

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

№ 1-2 (24-25), 2010 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, Б. Б. Івнєв, В. М. Казаков, Б.В.Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, В. Я. Уманський, 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 616.89+612.017.2]-036.4

*В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин, А.В. Абрамов***ВЛИЯНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТИГМЫ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психосоциальный стресс, стигма, первый психотический эпизод

В 1911 году Е. Bleuler [1], подчёркивая значение социальных факторов в генезе шизофрении, отмечал, что «повседневные трудности повседневной жизни могут, в конце концов, расшатать неустойчивое равновесие». Через некоторое время Г.Е. Сухарева писала, что «постепенно дилемма эндо-или экзогенного происхождения шизофрении перестает быть альтернативной». В дальнейшем развитие получили интегративные био-психосоциальные концепции шизофрении, в частности представление об «уязвимость-стрессовой модели шизофрении» [3-6]. Согласно этим авторам, для развития шизофрении необходима определенная предрасположенность к этому заболеванию, врожденная (генетическая) или приобретенная «уязвимость», исключающая возможность выдержать интенсивные психосоциальные нагрузки (низкая толерантность и повышенная сенситивность). Неспособность индивидуума к эффективному социальному взаимодействию, недостаточность психологической адаптации к социальной среде приводит к ситуации психосоциального стресса и вследствие этого – к возникновению психического заболевания [7].

Одним из неблагоприятных системных последствий воздействия стрессогенных факторов, в том числе связанных с особенностями оказания психиатрической помощи, является формирование у больного стигмы.

Наибольшую стигму, имеющую многофакторную обусловленность, переживают лица с хроническими психическими заболеваниями, длительно находящиеся на стационарном лечении в условиях изоляционно-ограниченного режима, переживая кризис, сопряженный с увеличением социальной изоляции [8]. Однако переживания стигмы и боязнь её формирования проявляется уже на ранних этапах психического расстройства, являясь неблагоприятным прогно-

стическим фактором [9].

Первичная постановка психиатрического диагноза обозначает официальную констатацию у пациента того или иного психического расстройства. С этого момента начинается процесс стигматизации или негативного выделения его в микросоциальном окружении. Стигма психического расстройства определяется как признак недоверия или пренебрежения, сопровождающийся мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях и отдаляющий пациента от остальных [5, 8, 10]. По некоторым данным, переживание стигмы является более тяжелым нарушением даже в сравнении с самыми серьезными симптомами психического расстройства [11]. Являясь своеобразным социальным клеймом, стигма препятствует социальной интеграции и приводит пациентов к их социальному отвержению.

Выявлены [12] основные пути стигматизации пациента: стигматизация больного со стороны медперсонала; стигматизация больного в семье; стигматизация со стороны микросоциального окружения; самостигматизация больного.

Показана, в частности, негативная роль патерналистского и директивного стиля отношений медперсонала к пациентам [13-15], своеобразных, эмоционально-напряженных взаимоотношений в семье [16-18], стрессогенных и маргинализирующих («социально выталкивающих») влияний окружающей среды.

Показано также влияние на процесс стигматизации, складывающейся у самих больных «внутренней картины болезни» [19] и своеобразия Я-концепции больных с заниженной и неадекватной самооценкой, слабой структурированностью образа «Я», искаженным отражением «Я», слабой мотивацией к социальным контактам [20-21].

Среди внутренних (субъективных) факторов

стигматизации (аутостигматизации) В.А. Абрамовым и др. [22] выделены социальное дистанцирование пациента, низкий уровень мобилизации психологических ресурсов личности и копинг-стратегий, оценка уровня социальной (в т.ч. семейной) поддержки как недостаточного. Показано влияние стигматизации на формирование многочисленных рисков для личности и социального функционирования пациентов, а также зависимость распространённости и глубины стигматизирующих переживаний от особенностей лечебно-реабилитационной тактики [23].

В последние годы в качестве важнейшей предпосылки манифестации психотических расстройств и стигматизации пациентов рассматривается влияние стрессогенных факторов, приводящих к перенапряжению адаптационных структур и обуславливающих тем самым нарушение системы отношений личности с окружающей средой, а также защитных психологических механизмов индивидуума и копинг-стратегий, способствующих его искажённому реагированию

Материал и методы исследования

Обследовано 56 больных с первым психотическим эпизодом в возрасте от 21 до 34 лет. По диагностическим категориям больные распределились следующим образом: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 21 человек; острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 18 человек; острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 8 человек; впервые диагностированная шизофрения (F20) – 9 человек. Диагнос-

на социальные воздействия [4, 6, 24, 25].

Однако до настоящего времени, несмотря на рекомендации ВОЗ (2001), направленные на уменьшение предубежденности, социальной стигматизации и дискриминации больных, не систематизированы особенности и механизмы ранних стигматизирующих переживаний у больных с впервые диагностированным психическим расстройством, закладывающим основу для существенного снижения их последующей жизнедеятельности и качества жизни, не изучены условия, способствующие процессу стигматизации, влияние на этот процесс стрессогенных факторов, не разработаны адекватные и эффективные формы психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных воздействий.

Цель исследования заключалась в изучении уровня стрессогенных воздействий в период, предшествовавший манифестному психотическому эпизоду и при первой госпитализации больных в психиатрический стационар, а также их влияние на формирование стигмы.

тика заболеваний осуществлялась на основе критериев МКБ-10.

В работе использовалась шкала PSM-25 Lemyr-Tessier-Fillion (1991), предназначенная для измерения феноменологической структуры переживаний стресса, стандартизованная шкала стигматизирующих переживаний (В.Абрамов и соавт., 2009) и шкала оценки семейных отношений. Математическая обработка полученных результатов проводилась по методу Стьюдента с вероятностью достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показателей стрессовых ощущений в соматической, поведенческой и эмоциональной сферах в течение одного месяца до госпитализации больных в психиатрический стационар, по данным шкалы психологического стресса – PSM-25, позволил выделить три уровня психической напряженности (стресса):

- высокий уровень стресса ($159 \pm 6,7$ балла) – 34 человека (60,7%);
- средний уровень стресса ($126 \pm 4,3$ балла) – 16 человек (28,6%);
- низкий уровень стресса ($86 \pm 3,9$ балла) – 6 человек (10,7%).

В содержательном отношении состояния психической напряженности характеризовались тем или иным уровнем дезорганизации сомато-веге-

тативных и психических функций. В сомато-вегетативной сфере это проявлялось расстройствами сна, половой функции, ощущением физического недомогания, дискомфорта в различных органах и системах, тяжести в теле, нарушением аппетита. Дезорганизация эмоциональных функций находила отражение в раздражительности, пониженном настроении, придирчивости, ощущениях напряженности, крайней взволнованности, тревоги, переживаниях одиночества, повышенной обидчивости, пугливости. В когнитивной сфере наблюдались нарушения продуктивности познавательных процессов, принятие ошибочных решений, постоянные мысли о незавершенных делах и нерешенных вопросах, забывчивость, относящаяся к важным делам и реше-

ниям, снижение сосредоточенности и концентрации внимания, затруднения при реализации контрольных функций. Наконец, дезорганизация в поведенческой сфере характеризовалась ощущением потери контроля над собой, пониженной работоспособностью, вялостью, снижением продуктивности в работе, активности, привычных темпов деятельности, неусидчивостью.

Оценивая стрессогенность тех или иных внешних факторов, мы исходили из того, что трудные жизненные ситуации не являются трудными сами по себе, а только при индивидуальных особенностях их восприятия, интерпретации и когнитивной оценки субъектом ситуации и зависит от личностных ресурсов стрессоустойчивости. Чаще всего в роли стрессогенных выступали такие социально-психологические факторы, как здоровье кого-либо из членов семьи, материальные трудности, конфликтные взаимоотношения с членами семьи, подавленное стремление к независимости, неудовлетворенность своей работой, безработица, проблемы с детьми, чувство одиночества, смерть близкого человека, ответственная работа, сексуальные проблемы (последовательность приведенных факторов соответствовала частоте их встречаемости у обследованного контингента больных).

Систематизация данных, приведенных в специальных литературных источниках [26], позволила выделить характерные признаки семейных отношений больных накануне первого психотического эпизода, несущих в себе стрессогенную нагрузку. С помощью соответствующей шкалы были определены наиболее типичные и часто встречающиеся особенности семейных коммуникаций у больных с различными уровнями стресса (табл. 1)

Из приведенной таблицы следует, что по всем признакам (за исключением гиперопеки) по мере накопления негативных аспектов семейных отношений происходит усиление их стрессогенных влияний в широком контексте психического функционирования больных. Наибольшую стрессогенную нагрузку заключали в себе такие факторы как однополюсное распределение власти в семье, «накал эмоций», «выяснение отношений», аморфность и неструктурированность отношений.

Однако при всей важности вышеуказанных факторов наибольшую стрессогенную нагрузку, как с точки зрения субъективной значимости жизненной ситуации, так и с точки зрения её последствий для дальнейшей жизнедеятельности, заключала в себе ситуация впервые выставленного психиатрического диагноза и первой

госпитализации больных в психиатрическую больницу. Неблагоприятное воздействие этих обстоятельств на пациента рассматривалась нами в контексте стрессовой ситуации, структурные и содержательные аспекты которой представлены на рис. 1.

Сложная взаимосвязь между когнитивными, эмоциональными и поведенческими переменными, существующая при столкновении человека со стрессогенными условиями или обстоятельствами социальной жизни обуславливает необходимость отказа от упрощенных схем рассмотрения психодинамики стресса в виде «стимул-реакция». Более совершенным является ситуационный подход, рассматривающий человека как субъекта активного взаимодействия с ситуацией посредством эмоциональных переживаний, интерпретаций и когнитивного переосмысления, различных видов преодолевающего поведения и адаптации [27].

Стрессогенная ситуация – это ситуация, несущая в себе повышенную вероятность эмоционально-информационного стресса, которая содержит в себе только предпосылки стрессового реагирования. Стрессогенный характер первых контактов пациента с психиатрической службой (обращение к психиатру, первый психиатрический осмотр, госпитализация) сам по себе не может рассматриваться как стрессовое воздействие. Стрессогенная ситуация превращается в стрессовую ситуацию в результате её субъективной (когнитивной) репрезентации, зависящей от личностных ресурсов стрессоустойчивости, субъективных характеристик восприятия и оценки отношения к ситуации. Эмоциональный вектор стрессовой ситуации связан, с одной стороны, с субъективной значимостью ситуации и её негативным контекстом, с другой – с оценкой низкой вероятности её благополучного завершения без каких-либо нежелательных последствий для больного. Информационный вектор стрессовой ситуации обусловлен недостаточным количеством и качеством информации о болезни, возможных её исходах, особенностях и длительности лечения и т.п. Существенную роль играет неинформированность пациента о значении его собственных ресурсов (в т.ч. психологических) в преодолении сложившейся ситуации.

Стрессовое событие – это впервые возникший эпизод психоза, постановка психиатрического диагноза и первая госпитализация больного в психиатрический стационар. Эти особые жизненные обстоятельства сопровождаются сильными экзистенциальными переживаниями

и изменениями смыслообразующих атрибутов жизненного пространства личности. В этом контексте особое значение приобретает широкий спектр переживаний многочисленных рисков для дальнейшей жизнедеятельности пациента. Прежде всего речь идет об ограничении социальных связей, стигматизирующем влиянии психиатри-

ческого диагноза, потере способности к независимому проживанию, нарушении межличностного общения, формировании нейрокогнитивного дефицита, эмоциональной напряженности в семье с повышенным риском её распада, вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества, снижении качества жизни.

Таблица 1

Зависимость показателей уровня стресса от особенностей семейных отношений больных с первым психотическим эпизодом

Признаки семейных отношений	Больные с низким уровнем стресса	Больные со средним уровнем стресса	Больные с высоким уровнем стресса
Однополюсное распределение власти	1,7±0,1	2,7±0,13*	3,6±0,25*
«Эротичность отношений», симбиоз одного из родителей с ребенком противоположного пола, искажение половой идентичности	1,2±0,12	2,1±0,21	2,4±0,36*
Агрессивность, тревожность и амбивалентность поведения матери	1,5±0,09	2,4±0,16*	3,7±0,17*
Экспрессивное выражение чувств («накал эмоций»)	1,4±0,06	2,6±0,19*	3,4±0,24*
«Негативный аффективный стиль» (оскорбительная критика, назойливые замечания, необоснованные требования, индукция чувства вины и пренебрежения)	1,3±0,07	2,4±0,22*	3,8±0,27*
«Выяснения отношений»	1,7±0,1	2,9±0,16	3,4±0,25*
Гиперопека больного, проявляющаяся запретами и ограничениями попыток самостоятельной активности	1,9±0,08	2,3±0,18	2,6±0,32
Взаимодействие членов семьи по механизму взаимоисключающих требований	1,1±0,05	2,1±0,23*	2,9±0,17*
Скрытность, «псевдовзаимность» отношений между членами семьи	1,6±0,07	2,7±0,17	3,1±2,1*
Аморфность, неструктурированность отношений	1,7±0,1	2,9±0,28	3,4±0,18*
«Бессмысленность общения» (повторяющиеся разговоры без определенной цели)	1,2±0,04	2,4±0,21*	3,2±0,22*
Ограниченный характер отношений семьи с социальным окружением	1,2±0,05	2,0±0,14*	2,9±0,24*
Суммарный показатель	1,45±0,12	2,45±0,16*	3,2±0,29*

* P<0,05 по сравнению с показателями предыдущей группы.

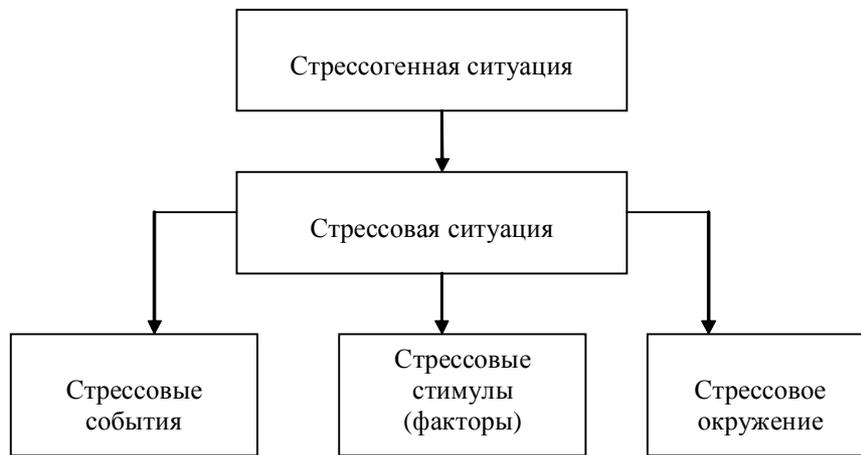


Рис.1 Структурно-содержательные компоненты стрессовой ситуации у больных с первым психотическим эпизодом.

К основным стрессовым стимулам, как внешним детерминантам стрессовых состояний, непосредственно связанным с госпитализацией больного относятся такие факторы неблагоприятной терапевтической среды как:

- а) изоляция с различными формами ограничительных воздействий;
- б) дискриминация – более или менее выраженные нарушения прав пациента ;
- в) стигматизация – негативное выделение пациента в микросоциальном окружении.

Стрессовое окружение (жизненное пространство, среда) в психиатрическом отделении нередко содержит в себе черты агрессивности с директивно-патерналистической системой отношений медперсонала, невозможностью удовлетворения жизненно важных потребностей больных, отсутствием социальной поддержки, способствующие снижению самооценки, нарастанию субъективных ощущений ущербности, социальной незащищенности и уязвимости.

Таким образом, ситуация первой госпитализации в психиатрическую больницу и впервые выставленного психиатрического диагноза с учетом многочисленных рисков для дальнейшей жизнедеятельности пациента относится к числу трудных жизненных ситуаций. Одним из неблагоприятных последствий таких ситуаций является формирование стигмы. Процесс стигматизации (самостигматизации) активно разворачивается сразу же с момента определения диагноза психического расстройства, дистанцирующего пациента от участия в решении жизненно важных проблем. В качестве основных его предпосылок, помимо вышеперечисленных стрессовых факторов, нами выделены специфические для сложившейся ситуации характеристики:

- высокое субъективно-негативное значение возникших обстоятельств;
- низкий уровень возможности контроля над ситуацией;
- отсутствие осведомленности или личного опыта переживания подобных ситуаций;
- низкая вероятность изменения ситуации к лучшему без усилий пациента;
- неопределенность дальнейшей жизнедеятельности и отношений с микросоциальным окружением;
- высокая вероятность повторения или хронизации стрессовой ситуации.

Анализ феноменологических признаков стигматизирующего реагирования больных на стрессовую ситуацию и особенностей его динамики сделал возможным выделение нескольких уровней формирования стигмы у больных, госпитализированных в психиатрическую больницу по поводу первого психотического эпизода. Первый уровень – субъективные репрезентации отдельных стресс-факторов или стрессовых ситуаций, воспринимаемых больными как негативно сказывающихся на душевном комфорте и качестве жизни. Признаки стигматизации проявлялись в когнитивной, ценностно-мотивационной и эмоциональной сферах: количество воспринимаемых стресс-факторов, степень адекватности когнитивной оценки их «разрушающей силы» («вредоносности»), а также динамика изменения значимости и ценности эффективного взаимодействия с трудной ситуацией. Второй уровень – появление стигматизирующих переживаний в виде острых кратковременных или постоянных состояний психической напряженности, сомато-психической дезорганизации, негативных эмоциональных переживаний и

поведенческих изменений. Третий уровень – формирование устойчивых личностных и поведенческих деструкций и деформаций, нару-

шающих целостность личности, снижающих её адаптивность, устойчивость и продуктивность деятельности.

Таблица 2

Выраженность стигматизирующих переживаний у больных с различным уровнем стресса

Тип стигматизирующих переживаний	Низкий уровень стресса	Средний уровень стресса	Высокий уровень стресса
Страх общения с окружающими	1,2±0,07	1,8±0,14*	2,6±0,14**
Переживание утраты социального статуса и положения в обществе	1,3±0,12	2,0±0,15*	2,9±0,21**
Ощущение невосполнимого снижения жизнедеятельности	1,8±0,11	2,1±0,1	2,2±0,1
Разрыв социальных связей	1,2±0,14	1,9±0,17	2,3±0,09**
Мучительное чувство стыда	1,3±0,17	1,8±0,13	2,2±0,22**
Низкая самооценка	1,2±0,22	1,8±0,13*	2,4±0,21**
Социальное отвержение	1,4±0,24	2,0±0,15	2,4±0,19**
Чувство вины	1,3±0,14	2,1±0,1	2,5±0,14**
Возможность дискриминации	1,2±0,12	1,7±0,18*	2,4±0,1**
Ощущение враждебного отношения к себе	1,5±0,24	1,7±0,11	1,9±0,11
Недоверие окружающих	1,2±0,17	1,3±0,05*	1,8±0,09
Социальная бесполезность	1,2±0,21	1,4±0,1	1,5±0,08
Не такой как все	1,1±0,07	1,2±0,12	1,6±0,12
Ощущение безнадежности	1,2±0,09	1,3±0,21	1,5±0,06
Ощущение зависимости от окружающих	1,3±0,14	1,6±0,24*	2,3±0,14
Интегративный показатель психической напряженности	1,21±0,19	1,71±0,26	2,16±0,12**

* - P<0,05 по сравнению с показателями первой группы; ** - P<0,05 по сравнению с показателями первой и второй групп.

Проведенное исследование позволило установить существенную зависимость между выраженностью стигматизирующих переживаний и уровнем стресса (табл.2). В группе пациентов с высоким уровнем стресса отмечалась наибольшая интенсивность стигматизирующих переживаний. Помимо высоких значений интегративного показателя психической напряженности, при значительном уровне стресса наблюдалось достоверное (P < 0,05) преобладание таких переживаний как страх общения с окружающими и утраты социального статуса и положения в обществе, разрыв социальных связей, мучительное чувство стыда, низкая самооценка, социальное отвержение, чувство вины и возможность дискриминации.

Таким образом, эмоционально-информационный стресс – неотъемлемая часть переживаний больных в период до и после первого психотического эпизода. Одним из его самых неблагоприятных последствий является формирование у больных признаков самостигматизации, что в сочетании со стигматизирующими макро- и микросоциальными воздействиями способствует формированию неадекватных форм психологической защиты и копинг-стратегий.

Полученные данные ориентируют на разработку системы мероприятий, направленных на преодоление негативного влияния психосоциального стресса на пациентов с предрасположенностью к психотическим регистром реагирования на неблагоприятные внешние факторы.

ВПЛИВ СТРЕСОГЕННИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМУВАННЯ СТИГМИ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

У статті наведені дані відносно впливу стресогенних факторів на формування стигми у хворих із першим психотичним епізодом. Було обстежено 56 хворих із першим психотичним епізодом у віці від 21 до 34 років за допомогою шкали психологічного стресу – PSM – 25, стандартизованої шкали стигматизуючих переживань (В. Абрамов та співавтори, 2009) та шкали оцінки родинних відносин. Були встановлені рівні психічної напруги (стресу), залежність показників рівня стресу від особливостей родинних відносин хворих із першим психотичним епізодом. Була показана вираженість стигматизуючих переживань хворих із різними рівнями стресу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 3-9).

V.A. Abramov, G.G.Putyatin, A.V.Abramov

IMPACT OF STRESS-GENIC FACTORS ON THE FORMATION OF THE STIGMA BY PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Donetsk national medical university named after M.Gorky

Data represented in the article show the impact of stress-genic factors on the formation of the stigma by patients with the first psychotic episode. 56 patients with the first psychotic episode, aged from 21 to 34, were surveyed based on the scale of the psychological stress PSM –25, the standardized scale of stigmatizing experiences (V.Abramov and co-authors, 2009), and based on the rating scale of family relationship. The level of psychical tension (stress), and dependency of stress-level indexes on the nature of the family relationship of patients with the first psychotic episode have been determined. The evidence of the stigmatizing experiences of patients with different stress level has been depicted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 3-9).

Литература

1. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, 1911.
2. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., Медицина, 1974-320с.
3. Zubin J., Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Abnormal. Psychol* – 1977. Vol.86.- p. 103-126.
4. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability// *Psychol. med*-1983, N3-p.551-571.
5. Braun D.,Birley J. Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *J.Health and Social Behaviour*, 1968,9,213-214.
6. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении// *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2007.- т.17., №2. – с.103-107.
7. Liberman R. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2005, 62-p.361-370.
8. Holmes P., River L.P. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness// *Cognitive and Behavioral Practice*.-1998.-vol.5.-p.231-239.
9. Phelan J.C., Bromet E.J., Link B.G. Psychiatric illness and family stigma// *Schizophrenia Bulletin*.-1998.-vol.24.-p.115-126.
10. Fink P.J., Tasman A. Stigma and mental illness-Washington: DC American Psychiatric Press, 1992.
11. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it// *Advances in Psychiatric Treatment*. -2000.vol.6.-p.65-72.
12. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1// *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005.-№4-с.67-71.
13. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных// *Обзор психиатрии и мед.психологии*.-2000, N1.-с.3-8.
14. Стивен Л. Стигматизация психического расстройства. Пер. с англ.//<http://www.osp.unibel.by/obzor/1998/3/2-1.htm>
15. Stephen M., Lawrie S.M. Stigma and psychical diseases // *Psychiatric Bulletin*.-1999.-vol.23.-p.129-131.
16. Anderson C.M., Hogarty G., Reis D. The psychoeducational family treatment of schizophrenia //New developments in interventions with families of schizophrenics/ M.J.Goldstein (Ed) – San Francisco: Jossey-Bass, 1981.-p.79-94.
17. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. – М.:Медицинская книга. Издательство НГМА, 1998.- с.334-341.
18. Саятлова Н.П., Рожков С.А. Работа с семьями психически больных в условиях клинического отделения // *Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты)*. – Томск, 1998.- с.160-161.
19. Воловик В.М., Коцюбинский А.П. Психокоррекционная работа в семьях в инициальном периоде шизофрении: Методические рекомендации. - Л., 1984.-39с.
20. Бурковский Г.В. Личностный смысл госпитализации и терапевтической активности психически больных в условиях психиатрического отделения// *Журнал невропатологии и психиатрии*.-2001, N11.-с.107-110.
21. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении.-СПб: «Питер»,2001.- 432с.
22. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. Донецк «Каштан», 2009.-584с.
23. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи)// *Український вісник психоневрології*.-2007.-т.15. №1(50).-с.21-24.
24. Нуллер Ю.Л., Пегашева А.Е., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных// *Социальная и клиническая психиатрия*.-1998.-№2.-с.5-11.
25. Бергер П. Многофакторная модель патогенеза. Ханс Хофф-пионер современной психиатрии// *Социальная и клиническая психиатрия*.-1994.-т.4, №2.-с.121-125.
26. Минутко В.В. Шизофрения. М., 2009. - 687с.
27. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. Питер, 2009. - 329с.

Поступила в редакцию 24.06.2010

УДК 616.89-008.441.44-08

А.М. Бачериков, Е.Г Матузок, К.В. Харіна, С.В. Токарева, Р.В. Лакинський, Л.М. Сітенко, О.В. Горбунов, А.І. Хімчан, Т.Ф. Гурджий, М.Ю. Попова, А.В. Кись

ЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ У ПОПУЛЯЦІЇ ПСИХІЧНО ХВОРИХ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Харківський міський психоневрологічний диспансер № 3, Харківський міський психоневрологічний диспансер № 16, Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи

Ключові слова: суїциди, шизофренія, органічні включно із симптоматичними психічними розладами, депресія

В усьому світі загально визнано, що психічні захворювання є одним з найбільш впливових факторів ризику щодо здійснення завершених спроб самогубства [1, 2, 3]. Провідні експерти з аутоагресивної поведінки вважають, що задля зниження рівня самогубств у населення необхідно приділяти більше уваги ранньому виявленню суїцидальних намірів у психічно хворих [4, 5].

Вважається, що за своїми психопатологічними особливостями суїцидальні депресивні пацієнти дуже близькі до рівня психічних порушень у загальній популяції осіб, що вчинили незавершену [6] або завершену [7, 8] суїцидальну спробу. Щодо пацієнтів із шизофренією та шизофреноподібними розладами, то ризик померти від суїциду для них суттєво вищий за популяційний і складає приблизно 5 % [9]. Частота незавершених спроб у осіб із шизофренією та шизофреноподібними розладами також значно вища ніж у суспільстві в цілому. За різними оцінками становить 20 – 40 % [10, 11]. Факторами ризику у цих хворих також є депресія, відчуття втрати надії та зловживання психотропними засобами [12, 13].

