прогнозировать возможные последствия своих действий.

Несмотря на достаточно длительное существование психопатологической симптоматики у пациентов до момента обращения в психиатрические учреждения и госпитализации (продромальная стадия – 2–5 лет и период нелеченного психоза – 3–7 месяцев), нам в большинстве своем все же приходилось впервые сталкиваться с пациентами в период развернутого психотического эпизода. С этого самого момента проводилось медикаментозное купирование психоза, а также психотерапевтическая работа с пациентом, которая включала в себя коррекцию осознания пациентом своей психической болезни и терапевтическую оптимизацию проблемно-решающего поведения.

На психотической стадии, которая знаменовалась появлением позитивной симптоматики наряду с аффективными нарушениями на фоне уже имеющегося конгломерата негативных и неспецифических симптомов, осознание пациентами психической болезни заметно снижалось вплоть до полной анозогнозии. На психотической стадии болезни пациенты не могли дифференцировать болезненные психические обра-

зования от нормальной психической деятельности, терялось осознание болезненных симптомов, как на текущий период, так и на период существования продромальных симптомов.

Выход из психотической стадии и начало становления ремиссии характеризовались купированием позитивных симптомов и постепенным восстановлением критического осознания пациентами болезненных симптомов. Степень этого осознания являлась одним из элементов, которые нужно было учитывать при оценке качества ремиссии. Достаточно полно сформированное осознание психической болезни являлось залогом комплаентного поведения пациента. В период становления ремиссии сначала начинали осознаваться симптомы, которые имели место на продромальной стадии болезни и когда-то достаточно критично осознавались пациентом. Несколько позже появлялось осознание позитивных симптомов психотической стадии и приписывание им характера болезни.

Таким образом, на ранних стадиях шизофрении можно было наблюдать различный уровень осознания пациентами своего болезненного состояния, а также динамическое изменение уровня осознания в ходе спонтанного и медикаментозного течения заболевания. Только зная закономерности динамического изменения осознания психической болезни на каждой стадии шизофрении, можно было правильно определить объем психокоррекционных вмешательств, направленных на улучшение осознания пациентами своего психического состояния на каждой стадии болезненного процесса.

Психотерапевтическая коррекция нарушенного осознания на психотической стадии шизофрении.

Психотерапевтическая коррекция осознания психической болезни в условиях стационара нами проводилась уже с первых дней госпитализации, сразу же после установления контакта с больным. Для реализации поставленных задач была использована психотерапевтическая модель, интегрирующая два глобальных подхода: психодинамический и когнитивно-поведенческий.

Психодинамическое направление психотерапии преследовало следующие цели: осознание пациентом своего заболевания, его проявлений, динамики, необходимости лечения и восстановление доверия к миру путем осознания причин болезни. В рамках данного подхода возможным являлась реализация следующих задач:

1. Выделение и анализ психопатологических

симптомов.

2. Динамическое исследование психотических проявлений в ходе спонтанного и медикаментозного лечения.

3. Совместное с психотерапевтом осознание причин психоза и обстоятельств, сопровождавших манифестацию заболевания путем исследования актуальной и прошлой ситуации.

4. Интеграция и усиление «Я» пациента.

5. Коррекция внутренней картины болезни.

6. Формирование предпосылок к устойчивому комплайенсу.

Особенности психоаналитической работы с пациентом на психотической стадии заболевания были следующими :

1. Отказ от обычного местоположения психотерапевта за кушеткой (чтобы не нарушать чувство реальности и наблюдать за состоянием больного).

2. Отказ от строго расписания сеансов и ориентировка в большей степени на динамику психокоррекционного процесса.

3. Отказ от строгого нормирования времени сеансов и ориентировка на состояние пациента.

4. Отказ от свободных ассоциаций (т.к. это может усилить дезорганизацию мышления) и от анализа сновидений.

5. Отказ от прямых интерпретаций психотерапевтом услышанного и подачи двусмысленной социальной информации (т.к. это может усилить персекуторное мышление), подача лишь простой, хорошо структурированной информации.

6. Учет особенностей пациента, обусловленных психотическим состоянием: медлительность психических процессов, конкретность мышления, склонность к символизации и ложным интерпретациям, наличие тревоги, легко переходящей в страх и панику.

7. Учет неспособности пациента к осознанию и отграничению различных психотических содержаний, к их переработке, что приводит к размыванию и уничтожению собственного «Я» больного.

8. Строгая дозировка всех психотерапевтических воздействий.

Осознание пациентом всех сторон своего заболевания закономерно приводило к постановке новой проблемы: что с этим делать? При одном только лишь осознании наличия факта болезни и болезненных симптомов, и отсутствия инструмента для преодоления этих образований, можно было значительно усилить тревогу и общий дистресс у пациента. Поэтому проводимая нами психокоррекция осознания плавно переходила

или переплеталась с перестройкой когнитивных процессов и предоставлением пациенту стратегий борьбы с психопатологическими явлениями, которые уже были осознаваемыми, а также закрепление этих навыков. Реализацию этих последних задач решала когнитивно-поведенческая психотерапия.

Когнитивно-бихевиоральный подход включал в себя поиск, оптимизацию и обучение пациента стратегиям преодоления имеющейся психопатологической симптоматики путем воздействия на когнитивную и поведенческую сферы. Основными целями указанных мероприятий были следующие:

1. Снижение уровня тревоги и общего дистресса.

2. Помощь пациенту в совладании с имеющимися продуктивными симптомами (галлюцинациями, бредовыми идеями, психическими автоматизмами, сопутствующими психотической тревогой и страхом), что вторично повысит уровень стрессоустойчивости.

3. Профилактика агрессивных и аутоагрессивных действий психически больных.

4. Адаптация к условиям отделения.

5. Улучшение когнитивных функций и социального функционирования, уменьшение когнитивного дефицита.

Рассмотрение шизофрении, как заболевания, связанного с нарушением когнитивных функций и нарушением процессов переработки информации, приводило к необходимости обязательного развития и перестройки когнитивных процессов в ходе психотерапевтических воздействий. Уменьшение когнитивного дефицита и общего дистресса позволяло достичь повышения эффективности «работы» психотерапевтических моделей более «высокого порядка», ориентированных на повышение уровня комплайенса, оптимизацию межличностных отношений и развитие навыков решения различных проблем. Использование в рамках данного подхода тренинга когнитивных функций и социальных навыков наряду с тренингом стратегий преодоления имеющейся симптоматики позволяло реализовать следующий ряд задач:

1. Снижение уровня тревоги, страха и дистресса, связанного с наличием продуктивных симптомов путем обучения стратегиям преодоления психопатологической симптоматики, имеющейся в настоящий момент времени или в прошлом.

3. Развитие функций селективного внимания, усиление произвольной регуляции памяти.

4. Повышение степени коммуникативной направленности, когнитивной дифференцированности.

5. Развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия (тренировка в распознавании невербальных коммуникаций – мимики, позы, жестов, анализе и квалификации межличностных ситуаций, точности воспроизведения речевого поведения партнера).

6. Снижение интеллектуальной ангедонии.

7. Развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения путем развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему диалогу.

8. Отработка навыков социального поведения.

9. Обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем, развитие способности планировать свои действия (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов ее решения и конкретных задач, способов решения этих задач).

Первая из поставленных задач проводилась в индивидуальной беседе с пациентом, ее реализация возможна была уже в остром периоде заболевания; последующие задачи нами были реализованы в групповых занятиях у пациентов на стадии ремиссии или ее становления.

Достаточно важным при работе с пациентами было установление качественного «терапевтического альянса», что достигалось комбинацией исследовательского, диагностического подхода с эмпатическим, сотрудничающим стилем. Этому также способствовала демонстрация врачом серьезного отношения к переживаниям и высказываниям пациента, а также положительное отношение к нему. В период развернутого психотического эпизода основными переживаниями пациента были страх, тревога, растерянность, невозможность расслабиться, подозрительность ко всему, бессонница, которая изматывала организм и еще больше усугубляла имеющуюся позитивную симптоматику, такую как бредовые идеи, слуховые галлюцинации. Необычные внутренние переживания на фоне эмоционального напряжения, тревоги повышали уровень подозрительности и приводили к тому, что внешняя двусмысленная социальная информация начинала получать бредовую трактовку. Пациенты демонстрировали переживание выше-названной симптоматики, как истинной реальности, которая в этот период заменяла им реальную действительность, и указывала на полное

отсутствие осознания болезненности психопатологических образований. Поэтому основными клиническими задачами психотерапевтической работы на данном этапе были: снижение уровня дистресса у пациента, анализ бредовых конструкций и слуховых обманов восприятия. Бытующее в прошлом мнение о бесполезности и даже вреде для пациента рассказов о своих параноидных и галлюцинаторных переживаниях, в настоящее время пересмотрено и поставлено на новые рельсы [5]. Вербальное описание пациентами своих психотических переживаний и последующая вербализация их врачом без критической оценки услышанного, помогали не только структурировать дискуссию, но и в какой-то степени давали возможность пациенту дистанцироваться от патологических переживаний, что являлось первым шагом на пути к осознанию их болезненности. Оказание психотерапевтической помощи пациенту в критическом понимании симптомов болезни и осознании того, что с ним происходит, означало снижение у него уровня дистресса и тревоги, которая, как известно, занимает центральное место в формировании персекуторного мышления [5].

Существенным препятствием на пути к формированию доверительных взаимоотношений с пациентами являлся сам факт их госпитализации в психиатрический стационар и назначение фармакотерапии, а также опасения пациентов выглядеть «сумасшедшими» в глазах окружающих. Поэтому уже с самого начала психотерапевтической работы, направленной на осознание болезни, мы направляли ее не на признание диагноза психического расстройства, а только на признание некоторых симптомов болезненными. В противном случае мы сталкивались с анозогнозией, не как психопатологически обусловленным феноменом, а как с вариантом защитного механизма отрицания реальной действительности. Избежать указанного явления можно было также избегая использования диагностических терминов, например «шизофрения», «паранойя», «бред», а объясняя пациенту его бредовые переживания альтернативным, психологически понятным образом. Так, пациенту, имеющему персекуторные идеи, предлагалось следующее альтернативное описание: например, что у пациента в прошлом был неблагоприятный опыт отношений с другими людьми, его часто подводили, поэтому теперь он стал более «настороженным» и предполагает угрозу даже в дружеских жестах людей, делая поспешные выводы. Такое обоснование субъективных переживаний пациента,

которое делает их психологически понятными и не трактует пациента, как «сумасшедшего», позволяло увеличить дистанцию между внешними раздражителями и ложной их интерпретацией в сознании пациента, что определяло цели психотерапии осознания бредовых идей.

После купирования продуктивных психопатологических образований на стадии формирования ремиссии у пациентов начинало появляться осознание болезненности патологических переживаний в виде сомнений в их реальности: например, вопрос о том, было это в действительности или казалось? Была ли это реальность или болезнь? На данном этапе задачей психотерапии осознания было не признание самого диагноза, а помощь пациенту в понимании того состояния, которое он недавно пережил с акцентом на осознание болезненности его симптомов. По прошествии психотического эпизода симптомы этого периода осознавались пациентом хуже и медленнее, чем симптомы продромального этапа, которые ранее пациент уже осознавал. Поэтому симптоматику продромальной стадии мы брали за основу психотерапии осознания актуальных, текущих симптомов психотического эпизода.

Осознание пациентами того факта, с каких психических нарушений начинается обострение его болезни, умение отдифференцировать их от нормальной психической деятельности, являлось важным достижением психотерапии на этапе становления ремиссии.

Одной из основных причин, оправдывающих использование психотерапевтической коррекции осознания болезни на этапе становления ремиссии, являлась проблема медикаментозного комплайенса, т.е. соблюдения больными лекарственных назначений. Из литературных источников известно, что 30-50% пациентов с шизофренией полностью отказываются от лечения после госпитализации, или принимают медикаменты в сниженных дозах; 55% больных нарушают лекарственный режим через 3 месяца после выписки; процент выпадения больных из амбулаторного наблюдения доходит до 50% [4]. Этим обусловлена актуальность психотерапевтических вмешательств, направленных на осознание пациентом своей психической болезни. Коррекция осознания психической болезни является одним из составных элементов комплаенс-терапии. Уровень комплайенса напрямую зависит от осознания пациентом своей психической болезни, ее проявлений, причин и возможных социальных последствий. Медикаментозная коррекция комплайенса затруднительна, т.к. буду-

чи обусловленным личностными, а не психопатологическими факторами, этот феномен оказывается за пределами воздействия психофармакологических средств [5].

Психотерапевтическая коррекция осознания пациентом своей психической болезни на этапе становления ремиссии проводилась для достижения целей основных трех модулей комплаенс-терапии, куда входят: психообразовательная работа, направленная на улучшение информированности пациента и его родственников относительно психической болезни; рационализация отношения к болезни и терапевтической тактики, направленная на формирование мотивационной заинтересованности в лечении; приобретение привычек самостоятельного управления курсом лечения своего заболевания, включающая приобретение критического отношения к заболеванию и готовность придерживаться режима лечения.

Конечными целями психотерапевтической работы на этапе становления ремиссии были: профилактика рецидива заболевания; установление длительной и качественной ремиссии; восстановление социального функционирования пациента в обществе.

С целью оценки эффективности проведенных мероприятий нами был повторно исследован уровень осознания пациентами своей психической болезни. Общий средний балл по методике SUMD в терапевтической группе составил $2,0 \pm 1,5$; в группе сравнения – $3,9 \pm 1,7$. При этом у 45% (9 человек) терапевтической группы удалось достичь полного осознания болезни, у 55% (11 человек) осознание оставалось частичным. В группе сравнения не наблюдалось ни одного испытуемого, у которого на момент выписки из стационара осознание болезни присутствовало в полной степени; частичным оно было у 73% (11 человек); психическая болезнь полностью не осознавалась у 27% (4 человека). Анализ цифровых значений общего среднего балла осознания психической болезни до и после лечебных и психотерапевтических мероприятий у пациентов терапевтической группы выявил достоверное уменьшение указанного показателя ($p=0,02$), что свидетельствовало о значительно большем осознании пациентами своей психической болезни на момент выписки. В группе сравнения после проведения только медикаментозного лечения не было выявлено достоверных различий по указанному показателю ($p>0,05$). Таким образом, на психотической стадии шизофрении целесообразным является проведение наряду с

медикаментозной терапией психотерапевтической коррекции, направленной на улучшение осознания пациентами своей психической болезни. Психотерапевтическую работу необходимо начинать уже с первого дня пребывания паци-

ента в психиатрическом стационаре. Представленная в данной работе психотерапевтическая модель, интегрирующая психодинамический и когнитивно-поведенческий подходы показала свою эффективность.

О.І. Осокіна

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ХВОРОБИ НА РАННІХ СТАДІЯХ ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Дана стаття присвячена проблемі порушеного усвідомлення психічної хвороби в пацієнтів з шизофренією на продромальному етапі хвороби та етапі першого епізоду психозу, і психотерапевтичній роботі, яка спрямована на підвищення рівня усвідомлення пацієнтами свого стану. Представлено психотерапевтичну модель, що інтегрує психодинамічний і когнітивно-поведінковий підходи, що спрямована на корекцію порушеного усвідомлення на психотичній стадії шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 59-65).

O.I. Osokina

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER AT EARLY STAGES OF SCHIZOPHRENIA

M. Gorky Donetsk national medical university

The given work is devoted a problem of the unawareness of mental disorder in patients with a schizophrenia on prodromal stage of disorder and a stage of 1ST psychosis episode, and the psychotherapeutic work directed on increase the level of unawareness of mental disorder by patients. The psychotherapeutic model integrating psychodynamic and kognitivno-behavioural approaches, directed on correction of the unawareness of mental disorder on psychotic stage of schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 59-65).

Литература

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. - Донецк: Каштан, 2009. - 584 с.
2. Miller T., S.A. Mednick, T.H. McGlashan et al. Early intervention in psychotic disorders. – Series D: Behavioural and social sciences, 2001. – Vol. 91. – 289 p.
3. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В. та ін. Медико-

соціальна реабілітація хворих на ініціальну шизофренію: Метод. рек.- Донецьк, 2007. - 22 с.

4. Вид В.Д. Психотерапія шизофренії. 3-є изд. – СПб: Питер, 2008. – 512 с.

5. M. Sajatovic, L.F. Ramirez Rating scales in mental health. – Lexi-Comp: 2nd edition, 2003. – 472 p.

Поступила в редакцію 4.04.2011

УДК 159.922.762+615.851.6]-053.2

*Е.В. Перельгина, Е.А. Захарченко, Е.В. Старостенко, М.Г. Степанова, Т.В. Плетнева,
А.В. Волкова*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ГРУППАХ ОБЩЕНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутичного спектра, методы коррекции, групповая терапия

В последнее время проблеме детского аутизма уделяется пристальное внимание специалистов в областях педиатрии, детской психиатрии, а также смежных специальностей (психология, педагогика, биология). Актуальность данной проблемы продиктована прогрессирующим ростом количества регистрируемых детей с расстройствами аутистического спектра (в 70-80-е гг. 1 ребенок с диагнозом «аутизм» на 10000 детского населения, на сегодняшний день – 4-5 случаев на 250-360 человек), трудностями своевременной диагностики и отсутствием детально разработанной системы специализированной помощи детям, страдающим аутизмом [2, 4, 9].

По международной классификации болезней 10-го пересмотра расстройства аутистического спектра (РАС) отнесены к рубрике «Общие (первичные) расстройства психологического развития» и включают детский аутизм эндогенной природы, синдром Каннера, аутистическиподобные расстройства органического, хромосомного и экзогенного происхождения (Синдром Ретта, Синдром Аспергера и др.) [2].

Все типы детского аутизма характеризуются расстройством развития, затрагивающим практически всю психическую структуру человека: когнитивную и аффективную сферы, сенсорную и моторику, внимание, память, речь, мышление [7].

В результате нарушения восприятия сенсорной информации (гипер- и гипочувствительность) у детей с РАС формируется аутистический барьер, защищающий их от болезненных контактов с окружающей средой [2, 5].

Наиболее яркими внешними проявлениями синдрома детского аутизма, обобщенными в клинических критериях являются:

1) снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию;

2) стереотипность поведения;

3) особая характерная задержка и нарушение развития речи (ее коммуникативной функции) [2, 4, 5].