Незважаючи на велику значущість проблеми, у доступній нам вітчизняній науковій літературі майже відсутні роботи, присвячені статистичному аналізу особливостей суїцидальної поведінки колишніх пацієнтів психіатричної служби [14].

У нашому місті у 2000 - 2006 роках внаслідок завершених суїцидальних спроб загинуло 1985 осіб (1504 чоловіки та 481 жінка, співвідношення чоловіки/жінки становить 3,31 : 1).

У 2000-2006 роках внаслідок завершеної суїцидальної спроби загинуло 86 пацієнтів (44 чоловіки та 42 жінки, співвідношення чоловіки/жінки становить 1,05:1).

Таким чином особи, що зверталися на протязі життя за допомогою до МДПС у 2000-2006 роках, скоїли приблизно 4,33% від загальної кількості усіх самогубств у місті. Самогубства чоловіків - пацієнтів склали 2,93% від загальної кількості чоловічих суїцидів, самогубства жінок - пацієнтів склали 8,73% від загальної кількості жіночих самогубств.

За нозологічним принципом суїциденти розподілилися наступним чином (дивись таблицю 1).

Таблиця 1

Розподіл суїцидентів за нозологічною приналежністю

№ за переліком	Нозологічна одиниця	Шифр нозологічної одиниці з МКХ-10	Номер групи	Кількість осіб у групі	Відсоток від загальної кількості обстежених
1.	Шизофренія, шизотипічні та маячні розлади	F 2	1	47	54,65
2.	Органічні, включно із симптоматичними психічними розладами	F 0	2	19	22,09
3.	Афективні розлади	F 3	3	11	12,79
4.	Затримка розумового розвитку (олігофренія)	F 7	4	4	4,65
5.	Розлади зрілої поведінки та особистості у дорослих	F 6	5	3	3,49
6.	Невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади	F 4	6	2	2,33
Усього				86	100

Розподіл суїцидентів - чоловіків за нозологічною приналежністю

№ з/п	Нозологічна одиниця	Шифр нозологічної одиниці	Номер групи	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості обстежених жінок
1.	Шизофренія, шизотипічні та маячні розлади	F 2	1	21	47,73
2.	Органічні, включно із симптоматичними психічними розладами	F 0	2	13	29,54
3.	Афективні розлади	F 3	3	4	9,09
4.	Затримка розумового розвитку (олігофренія)	F 7	4	3	6,82
5.	Розлади зрілої поведінки та особистості у дорослих	F 6	5	3	6,82
Усього				44	100

Розподіл жінок, що скоїли самогубство, за нозологією представлений у таблиці 3.

Розподіл суїцидентів - жінок за нозологічною приналежністю

№ з/п	Нозологічна одиниця	Шифр нозологічної одиниці	Номер групи	Кількість осіб	Відсоток від загальної кількості обстежених жінок
1.	Шизофренія, шизотипічні та маячні розлади	F 2	1	26	61,9
2.	Афективні розлади	F 3	3	7	16,67
3.	Органічні, включно із симптоматичними психічними розладами	F 0	2	6	14,29
4.	Невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади	F 4	6	2	4,76
5.	Затримка розумового розвитку (олігофренія)	F 7	4	1	2,38
Усього				42	100

Таким чином, найбільш розповсюдженим різновидом психопатології у обох статей були шизофренія, шизотипічні та маячні розлади. У чоловіків на другому за розповсюдженістю місці були органічні включно із симптоматичними психічними розладами, в той час як у жінок вони займали лише третє місце. Афективні розлади у чоловіків займали третю позицію в той час як у жінок вони були на другому місці. Треба відзначити, що у жінок не спостерігалось розладів зрілої поведінки та особистості у дорослих, а у чоловіків невротичних, пов'язаних із стресом та соматоформних розладів.

Розподіл суїцидентів за віком показаний на рисунку 1.

Максимальна кількість людей загинула у вікових групах 30 - 39 років - 17 осіб (19,77% від загального числа обстежених), 50 - 59 років - 16 осіб (18,60% від загального числа обстежених випадків) та в групі 40 - 49 років - 14 осіб (16,28% від загального числа обстежених випадків). Загалом у віці 30 – 59 років загинуло 47 осіб, що складає 54,65% від загальної кількості спостережень.

Розподіл суїцидентів за статтю та віком представлений на рисунку 2.

У чоловіків найбільша кількість суїцидів також спостерігалася у віці 50 - 59 років - 10 осіб (11,63% від загального числа обстежених випадків та 22,73% від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі).

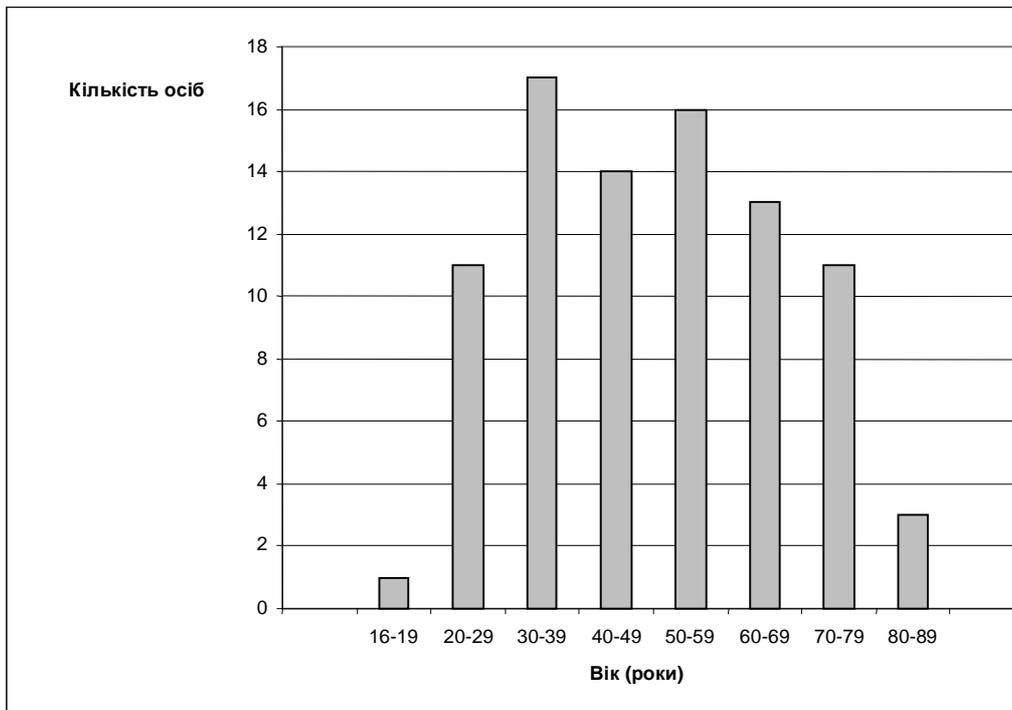


Рис. 1. Розподіл суїцидентів за віком

Жіночих самогубств найбільше було скоєно у віковій групі 30 - 39 років 9 осіб (10,47% від

загального числа загиблих та 21,43% від загальної кількості загиблих жінок).

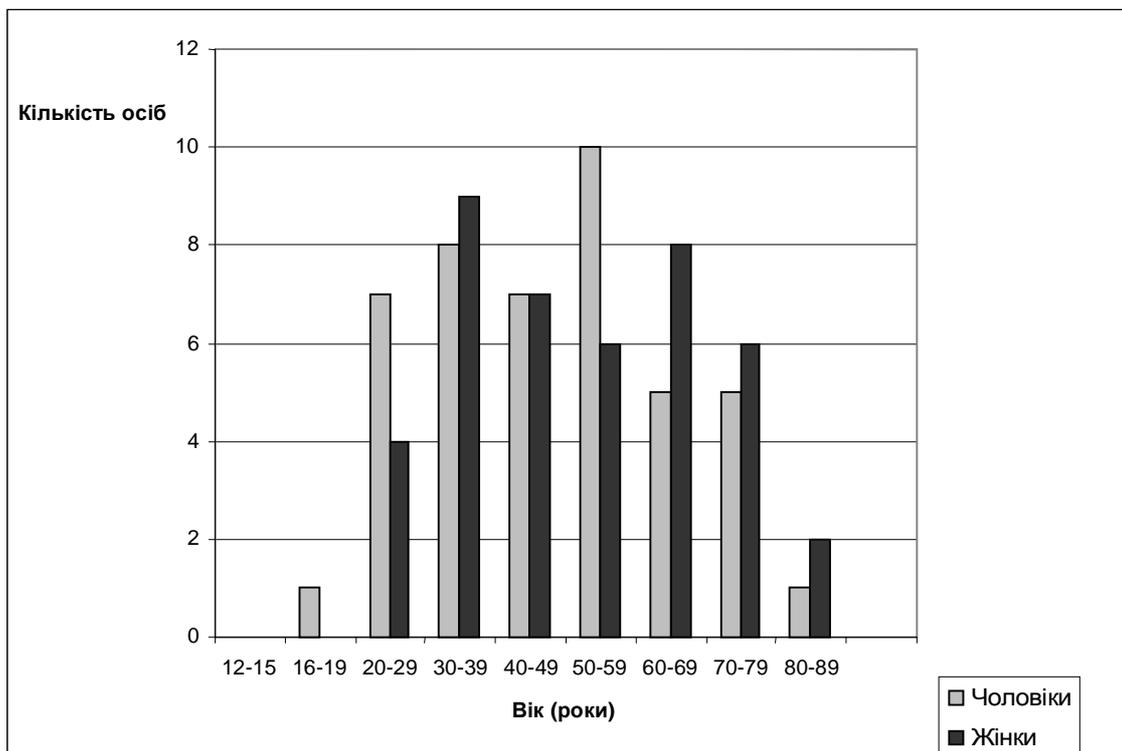


Рис. 2. Розподіл суїцидентів за статтю та віком

На рисунку 3 представлений розподіл суїцидентів за днями тижня у які було скоєно самогубство.

Найбільша кількість суїцидентів пішла з життя у понеділок та середу – по 16 осіб (по 18,60%

від загального числа обстежених випадків). Загалом в ці два дні тижня померла більше ніж третина від усіх психічно хворих, що здійснили завершену суїцидальну спробу.

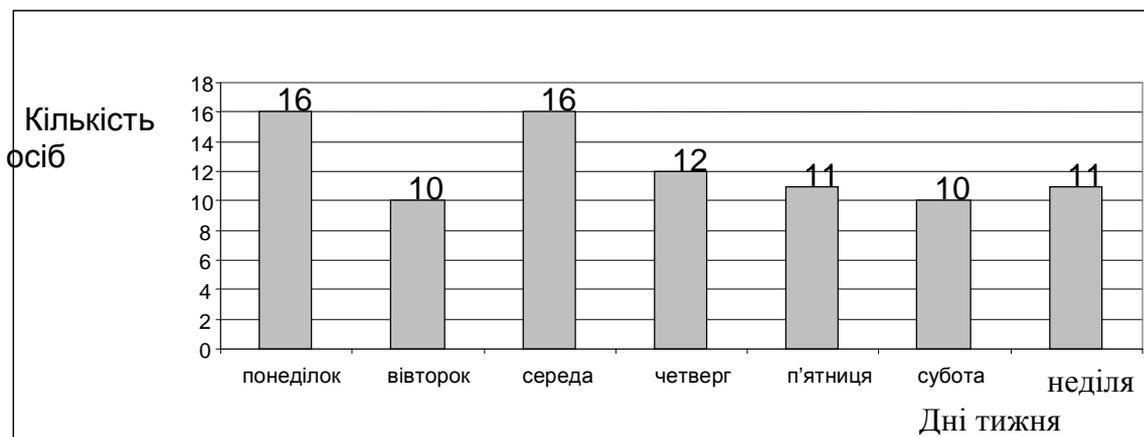


Рис. 3. Розподіл суїцидентів за днями тижня у які було скоєно самогубство

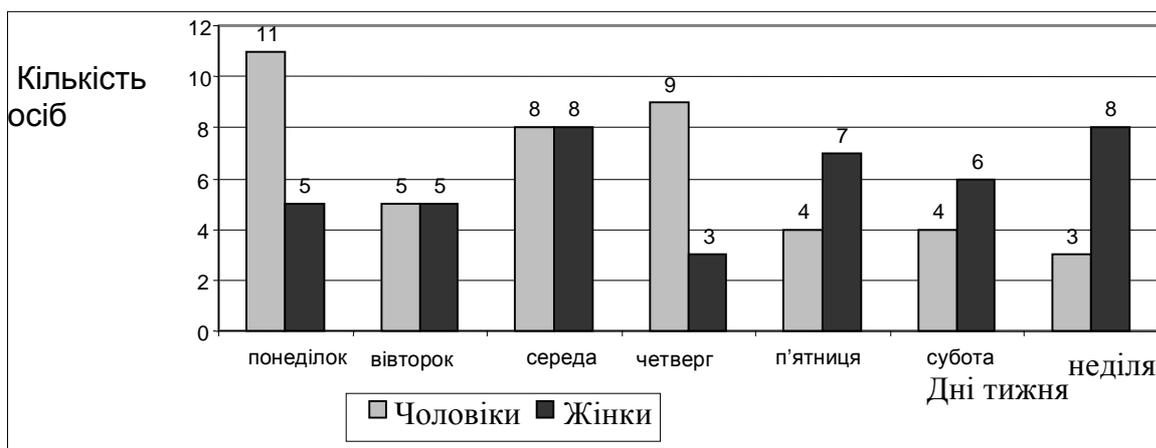


Рис. 4. Розподіл хворих за статтю та днями тижня у які було скоєно самогубство

У чоловіків найбільше самогубств трапилося у понеділок - 11 осіб (12,79% від загального числа загиблих та 25% від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі). Жінки найбільш часто йшли з життя по середах та неділях 9 осіб

(по 9,30% від загального числа загиблих та 19,05% від загальної кількості загиблих жінок).

На рисунку 5 представлені дані про кількість завершених суїцидальних спроб, що були здійснені у різні пори року.

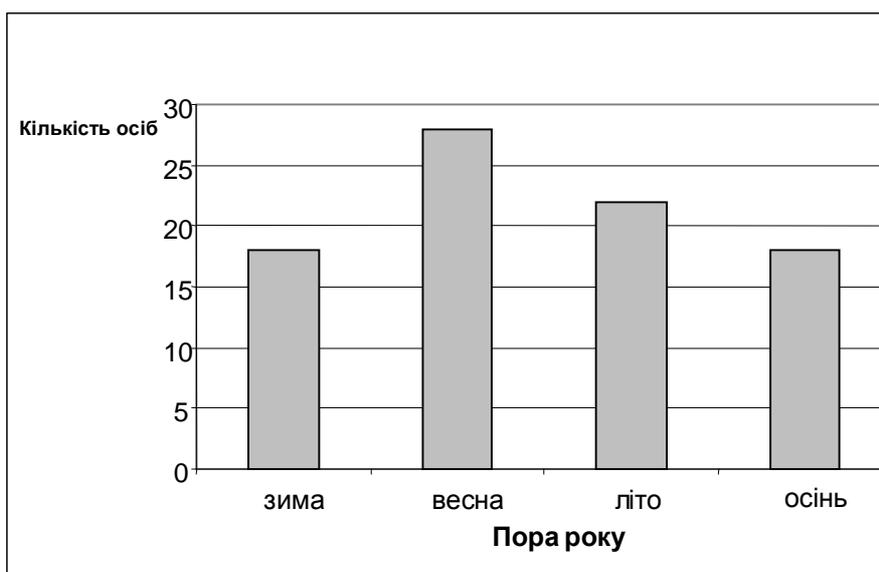


Рис. 5. Розподіл суїцидентів за порами року у які було скоєно самогубство

Найбільша кількість суїцидів спостерігалася навесні – 28 осіб (32,56% від загального числа

спостережень) та влітку 22 особи (25,58% від загального числа обстежених випадків).

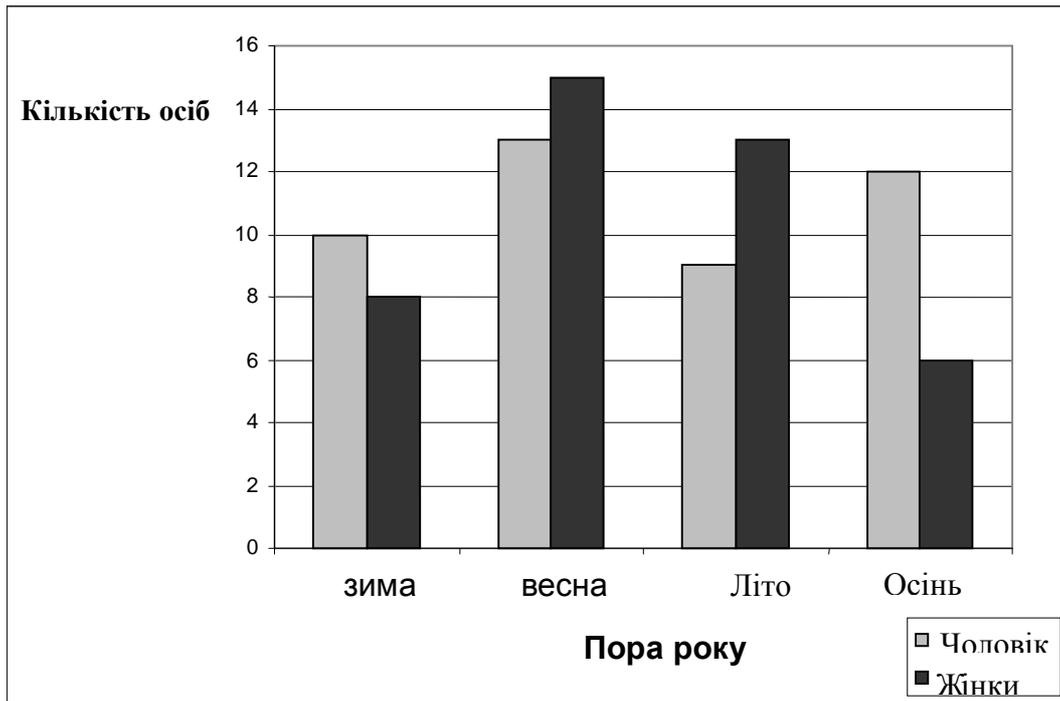


Рис. 6. Розподіл суїцидентів за статтю та порами року у які було скоєно самогубство

Чоловіки найчастіше вмирали навесні – 13 осіб (15,12% від загального числа загиблих та 29,55% від загальної кількості загиблих осіб чоловічої статі) та восени – 12 осіб (13,95% від загального числа загиблих та 27,27% від загальної кількості померлих чоловіків). Жінки найчастіше вмирали внаслідок самогубства навесні – 15 осіб (17,44% від загального числа загиблих та 35,71% від загальної кількості загиблих жінок) та влітку – 13 осіб (15,12% від загального числа загиблих та 30,95% від загальної кількості загиблих жінок).

Щодо засобів здійснення суїциду, то найбільш часто у дослідженій популяції використовувалися повішення – 47 випадків (54,65% всіх самогубств, $p < 0,05$) та падіння з висоти – 35 випадків (40,70% всіх самогубств). Тобто 95,35% завершених суїцидальних спроб були брутальними.

Чоловіки використали повішення у 30 випадках (34,88% від загального числа загиблих та 68,18% від загальної кількості померлих чоловіків, $p < 0,05$), а падіння з висоти у 13 випадках (15,12% від загального числа загиблих та 29,55% від загальної кількості померлих чоловіків). Жінки навпроти частіше падали з висоти – 22 випадки (25,58% від загального числа загиблих та 52,38% від загальної кількості загиблих жінок) ніж вішалися – 17 випадків (19,77% від загального числа загиблих та 40,48%

від загальної кількості загиблих жінок).

Брутальними були 97,73% самогубств у чоловіків та 92,86% самогубств у жінок.

Висновки.

1. Особи, що на протязі життя зверталися по допомогу до міської державної психіатричної служби здійснили близько 4 % від загальної кількості усіх самогубств, що були здійснені мешканцями міста. Самогубства чоловіків - пацієнтів склали біля 3 % від загальної кількості чоловічих суїцидів, а самогубства жінок - пацієнтів склали майже 9 % від загальної кількості жіночих самогубств.

2. У загальній міській популяції суїцидентів співвідношення чоловіки/жінки становить 3,31 : 1; в той час як у психічно хворих це співвідношення 1,05 : 1.

3. Найбільш розповсюдженим різновидом психопатології у обох статей були шизофренія, шизотипичні та маячні розлади.

4. Більше половини від загальної кількості психічно хворих що вкоротили собі віку загинули у віці 30 – 59 років.

5. Найбільша кількість суїцидентів пішла з життя у понеділок та середу, в ці два дні померла більш ніж третина від усіх психічно хворих, що здійснили завершену суїцидальну спробу.

6. У більш ніж половині випадків задля здійснення самогубства використовувалися по-

вішення ($p < 0,05$) та падіння з висоти. Ці два способи використали більше 40 % всіх самогубств.

Майже всі завершені суїцидальні спроби були брутальними.

А.Н. Бачериков, Э.Г. Матузок, Е.В. Харина, С.В. Токарева, Р.В. Лакинський, Л.Н. Ситенко, О.В. Горбунов, А.И. Химчан, Т.Ф. Гурджий, М.Ю. Попова, А.В. Кись

ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В ПОПУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН Украины», Харьковской городской психоневрологический диспансер № 3, Харьковской городской психоневрологический диспансер № 16, Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

Изучено 1985 случаев завершенных суицидальных попыток, которые совершили жители города Харькова на протяжении 2000-2006 годов. Оказалось, что 86 из них по крайней мере один раз в жизни обращались за помощью к городской психиатрической службе в связи с возникновением у них различных психических расстройств (соотношение мужчины/женщины составляет 1,05 : 1). Наиболее эти пациенты страдали шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами – 54,65 %; органическими, включая симптоматические психическими расстройствами – 22,79 %; аффективными расстройствами – 12,79 %. Наибольшее число погибших наблюдалось в возрастных группах 30-39 лет – 19,79 % и 50-59 лет – 18,60 %. Наиболее часто самоубийства совершались в понедельник и среду – по 18,60 %. Почти треть больных ушла из жизни весной. Как правило пациенты использовали такие методы суицида как повешение – 54,65 % ($p < 0,05$) и падение с высоты – 40,70 %. Приводятся особенности суицидального поведения у психически больных разных полов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 10-15).

A.M. Bacherikov, E.G. Matuzok, K.V. Kharina, S.V. Tokareva, R.V. Lakins'kiy, L.M. Sitenko, O.V. Gorbunov, A.I. Khimchan, T.F. Gurdgiy, M.Yu. Popova, A.V. Kis'

THE COMPLETED SUICIDAL ATTEMPTS IN THE POPULATION OF MENTALLY ILL PATIENTS

S.I. «Institute of neurology, psychiatry and narcology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv's city psychiatric out - patient clinic № 3, Kharkiv's city psychiatric out - patient clinic № 16, Kharkiv's regional bureau of forensic expertise

We have investigated 1985 cases of completed suicidal attempts, which been committed by the citizens of Kharkiv during 2000-2006 years. It appeared 86 of this people at least once in their life asked for the help in the city psychiatric service because of some psychiatric disorders (ratio men/women is 1,05:1). The most often kinds of pathology were the schizophrenia, the schizoaffective and delusional disorders – 54,65 %; the organic, including symptomatic psychic disorders – 22,09 %; affective disorders – 12,79 %. The maximum of deceased belongs to the age groups 30-39 years – 19,79 % and 50-59 years – 18,60 %. The main part of suicide were completed on Mondays and Wednesdays 18,60 % accordingly. About third of ill people died on spring time. As a rule patients use such methods of suicide as hanging – 54,65 % ($p < 0,05$) and falling down – 40,70 %. We have demonstrated the gender differences of suicidal behavior in the population of mentally ill too. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 10-15).

Література

1. Домбровська В.В., Розанов В.А., Юр'єва Л.Н., Пілягіна Г.Я., Карагодіна Е.Г. (2007) Як нам зменшити кількість самогубств в Україні. Проект міждисциплінарної програми суїцидальної превенції (громадська ініціатива), Одеса.
2. Ahrens B., Linden M., Zaskе H., Berzowski H. (2000) Suicidal behavior – symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry*// 41, 116 – 121.
3. Althaus D., Hegert U. (2003) The evaluation of suicide prevention activities: state of the art// *World Journal of Biological Psychiatry*, 4, 156 -165.
4. Taylor S.J., Kingdom D., Jenkins R. (1997) How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies// *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457 – 463.
5. Beautrais A.L. (2001) Suicide and serious suicide attempts: two populations or one?// *Psychological Medicine*, 31, 837 – 845.
6. Hawton K., Houston K., Haw C., Townsend E., Harriss L. (2003) Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*// 160, 1494 – 1500.
7. Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review// *Psychological Medicine*, 33, 395 -405.
8. Arsenaault – Lapierre G., Kim C., Turecki G. (2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta analysis// *British Medical Community – Psychiatry*, 4, 37.
9. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination// *Archive of General Psychiatry*, 62, 247 – 253.
10. Fenson W.S., McGlahan T.H., Victor B.J., Blyler C.R. (1997) Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders// *American Journal of Psychiatry*, 154, 199 -204.
11. Radomsky E.D., Haas G.L., Maan J.J., Sweeney J.A. (1999) Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders, *American Journal of Psychiatry*// 156, 1590 -1595.
12. Potkin S.G., Alphas L., Hsu C, Krishman K.R., Anand R., Young F.K. (2003) Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in prospective two – year trial// *Biological Psychiatry*, 54, 444 – 452.
13. Howton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J. (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors// *British Journal of Psychiatry*, 187, 9 -20.
14. Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Харина К.В., Химчан А.І., Гурджий Т.Ф., Попова М.Ю., Ситенко Л.М., Горбунов О.В., Кись А.В. (2007) Деякі особливості суїцидальної поведінки осіб, що зверталися по допомогу до державної психіатричної служби// *Український вісник психоневрології*, 15, 154.

Поступила в редакцію 16.02.2010

УДК 616.89-008.441.13-008.447-058

Л.Н. Гуменюк

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского

Ключевые слова: ограниченная способность к интеграции в сообщество, бездомные, психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя

Показателем качества государственного здравоохранения служат приоритеты помощи уязвимым группам населения с «деформацией» социального статуса, основной из которых являются психически больные с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (ОСИС) [1-7]. В понятие психически больной с ОСИС, требующий реабилитации, мы относим индивида, который чаще является бездомным – лишенного жилья и элементарных условий жизни: медицинского обслуживания (нет прописки); постоянного места работы (нет паспорта или трудовой книжки; нет работы или не берут на работу) и т.д.

К больным с ОСИС необходим особый подход и мероприятия по медико-социальной работе. Происходящее в настоящее время изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от медицинской к биопсихосоциальной модели требует детального анализа контингента больных с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса и функционирования [8-12]. Это позволит определить объем необходимых психосоциальных вмешательств и достигнуть цели реабилитации – редукции психопатологической симптоматики, снижения ее отрицательного влияния и восстановления способности к независимому существованию в обществе.

Вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования, целью которого яви-

лось изучение особенностей социального функционирования (СФ) лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением алкоголя с ОСИС.

Материалом исследования являлись данные комплексного обследования 75 человек, страдающих алкогольной зависимостью с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Критериями включения в исследование были: отсутствие определенного места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе.

Основным диагностическим методом исследования был клинико-психопатологический. В его рамках проводилось структурированное психопатологическое интервью, основной задачей которого была комплексная оценка психического статуса больного, характеристик ОСИС. Квалификацию выявляемых психических расстройств определяли на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) [13]. Оценку уровня дисфункции (УД) социальных ролей проводили с помощью психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности Всемирной организации здравоохранения – Psychiatric Disability Assessment Schedule (2-ой раздел – выполнение социальных ролей) [14].

Результаты исследования

Средний возраст исследованных составлял $37,4 \pm 9,9$ лет, у женщин – $37,4 \pm 9,6$, у мужчин – $32,2 \pm 7,3$ года. Преобладали пациенты в возрастном диапазоне от 41-50 лет – $40,0 \pm 4,9\%$.

На момент обследования большинство боль-

ных не состояли в браке – $67,4 \pm 4,5\%$, $28,1 \pm 4,5$ – были разведены. Детей имели $14,1 \pm 1,2\%$ обследованных.

Наибольшее количество обследованных ($75,3 \pm 4,3\%$) получили среднее специальное об-

разование; $14,0 \pm 3,5\%$ – среднее; $7,30 \pm 2,6\%$ лиц – неоконченное высшее, обучались в вспомогательной школе $2,0 \pm 1,4\%$ исследованных и неполное среднее образование имели – $1,3 \pm 1,1\%$.

Показателем СФ, характеризующим социальную среду, круг общения, интересы, является профессиональная категория. Отражая профессиональную деятельность, данный показатель позволял определить социальную принадлежность и значимое окружение, в котором находится и (или) находился пациент [15]. Анализ профессии и социального положения выявил, что на момент обследования большинство исследованных ($79,3 \pm 4,0\%$) были «полуквалифицированный персонал». Профессиональная категория, имевшаяся или имеющаяся на момент исследования оценивалась в тесной связи с уровнем трудовой деятельности на протяжении бездомного существования. Такой подход дал возможность проследить динамику снижения квалификации труда и общей трудовой активности. Негативное влияние ОСИС, формируя рентные установки, проявлялось общим ухудшением трудовой деятельности. Больные не имели постоянной работы, были заняты периодическим трудом ($6,0 \pm 2,4\%$) или не работали ($94,0 \pm 2,4\%$ исследованных).

Длительность бездомного существования у обследованных к моменту исследования была весьма значительной. По результатам опроса выделены группы больных с ОСИС по срокам бездомного существования от 1 до 10 лет: до года – $1,6 \pm 1,2\%$ лиц; от 1 до 2 – $11,7 \pm 3,2\%$ особ; от 2 до 5 – $20,3 \pm 4,0\%$; от 5 до 10 – $38,3 \pm 4,9\%$ обследованных; более 10 лет – $28,1 \pm 4,5\%$.

В качестве причин, приведших к отсутствию жилья и регистрации по месту жительства чаще всего выступал семейный фактор (у $56,3 \pm 5,0\%$) и лишение свободы (у $42,2 \pm 4,9\%$ пациентов).

Анализ «жилищных» условий выявил следующие особенности: у $69,3 \pm 4,6\%$ обследованных – проживание в ЛПУ; у $24,0 \pm 4,3\%$ – ночлег у знакомых и родственников; у $6,7 \pm 2,5\%$ – на улице.

По источникам средств существования обследованные распределились следующим образом: $53,9 \pm 5,0\%$ исследованных жили за счет случайных заработков; $10,3 \pm 3,9$ – краж; $20,3 \pm 4,0$ – за счет попрошайничества и сбора бутылок, $8,7 \pm 1,2$ – на средства знакомых и родственников и $4,7 \pm 2,1$ – пенсий.

Начало употребления алкоголя до формирования ОСИС наблюдалось у $58,7 \pm 4,9\%$ обследованных. После – фиксировалось у $29,3 \pm 4,6\%$

лиц. Данное распределение начала употребления алкоголя относительно ОСИС связано со многими факторами, среди которых важнейшее значение имели: низкий духовный и культуральный уровень, отсутствие или недостаточность трезвеннических установок, слабость волевых качеств личности на фоне алкогольных влияний и традиций ближайшего окружения. Неспособность человека адаптироваться к требованиям общества и неумение использовать приемлемые способы снятия напряжения становились стержнем, на основе которого формировалась алкогольная патология.

По основному мотиву, ведущему к употреблению алкоголя, пациенты распределились на три группы. Первую группу составили исследованные, у которых не установлено связи употребления алкоголя с внутренними (субъективная коррекция эмоционального состояния) или внешними (использование алкоголя для облегчения общения) факторами. Обследованные данной группы ведущим мотивом называли появление внезапного, выраженного, непреодолимого влечения и характеризовались нами, как пациенты с немотивированным употреблением алкоголя ($64,0 \pm 4,8\%$ лиц). Во вторую группу вошли больные, которые употребляли алкоголь с целью субъективного уменьшения эмоционального напряжения, объясняя употребление алкоголя улучшением эмоционального и физического состояния. Субъективное смягчение эмоционального состояния, как основную причину употребления алкоголя, назвали $10,7 \pm 3,1\%$ исследованных. Анализ мотивов аддиктивного поведения выявил у всех пациентов наличие аффективных расстройств. В структуре аффективной симптоматики наблюдались дисфорические и депрессивные состояния. Продолжительность и выраженность «вспышек аффекта» обусловили постоянную или запойную форму употребления алкоголя. Третью группу составили обследованные, у которых аддиктивное поведение было связано с влиянием факторов социальной среды. В основе этого типа мотивации лежали неудовлетворенные потребности в общении и в выходе из одиночества. Так, в качестве коммуникативного «допинга», облегчающего функционирование в привычной социальной среде, алкоголь использовали $25,3 \pm 4,3\%$ больных.

В ходе исследования у обследованных выявлено изменение форм опьянения с истерическим, дисфорическим и эксплозивным компонентами ($p < 0,01$). Так, ранее несвойственная агрессия в сочетании с двигательной активностью и

возбуждением в состоянии опьянения обнаружены у 52,0±5,0% больных. Психопатоподобное поведение исследованных пациентов проявлялось взрывчатостью, эксплозивностью, склонностью к немотивированной агрессии, асоциальным поступкам, сочетанием аффективной уплощенности и безразличия к окружающим, склонностью к бродяжничеству.

Изменение формы опьянения с депрессивной и тревожно-фобической симптоматикой наблюдалось у 6,7±2,5% больных. Пациенты обнаруживали появление ранее не свойственных черт, а именно: настороженности, неуверенности в себе, эмоциональной лабильности в сторону тревожной недоверчивости, податливости чужому влиянию. Изменение формы опьянения в сочетании с преморбидными чертами личности в поведении больных проявлялось двигательной дисгармоничностью, угловатостью в общении. Изменение формы опьянения с чертами полиморфной истероидной симптоматики отмеча-

лось у 22,7±4,2% обследованных. В опьянении пациенты с истерическими чертами обнаруживали дисфорические и/или диспозивные проявления, а также черты эпилептоидности, проявлявшиеся эгоцентричностью, холодностью и грубостью.

В оценке клинической картины алкогольной патологии с помощью Модуля F10 у больных преобладали следующие симптомы (табл. 1): сильное желание и непреодолимое стремление употреблять алкоголь («жажда»), нарушенная способность контролировать употребление алкоголя («утрата контроля»), состояние абстиненции, толерантность (физиологическая, поведенческая или психологическая), прогрессивное сужение спектра альтернативных удовольствий, форм поведения или интересов из-за предпочтения алкоголя, психологический и соматический вред вследствие употребления алкоголя, то есть тех симптомов, которые ограничивали общение и способствовали изоляции больного.

Таблица 1

Распределение исследованных больных по симптомам злоупотребления алкоголя или зависимости от алкоголя

Симптомы	Количество исследованных	
	абс.	%±m
Сильное желание или непреодолимое стремление употреблять алкоголь («жажда»)	75	14,3±3,5
Нарушенная способность контролировать употребление алкоголя («утрата контроля»)	62	11,8±3,2
Употребление алкоголя с целью смягчения или избегания симптомов абстиненции	39	7,4±2,6
Состояние абстиненции	44	8,4±2,8
Толерантность (физиологическая, поведенческая или психологическая)	73	13,9±3,5
Сужение ассортимента спиртных напитков, которые употребляются	22	4,2±2,0
Прогрессивное сужение спектра альтернативных удовольствий, форм поведения или интересов из-за предпочтения алкоголя	66	12,5±3,3
Психологический или соматический вред вследствие употребления алкоголя	75	14,3±3,5
Постоянное употребление алкоголя, несмотря на очевидные доказательства его вредных последствий	70	13,3±3,4
Всего	75	100,0

Длительность употребления алкоголя составила 22,4±8,8 года. Большинство обследованных (78,7±4,1%) имели наследственную отягощенность алкоголизмом. Длительность синдрома за-

висимости от алкоголя составила 17,0±1,2 лет.

Распределение синдромов психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя отображено в табл. 2.

Распределение исследованных больных по синдромам психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя

Симптомы	Количество исследованных	
	абс.	%±m
Синдром зависимости (F10.2) – в настоящее время воздержание (F10.20)	9	12,0±3,3
– активная зависимость (F10.24)	18	24,0±4,3
– постоянное употребление (F10.25)	39	52,0±5,0
– эпизодическое употребление (F10.26)	3	4,0±2,0
Делирий (F10.40)	6	8,0±2,7
Всего	75	100,0

Из представленных в табл. 2 результатов исследования видно, что злоупотребление, активная зависимость и постоянное употребление алкоголя преобладали по сравнению с другими синдромами психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя.

При рассмотрении показателей СФ у лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя по шкале DAS выявлены следующие особенности.

Дисфункция половой роли на максимальном уровне регистрировалась у 27,3±4,5% обследованных; на серьезном уровне – у 42,7±4,9%. На очевидном – у 12,0±3,2%. Средний балл дисфункции по половой роли составил 3,3 балла, что указывало на серьезную выраженность дисфункции.

Максимальная дисфункция социальных контактов установлена у 8,0±2,7% больных; уровень очень серьезной дисфункции выявлен у 41,3±4,9% обследованных; серьезная дисфункция наблюдалась у 46,7±5,0% исследованных; очевидная – у 4,0±2,0% лиц. Средний балл дисфункции социальных контактов составлял 3,5 балла, что указывало на очень серьезный УД.

В ходе исследования установлено, что вопрос о «профессиональной роли 1» не мог быть использован у 88,0±3,2% больных. На максимальном уровне дисфункция «профессиональной роли – 1» находилась у 4,0±2,0% пациентов; очень серьезная – отмечалась у 8,0±2,7%. Средний балл по дисфункции данной роли равен 4,3 балла, что указывало на очень серьезный УД по «профессиональной роли-1».

Вопрос о «профессиональной роли-2» – заинтересованность в устройстве на работу или учебу не мог быть применен к 5,3±2,2% пациентов. Максимальная дисфункция данной роли фиксировалась у 28,0±4,5% обследованных;

очень серьезная дисфункция отмечалась у 43,8±5,0% испытуемых; серьезная – у 13,3±3,4% больных. Очевидная дисфункция определялась у 2,7±1,6% человек; минимальная дисфункция установлена у 5,3±2,2%. По показателю «профессиональная роль-2» у исследованных регистрировался очень серьезный УД (средний балл составил 3,9).

У 76,0±4,3% обследованных отмечалась максимальная дисфункция по вопросу «интересы и информированность»; у 18,7±3,9% – очень серьезная. У 5,3±2,2% больных установлена серьезная дисфункция. Средний балл по данному вопросу был равен 4,7, что соответствовало очень серьезной степени выраженности дисфункции.

При оценке поведения исследованных в нестандартных и сложных ситуациях установлено, что у 77,3±4,2% лиц вопрос не мог быть использован. Максимальная дисфункция наблюдалась у 9,3±2,9%; очень серьезная регистрировалась у 13,3±3,4% обследованных. Средний балл был равен 4,4, что соответствовало очень серьезному УД поведения в нестандартных ситуациях.

В табл. 3 представлен средний индекс дисфункции выполнения социальных ролей у обследованных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя.

Средний балл выполнения социальных ролей составлял 3,9 балла. Согласно рекомендациям ВОЗ средний балл округлялся до 4, что также соответствовало очень серьезному УД.

Дисфункция максимальной степени выраженности у обследованных отмечалась в тех сферах функционирования, которые напрямую зависели от инициативы и активности больного.

Средний индекс дисфункции выполнения социальных ролей у обследованных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя

Социальные роли	Средний балл
Участие в семейных делах	–
Роль в супружеской жизни: эмоциональное отношение к супругу /супруге	–
Брачная роль: половые отношения с супругом/ супругой	–
Родительская роль	–
Половая роль: оценивается для неженатых и тех, кто не живет с супругом/супругой	3,3
Социальные контакты -отношения вне семьи	3,5
Выполнение трудовых обязанностей	4,3
Заинтересованность в получении работы или возвращении к учебе	3,9
Увлечения и информированность	4,7
Поведение в нестандартных, трудных ситуациях	4,4
Итоговый средний балл дисфункции	3,9

Выводы. Анализ результатов исследования СФ позволил установить, что по всем сферам СФ как по частоте встречаемости, так и по степени выраженности преобладали больные с очень серьезным и максимальным УД.

Реабилитационные мероприятия для данного контингента должны базироваться на международных подходах с определением нозологической принадлежности психических рас-

стройств, уровня СФ и реабилитационного потенциала.

Система реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, должна учитывать негативное влияние бездомного существования, а все ее структурные компоненты - подчиняться решению проблемы восстановления способности к интеграции в сообщество.

Л.М. Гуменюк

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ, СТРАЖДАЮЧИХ ПСИХІЧНИМИ І ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ УНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ З ОБМЕЖЕНОЮ ЗДАТНІСТЮ ДО ІНТЕГРАЦІЇ У СУСПІЛЬСТВО

Кримський державний медичний університет ім. Георгієвського

У статті надано особливості соціального функціонування осіб, страждаючих психічними і поведінковими розладами унаслідок вживання алкоголю з обмеженою здатністю до інтеграції у суспільство. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 16-21).

L.N. Gumenyuk

CHARACTERISTICS OF SOCIAL ACTIVITY OF PERSONS WHO SUFFER FROM MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CONSEQUENCE OF DRINKING AND HAVE A LIMITED ABILITY TO INTEGRATE INTO THE COMMUNITY

Crimean State Medical University named after S.I. Georgiyevsky

The characteristics of social activity of persons who suffer from mental and behavioral disorders in consequence of drinking and have a limited ability to integrate into the community are presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 16-21).

Литература

1. Абрамов В. А. Основы качественной психиатрической практики / В. А. Абрамов, С. И. Табачников, В. С. Подкорытов. – Донецк : Каштан, 2004. – 247 с.
2. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України / С. І. Табачников // Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журнал. – 2007. – Т.1, № 1. – С. 5–7.
3. Состояние психиатрической и психотерапевтической

- помощи в Украине / С. И. Табачников, А. К. Напреенко, В. В. Домбровская [и др.] // Психиатрия и общество : материалы конф., посвящ. 80-летию гос. науч. центра соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, 5-7 дек. 2001 г. – М., 2001. – С. 184–188.
4. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. – Донецк : Лебедь, 2002. – 279 с.
5. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и

поведенческие расстройства / Л. Н. Юрьева. – К. : Сфера, 2002. – 314 с.

6. Табачніков С. І. Підсумки діяльності українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за I півріччя 2003 року. Проблеми та перспективи його розвитку / С. І. Табачніков // *Арх. психіатрії*. – 2003. – № 3. – С. 6–7.

7. Гавенко В.Л. Анализ факторов, сочетающихся с возникновением тревожной и депрессивной симптоматики у лиц молодого возраста, отбывающих наказание в колонии-поселении / В.Л. Гавенко, К.Р. Брагина, М.Н. Хаустов // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 2004. – №3. – С. 44–48.

8. Вид В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В. Д. Вид // *Соц. и клин. психиатрия*. – 1995. – № 6. – С. 102–105.

9. Былим И. А. Клинико-экономическая и социальная эффективность психосоциальной реабилитации хронически больных / И. А. Былим // *Рос. психиатр. журнал*. – 2007. – № 5. – С. 25–30.

10. Модели межведомственной мультидисциплинарной бригадной работы при оказании психиатрической помощи : метод. рекоменд. / сост. : А. П. Поташева, Б. А. Казаковцев, А. П. Сиденкова. – Екатеринбург : ЭКС-Пресс, 2005. – 44 с.

11. Польшваная М. Ю. Оценка качества жизни психически больных / М. Ю. Польшваная // *Арх. психіатрії*. – 2002. – № 2. – С. 5–8.

12. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации / Е. К. Гаврилова, В. А. Шевченко, В. В. Загиев, А. Б. Шмуклер // *Соц. и клин. психиатрия*. – 2006. – № 4. – С. 11–14.

13. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К. : Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.

14. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva : WHO, 1988. – 96 p.

15. Леллан Т. М. Указатель профессиональных категорий Холлинсхеда. Коэффициент тяжести зависимости (ASI) / Т. М. Леллан, Д. Керис, Т. Х. Коин. – 5-е изд., клин. тренинговая версия. – К., 2000. – С. 1–2.

Поступила в редакцию 15.09.2010

УДК 616.895.82-021.3-07-085

*О.И. Осокина***ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ТРАНСФОРМАЦИЯ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО ОТЧУЖДЕНИЯ НА ПРОДРОМАЛЬНОМ ЭТАПЕ ШИЗОФРЕНИИ И ЭТАПЕ ПЕРВОГО МАНИФЕСТНОГО ПРИСТУПА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическое отчуждение, шизофрения, продромальный этап

Ранняя диагностика начала шизофрении является задачей первостепенной важности, которая диктуется необходимостью наиболее раннего лечения заболевания с целью предупреждения его прогрессивного развития и получения наибольшей эффективности от терапии. Цель раннего выявления психоза — сократить продолжительность течения заболевания без лечения. Чем продолжительнее течение психоза до начала лечения, тем более выражена психопатологическая симптоматика во время первого обследования [1]. Проблема начала шизофрении в практическом аспекте, прежде всего, включает знание ее начальных симптомов, умение их распознать и выявить среди различных наслоений, которыми богаты начальные стадии шизофрении [2].

Раннее вмешательство в шизофренический процесс включает не только использование современных принципов диагностики, терапии, профилактики этого состояния, но и предусматривает выявление и анализ продромальных симптомов болезни. Длительность продромального периода заболевания, определяемая, как промежуток времени с момента появления любых психопатологических расстройств до начала манифестного психотического состояния, зачастую довольно значительна и, как показывают полученные данные, составляет в среднем от 8,5 месяцев до 5,5 лет [3, 4]. Исследование рядом авторов продромального периода шизофрении выявило на этом этапе ряд невротических симптомов (астенических, обсессивных, истерических), которые в структуре эндогенного процессуального заболевания имеют ряд специфических особенностей, и характерологических изменений с заострением преморбидных черт или приобретением несвойственных ранее [5-8]. В этом периоде могут также вклиниваться единичные, abortивные психотические симптомы, немотивированные страхи, а иногда даже кратковременные психотические микроэпизоды. Наибо-

лее патогномичными симптомами этого периода являются психосенсорные нарушения, единичные простые слуховые галлюцинации и идеи отношения, а также симптомы психического отчуждения.

Отчуждение является одним из важных звеньев в развитии шизофрении и выражает глубокое противоречие между личностью больного и окружающей средой. Под переживанием психического отчуждения понимается чувство непринадлежности соматике и психики своему «Я». В дальнейшем патологическая симптоматика отчуждения проецируется вне своего «Я» (во внешний мир), обнаруживая переживание противоречивых тенденций и принимая чуждый и недоброжелательный для больного характер.

К группе синдрома психического отчуждения относят деперсонализацию и дереализацию, феномены дежавю и жамевю, психические автоматизмы, фобические навязчивые состояния, расстройства восприятия и бредовую продукцию на фоне изменения общего состояния сознания личности [9, 10].

Главной особенностью галлюцинаторных состояний является проецирование вне собственно «Я» чувственно-предметных и словесно-мыслительных образов с характером отчуждения психической продукции личности, что не зависит от сознания и воли больного, воспринимается как чуждое, искаженное, императивное и враждебное внешнее воздействие. В подавляющем большинстве случаев галлюцинации связаны с бредовой продукцией, которая также относится к группе психического отчуждения в широком его понимании. В становлении бредовых идей особое значение придается колебаниям аффекта и потере способности к критической оценке психического содержания личности [11].

А. А. Меграбян выдвигает и разрабатывает положение о том, что ядром психического отчуждения являются деперсонализация (наруше-

ние самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств [12]) и дереализация (тягостное переживание утраты реальности с окружающим миром [12]). Наиболее часто эти явления сосуществуют в так называемом деперсонализационно-дереализационном синдроме. Именно эти феномены психического отчуждения играют решающее значение в патогенезе психических нарушений при шизофрении. На деперсонализационно-дереализационном фоне происходит видоизменение отражения собственного «Я» и окружающего, что является инициальным звеном бредообразования [13, 14]. Такие больные переживают своеобразное двойственное состояние: им кажется, что они лишились чувственного реального характера восприятия своего тела и достоверности явлений внешнего мира; переживание чуждости сочетается с ощущением нереальности, доходящей до степени сноподобного состояния. При прогрессировании этих расстройств появляется ощущение обезличивания, превращение в безвольных автоматов, действующих под внешним воздействием; больные утверждают, что их личность раздвоилась, своё «Я» полностью исчезло или, что они перевоплотились в других людей или животных; появляются идеи псевдонаучного, религиозно-мистического и оккультного содержания. Так характерная для шизофрении прогрессирующая деперсонализация достигает той степени выраженности, когда может быть охарактеризована как тотальная, тогда она полностью сливается с синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо с его полиморфной симптоматикой, который нужно рассматривать, как вершину отчуждения, как завершающую стадию данной группы психопатологических синдромов при шизофрении [9].

Деперсонализационно-дереализационному континууму в ранней диагностике шизофрении придается особое значение, что соответствует взглядам G. Langfeldt (1956) и B. Bleuler (1972). По K. G. Koehler сюда включаются чувство овладения; общее чувство воздействия; специфическое чувство воздействия; ощущение собственной измененности под влиянием воздействия извне; переживание воздействия с чувством замены собственных мыслей чужими; переживание воздействия с утратой собственных мыслей и чувств, воздействием извне больного как бы лишают психических функций; аналогичные вышеперечисленным переживания внешнего воздействия с переживанием растворения мыслей и чувств больного во внешнем мире [15].

А. К. Ануфриев [10], исследуя начальные стадии бредообразования при шизофрении, считал деперсонализацию наиболее общим признаком расстройства, обязательно «предшествующего бреду и фундирующего бред». Он назвал пароксизмальные деперсонализационные нарушения типа дежавю (феномен «уже виденного») и жамевю (феномен «никогда не виденного») превосходной моделью для познания сути истинного бреда. Другими словами, в феномене дежавю раскрывается само ядро бреда, которое с одной стороны возникает апокалиптически как озарение, «с предвосхищением будущего заключено переживание неколебимой уверенности, которая переживается как очевидная истина и именно поэтому не может быть доступна никакому разубеждению»; а с другой стороны, «бытие как переживаемая реальность расщепляется, потрясается в самих своих основах: пространственно-временном единстве, объективности этой реальности как независимой от сознания, необратимости вектора и хода времени». В этот момент размывается четкость границ между субъективным и объективным, прошлым и настоящим, настоящим и будущим. Т.о. дежавю – это почва для формирования бредовой продукции или – по Е.А. Шевалёву - «каркас бреда» [20].

Вся клиническая симптоматика шизофрении с выраженными явлениями психического отчуждения насквозь пронизана внутренней расщепленностью функций, которая накладывает печать двойственности и противоречивости на всю динамику заболевания. При исследовании проблемы перехода нормального сознания в бредовое академик И.П. Павлов указывает, что наше отношение к окружающему миру вместе с социальной средой и к нам самим должно исказиться в высшей степени, если будут постоянно смешиваться противоположности: «Я и не я», «мое и ваше», «в один и тот же момент я один и в обществе», «я обижаю или меня обижают» и т.д. В основе психического отчуждения И.П. Павлов видел тончайшие церебро-физиологические нарушения и полагал, что еще в непсихотической стадии начинающееся кортикальное гипнотическое торможение обуславливает патологическое изменение интегрирующего гностического чувства, клинически проявляющегося в виде феноменов отчуждения. Прогрессирующая дезинтеграция гностических чувств влечет за собой дезавтоматизацию процессов в чувственно-телесной, мыслительной и аффективно-волевой сферах.