Для коррекции аутичного состояния не существует единого оптимального лечения. Терапия для данного заболевания очень сложна и долговременна, она подбирается индивидуально и направлена на создание оптимальных условий для развития ребенка: безопасность изучения ребенком окружающей среды и себя, обретение навыков и умений самостоятельной жизнедеятельности [2, 4, 6, 10]. Терапия аутичных состояний представляет собой комплекс методик психолого-педагогической и физиологической коррекции. Методики физиологической коррекции представлены медикаментозной, поддерживающей терапией, физиотерапией и направлены на поддержание оптимального физического состояния ребенка для его жизнедеятельности, а также проведения других коррекционных мероприятий. Методики психолого-педагогической коррекции направлены на коррекцию сенсорного восприятия и развитие памяти, мышления, навыков общения и социализации [1, 2, 4, 5, 7]. Наиболее эффективной при этом считается индивидуальная коррекция аутистических расстройств, выраженная в согласованной индивидуальной работе с ребенком родителей и специалистов различного профиля: психолога, логопеда, педагога и др.. Работа специалистов заключается в определении текущего уровня развития ребенка, составлении индивидуальной программы развития ребенка (ИПРР) и организации систематической работы, направленной на коррекцию искаженного восприятия, развитие памяти, мышления, навыков самообслуживания и т.д. Реализация составленной специалистами ИПРР невозможна без активного участия родителей в коррекционных мероприятиях. Большую часть своей жизни ребенок проводит в семье, и именно родители должны сформировать ком-

фортную микросреду для усвоения и закрепления навыков согласно разработанной индивидуальной программе. Однако семья часто не готова к подобным нагрузкам, поскольку родители после постановки диагноза ребенку находятся в состоянии острого стресса. В связи с этим оказание семье информационной и консультативной поддержки, обучение методам практической помощи ребенку с РАС, способствует снижению уровня тревожности у родителей, улучшению внутрисемейных отношений и качественному изменению взаимодействия родителей с ребенком.

Развитие навыков общения и взаимодействия, освоение правил поведения в социуме возможно при условии создания особой системы поэтапного включения ребенка с РАС в различные социальные группы и создание в данных группах устойчивой терапевтической и одновременно – развивающей микро-среды. Это могут быть занятия в микро-группах, инклюзивное обучение, участие ребенка в работе творческих и спортивных студий. В микро-группе формируется терапевтическая и, одновременно, обучающая микросреда, более сложная, чем среда семьи, но в тоже время не такая стрессовая как группа детского сада или учебный класс. На базе таких микро-групп организуется работа по первичной адаптации ребенка к социуму и подготовка его к более сложным социальным отношениям [1, 3, 5, 6].

В Донецке на базе православного семейного центра Отрада, в рамках проекта «Особый ребенок» организована система сопровождения семьи, где родители и дети получают как духовную помощь, так и социальную поддержку. Комплексная программа сопровождения семьи включает в себя:

- 1) мониторинг навыков и составление индивидуальной программы развития ребенка;
- 2) семинарное обучение родителей методам и приемам обучения и воспитания ребенка с РАС;
- 3) консультативную поддержку специалистов;
- 4) организацию занятий по формированию навыков общения и взаимодействия детей с РАС в микро-группах;
- 5) организация работы групп родительской поддержки;
- 6) оказание духовной поддержки семьям;
- 7) организация и проведение культурно-массовых мероприятий.

Организация работы групп общения и взаимодействия является одним из важнейших эта-

пов на пути социальной адаптации ребенка с РАС. Для многих детей с тяжелыми нарушениями развития подобная группа является единственно-возможным вариантом для формирования навыков общения и взаимодействия, обретения друзей и помощников. При формировании групп выделяются качественные характеристики с учетом общих потребностей и индивидуальных особенностей каждого участника и ориентиры, которые могут стать основой программы для данной группы. В связи с этим учитываются следующие характеристики: 1) возраст детей; 2) примерно одинаковый уровень развития навыков, как социально-бытовых, так и интеллектуальных. На базе центра работает несколько возрастных групп, каждая из которых имеет свою программу. Количество участников для младших групп – от 3 и не более 5 детей. Для детей старше 10 лет возможное количество участников до 10 человек. Занятия с детьми проводятся при обязательном участии родителя (близкого члена семьи) ребенка. Родитель, или заменяющий родителя близкий человек, сопровождает ребенка на протяжении всего занятия, оказывая ему необходимую помощь в выполнении заданий. Программы, реализуемые в группах, взаимосвязаны и характеризуются разным уровнем сложности, обеспечивая каждому участнику поэтапное развитие. Игровая терапия является основой для организации работы всех групп детей. Более старший возраст участников предполагает усложнение задач.

Программа каждой группы направлена на поэтапную реализацию следующих задач:

1. Развитие ребенка через познание себя: осознание себя через «других», обретение игровых навыков и умений, умение использовать для себя обретенные навыки вне игрового пространства группы (самоорганизация), развитие познавательных способностей, готовность принимать правила группы и распорядок занятий (самоорганизация).

2. Развитие через познание окружения: открытость и способность к восприятию другого человека, готовность ответить на инициативу взрослого, выполнение просьб и простых инструкций, готовность признать потребности другого человека, готовность к кратковременной совместной деятельности с другими участниками.

Базовая структура занятия разработана специалистами центра с использованием методической литературы по организации коррекционных мероприятий для детей-инвалидов [1, 3, 6,

8, 10] и включает в себя следующие этапы:

1 этап. Приветствие и цикл занятий «Круг», в ходе которых создаются условия для эмоционального заражения и вовлечения ребенка в совместную деятельность, в игровой форме отрабатываются навыки подражания, корректируется сенсорное восприятие и восприятие речи, формируются основы понимания правил поведения во время совместных действий.

2 этап. «Свободная игра». Детям предоставляется свободное время для проявления личной инициативы и выбора вида деятельности. В это время педагог работает с каждым ребенком индивидуально и формирует и/или (корректирует) задачи как для каждого ребенка, так и для пары «мать-ребенок».

3 Этап. Учебный блок, в ходе которого дети развивают представления о себе и окружающем мире, формируют навыки мелкой моторики. Основным методом, применяемым в Центре, является арт-терапия. Учебный блок состоит из двух частей. В первой части работа с детьми происходит либо за столом, где каждый ребенок выполняет задание педагога, данное всей группе, либо в кругу на полу, где дети выполняют задание педагога по очереди перед всей группой. Вторая часть представлена совместной творческой работой. В большинстве случаев тема для первой части и для второй части занятия одна и является продолжением или дополнением. Например, в первой части каждый ребенок готовит елочную игрушку, а во второй – дети все вместе украшают елку. В конце работы педагог с детьми повторяет то, что было сделано на занятии. Дети получают поощрение: маленькие призы и оценки (наклейки).

Для детей младших групп после третьего этапа проводят расслабляющие мероприятия, снижающие напряжение и способствующие установлению более тесного и доверительного контакта в паре «мать-ребенок». На этом этапе в основном используется музыкальная терапия в комплексе с расслабляющим массажем.

Завершается работа группы ритуалом «про-

щание».

Таким образом, терапия РАС должна осуществляться через составление индивидуальной коррекционной программы с использованием доступных методов физиологической и психолого-педагогической коррекции. При составлении программы важен мультидисциплинарный подход и согласованность специалистов различного профиля в выборе коррекционных методик. Также важно учитывать особенности внутрисемейного уклада и возможность привлечения родителей в качестве со-терапевтов к реализации данной программы. Составленная индивидуальная программа в части психолого-педагогической коррекции должна учитывать необходимость развития коммуникативных способностей ребенка и перспективы его социализации.

Организация работы групп общения является неотъемлемой частью психолого-педагогической коррекции развития ребенка (особенно в плане социализации ребенка) и важна для работы с родителями – создает условия для обретения родителями практических навыков взаимодействия с ребенком. Занятия в микро-группе являются структурированным и поэтапным процессом помощи ребенку в приобретении навыков общения и взаимодействия с ровесниками, умений подчиняться правилам группового распорядка, осознания ведущей роли педагога (ведущего группы), навыкам соотнесения инструкций, данных группе к себе лично, и многому другому. Микро-группа с участием родителей создает терапевтические условия для формирования у детей с РАС коммуникативных навыков и является подготовительным этапом при переходе ребенка к более сложным социальным отношениям в группе детского сада или классе. Создание подобных микро-групп общения и взаимодействия на базе специализированных центров и родительских объединений позволят оказывать практическую и консультационно-информационную помощь семье, воспитывающей ребенка с РАС и обеспечить условия для его первичной социальной адаптации.

О.В. Перелигіна, Є.О. Захарченко, О.В. Старостенко, М.Г. Степанова, Т.В. Плетньова, А.В. Волкова

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ГРУПОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КОРЕКЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ В ГРУПАХ СПІЛКУВАННЯ ТА ВЗАЄМОДІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Розглянуті основні методи корекції аутичних станів. Проаналізована групова робота з дітьми, що мають розлади аутистичного спектру. Описані критерії формування груп, цілі та задачі, які реалізуються в групах, базова структура заняття. Особливий акцент робиться на обов'язковій участі батьків у ході корекційної роботи з аутичними дітьми. Рекомендоване створення мікрогруп спілкування та взаємодії на базі спеціалізованих центрів та батьківських об'єднань для надання консультативно-інформаційної допомоги сім'ї аутичної дитини та забезпечення умов для її первинної соціальної адаптації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 66-69).

E.V. PereLygina, E.A. Zaharchenko, E.V. Starostenko, M.G. Stepanova, T.V. Pletnyova, A.V. Volkova

APPLICATION OF METHODS OF GROUP THERAPY FOR CORRECTION OF SOCIAL SKILLS OF CHILDREN WITH DISORDERS OF AUTISTIC SPECTRUM IN GROUPS OF COMMUNICATION AND INTERACTION

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The basic methods of correction autistic disorders are surveyed. Group-work with children having disorders of an autistic spectrum is analyzed. Criteria of formation of groups, the purposes and the problems realized in groups, base structure of lessons are described. The special accent becomes on obligatory participation of parents during correctional work with autistic children. Formation of micro-groups of communication and interaction on the basis of the specialized centers and parent associations for rendering of the advisory-information help is recommended to a family of the autistic child and creation of conditions for its primary social adaptation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 66-69).

Литература

1. Августова Р.Т. Говори! Ты это можешь: Книга для родителей / Р.Т. Августова – М.: ООО Издательство «Олимп»: ООО «Издательство АСТ», 2002. – 297 с.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина– М.: Медицина, 1999. – 240 с.
3. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений / Г.Л. Лэндрет; пер. с англ. / предисл. А.Я. Варга. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.
4. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук – СПб.: Речь, 2007 – 288 с.
5. Никольская О.С. Аутичный ребенок: Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – М.: Тервинф, 1997. – 336 с.
6. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи: науч.-практ. сб. / [Д.В. Архипова, Д.В. Ермолаев, Ю.Г. Зарубина, И.Ю. Захарова и др.]. – М.: Тервинф, 2006. – Вып. 5 – 208 с.
7. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию: Книга для педагогов-дефектологов / Т. Питерс; пер. с англ. М.М. Щербаковой; под науч. ред. Л.М. Шипициной, Д.Н. Исаева. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 240 с.
8. Чистякова М.И. Психогимнастика / М.И. Чистякова; под ред. М.И. Буянова. М.: Просвещение, 1990. – 120 с.
9. <http://counterpunch.org/dachel03222007.html>

Поступила в редакцию 4.05.2011

УДК 616. 895.4

*И.А. Бабюк, О.Е. Шульц, Л.А. Васякина, Т.В. Арнольдова, Е.А. Ракитянская***ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психофармакотерапия, тревожное расстройство, депрессивное расстройство, депривокс, миртастадин

Пограничные психические расстройства в настоящее время являются одной из ведущих медико-социальных проблем, что связано с их высокой распространенностью в популяции. 10-20% всего населения в развитых странах страдает каким-либо тревожным или депрессивным расстройством, причем средний ежегодный показатель прироста в мире превышает 10% [6, 24]. Это приводит к существенному росту негативных социально-экономических последствий неврозов (расходы на лечение, оплата нетрудоспособности, снижение эффективности труда и др.), а также дезадаптации больных и снижению качества жизни.

В клинической практике тревожные и депрессивные состояния могут наблюдаться как в виде самостоятельных расстройств в рамках неврозов (неврастения, психастения), так и в качестве самостоятельных нозологических форм (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, социальная фобия и др.), или в сочетании с депрессивной симптоматикой.

Тревожно-депрессивные расстройства являются наиболее распространенными (до 70%) формами депрессивных состояний непсихотического генеза [3, 9], в наибольшей степени способствующими дезадаптации и десоциализации личности, а также весьма сложными в фармакотерапевтическом плане. Тревожность при неврозах значительно ухудшает психоэмоциональное состояние больных, способствует усугублению невротизации личности, усложняет социальную адаптацию и снижает качество жизни, то есть в данной ситуации тревога приобретает роль самостоятельного патогенетического фактора.

Частота клинически значимой депрессии среди стационарных терапевтических больных составляет 31,5%, депрессивные расстройства подразделяются на три группы: психогенные - 46,1%, соматогенные - 36,4%, эндогенные - 17,5%. В то же время около 35% пациентов поликлинической практики с неясными соматическими диагнозами также страдают ларвирован-

ными (соматизированными) депрессиями [5].

Депрессивное настроение и патологическая тревожность часто взаимосвязаны. Сниженное настроение нередко сочетается с тревожной напряженностью. Наиболее типичными представляются пациенты, у которых одновременно можно наблюдать признаки расстройств настроения и тревожного расстройства. В таких случаях говорят о коморбидности. При депрессии (имеется в виду депрессивное расстройство и дистимия) генерализованное тревожное расстройство и паническое расстройство диагностируют соответственно в 22% и 14% случаев. Приблизительно у 18% пациентов с паническим расстройством и у 17% - с генерализованным тревожным расстройством наблюдается депрессия [12].

Многолетнее изучение статистики и динамики этих нарушений, определяемых в соответствии с классификациями психических расстройств МКБ-10 и DSM-IV-TR, позволяет оптимизировать терапию больных психиатрических клиник и в других отраслях медицины (кардиологии, гастроэнтерологии, онкологии, дерматологии и др.) с помощью антидепрессантов нового поколения. [3].

Препаратами выбора при терапии тревожных депрессий непсихотического уровня являются антидепрессанты новых поколений, в частности из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), обладающие, помимо тимоаналептического, анксиолитическим эффектом, что позволяет воздействовать как на тревожную составляющую депрессии, так и на коморбидные тревожные расстройства. Одним из наиболее селективных препаратов СИОЗС и эффективным с клинико-фармакологической точки зрения является Депривокс (флувоксамин) [2, 4]. Отличия флувоксамина от других препаратов СИОЗС проявляются в его исключительно высокой селективности, мощности ингибирующего эффекта в отношении обратного захвата серотонина, выраженного анксиолитического действия в связи со способностью устранять гиперчувстви-

тельность постсинаптических серотониновых рецепторов 5-HT_{2c}-типа [13], т.е. влиять на один из ведущих нейрохимических механизмов развития тревожных состояний. Особо следует подчеркнуть благоприятное влияние флувоксамина на процессы нейропластичности и нейрогенез в гиппокампе и медиофронтальной зоне коры [11].

Флувоксамин можно отнести антидепрессантам со сбалансированным действием, которые с успехом можно применять в амбулаторной психотерапевтической практике. Кроме того, в психотерапии возникла необходимость разработки новых антидепрессантов, с одной стороны, с расширенным механизмом действия, включающим влияние на различные нейромедиаторные системы, и, соответственно, с более широким спектром клинико-фармакологических эффектов, а с другой — сохраняющих выраженную селективность воздействия на отдельные звенья синаптической структурно-функциональной организации и, следовательно, с высоким уровнем безопасности.

Одним из таких препаратов является мirtазапин — четырехциклическое производное, норадренергический и селективный серотонинергический антидепрессант (NaССА), создание которого ознаменовало собой новый этап в развитии фармакологии этих средств.

Миртастадин (миртазапин) — антидепрессант с уникальным механизмом действия. В отличие от препаратов ТАД и СИОЗС он не влияет на обратный захват серотонина, норадреналина и дофамина. Данный препарат избирательно блокирует альфа-2-ауто- и гетероадренорецепторы, а также серотониновые 5-HT-2- и 5-HT-3-рецепторы. Как известно, активация альфа-2-аутоадренорецепторов, располагающихся на пресинаптических терминалях адренергичес-

ких нейронов, благодаря механизму обратной связи способствует уменьшению выделения норадреналина из синаптического нервного окончания и, соответственно, торможению реализации адренергических процессов в мозге. Блокада обоих типов упомянутых рецепторов способствует активации как серотонин-, так и адренергических процессов, т.е. обеспечивает механизм реализации антидепрессивного эффекта [8]. Кроме того, мirtазапин блокирует 5-HT-2- и 5-HT-3-рецепторы, с активацией которых связывались нежелательные побочные эффекты ТАД и СИОЗС, в том числе серотониновый синдром, агитация, беспокойство, сексуальная дисфункция, диспептические расстройства, головная боль и др. Миртазапин стимулирует 5-HT-1-рецепторы, через которые реализуется собственно антидепрессивное и анксиолитическое действие серотонина [7].

Клинико-фармакологический спектр действия мirtазапина характеризуется следующими основными особенностями:

- 1) наличие выраженного тимоаналептического и анксиолитического действия;
- 2) максимально быстрое наступление клинического эффекта (уже на 1-й неделе лечения);
- 3) наличие седативного действия и нормализация сна.

В клинической практике наиболее эффективным оказалось применение мirtазапина при тревожно-депрессивных расстройствах, в том числе у пациентов с выраженной агитацией, тревогой, нарушениями сна [1].

Целью настоящей работы было исследование эффективности препаратов Депривокс (флувоксамин) и Миртастадин (миртазапин) при амбулаторной психотерапии тревожных и депрессивных расстройств пограничного уровня.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовали 40 пациентов с данной патологией в возрасте от 20 до 57 лет, средний возраст составил 34,8 лет. Согласно распределению по гендерному признаку было больше лиц женского пола - 17 (56,6%), и 13 мужского (43,4%).

Длительность нарушений составила от 6 до 24 мес. (в среднем 14 мес.). Из исследования исключались пациенты с психотическими расстройствами, пациенты с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения, пациенты с органической церебральной патологией. В исследование были включены только находящиеся на амбулаторном лечении больные,

у которых по МКБ-10 были диагностированы: депрессивный эпизод легкой степени (F32.0) — 4 человека; депрессивный эпизод умеренной степени (F32.1) — 9 человек; генерализованное тревожное расстройство (группа F41.1) — 17 человек.