В дальнейшем же, при процессуально-аутистической перестройке личности в основе бредообразования лежат патофизиологические явления, описанные И.П. Павловым в виде «ультрапарадоксальной фазы», которую он отождествляет «с чувствами овладения» Жане и «инверсией» Кречмера. По мнению И.П. Павлова, эти состояния имеют свое физиологическое основание в ультрапарадоксальной фазе, при которой «положительный раздражитель делается тормозным, а тормозной – положительным». Особую стойкость, длительность и упорство бредовых идей при шизофрении И.П. Павлов объясняет наличием патологически инертного стойкого раздражительного процесса. В то же время на периферии подавляются другие раздражения, так как вокруг зоны патологически инертного раздражения отмечается торможение коры (за счет отрицательной индукции), что нарушает способность к критике в высказываниях и поведении больных. Появление психических автоматизмов также связано с наличием очага патологического инертного раздражительного процесса, вокруг которого концентрируется все близкое, сходное и от которого по закону отрицательной индукции отталкивается все чуждое. Таким образом, при описании указанных феноменов И.П. Павлов придавал большое значение появлению очага патологического инертного раздражения и наличию в коре мозга гипнотических фазовых состояний, в первую очередь ультрапарадоксальной фазе [16].

По мнению Е.Н.Каменевой [17] основным звеном в патогенезе шизофрении является факт хронического гипнотического состояния коры головного мозга и наличие у бредовых больных особого, близкого к онейроидному состоянию изменения сознания, что обусловлено патологией кортико-висцеральных связей и тех «темных телесных чувств», которые, по Сеченову, являются основой самосознания. По ее экспериментальным данным у таких больных возникает диссоциация сигнальных систем, которая выражается в отсутствии или задержке элективной иррадиации во вторую сигнальную систему, а также в патологической гипертрофии деятельности второй сигнальной системы в отрыве от первой. Речь больных, формально сохраняясь, теряет свое сигнальное значение, а слово не вы-

полняя своего назначения, перестает быть сигналом, отрывается от мысли и реальной действительности.

Эти механизмы В.И. Аккерман [18] находит в феноменах «присвоения – отчуждения» и в полярности аффективного направления. Динамика бредообразующих механизмов, по мнению автора, такова: с полюсом наибольшего аффективного напряжения связывается «пускание в ход механизма присвоения; с полюсом расслабленности – действие отчуждения». Изменения личности в процессе бредообразования протекают с выраженными явлениями деперсонализации, в которой автор выделяет две стороны: первая характеризуется феноменом присвоения, когда наблюдается вынужденное отнесение больным к себе независимых от него объективных связей действительности, которым затем придается особый, символический смысл, при этом объектом бредового присвоения являются смысловые значения; вторая полярная по отношению к присвоению сторона включает феномен отчуждения и сводится к приписыванию роли чуждому влиянию в осуществлении психической деятельности больного. Эти два феномена рассматриваются в единстве, в качестве некой психопатологической пропорции.

Таким образом, анализ многочисленных публикаций, посвященных исследованию закономерностей динамического развития психопатологической симптоматики при шизофрении, показал значительную роль психического отчуждения в формировании психотической продукции, как на ранних этапах болезни, так и на последующих стадиях ее прогрессивного течения. Все исследователи сходились во мнении о необходимости наблюдения за динамикой указанных феноменов с наиболее ранних стадий развития шизофрении, так как, по их мнению, без знания закономерностей формирования любого психопатологического симптома на инициальном этапе болезни невозможно правильно давать оценку данному симптому на последующих этапах. Целью настоящей работы является исследование клинических особенностей психического отчуждения на продромальном этапе течения шизофрении и проследование за динамикой его преобразования на этапе манифестного приступа.

Материал и методы исследования

Автором проведено клиническое обследование 45 больных с первым манифестным психотическим приступом в структуре шизофрении и

заболеваний шизофренического спектра, находящихся на стационарном лечении в отделении кризисных состояний Областной клинической

психиатрической больницы г. Донецка в возрасте до от 17 до 35 лет. В настоящее исследование были включены пациенты, имеющие симптомы отчуждения, у которых ведущими в клинической картине болезни были бредовый синдром (6 человек), галлюцинаторно-бредовый (14 человек) или синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо (25 человек). Это позволило проанализировать роль психического отчуждения, определить спектр его психопатологических проявлений и динамику его развития на продромальном этапе болезни путем ретроспективного сбора анамнеза, а также проследить дальнейшую судьбу психического отчуждения на этапе первого манифестного приступа болезни. Среди обследованных лица мужского пола составили 60% (27 человек), лица женско-

го пола – 40% (18 человека). Распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с МКБ–10 [19] было следующим: острое полиморфное психотическое расстройство (F23.0 и F23.1) – 24 человека, острое бредовое расстройство (F23.3) – 3 человека, шизофрения параноидная, параноидный синдром, период наблюдения менее года (F20.09) – 18 человек. В исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. При проведении настоящего исследования использовался клинический метод, опирающийся на данные углубленного ретроспективного клинического интервью с пациентом и его социальным окружением, а также динамическое наблюдение за психическим статусом пациента, находящегося на стационарном лечении.

Результаты исследования и их обсуждение

В отношении продромального этапа шизофрении можно сказать, что он характеризовался с одной стороны нарастающими функциональными расстройствами в виде нарушения адаптационно-компенсаторных механизмов, уравновешивающих человека с окружающей средой, а с другой стороны полной или частичной сохранностью критического отношения личности к имеющимся нарушениям. Длительность продромального периода у обследованных нами пациентов колебалась от 1,5 до 5 лет. Исследование синдрома психического отчуждения на продромальном этапе в большинстве случаев возможно было только путем ретроспективного сбора сведений у самого пациента и у его социального окружения. Это позволило нам дать оценку субъективным переживаниям пациентов феноменов отчуждения, а также по возможности объективизировать полученные данные. Таким образом, наиболее часто мы имели дело не с актуальными переживаниями в текущий момент времени, а с воспоминаниями пациентов о пережитых в прошлом феноменах. Однако в некоторых случаях пациенты обращались за медицинской помощью еще до периода первой манифестации приступа, т.е. на этапе продрома, тогда когда симптоматика еще не была достаточно оформленной для постановки диагноза шизофрении.

Наши наблюдения за больными шизофренией на этих этапах показали, что первые признаки шизофренического процесса чаще всего были нечеткими, неясными, маловыразительными и достаточно трудно формулируемыми, однако эти ощущения и переживания были достаточно ак-

туальными для больных именно на начальных стадиях болезни, так как сопровождалась критическим к ним отношением. Предъявление жалоб обычно имело аффективную окраску, а болезненные переживания воспринимались пациентами с выраженным витальным аффектом.

Среди симптомов, выявленных нами у обследованных пациентов на продромальном этапе болезни, отмечались психосенсорные расстройства, невротические симптомы, психопатоподобные проявления, аффективные колебания, проходящие навязчивые состояния и страхи, деперсонализационные и дереализационные симптомы, феномен дежавю и жамевю, стертые позитивные симптомы в виде единичных галлюцинаций, «бредоподобных» идей отношения, расстройств зрительного восприятия, ощущений дезавтоматизации мыслительной деятельности, преходящего симптома «овладения», а также транзиторные депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные и онейроидные эпизоды. Все симптомы, выявленные на данном этапе шизофренического процесса, отличались нестойкостью, как бы «мерцали», то появлялись, то исчезали с достаточной долей критики пациентов к указанным явлениям. В данной работе мы остановились на тех психопатологических симптомах продромального этапа, которые составляли структуру синдрома психического отчуждения.

Наиболее характерными и типичными были симптомы деперсонализации и дереализации, а также феномены дежавю и жамевю, которые всегда в инициальном периоде шизофрении сочетались с колебаниями аффекта. Больные жа-

ловались на преходящее чувство утраты единства «Я» и существования; возникали ощущения, что мысли, речь и поступки «существуют сами по себе», «осуществляются как бы не пациентом, а другим лицом»; некоторые больные отмечали в себе «существование одновременно двух личностей с разными душевными процессами»; другие больные высказывали мысли о «превращении себя в точку, пустоту»; больные жаловались, что иногда в обществе появлялось чувство «чуждости себя среди людей, ощущение собственной измененности, в эти моменты становился затруднительным контакт с людьми». Нередкими были преходящие явления соматопсихической деперсонализации в виде чувства чуждости собственного тела, а также явления дереализации в виде чувства незнакомости и нереальности окружающего.

Одна пациентка описывала, что ее болезненное состояние началось с того, что она «теряла контроль над собственным телом и не могла отличить границы своего тела и окружающих предметов, поэтому создавалось впечатление, будто ее тело погружается в предметы или они налазят на нее»; эти явления, по ее словам, появились два года назад, сначала были редкими и пугали ее, она даже придумывала способы защиты от этих состояний, опасалась их появления в обществе. Возможно, именно благодаря тревоге и страху перед наступлением этих эпизодов больная помнила о них спустя несколько лет и детально передавала свои ощущения, давая им, однако, бредовую трактовку. Затем к указанной симптоматике присоединилась чуждость окружающего, наполнение явлений особым смыслом, и по мере снижения критического отношения к происходящему уменьшилось и противостояние этим явлениям защитных механизмов личности.

Другая пациентка на вопрос врача о том, что происходило в ее жизни необычного в последние годы, сообщила, что самым необычным было то, что находясь у себя дома, периодически испытывала «чувство незнакомости» своей комнаты, своих вещей и себя самой, а периодически «чувствовала, что ее мать – чужой человек, хотя лицо было ее». Эти состояния, по словам пациентки, появились около 5-ти лет назад и сначала были очень редкими, и длились несколько минут, однако страх, который испытала пациентка в то время заставил ее помнить об этих состояниях. Затем состояния отчуждения стали более частыми и «привычными», а со временем обросли другой психопатологической симптоматикой,

среди которой преобладали бредовые идеи и явления психического автоматизма.

По данным, полученным от больных, все симптомы отчуждения имели насильственный, принуждающий характер, появлялись непроизвольно, спонтанно, не подчинялись волевым усилиям со стороны больных, а также субъективно были тягостны и неприятны. Эти особенности, присущие симптомам отчуждения, вызывали у больных мысли о каком-то непонятном воздействии извне и невольно приводили к появлению у больных предпосылок к мистическим логическим построениям. Так закладывалась «канва» будущих бредовых идей. Но пока эти «бредоподобные» явления на продромальном этапе шизофрении характеризовались нестойкостью, субъективной необидительностью, достаточной критичностью к ним по их прошествии и корригировались мышлением в соответствии с действительностью. Больные сообщали, что эти феномены сначала удивляли их, эпизоды их наступления подвергались тщательному анализу и критической переработке, больные пытались корригировать свое поведение в соответствии с ситуацией и боролись с наступлением указанных эпизодов. Со временем по мере снижения критики к указанным переживаниям адаптационные личностные механизмы отходили на второй план, как бы сдавали свои позиции, уступая место болезненным проявлениям и бредовой перестройке личности. Несмотря на критическое отношение пациента к содержанию пережитых явлений отчуждения, после того как они миновали, этой критики не отмечалось в моменты самого переживания отчуждения. Относительно сохранная личность на этом раннем этапе болезни находилась в постоянной напряженной борьбе за сохранение самообладания и правильного поведения в моменты отчуждения, и в попытках понять и преодолеть эти болезненные явления. Таким образом, уже на продромальных этапах болезни явления отчуждения влияли на логическую деятельность сознания, создавая предуготовленность больных к необычным жизненным событиям и переживаниям влияния извне.

Периодически возникающие симптомы отчуждения чередовались с периодами подавленности, смутного бессодержательного тревожного ожидания, немотивированного страха. Частью больных отмечено, что появление ощущений воздействия извне зависело от их эмоционального состояния: так стрессовое событие, трудная или неприятная ситуация, нахождение дли-

тельное время в одиночестве достаточно быстро вызвали состояние тревоги, «нервности», «обострение всех чувств», напряженную подготовку к наступлению чего-то необычного, мистического, окружающие предметы наполнялись каким-то смыслом, приобретали «какую-то психическую силу» и влияли на них.

Бредовой перестройке логического сознания предшествовало нарушение внутренней структуры предметного сознания. Претерпевал изменения акт узнавания в сфере предметного сознания в виде признаков психического отчуждения. Те акты, над которыми человек никогда не задумывался и на которые почти не обращал внимания (акт восприятия, представления, мышления), вдруг начинали обнаруживать странные необычные переживания чуждости, навязчивости, недостоверности и искажения образов в актах восприятий внешнего мира и самовосприятия. На доманифестном этапе при достаточной критичности пациенты правильно оценивали их болезненный характер, при появлении этих патологических явлений занимались корригированием, преодолением их в мыслях, боролись с неприятно навязчивым характером признаков отчуждения, пытались восстановить целостность и единство образа предмета с его реальным смыслом и значением. Это создавало постоянное чувство напряженности, утомляемости и беспомощности [9]. Из высказываний одного больного: «Каждый предмет в моей комнате имеет свое назначение и внутреннее содержание, но иногда эти предметы начинают выглядеть странно, как будто не мои, видимо и внутренний смысл их меняется, а иногда я вижу только их форму без смысла. Их видоизменения как-то связаны со мной, даже странно, что раньше я над этим не задумывался». Некоторыми больными описывалось внезапное возникновение чуждых для них слов и фраз, при этом словесные образы как бы отщеплялись от их смыслового значения. По описаниям одного пациента (преподавателя техникума) своих первых симптомов: «Иногда во время работы наступали моменты, когда я не мог понять смысл произнесенной студентом фразы, все слова были мне знакомы, но я как будто не мог вспомнить их смысла, они были какими-то «пустыми», и это пугало меня, так ведь не должно быть». Болезненные переживания отщепления смыслового значения от самого воспринимаемого образа со временем преобразовывались в стойкую бредовую уверенность, в осознание особого значения и отношения в предметах, людях, в происходящих событиях.

Дальнейшее развитие шизофренического процесса приводило к переходу в бредовое состояние, существенная роль при этом принадлежала аффективному компоненту. Как уже нами было сказано, транзиторная симптоматика продромального периода включала в себя эмоциональный компонент переживаний, однако особенно ярко аффекты были выражены за несколько недель или дней до манифестации психотического приступа. Наиболее характерными были переживание беспредметного, безотчетного страха, тревожного ожидания беды, «смертной тоски» с витальным оттенком, но иногда наблюдались состояния эйфории, озарения и экстаза. При длительном продромальном периоде с медленным «врастанием» симптоматики продрома в манифестный приступ болезни не наблюдалось бурных эмоциональных переживаний, а аффективные нарушения выражались в основном в снижении общей активности, эмоциональном обеднении и оскудении. Переход в психотическое состояние сопровождался дезавтоматизацией и дезинтеграцией аффективной сферы. Отношение больных к внешнему миру было проникнуто некой двойственностью: с одной стороны, больные чувствовали отчужденность от действительности, с другой – осознавали какую-то заинтересованность во внешних предметах и явлениях, относили их на свой счет и чувствовали воздействие внешнего мира на него.

Среди наблюдаемых нами больных отмечались высказывания о нарушениях переживаний пространства и времени с чувством отчуждения от внешней среды, насильственности и неподвластности собственной воле.

Так, один пациент отметил, что однажды, вернувшись домой после ночной смены, не мог уснуть, поэтому просидел несколько часов подряд перед экраном компьютера, играя в игры, а потом обратил внимание, что «его руки стали двигаться по клавиатуре в таком быстром темпе, что все мелькало перед глазами», персонажи компьютерной игры также стали двигаться очень быстро. Это заставило больного встать из-за компьютера и выйти в соседнюю комнату, где он увидел, что «все было статичным, отец стоял на месте и двигался так медленно, как в замедленном кино, как будто время остановилось». Это вызвало у больного приступ панического страха, он начал вслух молиться, при этом речь была ускоренной, резкой и невнятной, по словам отца «как будто говорил на другом языке». Эти явления полностью прошли в первые же сутки нахождения в отделении, восстановился сон, кри-

тика к болезни. Спустя два года этот пациент был вновь госпитализирован с явными симптомами шизофренического процесса. Другая пациентка сообщила, что «не чувствует пространственной ограниченности того места, где находится, пространство для нее исчезло, она двигается плавно и медленно, как в вакууме, а окружающие ее предметы стали плоскими, безжизненными и неподвижными; время тянется бесконечно, есть ощущение вечности и бессмертности мира». Еще один пациент сравнивал людей с «мертвыми куклами», а окружающий мир считал «царством мертвых», давая характеристику миру, как «блеклому, люди неживые, их части тела воспринимаются отдельно в определенной последовательности, сами бросаются мне в глаза, чтобы я их увидел; голоса у людей механические, неестественные».

Приведенные клинические наблюдения нарушения пространственно-временных переживаний являются компонентами синдрома психического отчуждения. Болезненное переживание пространства и времени, а также принуждающий, насильственный характер этих переживаний превращались со временем в бредовые идеи мистического характера и идеи внешнего воздействия.

Прослеживая на нашем клиническом материале динамику преобразования синдрома отчуждения с момента появления его симптомов на продромальном этапе, можно было наблюдать следующие варианты его трансформации: 1) У 16 пациентов (35,5%) на продромальном этапе отмечались явления дереализации и деперсонализации, феномены дежавю и жамевю, а также отрывочные «бредоподобные» идеи воздействия в момент существования указанных феноменов, пациентами проводился анализ и борьба с чувством потери реальной действительности, понимание болезненности указанных явлений. В последующем психотическом состоянии признаки отчуждения оценивались больными уже не как проявление болезни, а как достоверность. Появление новой бредовой действительности на фоне психотического сдвига личности вступало в противоречие с настоящей действительностью, и то, чего опасались больные в своих жалобах в продромальной стадии отчуждения, перерастало в бредовую уверенность и приводило к отрицанию высказываемых ранее жалоб; 2) У 24 пациентов (53,3%) существующие на доманифестном этапе симптомы отчуждения (феномены дереализации и деперсонализации с преобладанием ее соматопсихического компонента и ост-

ро выраженного насильственного, «сделанного» характера этих проявлений, отрывочные идеи воздействия и единичные расстройства восприятия) претерпевали качественные изменения на этапе манифестации, часть из них нивелировалась, уступая место другому содержанию. Теперь симптомы деперсонализации и дереализации трансформировались в психические автоматизмы, дополнялись элементами несистематизированного параноидного бреда, в клинической картине которого оставалась стойкой только форма переживания внешнего воздействия; 3) У 5 пациентов (11,2%) симптомы продромального периода в виде выраженного отчуждения своего «Я», дезавтоматизации собственных психических процессов (мыслей, действий, ощущений, речи) и превращения в «безвольное» существо, уже на ранней стадии болезни сочетались с элементарными сенестопатиями, единичными галлюцинациями, и достаточно быстро начинали трактоваться бредовым образом виде враждебного воздействия извне и «отнятия» собственных душевных процессов. Причем все эти переживания со временем становились более устойчивыми, более клинически оформленными, обрастали ипохондрическими включениями и продолжали свое существование на этапе манифестации болезненного процесса. Бредовые идеи при этом носили монотематический характер.

При всех указанных вариантах можно было наблюдать, как деперсонализационно-дереализационный синдром в структуре психического отчуждения претерпевал качественные изменения: из ощущений «сноподобности», «незнакомости» и «нереальности» увиденного или услышанного в окружающем мире и самого себя, вырастала бредовая трактовка враждебности, внешнего воздействия, чувства овладения движениями тела, речью и психикой пациента, появлялись насильственные неприятные ощущения или телесное перевоплощение – на фоне снижения, а затем полного отсутствия критики к болезненным переживаниям.

Таким образом, психопатологический анализ синдрома психического отчуждения на продромальном этапе шизофренического процесса и на этапе первого манифестного приступа показал многообразие клинических симптомов, различное критическое отношение к ним пациентов, достаточно выраженную аффективную насыщенность переживаний и различные адаптационные приспособительные реакции в ответ на начинающуюся болезнь. Несмотря на то, что указанные симптомы все же носят достаточно

«специфический» характер и при других заболеваниях практически не встречаются, каждый больной переживает свои собственные симптомы, по-своему их анализирует и вербально формулирует, а также имеет индивидуальный ответ на них когнитивной, аффективной и поведенческой сфер. Исследование основных симптомов инициального периода шизофрении, в частности достаточно специфического (почти патогномичного), часто встречающегося на этом эта-

пе психического отчуждения, сопровождающего многие психопатологические симптомы и являющегося «почвой» для формирования других, а также имеющего свою собственную закономерную динамическую трансформацию в ходе прогрессивного течения болезни, представляется нам весьма необходимым и клинически оправданным, так как служит цели ранней диагностики шизофрении и своевременно начатого лечения.

О.І. Осокіна

ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ І ТРАНСФОРМАЦІЯ СИНДРОМУ ПСИХІЧНОГО ВІДЧУЖЕННЯ НА ПРОДРОМАЛЬНОМУ ЕТАПІ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ЕТАПІ ПЕРШОГО МАНІФЕСТНОГО НАПАДУ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У дійсному дослідженні розглянута проблема ранньої діагностики шизофренії і клінічних особливостей синдрому психічного відчуження на продромальному етапі хвороби та етапі першого психотического нападу. Автором проведено літературний експурс по проблемі психічного відчуження, а також проаналізовані результати власних клінічних спостережень. Розглянуто роль психічного відчуження у формуванні марення. Вивчена динаміка синдрому відчуження, його структура, наведені клінічні приклади. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 22-29).

О.І. Osokina

THE PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS AND TRANSFORMATION OF THE SYNDROME OF MENTAL ALIENATION ON PRODROMAL STAGE OF THE SCHIZOPHRENIA AND THE STAGE OF THE 1ST PSYCHOSIS EPISODE

M. Gorky Donetsk state medical university

In the research there was considered the problem of early diagnostics of a schizophrenia and clinical features of a syndrome of mental alienation on prodromal stage and a stage of the 1st psychosis episode. The literary review concerning syndrome of mental alienation has been made by the author. The results of own clinical supervision were analysed. There was mentioned a role of mental alienation in delirium formation. There were considered dynamics of mental alienation and its structure. There were resulted some clinical examples. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 22-29).

Литература

1. Drake, R. J., Haley, C. J., Akhtar, S., et al (2000) Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 511–515.
2. Каменева Е.Н. Начало шизофрении // Начальные стадии психических заболеваний: сб. науч. работ. – М., 1959. – С. 13-27.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом). – мет. реком.–М., 2003. – 23 с.
4. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21-24.
5. Стрельцова Н.И. Начало и развитие шизофрении и их значение для клиники (клинико-патологическое исследование): Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – Харьков, 1965. – С. 25.
6. Портнов А.А. К учению о начале болезни в психиатрии // Начальные стадии психических заболеваний: сб. науч. работ. – М., 1959. – С. 5-12.
7. Марута Н.О., Бачериков А.М. Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): методичні рекомендації. – Харків, 2001. – 20 с.
8. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: Монография. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
9. Меграбян А.А. Деперсонализация. – Ереван, 1962. – 355 с.
10. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредаобразования // НПЖ. – 1992. – Т.1-2. – С.14–24.
11. А. А. Меграбян Роль психического отчуждения в формировании симптоматики шизофрении // Вестник академии медицинских наук СССР. – М.: Медицина, 1971. – С. 8–10.
12. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 640 с.
13. Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности» или «процесс»? // НПЖ. – 2006. – Т. 1. – С. 27–32.
14. Сергеев И.И., Басова А.Я. Бредовая деперсонализация: психопатология и динамика // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8(1). – С. 48–56.
15. Koehler K. G. First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries.— *Brit. Journ. Psychiatr.*, 1979, 134, 236–248.
16. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент: Медицина, 1976. – 325 с.
17. Каменева Е. Н. Теоретические вопросы психопатологии и патогенеза шизофрении.— М.: Медицина, 1970.— 94 с.
18. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. - ОГИЗ. – 1936/ - 137 с.
19. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
20. Шевалёв Е. А. О затухании бреда // НПЖ. – 1992. – Т. 1-2. – С.25-36.

Поступила в редакцію 18.09.2010

УДК 616.892+616.895]-079.4:159.9.072.5:615.851

*В.Е. Гончаров***СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПСИХОЗА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, И ОРГАНИЧЕСКОГО ШИЗОФРЕНОПОДОБНОГО РАССТРОЙСТВА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: шизофрения, органическое шизофреноподобное расстройство, сочетанная патология

Проблема сочетанной психической патологии в последние годы не утрачивает остроты и актуальности, что обусловлено, в первую очередь, трудностями дифференциальной диагностики [1]. Сходные по симптоматике, но различные по своему генезу коморбидные нарушения психики оказывают взаимное патопластическое влияние, зачастую формируя атипичную клиническую картину, которая не укладывается в определенные нозологические рамки [2]. Решением указанной проблемы представляется разработка более совершенных, более «чувствительных» психодиагно-

стических подходов и методов, позволяющих надежно дифференцировать характерные закономерности и отличительные особенности в каждом конкретном клиническом случае.

Целью проведенного исследования было дифференциально-диагностическое сравнение патопсихологических особенностей протекания органического шизофреноподобного психоза, с одной стороны, и с другой — собственно шизофренического психоза, сочетающегося с органическим поражением центральной нервной системы.

Материалы и методы исследования

В первую группу вошли 28 пациентов обоего пола, страдающих органическим шизофреноподобным расстройством. Во вторую группу были включены 28 больных параноидной шизофренией с коморбидным органическим поражением головного мозга. Все пациенты находились на стационарном лечении в различных отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3. Средний возраст больных в первой группе составил $46,67 \pm 2,70$ года, возраст к началу заболевания $38,25 \pm 3,32$ лет, длительность заболевания $8,43 \pm 1,99$ лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары равнялось $5,38 \pm 1,14$. Во второй группе средний возраст пациентов составил $34,44 \pm 1,84$ года; возраст на момент первой госпитализации по поводу шизофренического психоза — $23,48 \pm 1,30$ года; длительность заболевания $10,04 \pm 1,39$ лет. Количество госпитализаций в психиатрические стационары было равно $9,40 \pm 1,80$. Таким образом, группы сравнения по основным медико-социальным показателям можно считать гомогенными, а вы-

явленные различия связать именно с нозологическим фактором.

У всех больных исследовались симптомы операционно-мнестической, зрительно-перцептивной, мотивационно-волевой, идеаторной, эмоциональной, личностной дисфункции, обусловленной органическим поражением головного мозга. С этой целью применялись клиническая оценочная шкала PANSS и психодиагностические методики: проба на запоминание 10 слов; исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн; индивидуальный типологический опросник (ИТО); пробы распознавания картин Поппельрейтера и предметов с незавершенными контурами; тест зрительной ретенции Бентона; отыскивание чисел по таблицам Шульте; обратное отсчитывание по Крепелину; методика «исключение четвертого», а также компьютеризированный метод исследования времени сенсомоторной реакции и межполушарных функциональных асимметрий (SEAGULL). Для оценки статистической достоверности различий использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты обследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что уровень социально-трудовой адаптации в группе с осложненной шизофренией был ниже, стремление к сотрудничеству менее выражено, чаще отмечались нарушения поведения и колебания психического состояния. Однако, при имеющемся объеме экспериментальных данных можно говорить лишь о тенденции к различиям, т.к. их статистическая достоверность не достигала достаточного уровня.

Оценка клинического состояния проводилась по общепринятой шкале PANSS. Полученные результаты указывают на значимо более выраженные нарушения ассоциативных процессов и целенаправленности мышления, большую частоту соскальзываний и паралогизмов в группе с коморбидным сочетанием шизофрении и органической патологии ЦНС ($p < 0,05$).

По данным указанной методики, в обеих группах больных отмечалось уплощение аффекта, уменьшение объема мимических реакций, обеднение жестикуляции. Однако, у пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством указанные изменения были выражены незначительно, тогда как в группе с осложненной шизофренией они оказались гораздо более существенными ($p < 0,001$). Та же закономерность выявлена и в отношении эмоциональной отчужденности, отстраненности от социального окружения, утраты социокультурных интересов и мотивов к коммуникации: во второй группе частота и выраженность данных симптомов была выше ($p < 0,001$).

Менее глубокие, но статистически значимые различия выявлены в отношении оскудения контакта, дефицита эмпатии и открытости в общении, бедности вербального и невербального общения. Данные характеристики также преобладали у пациентов, страдающих шизофренией ($p < 0,05$).

Такой признак, как пассивно-апатическая социальная отстраненность, в группе с органическим шизофреноподобным расстройством был несколько завышен, однако среднее значение оставалось на границе условной нормы. Во второй же группе снижение социальной активности и сужение круга интересов (вследствие прогрессирующей апатии, анергии, гипобулии) было достоверно более выраженным и приводило к уменьшению социальной вовлеченности, к игнорированию злободневных макро- и микросоциальных проблем, формировало разного рода эскапические установки ($p < 0,001$).

Нарушения абстрактного мышления в виде специфического снижения уровня абстрагирования и категоризации, преобладания ситуационной конкретности в суждениях и решениях, отчетливо выявлялись в обеих группах, указывая на типичное влияние органического фактора. Однако, значительно выраженной данные нарушения были в группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством, где органическая патология ЦНС играла ведущую, доминирующую роль, и соответствующий показатель шкалы PANSS существенно превышал средний уровень ($p < 0,001$).

Показатель «недостаточность спонтанности, плавности речи» был завышен в обеих группах, причем степень завышения была примерно одинаковой — достоверных межгрупповых различий по данному признаку обнаружено не было. Однако, следует отметить, что механизмы возникновения указанного симптома были различными. В группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством, аспонтанность и «механистичность» речи были связаны с динамическими нарушениями мышления (инертность, ригидность, обстоятельность). В группе больных шизофренией, по-видимому, дефицит спонтанности и плавности речи чаще был обусловлен нарушениями мотивационных компонент мышления (утрата целенаправленности, различные проявления негативизма и т.п.). Таким образом, при отсутствии статистических различий в количественной выраженности анализируемого показателя PANSS, его качественная оценка имела важное дифференциально-диагностическое значение.

Стереотипность мышления в группе больных шизофренией, осложненной органической патологией, определялась на уровне $2,56 \pm 0,18$ баллов. В то же время, в группе пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством выраженность указанного признака была существенно выше и составляла $3,96 \pm 0,15$ балла ($p < 0,001$).

Актуальность и насыщенность ипохондрических идей в первой группе оценивались на уровне $3,67 \pm 0,16$ балла, что существенно превышало аналогичный показатель второй группы ($2,76 \pm 0,23$ балла, $p < 0,01$). Таким образом, статистическая достоверность указанного различия позволяет предположить зависимость данного признака от нозологического фактора, т.е. от принадлежности испытуемых к той или иной группе.

Физическое напряжение, напротив, было более выраженным в группе больных с шизофреническим психозом, являясь внешним проявлением переживаемого чувства опасности, страха, тревоги, агитации, и выражалось в большей скованности, треморе, профузном потоотделении, неусидчивости больных ($p < 0,05$).

Пантомимика пациентов, страдающих шизофренией, достоверно отличалась своей неестественностью, неуклюжестью, манерностью, в ряде случаев достигающих степени вычурности. У больных органическим шизофреноподобным расстройством баллы, набранные по указанному признаку, были существенно ниже ($p < 0,01$), и начислялись преимущественно в связи со снижением темпа и подвижности реагирования, угловатостью движений, общими астеническими проявлениями.

Депрессивная симптоматика была более выражена у пациентов первой группы, но различие данного признака не достигало степени статистической значимости. Преобладание депрессивных нарушений у больных с органическим шизофреноподобным расстройством носило характер тенденции и может быть объяснено несколько более сохранной эмоциональностью, наличием у них субъективных переживаний уныния, беспомощности и пессимизма в отношении собственных перспектив.

Средняя оценка двигательной заторможенности была незначительной в первой группе, и умеренной — у пациентов, страдающих шизофренией. Именно во второй группе отмечалось заметное снижение двигательной активности, снижение общего тонуса и реактивности ($p < 0,05$).

Недоступность в группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством оценивалась на пограничном уровне, тогда как в группе сравнения (больные шизофренией) проявления признака были достоверно более высокими ($p < 0,01$). Пациенты, страдающие шизофренией, в той или иной степени игнорировали права, пожелания, замечания и просьбы окружающих, родственников, медицинского персонала. Наиболее частыми причинами подобного поведения были подозрительность, неприятие авторитетов, нелепая обидчивость, упрямство, негативизм и агрессивность.

Нарушения внимания и дезориентация, проявляющаяся в недостаточности представлений об окружающем (включая людей, место и время) были более выраженными в группе с органическим шизофреноподобным расстройством

($p < 0,001$), отражая более весомое влияние органического фактора на клиническую картину.

Клинически значимые волевые нарушения отмечались в обеих группах, однако у пациентов с шизофренией они достоверно преобладали ($p < 0,05$). Помимо количественного различия, следует отметить и качественные особенности исследуемого признака в сравниваемых группах. При шизофрении, осложненной органическим поражением ЦНС, у пациентов доминировали дефицит целенаправленности, спонтанности, произвольной саморегуляции деятельности, нередко амбивалентность и амбитендентность. Для больных с органическим шизофреноподобным расстройством более характерными были недержание аффекта, избыточная целеустремленность в вопросах сверхценной или бредовой значимости, невозможность скорректировать свои действия даже в случаях очевидной их апродуктивности или вредности.

Погруженность во внутренние, аутистические переживания, снижение интереса к окружающему были достоверно более выражены у пациентов, страдающих шизофренией ($p < 0,01$). В этой же группе преобладал такой симптом, как активный уход от социальных контактов, связанный с иррациональным страхом, враждебностью, недоверчивостью ($p < 0,001$). У больных с органическим шизофреноподобным расстройством, напротив, выявлено безудержное стремление к объекту своих болезненных привязанностей, или же назойливые попытки добиться наказания «виновных», восстановления «нарушенной справедливости», своих якобы «попраных» прав и т.п.

Таким образом, шкала PANSS оказалась эффективным инструментом для объективизации и установления различий в клинических данных у больных с исследуемой патологией.

Исследование патопсихологических особенностей памяти с помощью пробы на запоминание-удержание 10 слов в группе пациентов, страдающих осложненной шизофренией, выявило большую склонность к повторным воспроизведениям уже названного слова ($p < 0,05$). Однако, данное различие не было устойчивым и на последующих этапах пробы утратило свою статистическую значимость.

При предъявлении стимульных картин, содержащих незавершенные контуры предметов, пациенты обеих групп в ряде случаев не могли опознать изображение, однако при органическом шизофреноподобном расстройстве указанная проблема возникала достоверно чаще ($p < 0,001$).

Соответственно, пациенты второй группы давали гораздо более высокий процент правильных узнаваний ($p < 0,001$). Следует отметить, что ошибочные интерпретации зрительного образа и затруднения с припоминанием названия предметов, даже если больному достаточно понятно было его предназначение, выявлены в обеих группах. При этом установлена тенденция более частого проявления указанных признаков в группе с органическим шизофреноподобным расстройством.

Картины Поппельрейтера, состоящие из наложенных друг на друга контурных изображений, у пациентов первой группы достоверно чаще вызывали неодолимые затруднения ($p < 0,01$). В целом, подтверждены особенности зрительного гнозиса у больных, выявленные и предыдущей методикой. Полученные результаты отражают недостаточную избирательность внимания при наличии факторов, затрудняющих процесс узнавания. В то же время, легко возникают отвлеченные или иллюзорные ассоциации, нередко приводящие к нелепым интерпретациям зрительного образа, в том числе с проекцией актуальных болезненных переживаний.

Обратное отсчитывание по методике Крепелина от 100 по 7 показало, что пациенты обеих групп совершили меньшее количество шагов для достижения конечного результата, чем это объективно необходимо. В первой группе больных указанная тенденция была более явной. Досрочное выполнение задания объясняется большим количеством ошибок, допускаемых при переходах через десяток — особенно у больных с органическим шизофреноподобным расстройством. Ошибки в единицах были более характерны для страдающих шизофренией. В целом, пациенты обеих групп обнаруживали признаки истощаемости и неустойчивой концентрации внимания.

Исследование по методике Дембо-Рубинштейн выявило тенденцию к более низкой самооценке по шкалам «здоровье» и «веселость» у пациентов, страдающих органическим шизофреноподобным расстройством. Очевидно, указанная особенность может быть объяснена большей склонностью указанного контингента к депрессивным и ипохондрическим переживаниям. По большинству остальных самооценочных шкал получены статистически близкие показатели.

Сходство личностных особенностей подтверждается и результатами работы с Индивидуальным типологическим опросником (ИТО). Достоверно более высоким у больных с органическим

ком шизофреноподобным расстройством был лишь показатель «сензитивность» ($p < 0,05$), связанный с впечатлительностью, повышенной чувствительностью к влияниям окружающей среды, избыточной фиксацией на неудачах и плохом самочувствии. В этой же группе на уровне тенденций отмечается преобладание следующих показателей: эмотивность, тревожность, экстраверсия, спонтанность и ригидность. Указанная особенность подчеркивает большую сохранность эмоционально-волевой сферы, что подтверждается и клиническими наблюдениями.

Отыскивание чисел по таблицам Шульте не позволило выявить статистически значимых межгрупповых различий. Выявленные тенденции можно считать общими для пациентов обеих выборок: недостаточная (по сравнению с известными нормативами) скорость выполнения задания, снижение темпа к концу пробы, заметное замедление при неожиданном для испытуемого изменении инструкции. Все указанные особенности являются проявлениями описанного во многих источниках [3, 4, 5] органического симптомокомплекса.

Результаты работы пациентов с изучаемой патологией по методике SEAGULL подтверждают снижение скорости реакции, наличие признаков сенсорной и сенсомоторной асимметрии, значительное число допускаемых ошибок в обеих группах.

Исследование особенностей воспроизведения геометрических фигур по памяти у больных (Бентон-тест зрительной ретенции) позволило установить следующее. В группе пациентов страдающих шизофренией, осложненной органической патологией головного мозга, отмечалась склонность к макрографии ($p < 0,05$), а в группе сравнения, напротив, к микрографии ($p < 0,05$). В обеих группах был высоким процент ошибочного изображения фигур, той или иной деформации воспроизводимой фигуры, нарушений общей композиции рисунка, дрожания линий. При этом в группе с осложненным течением шизофрении несколько чаще отмечался перекрест замыкающих линий, а в группе с органическим шизофреноподобным расстройством — несовпадение точек их пересечения.

Изучение мышления с помощью методики исключения в предметном и вербальном варианте позволило выявить достоверное преобладание конкретности мышления в группе больных с органическим шизофреноподобным расстройством ($p < 0,01$) и более высокую частоту соскальзываний и разноплановых ответов сре-

ди пациентов, страдающих шизофренией ($p < 0,01$). Во второй группе предметный вариант методики позволил также выявить достоверное преобладание паралогичности в ответах ($p < 0,05$). В то же время, стереотипии, склонность к шаблонному выполнению задания чаще прослеживались в ответах пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством ($p < 0,01$). Этой же группе больных более присущи были затруднения (зачастую непреодолимые) в обосновании своего выбора. При этом предметный вариант методики обнаруживал несколько меньшие различия по признаку ($p < 0,05$), чем вербальный ($p < 0,01$). Темп мышления и его переключаемость у исследуемых больных были ниже нормы в обеих группах, причем более отчетливое снижение отмечалось при органическом шизофреноподобном расстройстве.

Оценивая полученные результаты в целом, следует подчеркнуть, что в диагностике органического шизофреноподобного расстройства наибольшее значение имеют симптомы выраженной истощаемости, неустойчивости, инертности внимания, операционно-мнестической дисфункции и общего интеллектуального снижения, преобладание ситуационно-конкретной логики, наличие эгоцентрической позиции с повышенной раздражительностью и склонностью к аффектации. Характерными для данного расстройства являются также ригидность психологических установок, неспособность отказаться от принятой позиции, некорректируемая убежденность в собственной правоте и категоричность в отста-

ивании своего мнения, снижение способности критически оценивать свое состояние, возможности, степень сохранности.

Для больных шизофренией, осложненной органическими нарушениями ЦНС, характерно наличие того же специфического «органического симптомокомплекса», что и в группе сравнения. Однако, выражен он в меньшей степени, чем осевая эндогенно-процессуальная симптоматика. Во второй группе преобладают специфические для шизофрении изменения: нарушения целенаправленности и логической организации мышления, искажения ассоциативных процессов. Грубо страдает эмоционально-волевая сфера: наблюдается снижение эмпатии, эмоционального резонанса, заинтересованности в социальных коммуникациях. Заметно ниже спонтанная активность и вовлеченность в вопросы микроокружения. Бредовые идеи отличаются нелепостью и логической непоследовательностью, отсутствием даже формальной правдоподобности, наличием смысловых разрывов. В целом, коморбидная органическая патология несколько сглаживает, нивелирует общеизвестную клиническую картину шизофрении, однако не скрывает полностью ее специфических черт.

Таким образом, комплексный подход к дифференциальной диагностике на основе углубленного изучения патопсихологических особенностей больных дает возможность выявить наиболее существенные отличия между описанными нозологическими формами, близкими по клинической картине, но различными по генезу.

В.Є. Гончаров

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ І ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ШИЗОФРЕНІЧНОГО ПСИХОЗУ, ПОЄДНАНОГО З РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, І ОРГАНІЧНОГО ШИЗОФРЕНОПОДІБНОГО РОЗЛАДУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обстежені дві групи пацієнтів, що знаходяться на стаціонарному лікуванні і страждають на органічний шизофреноподібний розлад, та шизофренію поєднану з органічним ураженням головного мозку. Оцінка клінічного стану проводилась за шкалою PANSS. Вивчення нейропсихологічних особливостей здійснювалось за допомогою батареї психодіагностичних тестів. Отримані результати дозволили встановити критерії, які мають вирішальне диференціально-діагностичне значення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 30-35).

V.E. Goncharov

**COMPARATIVE ANALYSIS OF PECULIARITY CLINICAL AND PATOPSYCHOLOGICAL
SCHIZOPHRENIC'S PSYCHOSIS WHICH COMBINED WITH RESIDUAL-ORGANIC
PATHOLOGY AND ORGANIC SCHIZOPHRENIC'S SIMILAR DISORDERS**

Kharkiv medical academy of postgraduate Education

Inspected two groups of hospitalized patients which suffering from organic schizophrenic's similar disorder and schizophrenia, coupled with organic brain damage. Evaluation of the clinical condition was followed by scale of PANSS. Neuropsychological peculiarities were studies with the series of psychodiagnostics tests. Getting results allow established criterions of critical differential diagnostic meaning. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 30-35).

Литература

1. Пивень Б.В. Итоги исследования сочетанных форм психической патологии// Сочетанные формы психической патологии. –Барнаул, 1995. – С. 23-29.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Ю.А. Александровского. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 992 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика.

– К.: «Здоров'я», 1986. – 279 с.

4. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики.– С-Пб:«Стройлеспечать», 1997.–303с.

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Издательство Московского университета, 1986. – 285 с.

Поступила в редакцию 18.04.2010

УДК 616.83/85-039.1-037

*А.И. Алексейчук***ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: соматоформные расстройства, закономерности, возраст, периодичность, гендер

Распространенность соматоформных расстройств (СФР), по оценкам различных авторов, оценивается в 2% -15% от всего населения [1;2;3]. В амбулаторно- поликлинической сети доля соматоформных расстройств в несколько раз выше, особенно среди пациентов терапевтических, кардиологических и неврологических кабинетов [4;5;6]. Важным признаком СФР является то, что сам факт наличия у больного соматоформного расстройства очень часто не осознается им самим или диссимулируется. Данный контингент пациентов обычно противится попыткам обсуждения самой возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии выраженных депрессивных или тревожных проявлений. Это, в свою очередь, ведет к поздней обращаемости, хронизации заболевания, более глубоким функциональным и органическим расстройствам.

В настоящее время в реферируемых медицинских журналах насчитывается более 11 тысяч публикаций, посвященных исследованию СФР. За 40 лет активного изучения этого феномена исследованы влияния десятков факторов на соматоформные расстройства. Например, возрастные особенности данной группы заболеваний рассматривались в более чем 1400 работах, включая 87 обзоров. Контент анализ таких работ показал, что их авторы, как правило, ограничиваются получением описательной статистики (определением среднего возраста заболевших и погрешности его вычисления), либо анализируют возрастные зависимости СФР в очень широких возрастных диапазонах. Не было выявлено ни одной работы, непосредственной целью которой было бы определение возрастных закономерностей СФР. В то же время, учитывая полифакторность рассматриваемого заболевания и множество теорий его возникновения, такие закономерности могли бы не только улучшить понимание особенностей СФР, но и существенно расширить представления о предболезненных

состояниях при подобных расстройствах. Знание особенностей таких состояний может существенно расширить возможности проведения профилактики СФР на догоспитальном этапе. В связи с этим, целью настоящей работы было выявление возрастных особенностей заболеваемости соматоформными расстройствами. С этой целью было исследовано 1045 историй болезней больных с СФР, обратившихся за специализированной медицинской помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу- Медико-психологический центр (г. Донецк) в период 2002-2010 годов. Гендерные соотношения анализируемой выборки представлены в таблице 1. Подавляющее большинство историй болезней (71% или 745 из 1045 историй болезней) содержали сведения о первичном посещении ЛПУ. Оставшиеся 29% содержали сведения о втором, третьем и даже четвертом посещении за период с 2002 по 2010 год. Анализ этих 300 повторных обращений за специализированной медицинской помощью показал, что в 40% случаев такие пациенты изменяли свою оценку длительности течения СФР. Ошибка в оценке больным длительности своего заболевания могла быть вызвана различными причинами – от ошибки воспоминаний (уточнение времени возникновения травмирующей ситуации, лучшее понимание симптомов патологического процесса и т.п.) и до технических ошибок, связанных с объективными особенностями процедуры округления при оформлении истории болезни. Подобное было возможно потому, что повторная госпитализация нередко происходила через много лет после первого обращения больного в специализированное ЛПУ. Анализ спектра ошибок, допущенных 120 «повторными» больными при оценке длительности своего заболевания, показал, что в 70% случаев такие ошибки не превышают 1 года. Поэтому в дальнейшем, оценки длительности СФР, выполненные больными, округлялись с точностью до 1 года.

Количество историй болезней мужчин и женщин, больных СФР

Год обращения в МПЦ	Количество историй болезней женщин	Количество историй болезней мужчин	Общее количество историй болезней
2002	30	17	47
2003	133	54	187
2004	131	81	212
2005	124	51	175
2006	105	35	140
2007	73	67	140
2008	47	38	85
2009	17	4	21
2010	27	11	38
Всего за 2002-2010	687	358	1045

Несмотря на то, что отдельные случаи возникновения соматоформных расстройств (приблизительно 2% от общего количества заболевших обо-его пола) были зафиксированы в возрасте 5-6 лет, устойчивый рост риска возникновения СФР наблюдался лишь начиная с возраста 11 лет. Этот рост длился 23 года, после чего наступал пере-

лом в общей тенденции. Когда возраст больных достигал 34 лет, общий рост риска возникновения соматоформных расстройств менялся на устойчивый спад. Как на фоне общего роста, так и на фоне общего снижения риска возникновения СФР, наблюдались резкие кратковременные подъемы и спады заболеваемости (см. рис. 1).

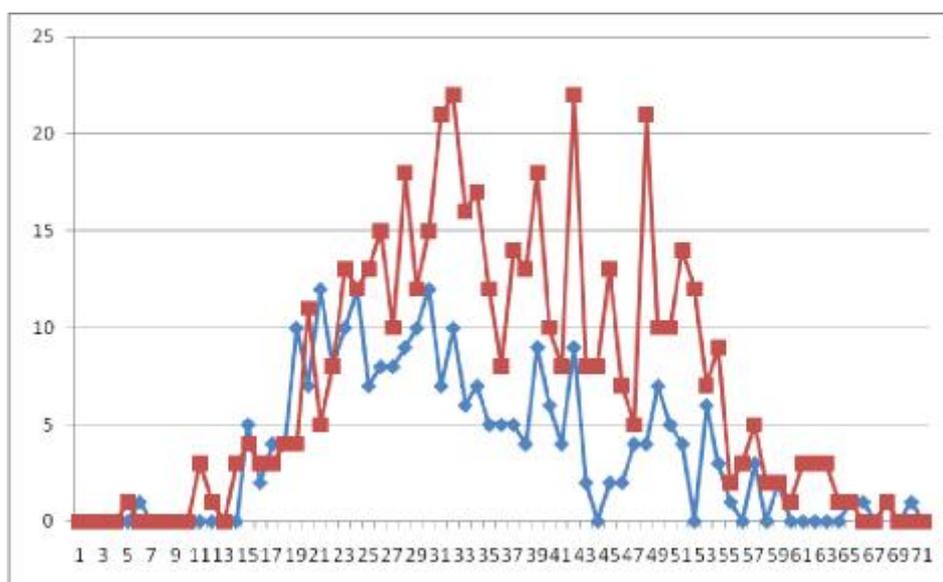


Рис.1 Риск возникновения соматоформных расстройств в зависимости от возраста и пола.

По горизонтальной оси – возраст (в годах), по вертикальной оси – количество случаев. Рисунок построен на основании данных о 745 больных СФР (490 женщин и 255 мужчин). Большие квадраты на рисунке обозначают зависимость для 490 женщин, маленькие – для 255 мужчин.

Спектральный анализ данных заболеваемости СФР, выполненный с помощью шестой версии пакета программ Statistika фирмы StatSoft, выявил, что отдельные кратковременные подъемы и спады, представленные на рис. 1, не являются случайными. Они были вызваны взаимодействием трех циклических процессов с периодами длительностью в 23, 10 и 3 года (см. рис.2).

Первому интервалу на рис.2 соответствует

частота с периодом в 23 года, пятому интервалу соответствует частота с периодом в 10 лет, а двадцать третьему интервалу соответствует частота с периодом в 2,8 года. Именно циклические процессы с такими периодами (23, 10,0 и 2,8 года) статистически достоверно ($P=0,05$) выявлены в выборке из 490 женщин, больных СФР.

Если для мужчин статистически значимым оказался лишь циклический процесс с периодом в 23 года, то для женщин, в дополнении к про-

цессу с периодом в 23 года, были выявлены еще два статистически значимых циклических про-

цесса с периодами в 10,0 и 2,8 года. Период в 2,8 года имел максимальный спектральный вес.

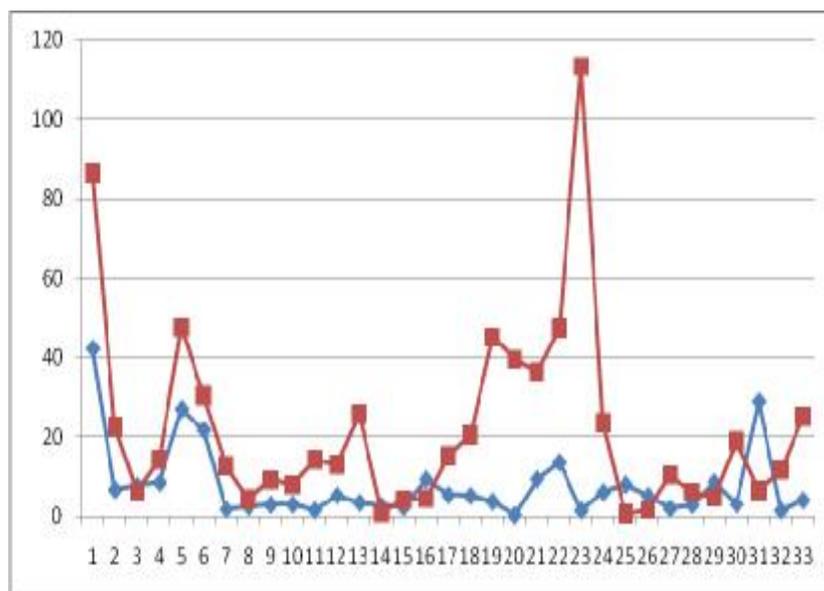


Рис. 2. Спектры частот, содержащихся в зависимостях риска возникновения СФР от возраста для 255 мужчин (спектр представлен маленькими квадратами) и 490 женщин (спектр представлен большими квадратами).

По горизонтальной оси – частоты (в условных единицах, обратных одному году). По вертикальной оси – весовые коэффициенты (в безразмерных единицах).