За последний год для 12 пациентов не проводилась терапия по поводу данной патологии, 8 пациентов принимало успокаивающие препараты растительного происхождения (валериана, зверобой, новопассит и др.) и антидепрессанты (амитриптилин, коаксил, флуоксетин, имипрамин, анафранил), 6 - препараты, содержащие барбитураты (волокардин, валосердин, корвал-

дин), 4 - транквилизаторы и снотворные (феназепам, реланиум, сибазон, реладорм), 3 - нейролептики (аминазин, галоперидол, сонапакс, эглонил).

Среди наиболее частых причин соматической патологии 9 пациентов страдали остеохондрозом позвоночника и 9 пациентов – синдромом вегетативной дистонии, а также дисциркуляторной энцефалопатией.

Длительность наблюдения составляла 30 дней. Пациентам с тревожно-фобической либо тревожно-депрессивной симптоматикой назначался Депривокс с первого дня терапии в дозе 50 мг вечером. При недостаточности эффекта через 2-4 недели доза повышалась до 100 мг вечером. Пациентам, у которых на первый план

выступали инсомнические либо выраженные тревожные расстройства, назначали миртастадин в дозе 30 мг на ночь.

Состояние больных оценивалось на 1, 7, 14 и 30 день исследования. При этом использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. Для оценки структуры, выраженности расстройства и его редукции в динамике использовались стандартные психометрические шкалы: шкала депрессии и тревоги Гамильтона (HARS), шкала общего клинического впечатления (CGI - CGI-S и CGI-I). Проводилась регистрация соматических показателей (пульс, АД, лабораторные анализы).

Результаты подвергались статистической обработке.

Результаты исследования

Исходная степень особенностей общего клинического впечатления в процессе

лечения Депривоксом представлена на рисунке 1.

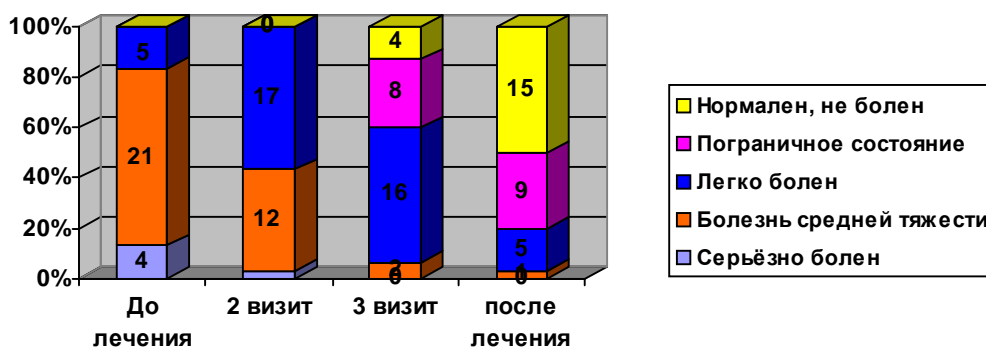


Рис. 1. Динамика распределения всех наблюдаемых пациентов по тяжести заболевания

Динамика показателей АД и ЧСС в процессе терапии Депривоксом значимо не менялась.

Динамика показателей шкалы Гамильтона в процессе терапии Депривоксом (таблица 1).

Таблица 1

Шкалы	Баллы			
	1	2	3	4
Тревожное настроение	3,1	2,2	1,3	0,7
Напряжение	3	2,1	1,5	1,0
Страх	0,7	0,5	0,3	0,2
Бессонница	2,4	1,6	0,9	0,6
Снижение интеллектуальной продуктивности	1,1	0,8	0,6	0,3
Депрессивное настроение	2,3	1,5	0,8	0,5
Соматические симптомы (мышечные)	0,9	0,5	0,2	0,1
Общие соматические симптомы (сенсорные)	1,5	1	0,5	0,4
Кардиоваскулярные симптомы	1,6	1,1	0,8	0,4
Респираторные симптомы	1,9	0,7	0,4	0,1
Гастроинтестинальные симптомы	0,9	0,6	0,4	0,3
Урогенитальные симптомы	0,6	0,5	0,4	0,3
Нейровегетативные симптомы	1,4	1,1	0,7	0,4
Поведение при беседе	1,8	0,9	0,3	0,2
Психическая тревога (п.п. 1-6,14)	14,6	9,5	5,7	3,3
Соматическая тревога (п.п. 7-13)	7,7	5,3	3,6	2,2
СУММА БАЛЛОВ	22,2	14,9	9,2	5,5

	Общий балл НАМА	Психическая тревога	Соматическая тревога
Начало терапии	22,2	14,6	7,7
7 день	14,9	9,5	5,3
14 день	9,2	5,7	3,6
30 день	5,5	3,3	2,2

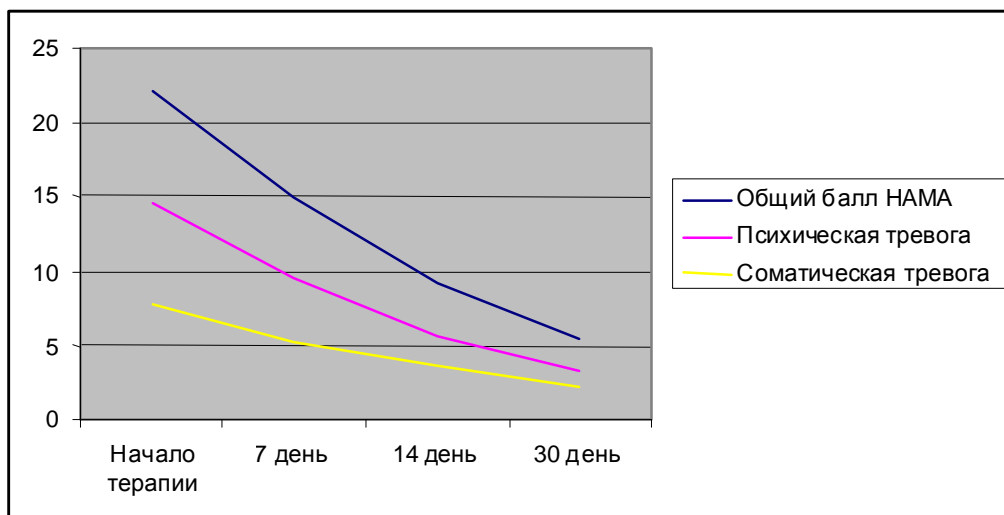


Рис. 2 Динамика уровня тревоги по шкале Гамильтона

При оценке динамики скорости наступления клинического эффекта следует отметить, что достоверный положительный ответ ($p < 0,05$) на лечение наблюдался уже на 7 день применения препарата. Наиболее высокий темп редукции симптоматики отмечался с 1 по 3 недели терапии, за этот период достоверная положительная динамика определялась практически по всем пунктам HARS, включая собственно тревожное настроение, заметно снижались когнитивный, соматизированный и поведенческий компоненты тревоги. В последующем отмечалась дальнейшая редукция тревожной симптоматики и стабилизация состояния.

Результаты исследования показали, что на данной выборке больных препарат Миртастадин обладает достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием.

К 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение тревоги по шкале Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным, а к 3-4 неделе терапии депрессивные, тревожные и вегетативные расстройства полностью исчезали. Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить значительный терапевтический эффект препарата Миртастадин: на 14 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (Рис. 3).

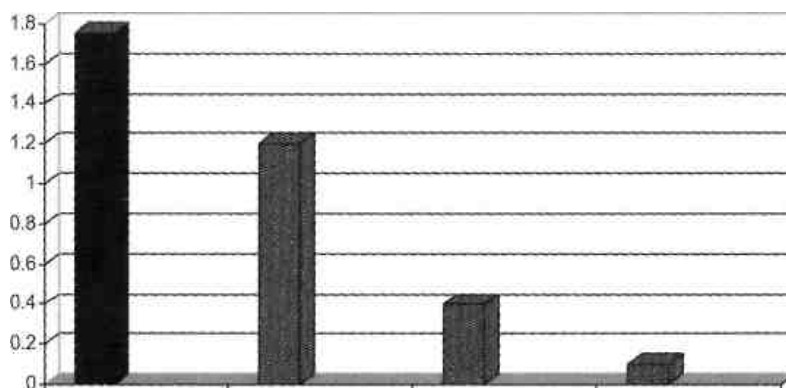


Рис. 3. Оценка действия препарата Миртастадин по шкале общего клинического впечатления

На протяжении всего периода применения Миртастадина лишь у 4 пациентов отмечались побочные явления в виде утренней слабости и сонливости; однако данная симптоматика при продолжении лечения проходила достаточно

быстро, без дополнительной медикаментозной коррекции. Каких-либо осложнений не наблюдалось. Случаев привыкания к препаратам выявлено не было. В течение 8 недель рецидивы отмечены лишь у 6 пациентов.

Обсуждение результатов и выводы

Клинический анализ динамики психофармакотерапии психических тревожных расстройств пограничного уровня на протяжении курса лечения позволил уточнить спектр терапевтической активности препаратов Депривокс и Миртастадин. Оба препарата обладают выраженным анксиолитическим действием, которое реализуется в течение первых 5-10 дней терапии: уменьшается выраженность не только ситуационно спровоцированных тревожных опасений и сомнений, но и генерализованной тревоги во всех ее проявлениях, а также в субъективно дискомфортном для больных когнитивном компоненте. Сочетание соматорегулирующего и мягкого активирующего действия Депривокса обеспечивает эффекты в отношении вегетативной лабильности и соматоформной симптоматики, что про-

является уже на 2-3 неделях терапии в виде уменьшения жалоб на соматическое неблагополучие, в том числе на одышку, сердцебиение, головную боль, гипергидроз, раздражительную слабость и др. Выраженный седативный эффект препарата Миртастадин позволял в течение 5-7 дней значительно восстановить сон и снизить тревогу. Собственно антидепрессивные эффекты препаратов проявлялись чуть позже – с 10-14 дня терапии.

В целом оценка по всем параметрам обсуждавшихся выше психометрических шкал и клинических данных, полученная в заключительной фазе исследования (4 визит), показывала высокую эффективность и стабильность улучшения состояния пациентов при амбулаторном лечении препаратами Депривокс и Миртастадин.

І.О. Бабюк, О.Є. Шульц, Л.О. Васякіна, Т.В. Арнольдова, Є.О. Ракітянська

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ТА ЗАГАЛЬНОКЛІНІЧНОЇ ПРАКТИЦІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Автори демонструють данні вивчення ефективності препаратів Депривокс та Міртастадин у 40 пацієнтів з тривожними та депресивними розладами пограничного рівня. Відзначена висока ефективність та безпека препаратів для лікування данної категорії хворих, вірогідна позитивна відповідь на лікування спостерігалася вже на 7 добу застосування препаратів, включно власно тривожний настрій, нормалізація афекту, помітне зниження когнитивного, соматизованого та поведінкового рівней тривоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 70-75).

I.A. Babyuk, O.E. Shults, L.A. Vasyakina, T.V. Arnoldova, E.A. Rakityanskaya

RESEARCH OF EFFICIENCY DEPRIVOX AT THE PATIENTS BY GENERALIZED ANXIETY DISORDER

M.Gorky Donetsk national medical university

The authors submit data efficiency a preparations Deprivox and Mirtastadin at 40 patients with psychopharmacotherapy anxiety disorder and depression. The high efficiency and safety of a preparations for treatment of the given category of the patients is marked, the authentic positive answer to treatment was observed for 7 days of application of a preparations, including disturbing mood, affect normalizing, appreciable reduction of cognitive, somatic and behavior of levels of anxiety. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 70-75).

Литература

1. С.Г. Бурчинский. Миртазапин — антидепрессант нового поколения. <http://neurology.mif-ua.com/archive/issue-2913/article-2922>.
2. Бурчинский С. Г. Флувоксамин и его возможности в современной психофармакотерапии. — Журнал прак.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 573 с.
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: МИА, 1995. тического врача — 2008. - №1. — С. 20-26.

5. Подкорытов В.С., Серикова О.И. Пароксетин в терапии тревожных и депрессивных расстройств у соматических больных, <http://www.nedug.ru/library>.
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология, М., 2005.
7. Davis R., Wild M.I. Mirtazapine: a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of major depression // CNS Drugs. — 1996. — Vol. 5. — P. 389-402.
8. Gorman J.M. Mirtazapine: clinical overview // J. Clin. Psychiat. — 1999. — Vol. 60, Suppl. 17. — P. 9-13.
9. Marks I.E. Cure and care of neurosis. — N.Y.: J.V. Scott Med

Found, 2001. – 429 p.

10. Nutt D.J. Mirtazapine: pharmacology in relation to adverse effects // *Acta Psychiat. Scand.* — 1997. — Vol. 96, Suppl. 39. — P. 34-37.

11. Ohashi S., Matsumoto M., Otani H. et al. Changes in synaptic plasticity in the rat hippocampo-medial pre-frontal cortex pathway induced by repeated treatments with fluvoxamine // *Brain Res.* – 2002. – V. 949. – P. 131-138.

12. Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM, Barlow DH. Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *J Abnorm Psychol.* 1990 Aug;99(3):308-12.

13. Yamauchi M., Tatebayashi T., Nagase K. et al. Chronic treatment with fluvoxamine desensitizes 5-HT_{2C} receptor-mediated hypolocomotion in rats // *Pharmacol. Biochem. Behav.* – 2004. – V. 78. – P. 683-689.

Поступила в редакцию 16.05.2011

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8-036.4-08-039.76:316

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова***СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ (СООБЩЕНИЕ 2)**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

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

Концептуальные основы психосоциальной реабилитации больных шизофренией.

Исследования последних лет показали, что психофармакотерапия сама по себе является недостаточной для лечения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Она должна сочетаться с социально-психологическими, образовательными мероприятиями и психотерапией [1–5]. Эти и аналогичные исследования дали новый импульс для разработки современных подходов к психосоциальной реабилитации больных шизофренией, в том числе, с длительными сроками стационарного лечения.

На основе системных представлений о сущности шизофрении и роли биологических, психологических и социокультуральных факторов в ее возникновении и хронизации психических расстройств [6–13] был разработан интегративный подход к оказанию психиатрической помощи, включающий взаимосвязь биологических и психосоциальных методов [14–20, 6].

Основные направления медико-социальной реабилитации больных с хроническими психическими расстройствами, их социальной защищенности, правовых гарантий и возвращения в общество регламентированы многочисленными международными и национальными документами, законами и соглашениями [6, 21–26]. Биопсихосоциальный подход нашел отражение в клинических протоколах оказания психиатрической помощи больным шизофренией, утвержденных Минздравом Украины [27–30]. Современные принципы медико-социальной реабилитации больных, ее концептуальные основы, биоэтические аспекты реабилитации и новые психосоциальные технологии, используемые по отношению к этому контингенту больных приведены в работах многих психиатров [31–50].

В числе основных сфер реабилитационной

деятельности освещаются вопросы многоосевой реабилитационной диагностики с опорой на психологическую и социальную составляющие функционального диагноза больного шизофренией [51–57], реабилитационного режима работы в психиатрическом стационаре [58–64], психосоциального коммуникативно-активирующего вмешательства при длительных сроках стационарного лечения [65–67], психотерапевтической и психообразовательной работы с семьями больных [68–71], функционального структурирования мультидисциплинарного подхода при оказании психиатрической помощи [72–75], организации терапевтической среды и терапевтического сотрудничества в учреждениях психиатрического профиля [76–77], клинико-экономической и социальной эффективности реабилитационных мероприятий [78–85].

В качестве самостоятельного направления реабилитации больных с хроническими формами шизофрении рассматривается проблема их социальной интеграции [86, 87, 19, 37, 42, 43, 88–91].

Как известно, юридический смысл термина «реабилитация» обозначает «восстановление в правах» [92]. Помимо юридического назначения, впервые этот термин был применен в 1903 году Ф.И.Р. фон Бусом, а в медицинской практике смысл его стал тождественен понятию «делать вновь к чему-либо пригодным» [цит. по 93]. В настоящее время этот термин получил широкое распространение и международное признание.

Роль реабилитации при психических расстройствах особенно значительна и имеет свои особенности, отличающие ее от реабилитации при других заболеваниях. Это связано с тем, что психические болезни нарушают, прежде всего, социальные связи больного, причем уже на ранних стадиях. Поэтому реабилитацию психичес-

ки больных необходимо прежде всего рассматривать как их ресоциализацию [20] – главную цель этого сложного процесса.

И.Я. Гурович и др. [24] под психосоциальной реабилитацией понимают восстановление (формирование в случае изначальной недостаточности) нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания с остаточной психотической симптоматикой и пр.) у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающее интеграцию в общество. В другой работе И.Я. Гурович [25] считает психосоциальную реабилитацию составной частью психиатрической реабилитации, которая является более широким понятием.

H.R. Martin [94] использовал термин «реабилитация», говоря о «воздействии, которое пытаются обнаружить и развить возможности больных – в отличие от лечения, которое напрямую адресуется к несостоятельности пациентов». L. Leitner, J. Drasgow [95] характеризуют идеологию реабилитации как «индуцирование здоровья» в отличие от идеологии лечения, заключающейся в «редукции болезни».

W.A. Antony [96, 97] принадлежит концепция реабилитации, основанная на восстановлении, научении и личностном росте – подход, ориентированный на развитие. Одним из ряда важных преимуществ такого подхода является отсутствие возникновения зависимости больных от психиатрической службы.

Наиболее прагматичное определение понятия «реабилитация» дает R. Barton [98]: «Психосоциальная реабилитация есть взаимосвязанная в единое целое психосоциальная интервенция, то есть выработка навыков, взаимная поддержка, подготовка к трудовой занятости и ее поддержка, развитие источников помощи для лиц с тяжелыми и продолжительными психиатрическими ограничениями, направленная на усиление активности этих лиц, их восстановление и достижение ими компетентности».

Предпринимаются попытки и в разграничении понятий «психосоциальное лечение» и «психосоциальная реабилитация». По мнению И.Я. Гуровича [25], психосоциальное лечение – это интенсивное оживление и восстановление ставших ущербными в результате болезни или утраченных социально-психологических образований, необходимых для успешного функционирования, с помощью специальных групповых и

индивидуальных методов (проводится в искусственно созданных условиях воздействия социальных, психологических и средовых факторов), а психосоциальная реабилитация – это постепенное освоение прежних социальных, в том числе ролевых, функций в условиях усложняющегося социального контекста в реабилитационных промежуточных учреждениях с помощью специально ориентированного социального окружения, приближающегося к естественной социальной среде.