Необходимо отметить, что в спектре заболеваемости мужчин также был обнаружен циклический процесс с периодом в 10,0 лет (интервал №5 на рис.2). Однако, на основании анализа выборки, содержащей лишь 255 мужчин, не удалось подтвердить, либо опровергнуть гипотезу о статистической значимости этой частоты. В дальнейшем необходимо увеличить объем выборки для

мужчин, больных СФР. Так как объектом исследования были истории болезней жителей одного региона, представляют интерес дальнейшие исследования аналогичных выборок, сформированных в иных регионах, для уточнения выявленных гендерных особенностей рисков возникновения СФР. Для этих целей в табл.2 приведены данные, на основании которых построены графики рис.2.

Таблица 2

Количество больных, оценивших возраст, в котором у них возникло СФР

Возраст возникновения СФР (в годах)	Количество женщин	Количество мужчин	Возраст возникновения СФР (в годах)	Количество женщин	Количество мужчин
1	0	0	37	14	5
2	0	0	38	13	4
3	0	0	39	18	9
4	0	0	40	10	6
5	1	0	41	8	4
6	0	1	42	22	9
7	0	0	43	8	2
8	0	0	44	8	0
9	0	0	45	13	2
10	0	0	46	7	2
11	3	0	47	5	4
12	1	0	48	21	4
13	0	0	49	10	7
14	3	0	50	10	5
15	4	5	51	14	4
16	3	2	52	12	0
17	3	4	53	7	6
18	4	4	54	9	3

Таблиця 2
(продолжение)

Возраст возникновения СФР (в годах)	Количество женщин	Количество мужчин	Возраст возникновения СФР (в годах)	Количество женщин	Количество мужчин
19	4	10	55	2	1
20	11	7	56	3	0
21	5	12	57	5	3
22	8	8	58	2	0
23	13	10	59	2	2
24	12	12	60	1	0
25	13	7	61	3	0
26	15	8	62	3	0
27	10	8	63	3	0
28	18	9	64	1	0
29	12	10	65	1	1
30	15	12	66	0	1
31	21	7	67	0	0
32	22	10	68	1	1
33	16	6	69	0	0
34	17	7	70	0	1
35	12	5	71	0	0
36	8	5			

Таким образом, зависимость риска возникновения СФР от возраста для лиц обоего пола содержит 3 циклических процесса с периодами в 23, 10, 0-8,8 и 3,1-2,8 года. Однако эта зависимость имеет статистически значимые гендерные особенности: частота с периодом 3,1-2,8 лет отсутствует в мужских зависимостях, в то время как она сильно выражена в женских. Иными словами, можно сде-

лать вывод о наличии у женщин некоего дополнительного, по сравнению с мужчинами, периодического процесса с периодом в 3 года. С его помощью можно объяснить давно известный феномен гендерной асимметрии СФР - превышение количества больных женщин в 1,8-2 раза по сравнению с мужчинами (не исключая при этом роли других факторов в формировании этого феномена).

А.І. Алексейчук

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАННОСТІ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Об'єкт дослідження: 1045 історій хвороб соматоформних розладів (СФР) у 490 жінок і 255 чоловіків, які звернулися за спеціалізованою медичною допомогою в 2002-2010 роках. Предмет дослідження: вікові закономірності ризику виникнення СФР. Методи дослідження: аналіз архіву методами математичної статистики. Результати: залежність ризику виникнення СФР від віку містить 3 циклічних процеси з періодами в 23, 10,0-8,8 і 3,1-2,8 року. Ця залежність має статистично значущі гендерні особливості: частота з періодом 3,1-2,8 року відсутня в чоловічих закономірностях, у той час як вона сильно виражена в жіночих. Ключові слова: соматоформні розлади, закономірності, вік, періодичність, гендер. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 36-40).

A.I. Alekseychuk

GENDER FEATURES OF INCIDENCE SOMATOFORM DISORDERS

Donetsk national medical university

The object of study: 1045 histories of diseases of somatoform disorders (SFD) 490 women and 255 men who applied for specialized medical care in the years 2002-2010. Subject of study: age patterns of the risk of SFD. Methods: Archives analysis by methods of mathematical statistics. Results: The dependence of SFD risk from the age contains 3 cyclic process with periods of 23, 10,0-8,8 and 3,1-2,8 years. This dependence has a statistically significant gender-specific: the frequency with a period of 3,1-2,8-year absence in the men's dependency, while it is strongly expressed in the female. Keywords: somatoform disorders, law, age, frequency, gender. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 36-40).

Литература

1. Абрамов В.А., Васильева А.Ю. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской сети // Архив психиатрии. – 2003. – № 1 (32). – С. 71-73.
2. Вовк И. Л., Белостоцкая Ж. И. Распространённость и выявляемость депрессивных расстройств в районах Харьковской области (исследование за 5-летний период) // Укр. вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13, вип. 1 (42). – С. 27 – 29.
3. Ladwig K., Marten-Mittag B., Erazo N., Gьndel H. Identifying Somatization Disorder in a Population-Based Health Examination. Survey Psychosocial Burden and Gender Differences// Psychosomatics ,2001.-№ 42.- P.511-518.
4. Александровский Ю.А., Табачников С.И. Некоторые концептуальные вопросы сближения психиатрической и общесоматической помощи населению // Архив психиатрии. – 2002. – №.4 (31). – С. 5 – 6.
5. Добровольская Е.С. Структура и распространённость соматоформных расстройств в амбулаторно – поликлинической практике в условиях крупного промышленного центра // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т.10, вип.1, дод. – С. 177.
6. Добростомат У.Н. Современные взгляды на проблему психосоматики и соматопсихиатрии в клинике общего профиля // Пробл. мед. науки та освіти. – 2000. – № 1. – С. 48 – 50.

Поступила в редакцию 4.09.2010

УДК: 616.899-053.9:614.253.8(079.5)

*І.Я. Пінчук***СТАВЛЕННЯ ДО ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВАДАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ**

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації

Ключові слова: люди похилого віку, стигматизація, вади психічного здоров'я

Україна сильно затягла з реформуванням психіатричної допомоги людям похилого віку, якщо говорити про ці зміни в контексті загальноєвропейських процесів. Системи охорони психічного здоров'я людям похилого віку в розвинутих країнах світу переживають наступний етап свого становлення, пов'язаний з переглядом самої парадигми їх побудови, перенесенням акценту з реабілітації на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психічного благополуччя [1]. Системи охорони психічного здоров'я в Європі характеризуються співіснуванням різних теоретичних моделей і наукових підходів, але ґрунтуються на спільних культурних цінностях: глибокій повазі прав та гідності людини у відповідності до Конвенції ООН про права людини та Європейською Конвенцією про захист прав людини, боротьбі зі стигматизацією, дискримінацією і соціальною нерівністю. Згідно з принципами ООН, люди похилого віку мають право на справедливе ставлення до них, незалежно від віку, статі, расової або етнічної приналежності, інвалідності або іншого статусу та їх роль повинна оцінюватися незалежно від можливостей економічного внеску. Державні та громадські інститути при наданні психіатричної допомоги та проведення профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я забезпечують соціальні і правові потреби людей похилого віку, поважають їх індивіду-

альність [2,3].

Ряд непрямих даних свідчить, що стигматизація є доволі поширеним явищем в українському суспільстві. Про це свідчить низький рівень звернення до існуючих в Україні закладів охорони психічного здоров'я, їхня відокремленість від мережі інших медичних установ, наявність великих психіатричних лікарень, переважання серед психіатричних послуг надання стаціонарної психіатричної допомоги [4,5,6,7]. Київським міжнародним інститутом соціології у рамках регулярних опитувань громадської думки в 2008 році було вивчено ставлення населення України до свого здоров'я. До переліку запитань було включено низьку запитань, що стосувалися психічного здоров'я та ставлення до психічно хворих осіб [8, 9,10]. Беручи до уваги, що сьогодні старість є стигмою, а людина похилого віку з вадами психічного здоров'я – це подвійна стигма, а також реформування надання медико-соціальної допомоги цьому контингенту хворих в напрямку інтеграції в первинну медико-санітарну ланку, відсутність даних в вітчизняній літературі стосовно відношення лікарів первинної ланки до осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я, було проведено дане дослідження.

Метою дослідження стало вивчення результатів опитування лікарів первинної ланки про ставлення до психічно хворих осіб похилого віку та аналіз отриманих результатів.

Матеріали та методи дослідження

Опитування проводилося у 4-х медичних закладах Донецької області, а саме, у Донецькому обласному госпіталі для ветеранів війни, міських лікарнях №№ 3, 18 і 20 у лікарів різних спеціальностей. У результаті зібрано 70 анкет. Лікарям запропоновано 3 запитання:

1. Які почуття Ви переживаєте, зустрічаючи при професійній діяльності людину похилого віку з вадами психічного здоров'я?

2. Направляли Ви людину похилого віку з вадами психічного здоров'я на консультацію до психіатра? Як що ні, то чому?

3. Чи стикалися Ви коли-небудь з агресією до себе з боку психічно хворої людини?

При аналізі групи респондентів порівнювалися за віком (до 30; 31-45; 46-60; понад 60 років) та статтю. Аналіз виконано з визначенням інтервалу достеменною різниці у групах, що порівню-

валися, на межі $p < 0,05$ та довірчого інтервалу (ДІ) у 95%.

Результати дослідження, їх обговорення

Почуття при зустрічі в професійній діяльності з людиною похилого віку з вадами психічного здоров'я. У табл. 1 наведені дані про почуття стосовно осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я. За даними аналізу встановлено, що чоловіки повідомляли частіше про співчуття, ніж жінки, - 50,0% проти 27,5% (95% ДІ – 0,91-1,48; $p < 0,001$), а жінки частіше повідомляли про жалість – 52,5% проти 30,0%

(95% ДІ – 0,97-1,32; $p < 0,001$). Третє місце серед почуттів, про які повідомлялося у чоловіків було байдужість – 10,0% проти 2,5% у жінок (95% ДІ – 1,65-3,76; $p < 0,001$), а у жінок на третьому місці – почуття страху, - 17,5% проти 6,7% у чоловіків (95% ДІ – 1,56-2,86; $p < 0,001$). Про почуття огиди повідомили тільки чоловіки – 3,3%, жінки зовсім не називали це почуття (95% ДІ – 0,67-4,34; $p < 0,01$).

Таблиця 1

Почуття при зустрічі в професійній діяльності з людиною похилого віку з вадами психічного здоров'я (%)

Відомості про респондентів	Жалість	Співчуття	Страх	Байдужість	Огида
Стать					
Чоловіча	30,0	50,0	6,7	10,0	3,3
Жіноча	52,5	27,5	17,5	2,5	–
Вік					
до 30	28,6	35,8	7,1	21,4	7,1
31-45	53,8	23,1	15,4	7,7	–
46-60	61,6	30,7	7,7	–	–
понад 60	53,0	23,5	23,5	–	–

При аналізі почуттів лікарів в залежності від віку, встановлено, що почуття жалості частіше зустрічається у вікових категоріях 46-60 років – 61,6% (95% ДІ – 1,23-3,86; $p < 0,01$); 31-45 років – 53,8% (95% ДІ – 1,67-3,21; $p < 0,01$) та понад 60 років – 53,0% (95% ДІ – 1,56-3,43; $p < 0,01$). Співчуття виявляли частіше респонденти до 30 років – 35,8% (95% ДІ – 1,43-2,81; $p < 0,01$) та респонденти у віці 46-60 років – 30,7% (95% ДІ – 1,31-2,92; $p < 0,01$). Почуття страху виявлялося майже у кожного четвертого респонденту у віці старше 60 років; байдужість – у кожного п'ятого респондента у віці до 30 років, а почуття огиди – тільки у лікарів до 30 років – 7,1% (95% ДІ – 0,42-0,99; $p < 0,01$).

Жоден респондент не направляв людину похилого віку з вадами психічного здоров'я на консультацію до психіатра, однак 7,1% респондентів пропонували родичам хворих звернутися за допомогою психіатра. Основною причиною того, що пацієнтів не направляли до психіатра було названо „мовчазна згода” – небажання лікаря пропонувати консультацію психіатра, а хворого

та родичів – припускати думки, що така консультація потрібна, хоча було зазначено лікарями, що така консультація в деяких випадках була потрібною.

Агресія з боку психічно хворих осіб. Стосовно агресії з боку хворих повідомили 23,3% чоловіків та 17,5% жінок (табл. 2). Респонденти віком до 30 років повідомляли про агресію у 28,6% випадків (95% ДІ – 1,24 – 2,11; $p < 0,001$), віком 31-45 років – 23,1% (95% ДІ – 1,15 – 2,34; $p < 0,001$), віком 46-60 років – 19,2% (95% ДІ – 1,04 – 2,17; $p < 0,001$) та віком понад 60 років – 11,8% (95% ДІ – 0,59 – 1,05; $p < 0,001$).

Проведене дослідження було спробою визначити ставлення з боку лікарів до осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я. Із усіх аспектів стигматизуючого ставлення до осіб з вадами психічного здоров'я була вибрана агресія психічно хворої людини, яка являється одним із найбільш стигматизуючих по відношенню до таких осіб. Запитання, що були запропоновані респондентам, стосувалися лише одного аспек-

ту того феномену, що зветься стигмою, а саме загальне ставлення до осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я, без зазначення того чи іншого психічного захворювання (деменція, деп-

ресія, делірій чи інше). Можна зазначити, що даний контингент хворих відчуває на собі стигму двічі: по-перше – це старість, по друге – це психічне захворювання.

Таблиця 2

Агресія з боку психічно хворих осіб

Відомості про респондентів	%	95% ДІ
Стать		
Чоловіча	23,3	1,35 – 2,61 (p<0,001)
Жіноча	17,5	0,47 – 0,85 (p<0,001)
Вік		
до 30	28,6	1,24 – 2,11 (p<0,001)
31-45	23,1	1,1 5– 2,34 (p<0,001)
46-60	19,2	1,04 – 2,17 (p<0,001)
понад 60	11,8	0, 59 – 1,05 (p<0,001)

Висновки.

1. У респондентів чоловіків по відношенню до осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я виявляються почуття співчуття (50,0%), жалість (30,0%), байдужість (10,0%), страх (6,7%), огида (3,3%).

2. У респондентів жінок по відношенню до осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я виявляються почуття жалості (52,5%), співчуття (27,5%), страх (17,5%) та байдужість (2,5%).

3. Почуття агресії з боку психічно хворих відчували 23,3% чоловіків та 17,5% жінок.

4. Респонденти віком до 30 років повідомляли про агресію у 28,6% випадків, віком 31-45 років – 23,1%, 46-60 років – 19,2% та понад 60 років – 11,8%.

5. Жоден респондент не направляв людину похилого віку з вадами психічного здоров'я на

консультацію до психіатра.

6. 7,1% респондентів пропонували родичам хворих звернутися за допомогою психіатра.

7. Основною причиною того, що пацієнтів не направляли до психіатра було названо „мовчазна згода”.

Результати дослідження свідчать про деякий дисонанс у ставленні до психічно хворих за даними засобів масової інформації, які повідомляють про вкрай негативне відношення до цієї категорії хворих. За даними дослідження лікарі доволі прихильно ставляться до осіб похилого віку з вадами психічного здоров'я. Однак, в період реформування медичної галузі, зокрема, охорони психічного здоров'я, необхідно впроваджувати широкомасштабні освітні програми та акції щодо психічних розладів, їх виявлення та можливості лікування, як серед населення взагалі, так і серед лікарів інших спеціальностей.

И.Я. Пинчук

ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УКРАИНСКОМ ОБЩЕСТВЕ ПО ДАННЫМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ

Главное управление здравоохранения Донецкой областной администрации

Для изучения отношения к пациентам пожилого возраста с психическими расстройствами проанализированы результаты опроса врачей первичного медико-санитарного звена. Опрос проведен в 4-х лечебно-профилактических учреждениях Донецкой области. Собрано 70 анкет. По результатам анкетирования среди мужчин выявлено в 50,0% сочувствие, в 30,0% жалость, в 10,0 безразличие, в 6,7% страх и в 3,3% отвращение по отношению к людям пожилого возраста с психическими расстройствами. У женщин – жалость в 52,5%, сочувствие в 27,5%, страх в 17,5% и безразличие в 2,5%. Чувство агрессии со стороны психически больных ощущали респонденты всех возрастных категорий: от 11,8% (старше 60 лет) до 28,6% (до 30 лет). Отношение врачей к пациентам пожилого возраста с психическими расстройствами терпимое, однако, необходимо в период реформирования медицины внедрение широкомасштабных образовательных программ, как среди общественности, так и среди врачей различных специальностей. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 41-44).

THE RELATION TO ELDERLY PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS IN THE UKRAINIAN SOCIETY ACCORDING TO INTERROGATION OF DOCTORS

Department Health Service of Donetsk region

It is analysed results of interrogation of doctors of a primary medical link for studying the relation the patients of advanced age with mental disorders. Interrogation is spent in 4 treatment-and-prophylactic establishments of Donetsk area. It is collected 70 questionnaires. It is revealed among men in 50,0% sympathy, in 30,0% pity, in 10,0% indifference, in 6,7% fear and in 3,3% disgust in relation to people of advanced age with mental disorders by results of questioning. And among women it is revealed pity in 52,5%, sympathy in 27,5%, fear in 17,5% and indifference in 2,5%. The feeling of aggression from the side of people with mental disorders was felt by respondents of all age categories: from 11,8% (upwards 60 years) to 28,6% (till 30 years). The relation of doctors to patients of advanced age with mental frustration is tolerant, however, it is necessary introduction of large-scale educational programs in reforming of medicine, both among the public, and among doctors of various specialities. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 41-44).

Література

1. Saraceno B. Mental health system research is urgently needed // International Journal of Mental Health System. — 2007. — Vol. 1. — P. 2.
2. World Health Organization. World Health Report // World Health Organization Geneva, Switzerland, 2004.
3. World Health Organization. Final documents of the ministerial conference, Helsinki, 12-15 January 2005: Mental Health Action Plan for Europe and European Declaration on Mental Health, 2005a // Available at www.euro.who.int.
4. Alonso J., Buron A., Bruffaerts R., He Y., Posada-Villa J., Lepine J.P., Angermeyer M., Levinson D., de Girolamo G., Tachimori H., Mneimneh Z., Medina Mora M. E., Ormel J., Scott K.M., Gureje O., Haro J.M., Gluzman S., Lee S., Vilagut G., Kessler R.C., Von Korff M. (in press). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys // Acta Psychiatrica Scandinavica.
5. Bromet E.J., Gluzman S.F., Paniotto V.I., Webb C.P.M., Tintle N.L., Zakhosha V., Havenaar J.M., Gutkovich Z., Kostyuchenko S., Schwartz J.E. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. — 2005. — Vol. 40. — P. 681-690.
6. Corrigan P.W., River L., Lundin R.K., et al. Stigmatizing attributions about mental illness // Journal of Community Psychology. — 2000. — 28. 91-102.
7. Gluzman S., Kostyuchenko S. Psychiatry in Ukraine // Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists. — 2006. — 3. — 38-40.
8. С. Костюченко, І. Любницька, Ю. Пієвська. Ставлення до психічно хворих в українському суспільстві за даними опитування громадської думки // Вестник Ассоциация психиатров Украины. — 2009. - №303. — С. 89-92.
9. Воротинцев Т.В. Громадська думка щодо психічного здоров'я та нездоров'я. — К.: Факт, 1999. — 48с.
10. Танковська Ю., Коростишевський І. Морально-етичний та правовий аспекти проблеми психічного здоров'я у сучасному українському суспільстві // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1998. - № 11.

Поступила в редакцію 15.11.2010

УДК 616.89-008.45:616.12-005.4+616.89-008.4]-08-039.76

О.В. Сергієні, А.Г. Кириченко, В.В. Храмцова, І.І. Кислицька

РОЛЬ КОГНІТИВНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВИЗНАЧЕННІ ІНВАЛІДНОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, когнітивні та психологічні порушення, інвалідність, реабілітація

Не зважаючи на актуальність вивчення найважливіших всесвітніх проблем сьогодення: захворюваності, інвалідності та смертності при хворобах системи кровообігу (ХСК) та розладів психіки і поведінки, в певній мірі пов'язаних з хронічним стресом, в достатній мірі не розроблені заходи, спрямовані на збереження та покращення психічного здоров'я нації та профілактику ХСК як надзвичайно значущих проблем збереження здоров'я суспільства, оскільки в останні десятиріччя спостерігається тенденція до його погіршення (1,2,3,4).

Серцево-судинні захворювання самі по собі можуть викликати когнітивні порушення (КП) або прискорювати розвиток і клінічну маніфестацію дегенеративного процесу головного мозку (5,8). Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку, за допомогою яких проходять процеси раціонального пізнання світу. До них відносять пам'ять, мову, гнозис (сприйняття), рухову активність (практику) та мислення (9,10). Когнітивні порушення є самим розповсюдженим синдромом у неврологічній або психіатричній практиці, які досить часто супроводжують гостру й хронічну патологію головного мозку (6,7,11). Однак у більшості випадків вони не є грубими й не викликають соціальної дезадаптації та їх позначають терміном «помірні когнітивні розлади» або легкий когнітивний розлад (ЛКР). Це термін, який широко використовується для позначення стану, який характеризується порушенням хоча б в одній характеристиці когнітивної сфери, але не призводить до порушення самостійності в повсякденному житті (7,10). У більшості ви-

падків ЛКР проявляється ізольованою недостатністю завчання (короткочасної пам'яті). Тому й створена сучасна концепція м'якого (помірного) когнітивного зниження - «mild cognitive impairment» (МСІ), виділеного через необхідність ідентифікувати категорію пацієнтів з таким погіршенням функцій, що являє собою проміжну стадію між віковою нормою та деменцією й має підвищений ризик переходу в деменцію протягом найближчих 3-5 років (11). Крім когнітивних порушень у хворих на серцево-судинні захворювання часто відмічаються психо-емоційні розлади, основними проявами яких є депресія, підвищена емоційність і стан нудьги. Серед розладів тривожного спектру в групі хворих на ІХС найпоширенішими є невротичні, які пов'язані зі стресом, і соматизовані симптомокомплекси (6).

Таким чином, судинні захворювання головного мозку - це не тільки локальний процес поразки церебральних судин, а і прояви системної судинної патології, тому вивчення й дослідження різних медико-соціальних, біологічних, психофізіологічних причин, а також оцінка початкового рівня функціонального стану системи кровообігу загалом у хворих з перенесеним інфарктом міокарду є актуальною проблемою.

Метою даного дослідження було вивчення психопатологічної структури та визначення наявності синдрому МСІ з подальшою оцінкою нейропсихологічної складової реабілітаційного потенціалу (РП) та виявлення психофізіологічного патерну хворих на ішемічну хворобу серця для інтенсифікації процесу реабілітації та ресоціалізації інвалідів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено в клініці Укр-ДержНДІМСП. Обстежено 180 хворих з ІХС, 38-60 років (середній вік $46,2 \pm 12,4$ роки). Кри-

терієм включення хворих у дослідження була наявність перенесеного в анамнезі інфаркту міокарду або кардіосклерозу атеросклеротичного,

вік до 60 років (включно), визнані інвалідами. Критеріями виключення з дослідження служили наявність важких соматичних або неврологічних розладів у стадії декомпенсації.

Всім хворим проводилося неврологічне обстеження, яке включало послідовне дослідження рухової, чутливої, координаційної сфери, вегетативного забезпечення, когнітивних функцій і психічної сфери. Для комплексного вивчення нервової системи використовувалася шкала Ліндмарка - LS (Lindmark B. Et al., 1995). Не менше складною проблемою була кількісна оцінка якості життя пацієнта. Ступінь соціальної дезадаптації хворих оцінювали за допомогою спеціальної Оксфордської шкали соціальної дезадаптації OSAS (Bamford J.L. et al., 1989). Когнітивну діяльність і рівень загальної інтеграційної діяльності мозку (пам'ять на слова й образи) досліджували за допомогою 10 стандартних методик нейропсихологічного тестування: а) вербальні асоціації (звукові й категоріальні); б) повторення цифр; в) шкала деменції Маттіса; г) коротке дослідження психічного статусу; д) батарея лобової дисфункції; е) тест «5 слів»; ж) тест малювання годинника; з) тест Бостона назви; і) тест «10 слів»; к) пізнання малюнків. Для вивчення особистості в нашому дослідженні використовувався метод кольорних виборів (тест

Люшера) і опитувальник Кейрсі.

Для діагностики емоційних порушень у даній категорії хворих використовували госпітальну шкалу тривоги й депресії, шкалу Гамільтона для оцінки тривоги, шкалу депресії Бека, шкалу оцінки депресії Гамільтона, шкалу оцінки депресії Монтгомері-Асберга.

Для оцінка психологічної складової РП (Смичек В.Б., 2009 р.), виявлення психофізіологічного патерну у хворих на ІХС були використані наступні методи дослідження: експрес-діагностика властивостей нервової системи за психомоторними показниками О.П.Ільїної; патопсихологічна оцінка порушень уваги за допомогою методики «Коректурна проба»; патопсихологічна оцінка порушень інтелекту за допомогою тесту «Прогресивні матриці Равена»; патопсихологічна оцінка індивідуально-психологічних особливостей за допомогою опитувальника ММРІ; особистісний опитник Бехтеревського інституту (ООБІ), за допомогою якого оцінювали внутрішню картину хвороби (ВКБ).

При статистичній обробці одержаних результатів для порівняння кількісних показників використовували двох вибірових t-тест Стюдента з однаковими й різними дисперсіями, метод непараметричної статистики Уїтні-Манна для чисел і рангів та метод Вілкоксона.

Обговорювання результатів дослідження

Всі обстежені хворі на ІХС по сукупності анамнестичних даних і результатів клініко-інструментального дослідження були розділені на дві клінічні групи: I група - пацієнти із стенокардією напруги II функціонального класу (ФК) - 98 особи (54,4%), у 81 особи була виявлена дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП) I ст. (82,6%) та ДЕП II – у 5 осіб (5,1%); II група - пацієнти із стенокардією напруги III ФК - 82 особи (45,6%), в 74 пацієнтів цієї групи була виявлена ДЕП I ст. (90,2%) та у 7 осіб – ДЕП II (8,5%) . Інфаркт міокарду (ІМ) в анамнезі був у 159 особи із 180 пацієнтів на ІХС, де перенесений Q – ІМ був у 102 пацієнтів (64,15%), non - Q – ІМ - 57 осіб (35,8%). Аналіз неврологічного статусу показав, що в групі хворих з перенесеним Q - ІМ ДЕП було діагностовано у 67 хворих (42,13%), у групі з перенесеним non - Q – ІМ у 49 пацієнтів (30,8%). Групи також розрізнялися по статевому складу: в 1-й та в 2-й групі переважали чоловіки: I група - 14 жінок (15,3%); II групі - 21 жінка (26,8%).