В лексиконах психиатрии Всемирной организации здравоохранения (2001) [99] реабилитация, применительно к проблеме инвалидизации, определяется как сочетанное координированное использование медицинских, социальных, образовательных и профессиональных мероприятий для обучения и переобучения индивидуума с целью достижения максимально возможного уровня функциональных возможностей.

Таким образом, процесс психиатрической реабилитации призван помочь лицам с психическими расстройствами определить жизненные цели, уяснить, что они должны сделать, чтобы достичь этих целей, планировать свои действия и затем развивать необходимые для достижения целей навыки и ресурсы [100]. Технология психиатрической реабилитации определяется как гуманитарное направление, предполагающее создание для пациентов равных со здоровыми людьми возможностей для оптимальной жизнедеятельности. Поэтому важнейшим аспектом реабилитационной деятельности является социальная интеграция пациентов – их всестороннее участие в жизни сообщества. Подлинная социальная интеграция включает три главных элемента [100, 91]: доступ к социально ценным ролям; возможность участвовать в деятельности, обогащающей жизнь; возможность формирования широкого спектра добровольных взаимоотношений.

Многоосевой психиатрический диагноз как средство интегративной оценки функциональных возможностей больного шизофренией.

Современную психиатрию характеризует интегративное понимание психических расстройств, основанное на взаимодействии биологических, психологических и социальных аспектов любого психического заболевания [101, 102]. Это находит отражение не только в мультидисциплинарном подходе к организации психиатрической помощи [72], но и в многоосевой диагностике психических расстройств, деклариру-

емой международными требованиями [103–105].

Многоосевая диагностика приближает специалиста к диагнозу индивидуальной системной интеграции биопсихосоциальных особенностей больного как результату преломления патологического процесса через личность пациента и сложившуюся социальную ситуацию. Многоосевой диагноз - это диагноз индивидуальной приспособляемости и социальной интеграции пациента, который в сочетании со структурно-динамическим (категориальным) диагнозом отражает болезнь на системном уровне [106, 107, 108, 53, 6, 46].

Многоосевой подход к определению диагноза психического расстройства [109, 110] включает феноменологические и «нефеноменологические» диагностические оси: 1) феноменологическая (психопатологический анализ состояния); 2) уровневая (анализ выраженности психических расстройств); 3) функциональная (анализ особенностей адаптивного реагирования организма и личности, т.е. оценка индивидуальных личностно-психологических характеристик и особенностей поведенческого реагирования больного); 4) психосоциальная (анализ качества социального функционирования).

Основой многоосевой (многомерной) диагностики является функциональный диагноз (ФД) в его органической связи со структурно-динамическим диагнозом формы болезни.

На определенном этапе своего теоретического и практического развития концепция функционального диагноза имела вполне ограниченные и прагматические цели. Функциональная оценка состояния пациента рассматривалась, в частности, в рамках задач медико-социальной экспертизы [111]. В этом случае функциональный диагноз оказывался необходимым для определения правильного социально-трудового прогноза и базировался на изучении структуры, динамики и путей компенсации психического дефекта в конкретных условиях трудовой деятельности. Д.Е. Мелехов [112] рассматривал функциональный диагноз в психиатрии как «путь к конкретному анализу значения биологических и социальных факторов, как они отражаются в динамике клинической картины и формировании компенсаторных образований». По его мнению, завершающим этапом и целью клинического исследования должны быть не только нозологический и анатомический диагнозы, которых недостаточно для определения прогноза трудоспособности, но обязательно и диагноз функциональных возможностей лично-

сти.

В дальнейшем, в результате развития реабилитационного направления (реабилитационной парадигмы в психиатрии) произошло существенное изменение в понимании функционального диагноза, который стал центрироваться на личности больного и ситуации, в которой он существует [21, 110, 113-117]. При этом отдельные исследователи идентифицировали понятия «функциональный диагноз» и «реабилитационный диагноз» в противовес нозо-синдромальным диагностическим определениям [117, 97].

В большом количестве обзоров научной литературы показано отсутствие зависимости исхода реабилитации от формулировки традиционного психиатрического диагноза и описания симптомов и синдромов [96, 118]. Другими словами, процедуры традиционного психиатрического диагноза не дают достаточной информации для назначения реабилитационных вмешательств. Для адекватного обеспечения реабилитационного процесса и достижения конечных его целей нужна особая диагностическая технология.

Такая технология должна заключаться в особой структурной конфигурации диагностического заключения – реабилитационном диагнозе как основы для назначения методов психологической и социальной реабилитации больного и его возвращения в общество.

По мнению многих исследователей [96, 118, 119], исход реабилитации при психических расстройствах зависит не от клинико-динамических особенностей, а от навыков функционирования пациентов и ресурсов поддержки в сообществе. Исходя из этого, реабилитационный диагноз должен включать в себя оценку навыков и ресурсов – как имеющихся у пациента, так и тех, в которых он нуждается.

Как отмечают сотрудники Центра психиатрической реабилитации Бостонского университета [96], внедрение психиатрической реабилитационной диагностики имеет много преимуществ при ее использовании в условиях мультипрофессионального подхода к лечебно-реабилитационной работе с участием не только психиатра, но и медицинских сестер, психологов, социальных работников, врачей-реабилитологов, специалистов по трудотерапии. Психиатрический реабилитационный диагноз может расширить взаимодействие между различными профессиями, различными программами, а также между пациентами и их семьями. Он позволяет адекватно интегрировать работу многих учреждений и орга-

низаций (психиатрические учреждения, центры психосоциальной реабилитации, лечебно-трудовые мастерские, МСЭК, семьи и т.д.).

Методология реабилитационного психиатрического диагноза не может считаться разработанной в связи с отсутствием как общепринятого понимания конечных целей реабилитации, так и по причине уникальности индивидуальных способов восстановления и социальной реинтеграции пациента. Последние достижения в этой области позволяют в качестве наиболее адекватной версии рассматривать исход реабилитации в зависимости от навыков пациента и ресурсов поддержки в обществе [96]. Исходя из этого, основными задачами реабилитационных вмешательств должны быть выработка таких навыков и развитие ресурсов поддержки в обществе. В таком случае реабилитационный диагноз должен содержать в себе оценку навыков и ресурсов – как имеющихся у пациента, так и тех, в которых он нуждается. Обязательным элементом реабилитационного психиатрического диагноза является постановка конечной цели реабилитации, что в полной мере должно соответствовать сути реабилитационного (реинтеграционного) процесса, направленного на возвращение пациента в сообщество [120, 102].

Формулирование конечных целей реабилитации учитывает личные запросы пациента, особенности его функционирования и альтернативного окружения. В оптимальном варианте цели,

определяемые медицинским персоналом, должны совпадать (быть согласованными) с реабилитационными целями и реальными возможностями пациента. Многие экспериментальные исследования продемонстрировали положительное влияние постановки целей на исход реабилитационного процесса [121, 122], частоту рецидивов болезни и степень удовлетворенности пациента [123]. Совместное со специалистом определение целей реабилитации настраивает пациента на сотрудничество и оптимальную приверженность врачебным рекомендациям уже на ранних этапах лечебно-диагностического процесса, способствует формированию адекватной терапевтической перспективы, создает мотивацию для использования собственных психологических ресурсов (копинг-стратегий), направленных на совладание с болезнью [121].

Следует, однако, отметить, что четкой общепринятой структуры реабилитационного психиатрического диагноза не существует. В реабилитационных центрах различных стран мира используется свободно структурированный подход эмпирической диагностической оценки. Этот подход в значительной степени зависит от используемой концепции и идеологии реабилитации.

Продолжение научного обзора будет посвящено анализу современных направлений психосоциальной реабилитации на ранних стадиях шизофрении, включая оценку их эффективности.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РІЗНИХ СТАДІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ (ЧАСТИНА 2)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Друга частина наукового огляду присвячена аналізу літератури щодо концептуальних основ психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію та проблемі багатоосьового діагнозу як засобу інтегративної оцінки функціональних можливостей хворого на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 76-82).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova

THE MORDERN THEORETIC-METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF THE DIFFERENT STAGER OF SCHIZOPHRENIA AND PATIENT'S PSYCHOSOCAL REHABILITATION (PART 2)

Donetsk National medical university named after M.Gorkiy

The second part of the scientific review is devoted to the literature analysis about conceptual basics of schizophrenia patients psychosocial rehabilitation and to the problem of multiaxial diagnosis as means of integrative assessment of schizophrenic patient functional opportunities. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 76-82).

Литература

1. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia / N. Tarrrier, C. Kinney, E. McCarthy [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 2000. – Vol. 68, № 5. – P. 917-922.
2. Cognitive behaviour therapy for drug-resistant psychosis / P. A. Garety, L. Kuipers, D. Fowler [et al.] // Br. J. Med. Psychol. – 1994. – Vol. 67, Pt. 3. – P. 259-271.
3. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis. I. Impact on symptoms / V. Drury, M. Birchwood, R. Cochrane [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 169, № 5. – P. 593-601.
4. Macpherson R. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia / R. Macpherson, B. Jerrom, A. Hughes // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 168, № 6. – P. 718-722.
5. Принципы и практика психофармакологии / Ф. Дж. Яничак, Дж. М. Дэвис, Ш. Х. Прескорн, Ф. Д. Айд мл.; пер. с англ. – К.: Ника-Центр, 1999. – 728 с.
6. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
7. Дмитриева Т. Б. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии / Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 10-35.
8. Luhmann N. Social Systems / N. Luhmann. – Stanford: Stanford University Press, 1995. – 86 p.
9. Ciompi L. An affect-centered model of the psyche and its consequences for a new understanding of nonlinear psychodynamics / L. Ciompi // Dynamics, synergetics, autonomous agents. Nonlinear system approach to cognitive psychology and cognitive science / ed. W. Tschacher, J.P. Dauwalder. – World Scientific, Singapore-New Jersey-London-Hong Kong, 1999. – P.123-131.
10. Ciompi L. An integrative biological-psychosocial evolutionary model of schizophrenia and its therapeutic consequences: First results of the pilot project "Soteria Berne" / L. Ciompi, Ch. Mail, H. P. Danwalder [et al.] // Psychotherapy of schizophrenia / ed. G. Benedetti, P. M. Furlan. – Hogrefe & Huber Publ., Seattle-Toronto-Bern-Guttingen, 1993. – P. 319-333.
11. Grunebaum H. Biopsychosocial Psychiatry / H. Grunebaum // Am. J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 186.
12. Взаимодействие специалистов бригады в комплексном лечении психических расстройств / А. Б. Холмогорова, Т. В. Довженко, Н. Г. Гаранян [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2002. – Т. 12, вып.4. – С. 61-65.
13. Engel G. L. The need for a new medical model: a college for biomedicine / G. L. Engel // Science. – 1977. – Vol. 196, № 4286. – P. 129-136.
14. Голдберг Д. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель: пер. с англ. / Д. Голдберг, П. Хаксли. – К.: Сфера, 1999. – 255 с.
15. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness / L. Petersen, P. Jeppesen, A. Thorup [et al.] // Br. Med. J. – 2005. – Vol. 331, № 9. – P. 602 - 605.
16. Addington D. Best Practices: Improving Quality of Care for Patients With First-Episode Psychosis / D. Addington // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol.60, № 9. – P. 1164-1166.
17. Приб Г. А. Аналіз соціальної фрустрації при реабілітації психічно хворих / Г. А. Приб // Арх. психіатрії. – 2007. – № 4. – С. 32-38.
18. 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.
19. О международном опыте социальной реинтеграции пациентов с хроническими психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова [и др.] // Міжнар. психіатр. психотерапевт. та психоаналіт. журнал. – 2007. – Т. 1, № 1. – С. 8-14.
20. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Мед. исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9-10.
21. Вайзе К. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных / К. Вайзе, В. М. Воловик // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1980. – С. 152-206.
22. 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.
23. Вид В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В. Д. Вид // Социал. и клинич. психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 6. – С. 102-105.
24. Гурович И. Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – № 3. – С. 5-13.
25. Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 1. – С. 81-86.
26. 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.
27. 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.
28. Михайлов Б. В. Реабилитационная стратегия в психотерапии / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 124 – 127.
29. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 5 – 12.
30. Пинчук И. Я. От оценки социально-экономических аспектов к реформированию системы оказания психиатрической помощи / И. Я. Пинчук // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2007. – № 4 (05). – С. 11-12.
31. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. И. Михайлова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 6. – С. 4-10.
32. Развитие новых психосоциальных технологий в психиатрической службе / С. Б. Козьяков, Л. Б. Борисова, Н. В. Симоненко, А. П. Поташева // Соц. и клинич. психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 53-54.
33. Абрамов В.А. Современные направления реабилитации больных с психическими расстройствами / В.А. Абрамов, Е.М. Денисов, Т.Л. Ряполова, И.В. Жигулина // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – №1(11). – С. 52-53.
34. Ряполова Т.Л. Обоснование ранней реабилитации больных шизофренией / Т.Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – №1(18). – С. 16-21.
35. Абрамов В.А. Биоэтические принципы реабилитации больных шизофренией / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – Т. 2, № 1. – С.5-8.
36. Гурович И. Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на общество) / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социал. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 5-10.
37. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М., 2004. – 492 с.
38. Влох І. Й. Психосоціальна реабілітація. Принципи, результати в Україні та Австрії / І. Й. Влох, Г. Гофман // Архів психіатрії. – 2001. – № 3(26). – С. 115 – 118.
39. Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // Соц. и клинич. психиатрия. – 2007. – № 4. – С. 78-85.
40. Ястребов В.С. Внебольничная помощь – основное звено психиатрической службы / В.С. Ястребов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 63-67.
41. Кутько И. И. Актуальные проблемы реабилитации и абилитации на современном этапе / И. И. Кутько, О. А. Панченко // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – № 1. – С. 9-11.
42. Поташева А. П. Научно-прикладное значение клинико-экономических исследований для формируемых психиатрических служб / А. П. Поташева, Е. Б. Любов // 14 съезд психиатров России, 15-18 нояб. 2005 г.: тез. докл. – М., 2005. – С. 67
43. Поташева А. П. Современные подходы к организации психиатрической помощи в Свердловской области / А. П. Поташева // Урал. мед. журнал. – 2006. – № 4. – С. 2-4.
44. Кабанов М. М. Некоторые современные социально-психологические проблемы охраны психического здоровья в России / М. М. Кабанов // Рос. психиатр. журнал. – 2007. – № 3. – С. 85-87.
45. Семенова Н. Д. Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы / Н. Д. Семенова // Соц. и клинич. психиатрия. – 2004. – № 3. – С. 96-100.
46. Приб Г. А. Поведінкова дисфункція у пацієнтів, які страждають на психічні розлади / Г. А. Приб // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 3. – С. 100-103.
47. Айбасова Г. Х. Системно-развивающие стандарты как основа оптимизации деятельности служб психического здоровья / Г. Х. Айбасова // Рос. психиатр. журнал. – 2005. – № 2. – С. 53-56.
48. Козьяков С. Б. Догоспитальные, межведомственные организационные технологии в развитии психосоциальных общинных форм наркологической и психиатрической помощи населению: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.33 / С. Б. Козьяков. – Екатеринбург, 2009. – 28 с.

49. Свінар'юв В. І. Сучасні принципи медико-соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на психічні розлади / В. І. Свінар'юв, В. В. Штенгелов, І. С. Дубінін // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 : дод. – С. 235.
50. Підкоритов В. С. Особливості ставлення лікарів-психіатрів до проблеми психічнохворих і можливостей їх якісної реінтеграції у суспільстві / В. С. Підкоритов, В. І. Букрєв // Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі Концепції розвитку охорони здоров'я населення України : матер. пленуму наук.-практ. т-ва неврологів, психіатрів та наркологів України. – Тернопіль, 2001. – С. 109-112.
51. Кондратьев Ф. В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных / Ф. В. Кондратьев // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М. : Медицина, 1986. – С. 16–24.
52. Функциональная диагностика психических заболеваний : метод. рекоменд. / Донец. гос. мед. ин-т им. М. Горького ; сост. : В. А. Абрамов, С. А. Пуцай, И. И. Кутько. – Донецк, 1990. – 13 с.
53. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии / В. А. Абрамов. – Донецк, 2004. – 271 с.
54. Медично-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів : навч.-метод. посіб. для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів мед.-соц. експертних комісій і лікарів-інтернів / Л. М. Юр'єва, С. В. Пхіденко, Н. О. Єрчкова [та ін.]. – Дніпропетровськ : СП Інтертехнодрук, 2005. – 144 с.
55. Жданова М. П. Стан надання психіатричної допомоги населенню України у 2007 році / М. П. Жданова, С. М. Коллякова, Є. М. Зінченко // Архів психіатрії. – 2008. – Т. 14, № 1 (52). – С. 5–13.
56. Беседин А. Н. Книга практического психолога / А. Н. Беседин, И. И. Липатов, А. В. Тимченко [и др.]. – Х. : РИП Оригинал ; фирма Фортуна-пресс, 1996. – 424 с.
57. Михайлов Б. В. Основы организации психотерапевтической работы в рамках реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями / Б. В. Михайлов, С. М. Мороз // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №2(22). – С. 114-117.
58. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение / А. Б. Шмуцлер, Л. В. Лосев, Д. А. Зайцев, С. П. Гладков // Соц. и клин. психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 49–52.
59. Подсеваткин В. Г. Новая технология стационарной психиатрической помощи / В. Г. Подсеваткин // Рос. психiatr. журнал. – 2003. – № 4. – С. 59–63.
60. Коцюбинский А. П. Особенности организации реабилитационной работы с больными мало- и умеренно прогрессивной шизофренией в условиях комплекса дневной/ночной стационар. Дневные и ночные стационары // Шизофрения : Уязвимость-диатез-стресс-заболевание / под ред. А. П. Коцюбинского, А. И. Скорик, И. О. Аксенова [и др.]. – СПб. : Гиппократ, 2004. – С. 197–199.
61. Лиманкин О. В. Опыт организации реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи / О. В. Лиманкин, К. М. Лаптева // Соц. и клин. психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 99–104.
62. Лиманкин О. В. Психосоциальная реорганизация психиатрического стационара / О. В. Лиманкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы Всерос. конф. с междунар. участием «Бехтеревские чтения на Вятке», 27-28 сент. 2005 г. – М. : Киров, 2004. – Ч. 1. – С. 51–54.
63. Лиманкин О. В. Хронизированные больные психиатрического стационара: опыт лечения и реабилитации / О. В. Лиманкин // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения : сб. статей межрегиональной науч.-практ. конф. психиатров и наркологов. – Краснодар, 2006. – С. 298.
64. Морозов П. В. О работе клиник первого психотического эпизода / П. В. Морозов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11, № 6. – С. 53–55.
65. Котова Т. А. Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных в период принудительного лечения / Т. А. Котова, Е. Ю. Степанова // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 55–58.
66. Лиманкин О. В. Система комплексной психосоциальной помощи психически больным с длительными сроками госпитализации / О. В. Лиманкин // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных : материалы Рос. конф., 11-13 окт. 2006 г. – М., 2006. – С. 88–89.
67. Семенова М. Л. Организация работы коммуникативно-активирующих групп больных шизофренией в условиях принудительного лечения / М. Л. Семенова, З. Г. Минниязова, Р. Р. Хамитов // Рос. психiatr. журнал. – 2006. – № 2. – С. 33–36.
68. Шустерман Тамара Йосипівна. Психокорекція та профілактика психічної дезадаптації у родичів хворих із первинним психотичним епізодом: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2008. – 20 с.
69. Богомолов В. А. Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований / В. А. Богомолов, С. Н. Ениколопов // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 1. – С. 5 – 14.
70. Гуменюк Л. Н. Дисфункциональность семьи как predispositional фактор формирования синдрома глубокой социальной дезадаптации / Л. Н. Гуменюк // Арх. психіатрії. – 2007. – № 3/4. – С. 81–84.
71. Ряполова Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // Арх. психіатрії. – 2008. – № 4. – С. 15–21.
72. Окунькова Ю. А., Потапова В. А. Об организации социальными работниками инструментальной социальной поддержки психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 2. – С. 36–39.
73. Модели межведомственной мультидисциплинарной бригадной работы при оказании психиатрической помощи : метод. рекоменд. / сост. : А. П. Поташева, Б. А. Казаковцев, А. П. Раденкова. – Екатеринбург : ЭКС-Пресс, 2005. – 44 с.
74. Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation / R. P. Liberman, D. M. Hilty [et al.] // Psychiatr. Serv. – Vol. 52, № 10. – P. 1331–1342.
75. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review / S. Simmonds, J. Coid, P. Joseph [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 178, № 4. – P. 497–502.
76. Степанова Ольга Николаевна. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и родственными шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – М., 2009. – 20с.
77. Шестопалова Л. Ф. Вивчення системи оцінок та уявленнь хворих щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова // Арх. психіатрії. – 2008. – № 1. – С. 60–63.
78. Друсес Й. Ефективність психосоціальної реабілітації / Й. Друсес // Соц. и клин. психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 100–104.
79. Абдраязова А. М. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / А. М. Абдраязова, В. Г. Бульгина // Рос. психiatr. журн. – 2006. – № 3. – С. 54–58.
80. Стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий при параноидной шизофрении / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. К. Бурцев [и др.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2007. – №1 (17). – С. 3–16.
81. Былим И. А. Клинико-экономическая и социальная эффективность психосоциальной реабилитации хронически больных / И. А. Былим // Рос. психiatr. журнал. – 2007. – № 5. – С. 25–30.
82. Былим И. А. Клинико-экономическая и социальная результативность работы больничного реабилитационного отделения / И. А. Былим // Рос. психiatr. журнал. – 2008. – № 3. – С. 52–58.
83. Ситчихин П. В. Опыт эффективности управления службой социальной реабилитации психиатрической больницы / П. В. Ситчихин, С. А. Безнос // Соц. и клин. психиатрия. – 2007. – № 3. – С. 34–37.
84. Гуменюк Л. Н. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у психически больных с ограниченной способностью интеграции в сообщество / Л. Н. Гуменюк // Укр. вісн. психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 2. – С. 35–38.
85. Приб Г. А. Результативність диференційованої комплексної системи визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності при реабілітації психічно хворих / Г. А. Приб // Арх. психіатрії. – 2008. – № 1. – С. 13–16.
86. Торникрофт Г. Матрицы охраны психического здоровья: пособие по совершенствованию служб : пер. с англ. / Г. Торникрофт, М. Танселла. – К. : Сфера, 2000. – 332 с.
87. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. – Донецк : Лебедь, 2002. – 279 с.
88. Харин А. Н. Опыт организации психосоциальной реабилитации в общежитии и квартирах с поддержкой при загордном отделении ГУЗ ОО КПБ им. Н. Н. Солодовникова / А. Н. Харин, Н. К. Антошкина, О. Н. Степанова // 14 съезд психиатров России, 15-18 ноября 2005 г. : тез. докл. – М., 2005. – С. 88–89.
89. Гуменюк Л. Н. Типология социальной дезадаптации с учетом психопатологии / Л. Н. Гуменюк // Тавр. журн. психиатрии. – 2007. – № 1/2. – С. 4–9.
90. Гуменюк Л. Н. Ограниченная способность к интеграции в сообщество: биологическая и психологическая составляющие / Л. Н. Гуменюк // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2008. – № 2. – С. 73 – 76.
91. Reidi D. Shattering illusions of difference / D. Reidi // Resources. – 1992. – Vol. 4, № 2. – P. 3 – 6.
92. Снарская С. М. Универсальный большой энциклопедический словарь / С. М. Снарская // М. : Рипол Классик, Норинт, 2006. – 2144 с.
93. Юмашев Г. С. Основы реабилитации / Г. С. Юмашев, К. Ренкер. – М. : Медицина, 1973. – 111 с.
94. Smith T. E. Schizophrenic Disorders: Rehabilitation / T. E. Smith, R. P. Liberman, A. Kopelowicz // Current concepts in psychiatry / Н.

- Helmchen, F. A. Henn, H. Lauter, N. Sartorius (eds.). – Heidelberg : Springer-Verlag, 2000. – 292 p.
95. Leitner L. Battling recitivism / L. Leitner, J. Drasgow // *J. Rehabil.* – 1972. – Vol. 38, № 4. – P. 29-31.
96. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас. – К. : Сфера, 2001. – 278 с.
97. Anthony W. *Psychiatric Rehabilitation*, 2nd ed. / W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas, C. Gagne. – Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002. – 432 p.
98. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations / R. Barton // *Psychiatr. Services.* – 1999. – Vol. 50, № 4. – P. 525-534.
99. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психиатрическому здоровью терминов Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / ВОЗ ; В. Б. Позняк (ред.). – 2-е изд. – К. : Сфера, 2001. – 398 с.
100. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? / Л. Чомпи // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 1999. – Т. 9, вып. 3. – С. 27-30.
101. 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.
102. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.
103. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК)) / Дж.Э. Купер (сост. и ред.), Д. Полтавец (пер. с англ.). – К. : Сфера, 2000. – 442 с.
104. Про психиатричну допомогу: закон України №1489-III від 22.02.2000 р. // *Права інвалідів в Україні.* – 2-е вид., доп. і перероб. – К. : Сфера, 2002. – С. 169-181.
105. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // *Арх. психіатрії.* – 2005. – № 1. – С. 7-16.
106. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – Л. : Медицина, 1978. – 230 с.
107. Воловик В. М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики / В. М. Воловик // *Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии.* – Л., 1975. – С. 79-90.
108. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении / В. Д. Вид. – СПб., 1993. – 236 с.
109. Сыропятов О.Г. «Клиническая антропология» - новая парадигма в медицине / О.Г. Сыропятов, С.С. Яновский // *Ученые записки Таврического национального университета им. В.И.Вернадского, серия «Философия. Социология».* – 2008. – Т. 21 (60), № 2. – С. 164 – 173.
110. Шамрей В. К. К вопросу о многоосевой оценке психического состояния / В. К. Шамрей, А. В. Рустанович, Э. Э. Мишуровский // *Психиатрические аспекты общемедицинской практики : сб. тез. науч. конф. с междунар. участием, 26-27 мая 2005 г.* – СПб., 2005. – С. 242-245.
111. Мелехов Д. Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией / Д. Е. Мелехов // *Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями.* – М., 1977. – С. 27-41.
112. Мелехов Д. Е. Клинические предпосылки социальной реабилитации психически больных / Д. Е. Мелехов // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 1992. – Т. 2, вып. 1. – С. 50-55.
113. Воловик В. М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения / В. М. Воловик // *Ранняя реабилитация психически больных.* – Л., 1984. – С. 5-16.
114. Рустанович А. В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии / А. В. Рустанович // *Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний : юбилейная науч. конф. с междунар. участием, посвят. 140-летию каф. душевных и нервных болезней Воен.-мед. акад., 14-16 июня 2000 г.* – СПб., 2000. – С. 58-60.
115. Рустанович А. В. Многоосевая диагностика как методологическая основа прогноза в психиатрии / А. В. Рустанович, А. А. Марченко, Г. П. Костюк // *Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, 27-28 нояб. 2003 г.* – СПб., 2003. – С. 59-60.
116. Фролов Б. С. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии / Б. С. Фролов, А. В. Рустанович // *Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* – 1998. – № 1. – С. 66-68.
117. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1 / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 67-71.
118. Cohen B. F. Functional assessment in psychiatric rehabilitation / B. F. Cohen, W. A. Anthony // *Functional assessment in rehabilitation* / ed. A. S. Halpern, M. Y. Fuhrer. – Baltimore: Paul Brookes. – 1984. – P. 79-100.
119. Functional assessment of psychiatrically disabled adults: implications of research findings for functional skills training / D. J. Dellario, E. Goldfield, M. D. Farkas, M. R. Cohen // *Functional assessment in rehabilitation* / A. S. Halpern, M. J. Fuhrer (eds.). – Baltimore, 1984. – P. 239-252.
120. Psychosocial rehabilitation: toward a definition / R. A. Cnaan, L. Blankertz, K. W. Messinger, J. R. Gardner // *Psychosoc. Rehab. J.* – 1988. – Vol. 11, № 4. – P. 61-77.
121. Smith R. T. Rehabilitation of the disabled: The role of social networks in the recovery process / R. T. Smith // *Disability & Rehabilitation.* – 1979. – Vol. 1, № 2. – P. 63 – 72.
122. Locke E. A. Goal setting and task performance: 1969-1980 / E. A. Locke, Shaw K. N., Saari L. M. [et al.] // *Psychological Bulletin.* – 1981. – Vol. 90, № 1. – P. 125 – 152.
123. Wood R. L. Outcome in Community Rehabilitation: Measuring the Social Impact of Disability / R. L. Wood; A. D. Worthington // *Neuropsychological Rehabilitation.* – 1999. – Vol. 9, № 4. – P. 505 – 516

Поступила в редакцию 26.02.2011

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 61:159.96(092)

*П.Т. Петрюк², Л.І. Бондаренко¹***АКАДЕМІК СТЕПАН ВОЛОДИМИРОВИЧ БАЛЕЙ: БІОГРАФІЧНІ ТА НАУКОВІ АСПЕКТИ (ДО 125-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**¹Харківський національний педагогічний університет ім. Г.С. Сковороди, ²Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки, м. Харків

Ключові слова: академік С.В. Балей, біографічні дані, спогади сучасників, наукові досягнення



Майбутнє в сьогоденні,
але майбутнє і у минулому.
Анатоль Франс

Одним із найвидатніших учених світового рівня в Україні на початку ХХ століття був Степан Володимирович Балей. Перу цього визначного науковця належать численні ґрунтовні праці з медицини, загальної, дитячої, педагогічної, соціальної психології, психології творчості, філософії та інших питань. Науковий доробок С.В. Балея є надбанням двох культур – української і польської, у кожній з них він залишив свій вагомий внесок. І не варто сперечатися, якій більше. З оприлюдненням праць вченого цей внесок стає спільним надбанням. У Польщі С.В. Балей працював у період найбільшого піднесення свого таланту, сягнувши високого рівня професійної зрілості. Тут розквітли і виявили себе його чудові здібності організатора науки. У цей

період побачили світ його вагомні наукові праці, які неодноразово перевидавалися, відігравали роль підручників у важливих галузях психології і педагогіки. За його працями, написаними в тридцятих роках минулого сторіччя, досі студіюють у вищих навчальних закладах Польщі. І зовсім уже несправедливо те, що сучасній українській медицині і культурі С.В. Балея практично невідомий [1-8].

Степан (Стефан-Максим) Володимирович Балей (1885-1952) – видатний український і польський психолог, лікар, психоаналітик, педагог та філософ, який своїми численними статтями і фундаментальними працями створив підвалини психології виховання [2, 8], персонології, розвив вчення психоаналізу, не обмежуючись ідеями З. Фрейда, а розглядаючи його ширше, схиляючись до «глибинної» психології А. Адлера і К.Г. Юнга, чим створив ґрунтовну для свого часу наукову теорію особистості в Україні і Польщі, яка не втратила своєї цінності і в наші дні [9].

С.В. Балей – це не просто непересічний вчений, а талановитий дослідник у провідних галузях гуманітарних наук, котрий несправедливо опинився поза увагою наукової громадськості України і, в значній мірі, Польщі. Надзвичайно мало написано про академіка С.В. Балея в українській науковій літературі [2, 4, 5, 10-12], у польській літературі – більше, але також незаслужено мало [8, 13, 14]. Степан Володимирович – це постать трагічної долі, яка з молодих років відчула себе покликаним для наукової праці, але була приречена на те, щоб здобувати умови до самовиразу на життєвих шляхах, які здебільшого викликали душевний дискомфорт, глибинний внутрішній розлад, а можливо, й постійний за часний внутрішній конфлікт, що десятки років ятрив його свідомість. Помічений і підтриманий

видатним польським філософом К. Твардовським, здобувши визнання фахових філософів і психологів Польського філософського товариства у Львові, С.В. Балея так і не спромігся здобути у себе на Батьківщині доступу до викладання у вищому навчальному закладі, де міг би плідно працювати науково. Метрополія не могла допустити, щоб талановитий абориген працював у своєму етнічному середовищі. Зате йому були запропоновані гідні наукові посади в метрополії – кафедрі психології у Варшавському університеті та Інститут педагогічної психології, який він створив особисто. Вчений погодився і отримав належні умови для плідної праці, хоч не у Львівському, а у іншому, з всесвітнім авторитетом, університеті. Покликанець науки прирік себе на становище вічного емігранта – з одного боку, відірваного від рідної землі, а з другого – Польщі – з українською душею, належав до тих, кого називали «gente Ruthenus, nationale Polonus», тобто поляк українського походження [8]. Вчений, який за висловом М. Ziemnowicz, був по суті справи одним із головних організаторів досліджень в психології, заклав підвалини польської психології виховання, був обраний до Польської Академії Наук лише напередодні своєї смерті – у квітні 1952 року (помер 13 вересня 1952 року).

Очевидно, були підстави для того, щоб у бібліографії своїх наукових праць, яка зберігається в його особистій справі у Варшавському університеті, вчений подав лише 42 позиції польськомовних видань, пояснюючи, що не називає праць, опублікованих до 1928 року, оскільки «немає їх примірників і не в змозі подати їх докладної назви і року видання. Тих праць не мають також польські бібліотеки». На думку С.В. Балея, шукати їх треба було б в університетській бібліотеці у Львові [8]. Соромитись їх Степану Володимировичу не було підстав. Вони мали значну наукову і дидактичну вартість у часи видання. Не втратили її і зараз. Були у С.В. Балея, певно окрім мнемонічних, більш вагомими причини не згадувати ці твори. Ті причини, очевидно, зумовлювались обставинами поза наукового, більш широкого порядку, пов'язаними з тогочасними політикою та ідеологією. Відданий суцільно покликові наукового пошуку, Степан Володимирович не міг, однак, не рахуватись з загрозливими вимогами минулого, кон'юнктурного характеру. Тим більше, що пережив він часову смугу суспільного життя, насичену жажливим суспільним полюванням на людину взагалі, а тим більше – наділену непересічною вдачею.

Сорокові роки – німецька навала і геноцид, кінець 40-х – початок 50-х років – загострення внутрішніх суперечностей, в якому перемішалось і сплелось в єдиний клубок соціальне, класове, політичне, ідеологічне (число їм легіон) – самоуправно взяли на себе роль наглядачів і виконували її захоплено до нестями; утворивши щільний ланцюг, вони оточили науковців замкненим колом, в якому сіялась підозра до всього нового і непересічного, створювалась атмосфера страху і безвиході, в якій кожний був приречений. Оскільки наука за своєю природою спрямована проти сталості, вона повсякчасно давала підстави для звинувачення її покликанців у збоченнях і відхиленнях від святої ідеї. В атмосфері, отруєній підозрами і розправами, довелося жити і працювати С.В. Балею [2]. Гірше завжди тим, які обирають своєю долею, повсякденною копіткою працею творити життя, торувати йому нові шляхи, імення цим самовідданим трударям – «сіль землі». До їх числа належав невтомний трудар від науки С.В. Балея. Спогади про Степана Володимировича не змальовують його як такого, хто прагне до борні. Скоріше, це людина скромної вдачі, але невтомної праці, віддана обраному шляху в науці. «Невеликий за зростом, – пише про нього М. Ziemnowicz, – скромний в поведінці, ніколи не висувався наперед, скоріше тримався стримано, на узбіччі, неохоче подавав голос у дискусіях, хоча багато мав що сказати. У колі, звичному для нього, у колі своїх співробітників почував себе краще, вмів бути ініціативним, охоче визнавав праці інших, безкорисно допомагав їм у роботі [8].