Аналіз неврологічної симптоматики показав, що провідними клінічними синдромами у хво-

рих були наступні: цефалгічний – у 81-го хворого (45,0%); вестибуло-атактичний – у 95-ти хворих (52,7%); екстрапірамідний – у 14-ти хворих (7,7%), сенсорно-пірамідний – у 91-ій особи (50,5%); псевдобульбарний – у 3-х осіб (1,6%).

Аналіз клінічних симптомів неврологічного статусу показав, що по проявам неврологічних розладів обидві групи були практично однакові.

У досліджуваних пацієнтів при нейропсихологічному тестуванні були одержані наступні результати: вербальні асоціації (максимальна оцінка - 20 балів) - кількість балів склала від 10 до 15 балів у 47 чоловік пацієнтів; повторення цифр (максимально - 4 бали) - від 2-х відмічалось у 57 пацієнтів до 4-х балів у 51 особи. Шкала деменції Маттіса (максимально - 144 бали, менше 124 – це ознаки легких когнітивних порушень, менше 50 - це помірні когнітивні порушення). Таким чином, 130-144 бали мали 102 особи і 116 -129 балів мали 79 осіб, 102-115 балів мали 39 осіб.

Дослідження психічного статусу (орієнтація, сприйняття, концентрація уваги, пам'ять, мова - максимально 24-30 балів) - у 21-го пацієнта:, у

97-ми осіб - 15-18 балів.

Аналіз одержаних результатів показав, що у всіх хворих на ІХС наголошувалося інтелектуально-мнестичне зниження легкого ступеня вираженості (початкові вияви), тобто зниження мислення, функції рахунку, пам'яті на зорові образи й слова в межах 1-2 балів. У хворих зі стенокардією напруження (180 пацієнтів) встановлені вербальні порушення у 155 пацієнтів та мнестичні непрофесійні порушення - у 97 пацієнтів.

Порушення пізнавальних процесів відмічалось у більшості пацієнтів у вигляді порушень уваги та інтелекту, переважало зниження здібностей до вирішення проблем та мислення – у 74 пацієнтів.

Зниження інтелектуальних здібностей було виявлено майже у всіх пацієнтів обох клінічних

груп (Рис. 1.). При цьому не можливо було виявити закономірності логічного просторового відтворення, що мабуть пов'язано з прогресивним зниженням інтелектуальних здібностей. По групах ці показники розташувались таким чином: у 85,3% пацієнтів групи з перенесеним Q – ІМ відмічалось зниження інтелекту до середніх значень та у 5,9% пацієнтів було виявлено значне зниження інтелекту й лише у 8,8% хворих був інтелект вище середнього. Тому загальний індекс склав 31 бал. У групі non-Q – ІМ у 94,5% пацієнтів відмічалось зниження інтелекту до середніх значень, у 5,5% хворих були показники вище середнього, при цьому значних порушень у пацієнтів цієї групи не було виявлено. Загальний індекс склав 33 бали. Таким чином, в обох клінічних групах не спостерігалось зниження інтелекту до інтелектуального дефекту.

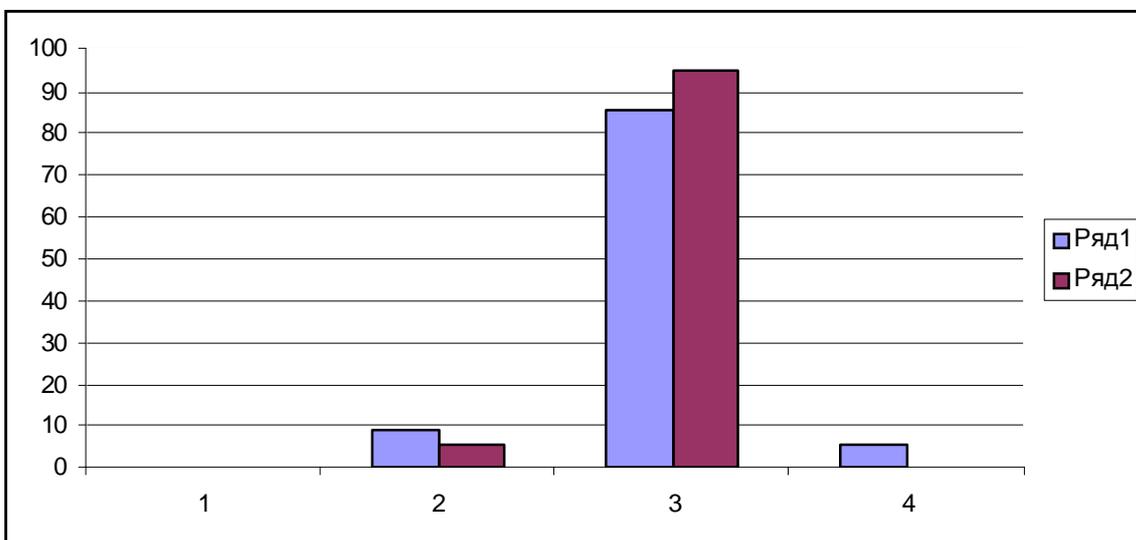


Рис. 1. Показники ступеня зниження інтелекту у хворих після перенесеного ІМ.

Примітка: 1 ряд- група Q – ІМ; 2 ряд- група non-Q-ІМ (щабель розвитку інтелекту: 1-1- високо розвинений, 2-вище середнього, 3-зниження інтелекту в середньому ступені, 4-4- значне зниження).

Такий показник, як «дослідження уваги» виявив зниження загальної психічної працездатності у 74,0% хворих, порушення стійкості – у 46,0% пацієнтів, стомлення – у 89,0 % хворих, що виражалось в припущенні помилок, які характерні для хворих з судинними або іншими органічними ураженнями головного мозку. Одноманітні зорові подразники в умовах довгострокових перевантажень зорового аналізатора в даній групі пацієнтів викликали стомлення та збільшення години на виконання завдання, це відмічалось у 56,3% пацієнтів I клінічної групи та у 64,7% хворих II клінічної групи (Рисунок 2).

Підвищення профілю по шкалах невротичної тріади спостерігалось у 36,6% пацієнтів, що вка-

зує на недостатність фізичних і психічних ресурсів для задоволення актуальних потреб, зниження рівня інтрапсихічної адаптації даної категорії хворих. Профіль особистості у пацієнтів, після перенесеного Q- ІМ (76,47%) характеризується підвищенням профілю особистості по шкалі істерії, при цьому в усіх спостерігається конверсія - невротичні захисні реакції, при яких тривога усувається за рахунок соматизації й витиснення її шляхом формування демонстративного поведіння; з них у 52,9% пацієнтів спостерігаються істеричні вияви у вигляді акцентуацій; підвищення по шкалі шизоїдності мають 26,5% пацієнтів, що вказує на розвиток аутизації. Порушення механізмів інтрапсихічної адаптації виявляється в 5,9% пацієнтів. Істеричні симпто-

ми з різними функціональними порушеннями й запереченням психологічних проблем характерні для 6,0 % пацієнтів. Значне зниження по шкалі гіпоманії мають 17,6% пацієнтів, що вказує на можливість розвитку депресивних тенденцій. Профіль особистості в групі пацієнтів з перенесеним non-Q-ІМ у 56,3% пацієнтів характеризується наявністю у профілі конверсійної п'ятірки у вигляді акцентуації, при цьому у 37,5% пацієнтів спостерігається порушення механізмів інтрапсихічної адаптації; у 18,8% пацієнтів визначається яскраво виражена дезінтеграція осо-

бистості. Депресивні стани різного ступеня виразності спостерігаються у 50,0% пацієнтів. Підвищення по шкалі шизоїдності й параноїдальності мають 31,3% пацієнтів, що вказує на розвиток аутизації з ригідністю афекту й імовірністю формування важко корегуємих концепцій. Підвищення по шкалі психопатії мають 18,7% хворих. У цілому у 75,0 % пацієнтів профіль особистості був характерний для органічної зміни особистості, у структурі якого є істеричні включення з різними функціональними розладами й запереченням психологічних проблем.

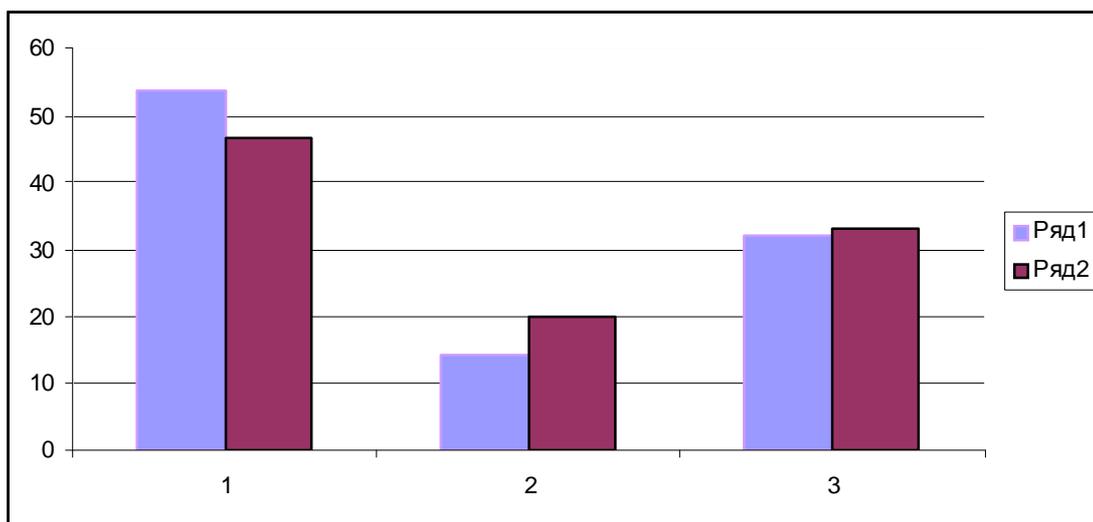


Рис. 2. Показники порушення уваги у хворих після перенесеного ІМ.

Примітка: 1 ряд- група Q - ІМ, 2 ряд- група non-Q-ІМ. 1-без порушень, 2-2- порушення уваги середнього ступеня, 3-3- значні порушення уваги.

У хворих першої групи відмічається інертність, нерішучість, втрата вольової активності, значущими стають тільки ті події, які не заперечують знову виділившемуся смислотворючому мотиву збереження життя. Виділення мотиву збереження життя призводить до формування обмеженої поведінки.

Таким чином, особистісний тип психічного реагування в більшості пацієнтів був істеричний. Даний тип реагування є суттю соціально опосередкованого відношення до дійсності та оцінки своєї ролі в суспільстві. Це є особистісними реакціями на соціально значимі події чи зміни свого статусу.

У даному випадку важливе значення має не сам характер психотравмуючої ситуації, а особистісне відношення до неї, яке вказує на витиснення факторів, що викликають тривогу за рахунок соматизації тривоги шляхом формування демонстративної поведінки.

Результати теплінг-тесту показали, що в більшості пацієнтів визначається середньо-слабкий (50,0% пацієнтів) профіль психомоторних

показників, і слабкий (33,3% пацієнтів) зі значним зниженням до кінця виконання завдання. За динамікою максимального темпу рухів у пацієнтів групи з перенесеним Q - ІМ переважав тип який характеризує середне-слабку нервову систему й становив 47,0% хворих від усіх пацієнтів цієї групи, відповідно 45,3% пацієнтів мали середню нервову систему, та 11,8% хворих - слабку. У пацієнтів групи з перенесеним non-Q – ІМ : середньо-слабкий тип нервової системи був у 50,0% хворих від усіх пацієнтів цієї групи та слабкий тип - у 33,3% хворих, у 16,7% хворих - середній тип нервової системи. Отже питома вага пацієнтів із зниженою силою нервових процесів склала 58,8% хворих у групі з перенесеним Q - ІМ та 83,3% у групі з перенесеним non-Q-ІМ, що може бути зумовлене психофізіологічним стресом.

Таким чином, аналіз отриманих результатів виявив, що для пацієнтів групи з перенесеним non-Q-інфарктом міокарду характерні слідуєчі порушення - це органічний розвиток особистості, порушення механізмів інтрапсихічної

адаптації й заперечення психологічних проблем. Для пацієнтів групи з перенесеним Q-ІМ ведучими є психологічні механізми витиснення й усунення тривоги за рахунок соматизації й формування демонстративного поведіння, а також психологічних механізмів захисту у вигляді заперечення, які виражаються в демонстративному поведінні заперечення серйозності захворювання. Недостатність компенсаторних механізмів витиснення й придушення призводять до зниження концентрації уваги, а також порушенню інтелектуальних здібностей.

Для пацієнтів групи з перенесеним Q-ІМ серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний. Хворі з таким типом відношення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях на хворобу проявляють дезадаптивну поведінку, яка приводить до порушення їх соціального функціонування. При цьому найбільш поширений сенситивний. Для таких пацієнтів являється рефлексивний стиль мислення, орієнтація на оцінку оточуючих. У зв'язку з цим суттєвим стає не самі хворобливі прояви чи неприємні відчуття внаслідок захворювання, а реакція на інформацію про хворобу з другої сторони референтної групи.

Для пацієнтів групи з перенесеним non-Q-ІМ серед дезадаптивних типів більш характерний інтрапсихічний тип з більш частим проявом у різних сполученнях тривожного та неврастенічного типу відношення до хвороби. Тривожні пацієнти постійно проявляють неспокій відносно небажаного пливу захворювання. Тривога частіше усього направлена на майбутнє та визначається частіше фобіями, що хвороба надовго і суттєво змінить стереотип життя. Неврастенічний тип поведінки йде по типу «дратівливої слабкості». Дратівливість захоплює як фізичні явища, так і відношення оточуючих. Таких пацієнтів відмічає нетерплячість, важкість перенесення больових відчуттів.

Таким чином, емоційні розлади були виявлені у 146-ти пацієнтів обох клінічних груп. У 93-х пацієнтів переважали тривожні розлади, у 17 пацієнтів було визначено поєднання тривожних розладів і неглибокої депресії, депресивні порушення були виявлені у 36 хворих. Частота й ступінь тривожних і депресивних розладів істотно розрізнялась у пацієнтів при наявності ДЕП II стадії, було визначено достовірне підви-

щення тривожності за шкалами Гамільтона й за госпітальною шкалою оцінки тривожності порівняно з пацієнтами ДЕП I ст ($p < 0,05$). Порівнювані групи пацієнтів не розрізнялися за віком, тривалістю захворювання й супутньою патологією.

Висновки.

1. Результати клініко-функціонального та неврологічного дослідження дозволили встановити наявність хронічної ішемії головного мозку у 116 хворих (64,4%) після перенесеного ІМ.

2. Нейропсихологічне дослідження виявило, що всі хворі на ІХС мають інтелектуально-мнестичне зниження легкого ступеня вираженості (початкові прояви), тобто зниження мислення, функції рахунку, пам'яті на зорові образи й слова.

3. Результати патопсихологічного дослідження дозволили виявити основні особистісні особливості хворих з ураженнями серцево-судинної системи. Як що розглядати захворювання з точки зору критичних ситуацій і теорії переживання та вона охоплює всі ланки життя, та викликає водночас і стрес, і фрустрацію, і конфлікт, і кризи. Конкретна критична ситуація в житті цих пацієнтів це не статичне утворення, а процес який має складну динаміку, в якому різні типи ситуацій неможливостей мають взаємний вплив друг на друга через внутрішні стани, зовнішню поведінку та його об'єктивні свідчення. Цільові детермінанти процесу переживання порушуються в силу неможливості реалізації внутрішніх необхідностей життєдіяльності. Неможливість більш продуктивно протистояти труднощам і складностям призводять до кризи, яка призводить до неможливості реалізувати життєвий замисел. У совладані з захворюванням у часті пацієнтів з'являється патологічний розвиток переживання заперечення.

3. Психологічні особливості особистості (особистісні особливості, рівень тривожності й депресивних проявів, тип відношення до хвороби) визначають позитивне або негативне відношення хворих до проведення реабілітаційних заходів і можливість досягнення взаємовідношення між лікарем та пацієнтом. Психологічна й психосоціальна допомога таким хворим обов'язково повинна проводитися в рамках реабілітаційних програм, спрямованих на сучасних підходах до реабілітації хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Е.В. Сергиени, А.Г. Кириченко, В.В. Храмова, И.И. Кислицкая

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности

В статье проанализирована частота встречаемости цереброваскулярной патологии у больных с ИБС и перенесенным инфарктом миокарда. Изучена роль когнитивных и психологических нарушений в определении инвалидности и реабилитационного потенциала, разработаны диагностические критерии для улучшения качества жизни пациентов с ИБС. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 45-50).

E.V. SergiEni, A.G. Kirichenko, V.V. Hramtsova, I.I. Kislitsky

ROLE COGNITIVE AND PSYCHOLOGICAL IMPAIRMENTS IN DEFINITION OF PHYSICAL INABILITY AND THEIR REHABILITATION POTENTIAL AT PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Ukrainian State scientific research institute of disability medico-social problems

In article frequency of occurrence cerebrovascular pathologies at patients with ischemic heart disease and the transferred heart attack of a myocardium is analysed. The role cognitive and psychological impairments in definition of physical inability and rehabilitation potential is studied, diagnostic criteria are developed for improvement of quality of a life of patients with ischemic heart disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 45-50).

Література

1. Гайдаєв Ю.О. Проблеми здоров'я та напрямки його покращення в сучасних умовах [Текст] / Ю.О.Гайдаєв, В.М.Корнацький // Український кардіологічний журнал. – Київ, 2007. – №5. – С. 12-16.
2. Коваленко В.М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих [Текст] / В.М. Коваленко, М.І.Лутай, Ю.М. Сіренко // Асоціація кардіологів України. – Київ: "Серв'є Україна" – 2007. – 112 с.
3. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я (Український контекст).- Київ: «Книга плюс»-2008.-320с.
4. Сулеева Л.К. Медико-соціальна експертиза при захворюваннях серцево-судинної системи: Практичне посібник [Текст] /Л.К.Сулеева: – Днепропетровск: «Пороги», 2001. – 164 с.
5. Дзяк Г.В. Медико-соціальна експертиза при хворобах серця та системи кровообігу: Навчально-методичний посібник [Текст] / Автор. колектив: Дзяк Г.В., Іпатов А.В., Науменко Л.Ю., Лехан В.М. та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2003. – 196 с.
6. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М., 2002. – 440 с.
7. Одинак М.М. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии/ Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. – СПб.: ВМедА, 2006.- 158 с.
8. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации [Текст] / [Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова]. – СПб.: Гиппократ, 2003. – 800 с.
9. Смычек В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000. – 132 с.
10. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов [Текст] / В.Б. Смычек. – М: Мед. лит., 2009. – 560 с.
11. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник – 4-е изд. (Серия: Классический университетский учебник)/ под. ред. Хомской Е.В.- Питер-Юг, 2008 г.- 496 с.

Поступила в редакцию 18.06.2010

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

*В. А. Демченко***КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗМІСТ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ПЕРВИННИЙ МЕДИЧНИЙ МЕРЕЖІ**

Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Києва

Ключові слова: психічні розлади, загальносоматична мережа, інтеграція.

Пріоритети в області медицини і охорони здоров'я визначаються епідеміологічними тенденціями поширеності окремих розладів і їх впливом на показники працездатності та тривалості повноцінного життя людини. Психічні розлади і, ширше, проблеми психічного здоров'я набувають в останні десятиліття особливу значимість серед усіх класів захворювань. Не випадково психічні розлади все частіше стають предметом спеціального розгляду урядів, міждержавних інститутів, Всесвітнього банку [1, 2].

Причиною тому є, перш за все, те, що зростає економічний тягар, пов'язаний із психічними захворюваннями, і, не стільки з фінансовим забезпеченням діагностики і лікування даних розладів, скільки з непрямими витратами: трудовими втратами, забезпеченням різноманітних форм соціальної підтримки, зайнятістю членів сім'ї турботами про хворих і т.і. 10% (у найближчій перспективі – близько 15%) економічних витрат, які несе суспільство у зв'язку з різними хворобами, обумовлено психічними захворюваннями та їх наслідками [3, 4].

За даними дослідження, проведеного в різних країнах світу, клінічно окреслені проблеми психічного здоров'я виявляються у 1/4 пацієнтів загальної медичної мережі: це перш за все депресії, тривожні й соматоформні розлади, а також розлади внаслідок зловживання алкоголем [5]. Згідно іншому дослідженню [6], виражені симптоми психічних порушень тривалістю не менше 1 тижня протягом календарного року можуть бути виявлені у 31,5% популяції, а розлади, що відповідають певним діагностичним категоріям психічних розладів, - у 10,5% популяції.

Масштаб проблем психічного здоров'я вимагає істотної зміни у організації відповідної консультативної та лікувальної допомоги, з розвитком нових її форм, що виходять за рамки традиційної спеціалізованої психіатричної служби, і з об'єднанням зусиль різних фахівців психіатрів,

терапевтів, кардіологів, неврологів, а також психологів та соціальних працівників. Сучасна психіатрія переживає етап реформ, спрямованих на демократизацію допомоги, забезпечення її доступності та наближення до населення. Разом з тим, реформування психіатричної допомоги неможливе тільки в рамках існуючих психіатричних служб. Очевидна необхідність взаємодії із загальною системою охорони здоров'я, зокрема, у вигляді інтеграції окремих форм психіатричної допомоги до установ первинної медичної мережі, перш за все, в територіальні поліклініки.

Враховуючі вищенаведене, з метою встановлення клініко-психопатологічного та патопсихологічного змісту психічних та поведінкових розладів у пацієнтів первинній медичній мережі, для обґрунтування та розробки організаційної моделі надання інтегрованої медичної допомоги даному контингенту хворих в умовах реальної вітчизняної клінічної практики, нами протягом 2003 – 2010 рр. проанкетовано та обстежено 2894 пацієнти Центральних поліклінік Дніпровського та Дарницького районів м. Києва, серед яких у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10. Таким чином, кількість відібраних хворих склала 28,2% від загальної кількості вивчених пацієнтів.

Серед пацієнтів первинної медичної мережі, які страждали на порушення психіки, питому вагу складали жінки (63,1±4,8% проти 36,9±4,8% чоловіків), віком від 41 до 60 років (63,8±4,8%), з середньо-спеціальною або вищою освітою (80,1±4,0%), розлучені й самотні (53,9±5,0%) або одружені (46,1±5,0%), які проживали у власній квартирі (67,3±4,7%), які працювали виконавцями (44,2±5,0%) або знаходились на пенсії за віком (23,3±4,2%), або інвалідністю (21,9±4,1%). Серед загальної вибірки інваліди за соматичним захворюванням становили 47,2±5,0% осіб, серед яких 33,2±4,7% пацієнтів – внаслідок аварії на ЧАЕС.

Таким чином, в дослідженні взяло участь 816

осіб, серед яких $33,8 \pm 4,7\%$ (276) спостерігалися у невропатолога, $28,7 \pm 4,5\%$ (234) лікувалися у кардіолога, $16,5 \pm 3,7\%$ (135) – у гастроентеролога, а $21,0 \pm 4,1\%$ (171) пацієнтів – у лікарів хірургічного профілю (хірурга, уролога, офтальмолога, отоларинголога). Хворі з хірургічною патологією не приймали участь в роботі на подальших її етапах, бо, внаслідок специфіки соматичного захворювання, вибували з поля зору амбулаторних фахівців-інтерністів та виходили

з дослідження. Таким чином, на наступних етапах роботи в дослідженні брали участь 645 пацієнтів, які були розподілені на підгрупи згідно соматичної нозології: неврологічна – 276 пацієнтів із психопатологічною симптоматикою, кардіологічна – 234 пацієнта та гастроентерологічна – 135 осіб.

Загальна кількість виявлених випадків психічних розладів, а також їхня нозологічна структура представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Поширеність і нозологічна структура психічних розладів серед пацієнтів амбулаторної ланки загальносоматичної мережі

Нозологічна рубрика МКХ-10	Частота зустрічаємості (абсолютна)	Частота зустрічаємості (% \pm m)
Тривожно-фобічні розлади F40	133	16,3 \pm 3,7
Органічні емоційно лабільні (астенічні) розлади F06.6	86	10,5 \pm 3,1
Органічний тривожний розлад F06.4	68	8,3 \pm 2,8
Неврастенія F48.0	55	6,7 \pm 2,5
Органічний (афективний) розлад F06.3	52	6,4 \pm 2,4
Депресивний епізод F32	47	5,8 \pm 2,3
Змішаний тривожний та депресивний розлад F41.2	45	5,5 \pm 2,3
Хронічні (афективні) розлади настрою F 34	44	5,4 \pm 2,3
Біполярний афективний розлад, поточний епізод помірної або легкої депресії F31.3	40	4,9 \pm 2,2
Панічний розлад F41.0	38	4,7 \pm 2,1
Рекурентний депресивний розлад F 33	31	3,8 \pm 1,9
Обсесивно-компульсивні розлади F 42	31	3,8 \pm 1,9
Генералізований тривожний розлад F41.1	30	3,7 \pm 1,9
Легкий когнітивний розлад F 06.7	25	3,1 \pm 1,7
Специфічні розлади особистості F60	25	3,1 \pm 1,7
Іпохондричний розлад F45.2	20	2,5 \pm 1,5
Пролонгована депресивна реакція F43.21	19	2,3 \pm 1,5
Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання алкоголю F10.0	18	2,2 \pm 1,5
Психічні та поведінкові розлади в наслідок вживання опіоїдів F 11.0	6	0,7 \pm 0,9
Біполярний афективний розлад, поточний гіпоманіакальний епізод F31.0	6	0,7 \pm 0,9
Манія без психотичних симптомів F30.1	5	0,6 \pm 0,8
Параноїдна шизофренія F20.0	3	0,4 \pm 0,6
Усього	816	100,0

Примітка: ранжування за частотою зустрічаємості

Слід зазначити, що 78,6% пацієнтів, незважаючи на ознаки явного психічного розладу, не мали намірів звертатися до лікарів-психіатрів. Лікарі-інтерністи також, або не виявляли у пацієнтів ознак психічного захворювання, або не знали, як вчинити з ним і, фактично, залишали питання без вирішення. Наведені дані, крім стигматизації психіатрії, свідчать про низький психоосвітній рівень як серед пацієнтів, так і серед лікарів-інтерністів.