Народився Степан Володимирович Балея 4 лютого 1885 року в селі Великі Бірки Тернопільського повіту (нині – селище міського типу Тернопільської області) в сім'ї вчителя народних шкіл. Батько Володимир і мати Ірена з дому Швейковських були на той час вчителями початкових класів, батько був керівником школи в Микулинцях. Помер у 1922 році, мати – у 1942 році в Кракові, де перебуваючи на пенсії, жила у своєї молодшої дочки Ольги. Там же закінчив початкову школу, потім навчався в Тернопільській гімназії, де одержав свідоцтво зрілості. З 1903 по 1907 роки навчався на філософському факультеті Львівського університету переважно з фаху філософії та психології, а також слухав лекції з польської літератури. Належав до кращих студентів професора К. Твардовського. Після закінчення університету склав державний іспит на вчителя середніх шкіл, працював в гімназіях з українською мовою викла-

дання в Перемишлі, Тернополі, Львові, де викладав математику, початкову психологію і логіку. У 1911 році у Львівському університеті під керівництвом професора К. Твардовського здобув науковий ступінь доктора філософії, а в 1912 році на цій підставі отримав від австрійського міністерства освіти стипендію з фонду, призначеного для подальшого навчання доцентів, і виїхав на спеціальні студії з курсу філософії до Німеччини, опісля до Франції і Австрії. В Берліні переважно слухав професорів Карла Штумпфа та Шефера і працював у психологічному та фізіологічному інститутах Берлінського університету. Займався проблемою бінаурального слуху. Тут він зазнав впливу видатного філософа і музикознавця професора Карла Штумпфа, котрий так само як і професор К. Твардовський були учнями відомого німецького філософа Франца Brentano, лекції якого слухав, а також брав приватні уроки у З. Фрейда. Наслідком цих студій було 5 досліджень, надрукованих у німецьких філософських та фізіологічних журналах. Якийсь час Степан Володимирович навчався у Парижі в Сорбонні (1912-1914) та Відні. По поверненні до Львова написав на німецькій мові дослідження «Über Urteilsgeföhle», а на українській – «З психології творчости Шевченка». Декілька філософських досліджень надруковано в «Записках» Наукового Товариства ім. Т.Г. Шевченка, «Літературно-науковому віснику» та в «Шляхах». У період Першої світової війни С.В. Балея був евакуйований до Відня, де працював у навчальних осередках, зокрема, брав участь у комісії з приймання іспитів на атестат зрілості, що було причиною звільнення його від мобілізації. Ще за часів Першої світової війни він записується на лікарський факультет Львівського університету, після навчання у 1917-1922 роках здобуває звання «доктора усіх лікарських наук». Після цього одночасно з викладанням у філії Української Академічної гімназії у Львові, викладає філософію в Українському (за іншими джерелами Львівському) таємному університеті, Кам'янець-Подільському державному українському університеті [15; 16, с. 112-113] і практикує як «lekarz wolontariusz na Oddziale choryb nerwowych i umyslowych Szpitalu Powszechnego we Lwywie» до листопада 1927 року, а пізніше також у Варшаві. Інтерес до психології, який виявився під час здобування філософської освіти, привів згодом Степана Володимировича на лікарський факультет, і це поєднання зацікавлення філософією з глибоким інтересом до психології та медицини (зок-

рема, до психопатології і невропатології) плідно позначилися на подальшому спрямуванні наукових пошуків вченого [2, 3, 17-22].

Інтерес до психології виник під впливом поглядів К. Твардовського на філософію, в розумінні якої професор значну роль відводив психології. У 1925 році С.В. Балея звертається з проханням до К. Твардовського щодо можливості його працевлаштування у Львівському університеті. І з цього часу учитель виступає з ініціативами у пошуках кафедри для С.В. Балея. У Львівському університеті Степану Володимировичу було відмовлено в основному з тієї причини, що він викладав у Львівському таємному університеті [23]. Не зустрів він порозуміння і у Віденському університеті, хоча, на прохання К. Твардовського, його підтримував тут інший учень професора Тадеуш Чезовський, який там працював. К. Твардовський з кінця травня 1926 року здійснює енергійні кроки щодо влаштування С.В. Балея у Варшавському університеті, у чому знаходить підтримку іншого свого учня, вже на той час відомого польського психолога Владіслава Вітвіцького, який займав в університеті і в науковому середовищі Варшави досить міцні позиції [3].

Як науковця з двома дипломами, автора низки наукових праць міністерство освіти Польщі делегувало Степана Володимировича на Міжнародний з'їзд психологів в Англію, де глибоким знанням предмету він звернув на себе увагу учасників з'їзду. У листопаді 1927 року С.В. Балея було запрошено керувати новоствореною кафедрою психології виховання у Варшавському університеті (професор контрактний, надзвичайний, а з 1934 року професор звичайний). Мрія С.В. Балея про працю у вищому навчальному закладі і тим самим в атмосфері великої науки нарешті здійснилася. На шляху до її реалізації зустрічалися різні люди. Були такі, що бачили в ньому «русина» і з цієї причини заперечували його право на місце в університеті польської держави. А були й такі, які всіляко сприяли йому на шляху до високої науки і потім своїм доброзичливим ставленням допомогли талановитому українцеві стати видатним вченим, який відзначився вагомим внеском в українську та польську гуманістику. Залишаючись «gente Ruthenus, nationale Polonus», С.В. Балея щирим серцем і шляхетною вдячністю відповідав на доброзичливість і людяність польських колег високого людського гатунку [3]. У листі до свого вчителя професора К. Твардовського, який незмінно турбувався про його долю, С.В. Балея писав: «Про-

те тепер собі можу сказати, що те, про що мріяв, сталося, хоча було окуплене певною психічною мукою, яка штучно маскувалася ззовні. І те ще собі скажу багато разів, що здійснення моєї мрії завдячує єдине доброзичливості та опіці Пана Професора. Сердечні зичення, які отримав від його особи, є новим доказом цього» [23]. На цій посаді звичайного професора С.В. Балея залишався аж до своєї смерті 13 вересня 1952 року [2, 17].

На ній Степана Володимировича застала німецько-фашистська окупація Польщі. У ці страшні часи вчений постійно перебуває у Варшаві, у тому числі 9 днів під час Варшавського повстання. Після спалення професорського будинку по вулиці Nowy Zjazd, 5, С.В. Балея був примусово поміщений до табору в Пруткові. Пробувши в ньому десь зо тиждень, він втік з нього, спочатку переховувався у колег-лікарів у Творках, згодом в Кобежині під Краковом, звідки з молодшою сестрою перемістився до Свотовец. З утворенням таємних університетських курсів в Ченстохові був запрошений їх організатором і керівником професором Б. Наврочинським до викладання на них. Після звільнення Варшави від німецько-фашистської окупації і відновлення наукового життя повернувся до своєї посади у Варшавському університеті, а також очолив Інститут педагогічної психології [2]. Після війни був нагороджений офіцерським Хрестом Ордену Відродження Польщі [17].

Тяжкі обставини життя, переживання постійної загрози в умовах окупації (нелегкі часи наступили і після неї – додамо від себе) підірвали здоров'я професора С.В. Балея, викликали в нього нервовий розлад, депресію, почуття втоми. У наведеному М. Ziempowicz уривку з життєпису, який Степан Володимирович власноручно написав 23 червня 1950 року, відповідно до університетських вимог, відзначається: «Більшість особистих документів і записів загинуло в зв'язку з останньою війною, тому прагнучи подати докладні подробиці стосовно дат і місцевостей, повинен був би у значній мірі спиратися на пам'ять, від якої важко вимагати правдивого відтворення перебігу життя, що триває нині вже більше як 65 років. З огляду на це, у тому, що зможу подати, обов'язково будуть міститися певні неточності і прогалини. Однак не маю права робити тільки припущення у письмовому викладі, яке повинно мати характер документу. Дозволю собі ще додати, що я завжди мав пам'ять досить гостру, але теперішній мій вік і події, пов'язані з останньою війною, без

сумніву причинилися до її послаблення» [8].

Важливим є питання, яке не можна обминути: С.В. Балея і Україна, його творчість і українська культура. Адже 24 роки життя Степана Володимировича пройшли в Польщі, у стінах Варшавського університету, згодом – також в Інституті педагогічної психології. Ми вже згадували про те, що в Польщі С.В. Балея здобув визнання як один з провідних діячів психологічно-педагогічної науки, засновник важливих її напрямків. Але, відповідаючи на поставлене питання, ми маємо усі підстави стверджувати про суб'єктивну та об'єктивну приналежність вченого до української культури і науки.

Наукову діяльність академіка С.В. Балея можна поділити на два періоди: а) український (1911-1927) та б) польський, варшавський (1928-1952). Перший період починається з публікації праць у «Записках» НТШ, викладання в українських гімназіях Перемишля, Тернополя, Львова. У 20-х роках минулого століття С.В. Балея разом з І. Крип'якевичем, В. Щуратом, який був першим ректором, Ф. Колессою, М. Возняком, І. Свінцицьким та іншими відомими діячами української культури викладав в Українському таємному університеті у Львові [24, 25].

У науковій спадщині С.В. Балея десятки праць українською, польською та німецькою мовами з медицини, психології, логіки, педагогіки, психоаналізу. Його підручники «Нарис психології» (1922) та «Нарис логіки» (1923) вважаються першими підручниками з цих дисциплін, що видані українською мовою. Серед численних праць Степана Володимировича наведемо декілька: «Замітка про вплив гіпнози на сон» (1924) [26], «Трійця в творчості Шевченка» (1925) [27], «Горячка і свідомість» (1926) [28], «Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka» (1935) [29] та «Drogi samopoznanie» (1947) [30]. Окрему групу його творів становлять праці з психоаналізу. Перебуваючи в Західній Європі – Берліні, Парижі, Відні в 1913-1922 роках, С.В. Балея був не тільки добре обізнаний з концепціями провідних психоаналітиків З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера, Е. Зигмунда, але й творчо їх переосмислив, застосовуючи на українському ґрунті. В 1916 році у Львові була видана, як уже вище підкреслювалось, його книжка «З психології творчості Шевченка», в якій він аналізує особистість і творчість поета з психоаналітичних позицій [31]. Ця його праця привернула увагу інтелігенції Львова. Пізніше, працюючи в Польщі, видав низку праць, в яких психоаналіз застосовується для вивчення особи-

стостей і творчості польських діячів культури – поета Ю. Словацького, письменника С. Жеромського. Окрім цього, Степану Володимировичу належать такі праці, як «Наука Павлова і психологія» (1925) і «Вступ до соціальної психології» (1959).

Творчість С.В. Балея вивчалась у Західній Україні (Львові, Тернополі), у Польщі, але мало відома в Наддніпрянській Україні. Втім зауважимо, що в 1929 році Харківський географічний інститут висунув професора С.В. Балея у дійсні члени ВУАН по відділу філософії, соціології і права. Проте його не обрали [32].

Вже перше дослідження з історії психоаналізу в Україні [12], що було виконане нами, показало, що праця Степана Володимировича «З психології творчості Шевченка» [31] – найцінніша серед інших психоаналітичних досліджень, котрі виконані в Україні на початку ХХ століття та у його 20-30 роки. Це оригінальне, глибоке за змістом, творче дослідження особистості та творчості великого поета, в якому використується не традиційний фрейдівський Едіпів комплекс, а так званий Ендіміонський мотив, винайдений самим С.В. Балеєм, що відповідає особистостям Т.Г. Шевченка та українській ментальності.

Ніскільки не принижуючи значення творчості засновника психоаналізу З. Фрейда, все ж таки зазначимо, що його концепція (Едіпів комплекс, етапи психосексуального розвитку дитини, лібідо як енергія сексуального потягу та інші), застосована як засіб вивчення творчості видатних діячів мистецтва (Леонардо да Вінчі, Достоевського) чи історичних діячів (Наполеона, Гітлера, Сталіна), приводить до досить фантастичних висновків та вульгаризмів. Адже З. Фрейд вважав Едіпів комплекс всезагальною закономірністю розвитку хлопчиків віком 4-5 років, але безліч досліджень, що були проведені з метою перевірки загального характеру Едіпового комплексу, не підтвердили його існування як необхідного, обов'язкового етапу психічного розвитку дитини. Тому, хоч великим культурним і науковим досягненням З. Фрейда є започаткування самого методу психобіографій, його психоаналітичні портрети не в усьому переконливі, не завжди допомагають краще зрозуміти творчість того чи іншого митця чи історичного діяча. Дійсно, чи допоможе нам глибше відчутти красу і привабливість Мони Лізи «Джоконди», якщо ми, прочитавши роботу З. Фрейда «Леонардо да Вінчі», визнаємо, що митець буцімто був гомосексуалістом?

На відміну від Едіпового комплексу Ендіміонський мотив (комплекс) на погляд С.В. Балея не є загальною закономірністю психічного розвитку дитини. Але він особливо часто зустрічається у митців, котрі в повсякденному житті є інфантильні, якщо до того митець рано залишився сиротою, втратив матір, його інфантильність поглиблюється, і тоді він несвідомо шукає такої коханої чи дружини, яка б замінювала йому матір; так він прагне компенсувати потребу в материнській ніжності і турботі, яких не мав у дитинстві. Нагадаємо, що Ендіміон, згідно із стародавнім грецьким міфом, одним із найпоетичніших у світовій скарбниці, – прекрасний юнак, котрого покохала богиня Селена. Вона опустилась до нього з небес, задалегідь приспавши юнака, щоб пестити його без перешкод. Отже Ендіміонське кохання – це такі відносини між закоханими, в яких жінка – активна, вона не тільки кохана, але піклується за чоловіком як мати. Тоді чоловік – пасивний, інфантильний, він більше мріє про щастя, ніж практично за нього бореться.

С.В. Балея переконливо доводить, що основний мотив творчості Т.Г. Шевченка – мотив матері-покритки – Мадонни – є саме компенсація глибоких суб'єктивних переживань Т.Г. Шевченка, який рано втратив матір і потребував саме Ендіміонського кохання. Зіставлення психоаналітичного дослідження С.В. Балея з біографією Т.Г. Шевченка, наприклад, як вона викладена у фундаментальній науковій праці П.І. Зайцева «Життя Тараса Шевченка» [33], доводить справедливості міркувань Степана Володимировича, обґрунтованість загальної концепції Ендіміонського комплексу та доцільність його застосування до особистості та творчості Т.Г. Шевченка. Це дійсно талановита робота, що допомагає нам глибше збагнути нескінчений світ суб'єктивності великого поета, що втілений у символічних образах його поезій.

Ще одне незайве зауваження. Інколи, навіть від спеціалістів, можна почути, що застосування психоаналізу до вивчення особистості Т.Г. Шевченка неприпустиме, бо веде до приниження образу великого поета, який існує в свідомості українського народу, адже фрейдівські тлумачення і змісту душевного життя, і поведінки, і творчості особистості – пансексуалістські. Дійсно, саме фрейдівський психоаналіз з його вульгаризмами дещо несумісний з українською ментальністю. Відома любов і пошана українського народу до свого великого поета, котрий є символом самого українства, української національ-

ної духовності. Тому дійсно недоречно аналізувати його особистість і творчість, застосовуючи фрейдівські пансексуалістські категорії. З цієї точки зору саме психоаналіз, виконаний С.В. Балеєм, відповідає українській ментальності. Ставлення Степана Володимировича до особистості Т.Г. Шевченка – дбайливе, обережне, проникнуте великою пошаною, розумінням і співчуттям до драматизму його внутрішнього світу, що втілений в його творчості.

Робота С.В. Балея «З психології творчості Шевченка» [31], безперечно, належить до українського психоаналізу. За нашими дослідженнями, на сьогоднішній день вона є одним із перших і кращих документів українського психоаналізу, творчою, оригінальною, високопрофесійною і високохудожньою працею.

Характеризуючи науковий доробок академіка С.В. Балея, необхідно відзначити, що він вимірюється не кількістю праць, а їх фундаментальністю. У нього їх десь більше 50. Але ці статті і великі за обсягом, ґрунтовні за змістом монографії, які синтезують експериментальний і теоретичний досвід, а також на основі власних ідей, закладають підвалини цілої галузі знань [2].

У Львові до К. Твардовського, засновника львівсько-варшавської філософської школи, фахово психологічною проблематикою займалися Ю. Охорович, О. Раціборський. Але в колі його учнів вона посідала поважне місце. Про чуттєві явища писав С. Ігель, про внутрішній досвід – Р. Інгарден, Т. Когарбінський, Г. Лелешувна, про наукову творчість – Я. Лукасевич, про теорію уявлень – Т. Вітвіцький. В. Вітвіцький і С.В. Балеї цілком присвятили себе праці на ниві психології. Перший вивчав загальну психологію, а Степан Володимирович – в основному її окремі галузі [2].

Інтерес К. Твардовського і його учнів до емпіричної описової та експериментальної психології (як емпіричної основи наукової філософії) веде до того, що саме на цю галузь досліджень спрямовує увагу С.В. Балеї. При цьому у ранніх своїх працях С.В. Балеї звертається до вивчення механізму функціонування чуттєвого рівня свідомості людини. На ґрунті цих досліджень вийшли ранні публікації Степана Володимировича «Про різницю між почуттями осудними і представними» [34], «Експеримент в науці психології» [35], «Осудні почування і «наставлення» [36].

С.В. Балеї і пізніше не втрачає інтересу до психологічного експерименту, звертається до тестування, психотехніки [37, 38]. В розумінні

описової експериментальної психології традиція львівсько-варшавської філософської школи виходить з поглядів Ф. Brentano, а також В. Вундта і Г.Т. Фехнера, а в розумінні чуттєвої сторони свідомості від А. Мейнонга, Герлера та інших. Віддаючи данину психофізичному паралелізму, Степан Володимирович, як і Brentanівська традиція, в психологічному експерименті відрізняє екстраспекцію (зовнішнє спостереження) і інтроспекцію (внутрішнє спостереження). Фундаментальним засобом пізнання психічних явищ виступає інтроспекція, інтерес до якої позначається і на дальших нахилах С.В. Балея в психологічних дослідженнях [2, 39, 40].

С.В. Балеї у 1922 році видає перший в Галичині підручник з психології «Нарис психології» [41], в якому дає своє визначення предмету психології. Психологія займається суб'єктивними явищами, іншими словами: «світом так як він уявляється людині залежно від становища, яке вона в ньому займає». Психологія – це наука про свідомість, бо наша свідомість проявляється саме у тому, що ми спостерігаємо, думаємо, бажаємо, любимо, ненавидимо і т. д. Психологія – це наука про душу, якщо слово «душа» вживати як назву «на загальних психічних явищ, що їх якась одиниця переживає» [41]. Степан Володимирович одночасно стверджує цілісність психічного життя людини. Він говорить про психічне «я» як суб'єкт всього змісту психічної діяльності, що втілює в собі цілісність, єдність і безперервність свідомості [41]. Це психічне «я» становить внутрішній світ людини, включає всю гаму психічних елементів як у межах свідомості, так і за її порогом (тобто в сфері несвідомого). Саме зміст і особливості цього психічного «я» беруться С.В. Балеєм до уваги при визначенні особистості, її індивідуальності. Головним джерелом пізнання психічних проявів С.В. Балеї вважає самоспостереження [41].

Слід згадати, що в 1923 році Степан Володимирович видає «Нарис логіки» [42]. Це був перший в Галичині підручник з логіки. В ньому викладаються основні положення Аристотелевої логіки; під впливом Brentanівської традиції і у відповідності з підручником із психології дається (по суті за К. Твардовським) класифікація форм мислення. Необхідно відмітити також важливе значення підручників С.В. Балея з психології і логіки в розробці української спеціальної термінології [2].

Слід зупинитися знову на питанні про інтроспекцію, але вже тепер під оглядом того, як вона вплинула на формування наукових інтересів С.В.

Балея. Безумовно, саме з інтроспекцією пов'язане звернення Степана Володимировича до психоаналізу при вивченні внутрішніх джерел і спонукань художньої творчості. Досить плідно С.В. Балея застосовує його до творчості Т.Г. Шевченка («З психології творчості Шевченка») [31], Ю. Словацького («Psychoanaliza jednej pomyłki Słowackiego») [43], С. Жеромського («Osobowość twórcza Jeromskiego: Studium z zakresu psychologii twórczości») [44]. С.В. Балея критично ставиться до зосередженості З. Фрейда на біологічному інстинкті. Він, зокрема, підкреслює, що вже А. Адлер і К.Г. Юнг переглядають таке тлумачення психоаналізу і шукають ширших шляхів у його розумінні і застосуванні. Так думає і Степан Володимирович. Він схильний до розвиненої на ґрунті ширшого тлумачення психоаналізу так званої «глибинної» психології і вважає психоаналіз методом, який дає можливість знаходити в глибинах психіки творчої особистості переживання і враження, що стають неусвідомленим джерелом образів і мотивів творчої діяльності. С.В. Балея не вважає достатнім поясненням мотивів творчості впливами зовнішніх обставин, у тому числі соціальних. На його думку, психоаналіз дає можливість проникати у творчу індивідуальність митця, що вкрай необхідно для з'ясування джерел і змісту творчого процесу [2].

В подальшому Степан Володимирович обирає об'єктом свого теоретичного аналізу проблему особистості. Видає окрему працю, присвячену цій темі: «Osobowość» [45]. Вже в «Нарисі психології» [41] С.В. Балея висловлює думку про психосоматичну єдність психічної діяльності. Цій темі присвячені великі і ґрунтовні праці: «Psychologia wieku dojrzenia» [46], «Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka» [29]. У цих працях С.В. Балея відходить від психофізичного паралелізму і розкриває процес становлення особистості в цілісності психосоматичного розвитку. У праці «Drogi samopoznania» [30] С.В. Балея цілком визначено формулює думку про психофізичну цілість особи. На основі цих поглядів Степан Володимирович заклав напрямки вивчення психології дитини і психології розвитку.

С.В. Балея приділяє велику увагу питанням психології виховання, проводить дослідження, накопичує науковий матеріал і у 1938 році видає книгу: «Psychologia wychowawcza w zagacie» [47], що витримала декілька видань, в т. ч. шосте видання вийшло в 1965 році.

У 1947 році С.В. Балея їде до США в наукове

відрадження у 7 міст на стипендію ЮНЕСКО терміном на 4 місяці для визначення методів боротьби із злочинністю серед молоді і видає на основі досліджень працю: «Zagadnienie walki z przestępczością młodocianych na tle współczesnych doświadczeń w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej» [48].

Логіка наукового пошуку виводить С.В. Балея на більш широкий рівень узагальнень. Він звертається у книзі «Wprowadzenie do psychologii współczesnej» [49] до проблем соціальної психології [2]. Характерно, що поза увагою Степана Володимировича не залишаються наукові праці інших авторів, що спрямовані на використання сили та можливостей несвідомого. Нещодавно знайдена стаття С.В. Балея «Проблема куєїзму» [50], яка не згадується в розповсюдженій бібліографії творів українського і польського вченого. Навіть ця невелика стаття засвідчує, що в цей період Степан Володимирович постає перед нами в особі зрілого науковця, котрий не відсторонюється від розгляду навіть таких складних проблем, якою є, безперечно, проблема куєїзму. Разом з цим, він виявляє наукову чесність – далекий від будь-яких спекуляцій на складній проблемі і не наводить просторих міркувань з цього приводу, які є лише породженням невтримної фантазії. Для нього метод лікаря Кує становить цінність, як ще одна з ряду спроб проникнути в область незвіданого, в глибини людської психіки, тому він приділяє їй належну увагу. «Велетня можна пізнати і по мізинці» – сказав колись Геракліт, – тому навіть невелика стаття і сьогодні свідчить про непересічню особистість її автора [25].

У логічно пов'язаному спектрі наукових інтересів С.В. Балея можна було би виділити такі пласти: емпірична, експериментальна психологія; загальна психологія; дитяча психологія; психологія розвитку людини; педагогічна психологія виховання; психологія особистості; психологія творчості; психологія злочинності; соціальна психологія. До якого ж напрямку можна було б віднести погляди С.В. Балея? На думку професора М.М. Верникова, такий підхід можна назвати цілісно синтетичним методом сциєнтистського характеру [2]. Отже ясно: такий метод вимагає широкої обізнаності у предметі своїх досліджень, ерудиції. І все це було у С.В. Балея.

Що стосується суспільних поглядів Степана Володимировича, то всією своєю творчістю він стверджував гуманістичні ідеали, повагу до людини, її особистості, толерантність у суспільних відносинах. Він завжди відстоював все те про-

гресивне, що підносило людське в людині і суспільстві. Присвятивши себе пізнанню людини, він зрозумів важливе: це глибинний, можливо неосяжний до кінця, крихкий світ, який вимагає обережності і поваги. Таким був і С.В. Балея, який сам не витримав брутальної навали дійсності, померши на 67-му році життя і залишивши нам свою спадщину, яка мусить стати частиною сучасної філософії реального гуманізму, української культури і медицини [2].

Похвально, що вчені дотепер цікавляться життям і діяльністю С.В. Балея. Так, знайдено автограф Степана Володимировича, котрий поставив у 1922 році свій підпис у графі «господар кляси», працюючи у філії Державної Академічної гімназії у Львові; відомий композитор і диригент М.Ф. Колесса має в домашньому альбомі фотокартку, 1917 року, де серед групи викладачів є і С.В. Балея. Ці зроблені важливі знахідки дають змогу заповнити прогалини у наших відомостях про видатного вітчизняного вченого. Цінні знахідки також зроблені Ю. Вінтюком при пошуку публікацій С.В. Балея на медичну тематику [18]. Наприклад, в журналі «Лікарський вісник» (з бібліотеки НТШ), який видавався з 1920 по 1929 роки, спочатку Українським лікарським товариством, а з 1925 року – спільно з Лікарською комісією НТШ, знайдені ще дві публікації Степана Володимировича: «Замітки з приводу засновання Інституту для нормальної і патологічної психології при Науковім Това-

ристві ім. Т.Г. Шевченка у Львові» [51] і статтю «Горячка і свідомість» [28].

У варшавський період С.В. Балея написав десятки наукових праць польською та іншими мовами. Разом з цим Степан Володимирович не цурався українських проблем, виступав з доповідями на з'їздах українських лікарів і педагогів у Львові, зокрема, на такі теми: «Досліди над *vagus* і *sympatricus*» (1-й з'їзд українських лікарів, листопад 1924 року); «Лікування нервових недуг шоком» (2-й з'їзд природників і лікарів у Львові, червень 1927 року); «Про характер» (з'їзд учителів середніх шкіл «Рідної школи» у Львові); «*Perspektywy rozwojowe psychologii polskiej i plan badac naukowych w tym zakresie*» (Kongres Nauki Polskiej, maj 1950).

Помер Степан Володимирович 13 вересня 1952 року, похований на цвинтарі Повонзки у Варшаві.

Таким чином, у Польщі наукові заслуги С.В. Балея були відзначені свого часу, хоча, як ми уже відмічали, незаслужено мало. У 1934 році його було обрано членом наукового педагогічного товариства у Кракові; 1945 році – дійсним членом Варшавського наукового товариства, а з квітня 1952 року він став дійсним членом (титлярним) Польської Академії Наук. Заслуговують на подяку всі шанувальники творчості С.В. Балея за турботливість, з якою доглядається його могила на цвинтарі під патронатом Польської Академії Наук.



На ній встановлена кам'яна надмогильна плита, яка постійно прикрашується квітами, з надписом польською мовою:

Святої пам'яті
СТЕФАН БАЛЕЙ
Доктор філософії і медицини
ВЕЛИКИЙ ВЧЕНИЙ
Професор психології Варшавського університету,
член Польської Академії Наук,
нагороджений офіцерським Хрестом
Ордена Відродження Польщі
4.II.1885–13.IX.1952
ЧЕСТЬ ЙОГО ПАМ'ЯТІ!

В Україні С.В.Балея починають визнавати, шанувати та вивчати його творчість. Так, найкращий твір Степана Володимировича із надбань українського психоаналізу «З психології творчості Шевченка» був опублікований у збірці «История психоанализа в Украине» в 1996 році [12]. Дана збірка в цілому і творчість С.В. Балея дістали широкого розголосу серед науковців центральної і західної України, в діаспорі. Слід відмітити, що з 1993 року у Львові (а з 2003 року і в Одесі) з ініціативи і під керівництвом Заслуженого діяча науки і техніки України, члена-кореспондента АПН України М.М. Верникова, академіка УАПН відбуваються кожні два роки Балеєвські читання, за його ж ініціативою і під його редакцією розпочалося видання зібрання праць академіка С.В. Балея у п'яти томах і двох книгах, перший том якого вийшов друком в 2002 році у видавництві ІФЛІС ЛФС «Cogito» (Львів–Одеса) [1], а другий – у 2009 році у видавництві Національного університету „Львівська політехніка” (Львів) [52].

Можна коротко накреслити основні віхи процесу визнання в Україні заслуг С.В. Балея в розвитку різних галузей наукового знання. Перш за все, важливу роль тут відіграли ряд подій в культурно-науковому житті нашої країни. Публікація твору С.В. Балея „З психології творчості Шевченка” у 1996 році у харківському виданні „История психоанализа в Украине”, що було підготовлено на Сабурової дачі [12], на який відгукнулася відомий літературознавець С. Павличко в статті „Сто років без Фрейда” спочатку в журналі „Критика” [53], а пізніше – в монографії „Дискурс модернізму в українській літературі” [54]. Далі інші дослідники все частіше звертались до цього твору Степана Володимировича, справедливо вважаючи його першою і плідною психоаналітичною розвідкою творчості нашого поета. Дані про цей балеєвський твір

увійшли навіть у підручники: Левчук Л.Т. Психоаналіз: історія, теорія, мистецька практика [55, с. 228-248]; Н.В. Зборовська „Психоаналіз і літературознавство” [56, с. 328-350] та інші. Вартий уваги також і той факт, що у відповідності до Постанови Кабінету Міністрів України № 1293 від 19 листопада 1997 року навчально-виховний комплекс „Великобірківська ЗОШ І-ІІ ст. – гімназія ім. Степана Балея” носить ім'я свого видатного земляка. У березні 1998 року на центральному корпусі згаданої школи урочисто встановлена меморіальна дошка з барельєфом великого вченого, а одна з нових вулиць селища отримала ім'я С.В. Балея [57].

Над психоаналітичними творами С.В. Балея працюють дослідники Харкова і Львова, Одеси і Черкас, готуються перші кандидатські дисертації. Творчість Степана Володимировича стала відомою і в Росії, в Москві: вийшла друком рецензія на книгу „История психоанализа в Украине” в „Психологічному журналі”, матеріали конференцій, бібліографічні збірники, нарешті, стаття про С.В. Балея, виконана П.Т. Петрюком і Л.І. Бондаренко, була вміщена в фундаментальному виданні „Психоаналіз: новейшая энциклопедия” [7], що готувалась у Москві під керівництвом професора В.І. Овчаренка. Можна вважати, що досить широке визнання в Україні значення, наукової спадщини С.В. Балея прийшло перш за все як визнання його психоаналітичних праць – і через оригінальність його концепцій і, зрозуміло, через надзвичайну важливість особистості, що підлягала психоаналітичному дослідженню – особистості Т.Г. Шевченка.

Але найголовнішу роль у вивченні творчості С.В. Балея в Україні зіграла школа академіка М.М. Верникова і він сам особисто: це і конференції, присвячені С.В. Балею, що відбуваються, як нами уже відмічено, кожні два роки у Львові та Одесі, в яких приймають участь десятки українських вчених, котрі досліджують різні області знань, в які зробив свій внесок Степан Володимирович, і, що особливо важливо, видання 5-томного зібрання його творів. 2-й том, що щойно вийшов із друку, містить його твори з галузей психології, педагогіки, психоаналізу, вперше опубліковані українською мовою в перекладах з польської. Ці дослідження С.В. Балея, як і ті, що вміщені в 1-ому томі, виконані лікарем, отже, тісно пов'язані з медициною, педіатрією і можуть зацікавити лікарів, особливо психотерапевтів. Публікація кожного з томів зібрання праць С.В.Балея – поштовх для нових,

більш глибоких розвідок його творчості.

На превеликий жаль, до цього часу ще не всі праці Степана Володимировича знайдені, а знайдені – недостатньо відомі. Наукова спадщина видатного українського і польського психолога, лікаря, психоаналітика, педагога та філософа С.В. Балея чекає вивчення в Україні, а сам він, на основі вивчення його наукової спадщини та безцінного внеску в заснування та розвиток зга-

даних галузей науки, – заслуженого визнання. Безперечно, ретельний аналіз його наукової спадщини буде безцінним внеском у становлення та розвиток відмічених галузей науки не тільки в Україні, а й в Польщі.

Впродовж майже 40 років ім'я знаменитого вченого було забуто в Україні. І лише тепер, із здобуттям Україною незалежності, його багата творча спадщина повертається до нас.

П.Т. Петрюк², Л.І. Бондаренко¹

АКАДЕМИК СТЕПАН ВЛАДИМИРОВИЧ БАЛЕЙ: БИОГРАФИЧЕСКИЕ И НАУЧНЫЕ АСПЕКТЫ (К 125-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

¹Харковский национальный педагогический университет им. Г.С. Сковороды, ²Харковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, м. Харьков

На основании источников специальной литературы приведены новые биографические данные и воспоминания современников о творческом и жизненном пути академика С.В. Балея – выдающегося украинского и польского психолога, врача, психоаналитика, педагога и философа. Проводится анализ творческой эволюции его взглядов и научных достижений. Подчеркивается, что в Польше научные заслуги С.В. Балея были отмечены в свое время, хотя незаслуженно мало, в то время как его научное наследие в Украине еще ожидает изучения, а он сам – заслуженного признания. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 1 (26). — С. 83-93).

P.T. Petryuk², L.I. Bondarenko¹

ACADEMICIAN STEPAN VOLODYMYROVYCH BALEY: BIOGRAPHIC AND SCIENTIFIC ASPECTS (TO 125-TH ANNIVERSARY)

¹Kharkiv National Pedagogic University named after G.S. Skovoroda, ²Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

New biographical data and reminiscences of contemporaries about the creative and vital way of the academician S.V. Baley are presented in the article. The reported facts are proved that S.V. Baley was the prominent Ukrainian and Polish psychologist, physician, psychoanalyst, teacher and philosopher. The analysis of the evolution of his ideas and his scientific achievements are demonstrated. The scientific merits of S.V. Baley were marked in according time in Poland, however that was insufficiently. At the same time, the scientific legacy in Ukraine is demanded investigation and S.V. Baley must be recognized as prominent figure of science. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 83-93).

Література

1. Балея С. Зібрання праць: У 5 т. і 2 кн. – Т. 1 / С. Балея. – Львів-Одеса: ІФЛІС ЛФС «Cogito», 2002. – 488 с.
2. Верников М. Слово про академіка Степана Балея / М. Верников // Філософські пошуки. – Львів-Одеса: Cogito – Центр Європи, 1997. – Вип. 4. – С. 4-13.
3. Верников М. Життя і наукова діяльність Степана Балея / М. Верников // Філософська думка. – 2001. – № 5. – С. 74-89.
4. Петрюк П.Т. Академік Степан Володимирович Балея – видатний український і польський психолог, лікар, психоаналітик та філософ / П.Т. Петрюк, Л.І. Бондаренко // Журнал психіатрії і медичної психології. – 2001. – № 1. – С. 118-125.
5. Петрюк П.Т. Творчий і життєвий шлях академіка Степана Володимировича Балея – видатного українського і польського психолога, лікаря, психоаналітика, філософа та педагога (До 120-річчя з дня народження) / П.Т. Петрюк, Л.І. Бондаренко // Психічне здоров'я. – 2005. – № 2 (7). – С. 86-94.
6. Чеканська О.А. Психолого-педагогічна діяльність С.В. Балея і Поділля (початок ХХ ст.) // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України [Електронна публікація] / О.А. Чеканська // Режим доступу: www.nbuv.ua/portal/soc_gum/pspl/2010_9/734-743.pdf.
7. Психоанализ: новейшая энциклопедия / Сост. и ред.: В.И. Овчаренко, А.А. Грищанов. – Мн.: Книжный Дом, 2010. – 1120 с.
8. Ziernowicz M. Stefan Baley na tle współczesnej epoki [В. м. ро 1952] / M. Ziernowicz // Fondy Biblioteki Instytutu filozofii i sociologii Un-tu Warszawskiego. – S. n., S. a.
9. Верников М. Проблеми особистості в наукових працях Степана Балея / М. Верников // Філософські пошуки. – Львів-Одеса: Cogito – Центр Європи, 1997. – Вип. 4. – С. 21-26.
10. Балея Степан // Українська Радянська Енциклопедія. – 2-е вид. – Київ: Головна редакція УРЕ, 1977. – Т. 1. – С. 337.
11. Балея Степан // Український Радянський Енциклопедичний словник (УРЕС). – У 4 т. – 2-е вид. – Київ: Головна редакція УРЕ, 1986. – Т. 1. – С. 129.
12. История психоанализа в Украине // Сост. И.И. Кутько, Л.И. Бондаренко, П.Т. Петрюк. – Х.: Основа. – 1996. – 360 с.
13. Parnowska M. Profesor St. Baley w 6 rocznik ̄m̄īrci / M. Parnowska // Wychowania w przedszkolu. – 1958. – № 7-8. – S. 330-334.
14. Wojtycski W. Pam̄ik̄nci profesora St. Baley / W. Wojtycski // Psychologia wychowawcza. – 1958. – № 1. – S. 4-8.
15. ДАХО. – Ф. 528. – Оп. 2. – Спр. 51. – Арк.1-2; 7-8.; ДАХО. – Ф. 528. – Оп. 2. – Спр. 124. – Арк. 5.
16. Завальнюк О.М. Минуте і сучасне Кам'янця-Подільського: політики, військові, підприємці діячі освіти, науки, культури і медицини: Історичні нариси. – Вип. 1 / О.М. Завальнюк, О.Б. Комарніцький. – Кам'янець-Подільський: Абетка НОВА, 2003. – 316 с.
17. Балея Степан // Пуній П. Українські лікарі. Кн. 1: Бібліографічний довідник. Естафета поколінь національного відродження. – Львів-Чикаго, 1994. – С. 24-25.
18. Внтюк Ю. Життя Степана Балея: нові знахідки / Ю. Внтюк // Філософські пошуки. – Львів-Одеса: Cogito – Центр Європи, 1997. – Вип. 4. – С. 14-16.
19. Чайковський М. Згадка про проф. Степана Балея / М. Чайковський // Український календар. – Варшава: УСКТ, 1969. –

- C. 270-271.
20. Шах С. Львів – місто моєї молодості / С. Шах. – Мюнхен, 1956. – Ч. 3. – С. 162-165.
21. Baley Stefan // Wielka Encyklopedia Powszechna. – Warszawa: PWN, 1962. – Т. 1. – С. 568.
22. Encyclopedia of Ukraine. – Toronto Press, 1984. – Vol. 1. – P. 165.
23. Jadcak R. Stefan Baley / R. Jadcak // Mistrz i jego uczniowie. – Warszawa, 1997. – S. 68-70.
24. Науменко Ф. Західноукраїнська молодь в боротьбі за український університет у Львові / Ф. Науменко // Львівський держуніверситет. Ювілейна наукова сесія: Тези доповідей. – Львів, 1961. – С. 27-28.
25. Петрусенко В. Передмова до новознайденої статті С. Балея «Проблема кувейзму» / В. Петрусенко, Ю. Вінтюк // Філософські пошуки. – Львів-Одеса: Cogito – Центр Європи, 1997. – Вип. 4. – С. 351-352.
26. Балеї С. Замітка про вплив гіпнози на сні / С. Балеї // Український медичний вісник (Прага). – 1924. – Ч. 3-4. – С. 91-95.
27. Балеї С. Трійця в творчості Шевченка / С. Балеї // Збірник математично-природописно-лікарської секції Наукового Товариства ім. Т. Шевченка. – Львів, 1925. – Т. 23-24. – С. 105-133.
28. Балеї С. Горячка і свідомість / С. Балеї // Лікарський вісник. – Львів, 1926. – Ч. 2. – С. 1-7.
29. Baley S. Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka / S. Baley. – Lwów: Atlas, 1935. – 424 s.
30. Baley S. Drogi samopoznania. – Wyd. 2-e / S. Baley. – Kraków: Wyd. Wiedza: Zawyd. Kultura. – 1947. – 178 s.
31. Балеї С. З психології творчості Шевченка / С. Балеї. – Львів: Шляхи, 1916. – 91 с.
32. Матеріали до обрання нових академіків // ВУАН. – Харків, 1929. – С. 9.
33. Зайцев П.І. Життя Тараса Шевченка: біографічний нарис / П.І. Зайцев. – Харків: Прапор, 1994. – 447 с.
34. Балеї С. Про різницю між почуттями осудними і представними / С. Балеї // Записки Наукового Товариства ім. Т. Шевченка. – Львів, 1911. – Т. 105. – С. 135-168.
35. Балеї С. Експеримент в науці психології / С. Балеї // Звіт дирекції ц. к. гімназії з руською викладовою мовою в Перемишлі за шкільний рік 1912/1913. – Перемишль, 1913. – С. 3-23.
36. Балеї С. Осудні почування і «наставлення» / С. Балеї // Записки Наукового Товариства ім. Т. Шевченка. – Львів, 1918. – Т. 26-27. – С. 1-58.
37. Baley S. O behawioryzmie: odczyt na pos. Kola Psychol. i Towarzystwa Psychol. im. Josefy Joteiko / S. Baley // Ruch filozoficzny. – 1926-1927. – Т. 11. – С. 183-6.
38. Baley S. Psychologia sensu // Księga Pamiętkowa Drugiego polskiego Zjazdu filozoficznego / S. Baley. – Warszawa, 1927. Przegląd filozoficzny. 1928. Т. 31. S. 199-200.
39. Верников М.М. Львівсько-варшавська філософська школа і розвиток в ній матеріалістичних тенденцій. – Дис. ... канд. філос. наук / М.М. Верников. – Львів, 1967. – С. 344-388.
40. Верников М.М. Філософські і психологічні погляди Степана Балея: до 110-річчя з дня народження вченого / М.М. Верников // Український освітній журнал. – 1995. – № 1. – С. 29-36.
41. Балеї С. Нарис психології: новітня бібліотека / С. Балеї. – Львів-Київ: Нові шляхи, 1922. – Ч. 40.
42. Балеї С. Нарис логіки / С. Балеї. – Львів: НТШ, 1923. – 52 с.
43. Baley S. Psychoanaliza jednej pomyłki Slowackiego / S. Baley. – Lwów, 1925. – 21 s.
44. Baley S. Osobowość twórcza Cieromskiego: studium z zakresu psychologii twórczości / S. Baley. – Warszawa, 1936. – 228 s.
45. Baley S. Osobowość / S. Baley. – Lwów: Licealna Biblioteka Filozoficzna. – 1939. – Т. 5. – 36 s.
46. Baley S. Psychologia wieku dojrzenia / S. Baley. – Lwów-Warszawa: Atlas, 1931. – 264 s.; 2 wyd. – Lwów-Warszawa, 1932. – 262 s.
47. Baley S. Psychologia wychowawcza w zarzycia / S. Baley. – Lwów: Atlas, 1938. – 295 s.; 6 wyd. – Warszawa: PWN, 1965.
48. Baley S. Zagadnienie walki z przestępczością młocianych na tle współczesnych doświadczeń w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej / S. Baley. – Warszawa: Nasza Księgarnia, 1948. – 63 s.
49. Baley S. Wprowadzenie do psychologii współczesnej / S. Baley. – Warszawa: PWN, 1959.
50. Балеї С. Проблема кувейзму / С. Балеї // Наука і письменство (Львів). – 1924. – Кн. 1. – С. 96.
51. Балеї С. Замітки з приводу засновання Інституту для нормальної і патологічної психології при Науковім Товаристві ім. Т. Шевченка у Львові / С. Балеї // Лікарський вісник. – Львів, 1920. – Річник 1. – С. 29-31.
52. Балеї С. Зібрання праць: У 5 т. і 2 кн. – Т. 2 / С. Балеї. – Львів: Вид-во Національного ун-ту „Львівська політехніка”, 2009. – 512 с.
53. Павличко С. Сто років без Фройда / С. Павличко // Критика. – 1998. – № 9. – С. 11-15.
54. Павличко С. Дискурс модернізму в українській літературі: Монографія. – 2-е вид., перероб. і доп. / С. Павличко – К.: Либідь, 1999. – 447 с.
55. Левчук Л.Т. Психоаналіз: історія, теорія, мистецька практика: Навч. Посібник / Л.Т. Левчук. – К.: Либідь, 2002. – 255 с.
56. Зборовська Н.В. Психоаналіз і літературознавство: Посібник / Н.В. Зборовська. – К.: Академвидав, 2003. – 392 с. (Альма-матер).
57. Степен Балеї (1885-1952) [Електронна публікація] // Режим доступу: http://www.vl.edu.te.ua/index.aspx?res_xml=Online/Famous/sci/sci2.xml&num=3&res_xsl=Online/Famous/sci.xsl.

Поступила в редакцію 21.12.2010

БАБЮК ИГОРЬ АЛЕКСЕЕВИЧ
(к 50-летию со дня рождения)



7 июня 2011 года исполнилось 50 лет известному в Украине и за ее пределами ученому-сексопатологу, венерологу, психотерапевту, организатору здравоохранения, педагогу и практическому врачу, академику Академии наук высшего образования Украины, профессору, доктору медицинских наук, доктору философии, заведующему кафедрой психиатрии, психотерапии, медпсихологии и наркологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького, заведующему Центра полового просвещения и сексологических исследований при Институте неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины Бабюку Игорю Алексеевичу.

Игорь Алексеевич родился в г.Мариуполе. После окончания в 1984 г. Донецкого медицинского института (ДМИ) работал врачом-дерматовенерологом. С 1988 г. обучался в заочной аспирантуре при Харьковском НИИ дерматовенерологии и венерологии, по окончании которой защитил кандидатскую диссертацию «Комплексное лечение больных хроническим неспецифическим простатитом с применением низкоэнергетических лазеров и оценка эффективности терапии с помощью ультразвукового и иммунологических исследований». В 1993 г.

возглавил областной центр планирования семьи при Донецком областном лечебно-клиническом объединении. Стажировался по психотерапии и медицинской сексологии. В 1996 г. защитил докторскую диссертацию «Психосоматические соотношения в нарушении сексуального здоровья диады при воспалительной и сосудистой генитальной патологии у мужчин и их коррекция», где с позиций многофакторного обеспечения сексуальности человека впервые изучил, классифицировал и подробно описал этиологию и патогенез соматогенно и психогенно обусловленных копулятивных расстройств у мужчин, их влияние на здоровье половых партнеров, сексуальную гармонию в диаде, разработал оригинальные методы диагностики и комплексного лечения, защищенные авторскими свидетельствами и патентами (30 отраслевых рацпредложений и 18 изобретений).

В 1998 г. был назначен внештатным главным детским и подростковым сексопатологом Донецкой области. При поддержке Донецкого областного управления здравоохранением и областного центра по делам молодежи И.А.Бабюк возглавил областную программу «Молодежь Украины – за здоровый образ жизни», в рамках которой проводились научно-практические конференции, телевизионные программы, серии публикаций в газетах и журналах региона, подготовлена и издана «Библиотечка медицинского и социального работника» (15 брошюр по работе с подростками, профилактике аборт, венерических заболеваний, гигиеническим аспектам, половом и нравственном воспитании, в т.ч. и детей-инвалидов). В центре планирования семьи прошло обучение десятки врачей-гинекологов, было разработано, опубликовано и распространено около 20 методрекомендаций и учебных пособий. Игорь Алексеевич подготовил главных внештатных городских сексопатологов и организовал службы оказания сексологической помощи населению в ряде крупных городов Донецкой области (гг.Донецк, Макеевка, Мариуполь, Славянск). В 1998 г. организует и возглавляет курс тематического усовершенствования по основам медицинской сексологии при кафедре психиатрии, психотерапии и наркологии ФИПО ДМИ. В 1999-2000 г.г. создает и руководит отделом восстановления репродуктивной функций

при вновь созданном Институте неотложной и восстановительной хирургии НАМН Украины (г.Донецк). За активную и плодотворную деятельность И.А.Бабюк неоднократно был награжден дипломами и грамотами ДМИ, УНИИССПН, Донецкого областного управления здравоохранением, Донецкого облисполкома, Украинской православной церкви, газеты «Московский комсомолец», «Министерства Украины по делам молодежи и семьи, Президента Украины.

В 2000 г. И.А.Бабюк возглавил кафедру психиатрии, психотерапии, медпсихологии и наркологии с курсом сексологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета, которой руководит по настоящее время. Игорь Алексеевич внес значительный вклад в разработку и решение широкого круга научных и практических проблем в медицинской сексологии, психологии, психотерапии, андрологии, дерматовенерологии и гинекологии. По актуальным вопросам медицины неоднократно выступал на конгрессах, съездах, научно-практических конференциях в Украине и за рубежом. Избран почетным членом Нью-Йоркской академии (2000) и Болгарской научной национальной фондации андрологов-сексопатологов (2002), с 2004 г. – академик Академии наук высшего образования Украины. Является автором более 350 научных работ (29 зарубежных публикаций, 16 монографий и учебных пособий). Его труды «Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин» (2002), «Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков (2004), «Криминальная сексология» (2005) в разные годы были удостоены дипломами лауреата конкурса им.акад.В.П.Протопопова на звание лучшей монографии года в области психиатрии, неврологии и наркологии. В 2010 г. учебник «Основы клинической психологии» стал победителем конкурса АНВО Украины. Монография «Современная контрацепция» (2006) была переиздана в России, а «Биологические маркеры фертильного потенциала у мужчин» (2009) – в Болгарии. Игорь Алексеевич входит в редколлегии ряда отечественных и европейских научных журналов, является председателем Донецкого филиала Ассоциации сексопатологов и андрологов Украины.

За период работы в медицинском университете на вверенной И.А.Бабюку кафедре, где ежегодно проходят интернатуру и магистратуру около 20 молодых специалистов, более 250 врачей-курсантов по специализации и профильным курсам тематического усовершенствования и предаттестационных циклов, защищено 5 кандидатских и 2 докторские диссертации, запланировано 3 научные работы, разработаны новые обучающие программы, компьютерные контрольные тесты, методические рекомендации, организован компьютерный класс, библиотека в помощь обучающимся, благоустроены учебные комнаты, проводится консультативная и исследовательская работа на клинических базах кафедры, созданы все условия для подготовки практических врачей и разработки актуальных научных направлений.

В становлении И.А.Бабюка как ученого, врача, педагога и организатора здравоохранения, на формирование его профессионального самосознания и гражданской позиции огромное влияние оказали учителя – известные ученые и педагоги проф.В.В.Кришталь, проф.И.И.Мавров, проф.И.И.Горпинченко, чл.-кор. НАМН Украины, проф. В.К.Гусак, акад. НАМН Украины, проф.В.Н.Казаков, акад. АНВО, проф.С.И.Табачников.

За годы своей трудовой, научной и педагогической деятельности, благодаря старательному и творческому отношению к своим обязанностям, высокому профессионализму в различных областях медицины и организационным способностям, альтруизму, порядочности и щедрости души, Игорь Алексеевич заслуженно пользуется огромным авторитетом и уважением среди врачей и ученых Украины и за ее пределами.

За заслуги в сфере высшего образования академик АНВО Украины, проф.И.А.Бабюк в 2011 г. представлен к ордену Ярослава Мудрого.

Свое 50-летие юбиляр встречает в расцвете творческих сил и научных идей.

Редакция журнала и коллеги искренне поздравляют юбиляра со знаменательной датой, желают ему крепкого здоровья, счастья и новых творческих побед!

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., Данилова М.В.** 3 Патопсихологические закономерности формирования депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом
- Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Жигулина И.В., Путятин Г.Г.** 9 Этико-правовые подходы к оценке недобровольных мер и риска причинения вреда больному при психиатрическом вмешательстве
- Денисов Е.М.** 24 Метаболические расстройства у больных параноидной шизофренией
- Друзь О.В.** 31 Гендерні особливості поширення психопатології серед батьків осіб, залежних від опіоїдів
- Гончаров В.Е.** 38 Возможности использования данных клинических шкал при разграничении психических расстройств различного генеза
- Кочарян Г.С.** 42 Приспособительное поведение мужчин во время интимной близости, обусловленное сексуальными дисфункциями
- Мишиев В.Д., Кушнир Ю.А., Осадчая Г.А., Ершова Е.А.** 50 Клинико-психопатологические особенности постшизофренических депрессий у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией.
- Огоренко В.В.** 54 Психопатология и клиническая картина психических расстройств у больных с новообразованиями головного мозга
- Осокина О.И.** 59 Психотерапевтическая коррекция нарушения осознания психической болезни на ранних стадиях шизофрении
- Перельгина Е.В., Захарченко Е.А., Старостенко Е.В., Степанова М.Г., Плетнева Т.В., Волкова А.В.** 66 Применение методов групповой терапии при коррекции социальных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в группах общения и взаимодействия
- Бабюк И.А., Шульц О.Е., Васякина Л.А., Арнольдова Т.В., Ракитянская Е.А.** 70 Психотерапевтическая коррекция тревожных и депрессивных расстройств в психиатрической и общеклинической практике
- Bakhteyeva T.D., Maruta N.O., Danylova M.V.** 3 Pathopsychological regularities of formation of depressive disorders in patients with multiple sclerosis
- Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov O.V., Zhygulina I.V., Putyatin G.G.** 9 Ethic-legal approaches to the assessment of the involuntary measures and risk of the caused harm due to psychiatric intervention
- Denysov E.M.** 24 Metabolic syndrome in patients with paranoid schizophrenia
- Druz' O.V.** 31 Gender features of psychopathology prevalence among parents of the persons depended from opioids
- Goncharov V.E.** 38 Opportunities of using data from clinical scales at differentiation mental disorders of various genesis
- Kocharyan G.S.** 42 Adaptive behavior of men during intercourses caused by sexual dysfunctions
- Mishiev V.D., Kushnir U.A., Osadcha G.A., Ershova E.A.** 50 Clinical features of post-schizophrenic depression at patients with episodic schizophrenia
- Ogorenko V.V.** 54 Psychopathology and clinical picture of mental disorders in patients with brain tumors
- Osokina O.I.** 59 Psychotherapeutic correction of unawareness of mental disorder at early stages of schizophrenia
- Perelygina E.V., Zaharchenko E.A., Starostenko E.V., Stepanova M.G., Pletnyova T.V., Volkova A.V.** 66 Application of methods of group therapy for correction of social skills of children with disorders of autistic spectrum in groups of communication and interaction
- Babyuk I.A., Shults O.E., Vasyakina L.A., Arnoldova T.V., Rakityanskaya E.A.** 70 Research of efficiency deprivox at the patients by generalized anxiety disorder

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

- Абрамов В.А., Ряполова Т.Л.** 76 Современные теоретико-методологические подходы к изучению различных стадий шизофрении и психосо-
- Abramov V.A., Ryapolova T.L.** 76 The modern theoretic-methodological approaches to the study of the different stager of schizophrenia and patient's

циальной реабилитации больных (сообщение 2)

psychosocial rehabilitation (part 2)

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ANNIVERSARIES

Петрюк П.Т., Бондаренко Л.І. Академік **83**
Степан Володимирович Бaley: біографічні та наукові аспекти (До 125-річчя з дня народження)

Бабюк Игорь Алексеевич (к 50-летию со дня рождения) **94**

Petryuk P.T., Bondarenko L.I. Academician
Stepan Volodymyrovych Baley: biographic and scientific aspects (To 125-th anniversary)

Babiuk Igor (on his 50th birthday)

СОДЕРЖАНИЕ

96 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