Аналіз нозологічної структури показав, що серед пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі був виявлений фактично весь спектр психічних розладів, однак, превалювала симптоматика афективного (тривожно-фобічного та депресивного) кола, що відзначена майже в 70% всіх випадків.

Клініка основних психічних розладів у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі в цілому відповідала загальноприйнятим описам та критеріям діагностики МКХ-10. Однак, ряд психопатологічних станів в таких пацієнтів відрізнялися деякою специфічністю. Найбільшої відмінності досягали синдроми афективного та невротичного кола.

Треба зазначити, що зв'язок між соматичною та психічною патологіями мультифакторний та складний. Дослідниками визначено, по меншій мірі, чотири категорії причинно-наслідкових зв'язків:

а) психічний (насамперед, афективний) розлад – прямий наслідок соматичного захворювання;

б) психічний розлад – психологічна реакція на соматичне захворювання (нозогенія);

в) психічний розлад – наслідок побічних ефектів терапії соматичного захворювання (наприклад, при лікуванні бета-адреноблокаторами);

г) психічний розлад – самостійне коморбідне захворювання.

В обґрунтуванні спорідненості патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних (насамперед, тривожно-депресивних, фобічних) і соматичних розладів сучасні дослідники спираються на поняття стресу як незмінно присутнього в тому й іншому випадку провокуючого чинника. Стресові впливи ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно симпатикотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання. З одного боку, серед сомато-вегетативних порушень, закономірно притаманних психічним роз-

ладам, ряд симптомів – коливання артеріального тиску, тахікардія, синусова аритмія, вазомоторна лабільність та ін. – цілком порівняні з початковими стадіями розвитку багатьох соматичних хвороб. З іншого боку, такі порушення астенічного кола, як головний біль, запаморочення, парестезії, підвищена втомлюваність, сенсорна гіперестезія, рівною мірою характерні для соматизованих варіантів депресивних (тривожних, фобічних) розладів, і або початкових етапів розвитку соматичного захворювання, наприклад, цереброваскулярної хвороби. Емоційний дискомфорт з тривожним відтінком, коливання настрою, які не оформилися ще у стійкий депресивний зсув – цілком характерні для усіх згаданих вище захворювань.

Узагальнюючи вищевикладені результати досліджень щодо поширеності психічних розладів у пацієнтів первинної медичної мережі можна зазначити наступне: “серед депресивних (тривожно-депресивних) розладів у пацієнтів загальносоматичної мережі виявлено переважання тривожного, астенічного, та дисфоричного типу; “за провідним соматизованим симптомом комплексом депресивні розлади у пацієнтів амбулаторної загальносоматичної мережі виявлені наступні варіанти: алгічний (цефалічний, карді-алгічний, абдомінальний, суглобний та ін.), діенцефальний та агрипнічний; “до особливостей пацієнтів з невротичними та обсесивно-компульсивними розладами віднесено їх етапність, а саме початковий етап при безпосередньому зіткненні пацієнта із психотравмою та етап певної інтерпретації подій, що знижує гостроту сприйняття психотравми; “клінічно-психопатологічними особливостями невротичних і обсесивно-компульсивних станів у пацієнтів загальносоматичної амбулаторної мережі є: емоційна напруга, зниження настрою, тривога, страх, реакції здивування, розчарування та образи у чоловіків та зниження настрою, плаксивість, реакції самобичування, схильність до хвилювання, розгубленість у жінок; “особливістю виникнення та перебігу органічних афективних, тривожних та емоційно лабільних розладів виявлена їх обумовленість, у більшості випадків, наявністю цереброваскулярної патології у пацієнтів. Клінічні прояви психічних порушень в таких випадках були стійкими, важкокурабельними, притаманними, здебільшого, особам літнього віку; “пацієнти, залежні від психоактивних речовин, в більшості випадків, крім стійких розладів гіпопсихотичного рівня, мали «прямі» психічні симптоми, а саме: розлади сприйнят-

тя; специфічні порушення мислення; порушення когнітивних функцій; загальна дисоціація психічної діяльності. Кожний із зазначених симптомів у рамках опійної наркоманії, алкоголізму мав специфічні клінічні прояви, що відрізняли його від аналогічних симптомів при розладах ендogenous рівня; “ виявлено, що зв’язок між соматичною та психічною патологіями є мультифакторним, складним та представлений психічним розладом як наслідок соматичного захворювання, психологічної реакції на соматич-

не захворювання (нозогенія), побічних ефектів терапії соматичного захворювання (наприклад, при лікуванні бета-адреноблокаторами), самостійне коморбідне захворювання; “ серед патогенетичних механізмів і закономірностей розвитку психічних і соматичних розладів виявлено стресові впливи, які ініціюють виникнення дисфункціональних вегетативних зрушень, переважно сімпатикотонічних, неспецифічних, але східних на початкових етапах розвитку і психічного, і соматичного захворювання.

Таблиця 2

Структура та ступінь вираженості психопатологічних синдромів у досліджених хворих

Синдром	Ступінь вираженості												Всього		
	легкий			помірний			виражений			значно виражений					
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Стурбованість соматичними відчуттями	8	14,8	3,6	16	29,6	4,6	18	33,3	4,7	12	22,2	4,2	54	4,1	2,0
Тривога	15	22,7	4,2	17	25,8	4,4	20	30,3	4,6	14	21,2	4,1	66	5,0	2,2
Відчуття провини	15	27,8	4,5	18	33,3	4,7	14	25,9	4,4	7	13,0	3,4	54	4,1	2,0
Напруга	23	21,5	4,1	23	21,5	4,1	29	27,1	4,4	32	29,9	4,6	107	8,1	2,7
Манерність й поза	12	18,5	3,9	18	27,7	4,5	21	32,3	4,7	14	21,5	4,1	65	4,9	2,2
Депресія	6	8,0	2,7	25	33,3	4,7	33	44,0	5,0	11	14,7	3,5	75	5,7	2,3
Рухова загальмованість	6	10,7	3,1	10	17,9	3,8	18	32,1	4,7	22	39,3	4,9	56	4,2	2,0
Некооперативність	7	9,5	2,9	16	21,6	4,1	26	35,1	4,8	25	33,8	4,7	74	5,6	2,3
Думки з незвичайним змістом	12	11,8	3,2	24	23,5	4,2	28	27,5	4,5	38	37,3	4,8	102	7,7	2,7
Дезорієнтація	3	10,0	3,0	8	26,7	4,4	12	40,0	4,9	7	23,3	4,2	30	2,3	1,5
Труднощі концентрації уваги	15	13,0	3,4	30	26,1	4,4	37	32,2	4,7	33	28,7	4,5	115	8,7	2,8
Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	5	3,4	1,8	44	30,3	4,6	53	36,6	4,8	43	29,7	4,6	145	11,0	3,1
Волеві порушення	5	5,7	2,3	31	35,6	4,8	30	34,5	4,8	21	24,1	4,3	87	6,6	2,5
Недостатність контролю імпульсів	3	3,0	1,7	25	24,8	4,3	38	37,6	4,8	35	34,7	4,8	101	7,7	2,7
Відчуженість від реальності	2	5,4	2,3	8	21,6	4,1	13	35,1	4,8	14	37,8	4,8	37	2,8	1,7
Соціальна активність	6	4,0	2,0	35	23,2	4,2	60	39,7	4,9	50	33,1	4,7	151	11,4	3,2
Частка від загальної сукупності	10,8			26,4			34,1			28,7			100,0		

Аналіз змісту та ступеню виразності психопатологічних синдромів у досліджених хворих (табл. 2) показав, що серед загальних психопатологічних синдромів у пацієнтів переважали зниження соціальної активності (11,4±3,2%) та розважливості й усвідомлення хвороби (11,0±3,1%), труднощі концентрування уваги (8,7±2,8%), напруга (8,1±2,7%) (p<0,05).

За ступенем виразності психопатологічні синдроми мали стійку зростаючу динаміку розподілу від легких (10,8%) до значно виражених (28,7%) з переважанням вираженого або значно

вираженого ступеню з усієї сукупності встановлених синдромів.

Встановлено, що волеві порушення та недостатність контролю імпульсів ставали перешкодою до повноцінного функціонування хворих у суспільстві, а саме, трудової діяльності (p<0,001). В свою чергу, стурбованість соматичним станом та депресія у осіб у віці 30–50 рр. призводили до рентного способу проживання за рахунок родичів (p<0,001).

В цілому, психопатологічні прояви обумовлювали порушення режиму прийому ліків сома-

тичного захворювання, впливали на зниження ефективності лікування ($p < 0,001$), зменшуючи тривалість ремісії соматичного захворювання та якість життя пацієнтів ($p < 0,001$).

Виходячи із мети та завдань дослідження, нами проведено оцінювання тісноти зв'язку (взаємовпливу) між психопатологічними показниками та провідними (чутливими) показниками здоров'я та функціонування пацієнтів (табл. 3)

Із даних табл. 3 видно, що, як рівень тісноти зв'язку між показниками, так й рівень внутрішньої чутливості показників усіх трьох груп були под-

ібними. Тобто, можна зазначити, що між досліджуваними психопатологічними показниками та провідними (чутливими) показниками здоров'я та функціонування пацієнтів в усіх трьох групах існували однакові механізми. Можна зазначити, що незважаючи на відношення до різних нозологічних категорій (неврологічна, кардіологічна, гастроентерологічна групи), для впливу на подолання патологічної дії даних механізмів у пацієнтів загальносоматичного профілю, необхідна комплексна спрямованість медикаментозної терапії у вигляді спеціалізованої психофармакотерапії.

Таблиця 3

Зв'язок між психопатологічними показниками та провідними (чутливими) показниками здоров'я та функціонування пацієнтів

Показники	Рівень тісноти зв'язку між показниками			Рівень внутрішньої чутливості показників		
	Складові компоненту блоку			Складові компоненту блоку		
	А	Б	В	А	Б	В
Соціальні	**	**	***	**	**	***
Демографічні	**	**	***	**	**	***
Об'єктивні критерії стану здоров'я	**	**	***	**	**	***
Загальні відомості	*	**	***	***	**	*
Психіатричний статус	*	**	***	***	**	*
Психологічний статус	*	**	***	*	*	***
Наркологічний статус	*	**	***	*	**	***
Вегетативні розлади	*	**	**	*	*	**
Соматичний статус	***	**	*	***	**	*
Неврологічний статус	**	*	***	***	**	*
Коморбідний статус	***	***	***	**	**	**
Ускладнення	**	***	***	***	**	*

Примітка: 1. Значущість показника за впливом: * – незначний; ** – значний; *** – дуже значний; 2. Тіснота кореляційних зв'язків від 0,6 до 0,9 та вище; А - неврологічна група, Б - кардіологічна група; В - гастроентерологічна група.

Заключним етапом вивчення провідних (значущих) психопатологічних показників стало їх ранжування у структурній моделі зв'язків між показниками за блоками (соціально-демографічний, діагностичний, клініко-психопатологічний) із розрахунками достовірності можливості їх застосування (табл. 4).

Із даних табл. 4 видно, що відібрані показники за статистичною значимістю у структурній моделі зв'язків між показниками у пацієнтів за-

гальносоматичної мережі в цілому повно охоплювали усі біопсихосоціальні складові, які «здіяні» при комплексному аналізі розвитку хворобливого процесу. Слід зазначити що за блоками-компонентами серед соціально-демографічних, клініко-діагностичних та психологічних, соматичних та терапевтичних параметрів встановлено достовірний кореляційний зв'язок щодо міжкомпонентного впливу ($p < 0,01$). Проте виявлено, що клініко-діагностичні та психологічні

параметри, а саме об'єктивні критерії стану здоров'я, загальні відомості, психічний статус, психологічний стан, наркологічний статус та вегетативні розлади мали більш вагомий істотний вплив як друг на друга між собою, так й на структуру моделі в цілому ($p < 0,05$). У свою чергу, соматичні та терапевтичні параметри, а саме соматичний, неврологічний та коморбідний статус, маючи мінливий вплив на структуру моделі, мали більш тісний зв'язок із соціально-демографічними параметра-

ми. Таким чином, можна зазначити, що у пацієнтів загальносоматичної мережі виявлений чіткий зв'язок між соматичним розладом та віковими та соціальними умовами існування. Даний зв'язок обов'язково повинен враховуватися лікарями первинної медичної мережі при призначенні психофармакотерапії, так як, наприклад, у пацієнтів старшого віку терапія психотропними препаратами повинна враховувати їх загальносоматичний стан (можливість виникнення ускладнень).

Таблиця 4

Структурна модель зв'язків між показниками у пацієнтів загальносоматичної мережі

Компонент	Аналіз		
	SD	F	P
Соціально-демографічні параметри			
Соціальні	23,53	3,108697	0,321547
Демографічні	28,50	2,527856	0,220378
Клініко-діагностичні та психологічні параметри			
Об'єктивні критерії стану	61,58	2,672509	0,37234
Загальні відомості	67,02	1,271945	0,305987
Психіатричний статус	65,98	2,613566	0,382567
Психологічний статус	35,90	1,351741	0,229123
Наркологічний статус	20,92	3,412822	0,226543
Вегетативні розлади	15,91	2,412232	0,226356
Соматичні та терапевтичні параметри			
Самотичний статус	32,79	2,785765	0,208457
Неврологічний статус	68,90	2,613644	0,382245
Коморбідний статус	31,59	4,630586	0,215654
Ускладнення	19,50	3,530858	0,153245
χ^2	18,29458	F критичне	5,2564568
Критичне значення χ^2	19,30095	df	2

Примітки: SD – стандартна похибка; F – критерій Фішера; F критичне – критичне значення розподілу Фішера; df – число ступенів свободи у дисперсійному аналізі; P – ймовірність помилки першого роду; χ^2 – розрахункове значення критеріального розподілу хі-квадрат.

З метою встановлення наявності патопсихологічного підґрунтя до формування психопатологічної афективної симптоматики було проведено психодіагностичне дослідження з використанням методики самооцінки тривоги Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна.

Розподіл досліджуваних за рівнем особистісної тривожності за методикою діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна відображено у рис. 1.

При вивченні наявності патопсихологічного підґрунтя до формування психопатологічної

афективної симптоматики (рис.3.1.) встановлено відносно конгруентний розподіл вираженості особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна) у пацієнтів усіх трьох груп (низький рівень: 21,0% пацієнтів неврологічної групи, 19,0% осіб кардіологічної, 22,0% – гастроентерологічної груп; помірний рівень: 34,0% – 18,0% – 32,0%, відповідно; високий: 45,0% – 63,0% – 46,0%, відповідно). Така ситуація, на наш погляд, свідчила, з одного боку про єдиний загальний механізм виникнення тривожних розладів у пацієнтів амбулаторних за-

гально соматичних установ, а з іншого – про відсутність соматозологічної специфічності

при наданні спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам первинної медичної мережі.

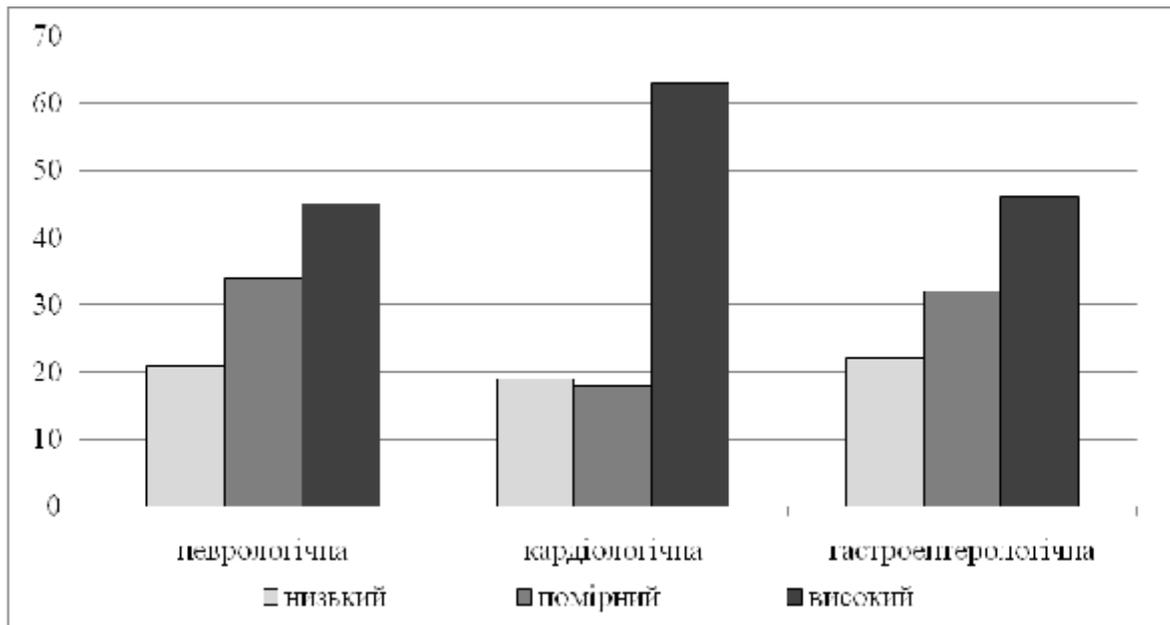


Рис. 1. Розподіл досліджуваних за рівнем особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна), у %

За структурною характеристикою тривожності встановлено, що пацієнтам із кардіологічними розладами та помірною особистісною тривожністю були властиві завищений акцент на себе у зовнішньої вимогливості ($p < 0,05$), категоричності ($p < 0,05$), змістовному осмисленні діяльності ($p < 0,05$). Пацієнтам із неврологічними розладами із помірною тривожністю були властиві знижена активність ($p < 0,001$), порушення мотивації до діяльності ($p < 0,001$), порушення зацікавленості ($p < 0,001$), послаблення відповідальності у прийнятті рішення ($p < 0,001$). Досліджувані гастроентерологічної групи із помірною тривожністю були схильні сприймати дії навколишніх як погрозу своїй самооцінці, компетенції й престижу ($p < 0,001$).

Виходячи із виявлених механізмів розвитку тривожності за ступенем вираженості та встановленої її структурної характеристики досліджено розподіл пацієнток за середньо-груповим

показником реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна). Розподіл досліджуваних за середньо груповим показником реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності відображено у табл. 5.

За результатом аналізу представлених даних у табл. 6, виявлено, що в цілому у міжгруповому аналізі розподілу рівню реактивної та особистісної тривожності досліджених пацієнтів встановив, що для пацієнтів неврологічної групи була більш властива висока реактивна (ситуаційна) тривожність – 59,0% випадків (із середнім балом 72), для пацієнтів кардіологічної групи – висока особистісна тривожність – 63,0% осіб (із середнім балом 69), а для пацієнтів гастроентерологічної групи – високий рівень як особистісної “ 46,0% пацієнтів (з середнім балом 68), так і реактивної тривожності “ 51,0% випадків (з середнім балом 70).

Таблиця 5

Розподіл досліджуваних за середньо груповим показником реактивної та особистісної тривожності (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна)

Висока тривожність (31 та > балів)	Групи		
	Неврологічна	Кардіологічна	Гастроентерологічна
	% ±m	% ±m	% ±m
Реактивна (ситуаційна)	59,0	48,0	51,0
Особистісна	45,0	63,0	46,0

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

В цілому у досліджених усіх трьох груп при високому рівні особистісної і реактивної тривожності діагностувалася схильність до появи стану тривоги у ситуаціях оцінки власної компетентності ($p < 0,05$) із високою суб'єктивною значущістю ситуації, зниженою здатністю осмислення діяльності й дезадаптуючим почуттям невпевненості в успіху. В цілому у досліджених пацієнтів спостерігалася висока реактивна тривожність у неврологічній групі щодо власного стану здоров'я, яка викликала порушення уваги ($p < 0,05$), а іноді порушення тонкої координації ($p < 0,05$). У свою чергу, висока особистісна тривожність у кардіологічній групі корелювала з наявністю невротичного конфлі-

кту ($p < 0,05$), з емоційними ($p < 0,05$) й невротичними зривами ($p < 0,05$), психосоматичними захворюваннями ($p < 0,05$). У гастроентерологічній групі реактивна та особистісна тривожність у помірному рівні характеризувалися зміною стану уваги ($p < 0,05$).

Оцінку ступеню вираженості депресивної та тривожної симптоматики у пацієнтів загальносоматичної мережі здійснено за допомогою об'єктивних клінічних шкал Гамільтона (HDRS) та (HARS). За шкалою депресії Гамільтона (HDRS) оцінка тяжкості депресії класифікувалася як малий та тяжкий депресивний епізод. Розподіл досліджуваних пацієнтів за рівнем депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) відображено у рис. 2.

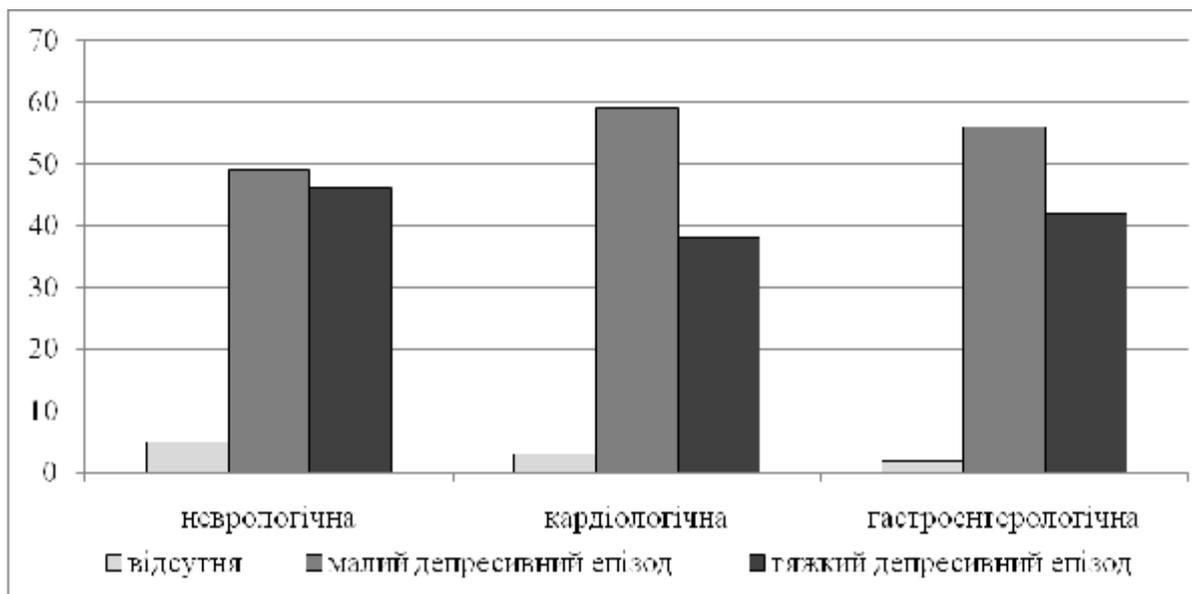


Рис. 2. Розподіл досліджуваних пацієнтів за рівнем депресії (шкала Гамільтона, HDRS), %

З даних рис. 2, видно, що, в цілому, відсутність ознак депресії діагностована у 5,0% – 3,0% – 2,0% пацієнтів, відповідно (середній бал 4,5 – 4,5 – 5,5); депресія на рівні малого депресивного епізоду була притаманна 40,0% – 59,0% – 56,0% пацієнтів, відповідно (середній бал 13,5 – 15,0 – 16,0); тяжкий депресивний епізод діагностовано у 46,0% – 38,0% – 42,0% осіб, відповідно (середній бал 36 – 22 – 24). Таким чином, можна зазначити що за об'єктивним показником визначення депресивного стану розподіл досліджуваних пацієнтів усіх трьох груп є відносно однаковим як у баловому, так й у відсотковому вираженні. У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів нами досліджено їх міжгруповий розподіл серед досліджуваних пацієнтів. Розподіл діагностованих симптомів депресії за шкалою Гамільтона

(HDRS) у досліджуваних пацієнтів відображено у табл. 6.

За результатами міжгрупового кореляційного аналізу (табл. 6), відібрані показники, у яких рівень достовірності взаємозв'язку більш 0,001, тобто, відокремлено основні значущі показники (за частотою зустрічаємості симптомів у обох групах), які були враховані в подальшому при розробці комплексної системи терапії психічно хворих в рамках організаційної моделі «інтегрованої допомоги» для амбулаторних загальносоматичних установ та оцінки їх ефективності у динаміці. Так, у пацієнтів усіх трьох підгруп переважали психічна тривога, соматична тривога, соматичні порушення шлунково-кишкового тракту, іпохондричні розлади, втрата ваги, добові коливання стану, obsesивно-компульсивні розлади.

Розподіл діагностованих симптомів депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) у досліджених пацієнтів

Симптоми	Підгрупи								
	Неврологічна			Кардіологічна			Гастроентерологічна		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Знижений настрій	25	2,5	1,6	24	2,4	1,5	21	2,1	1,4
Почуття провини	24	2,4	1,5	23	2,3	1,5	26	2,6	1,6
Суїцидальні тенденції	9	0,9	0,9	8	0,8	0,9	9	0,9	0,9
Труднощі при засипанні	26	2,6	1,6	25	2,5	1,6	27	2,7	1,6
Безсоння	33	3,3	1,8	34	3,4	1,8	32	3,2	1,8
Ранкове пробудження	34	3,4	1,8	33	3,3	1,8	31	3,1	1,7
Праця та діяльність	34	3,4	1,8	24	2,4	1,5	26	2,6	1,6
Загальмованість мислення	25	2,5	1,6	57	5,6	2,3	58	5,8	2,3
Збудження	13	1,3	1,1	12	1,2	1,1	11	1,1	1,0
Психічна тривога	76	7,7	2,7	78	7,7	2,7	76	7,6	2,7
Соматична тривога	79	8,0	2,7	78	7,7	2,7	76	7,6	2,7
Соматичні порушення ШКТ	86	8,7	2,8	85	8,4	2,8	83	8,3	2,8
Загально соматичні симптоми	79	8,0	2,7	78	7,7	2,7	76	7,6	2,7
Розлади сексуальної сфери	5	0,5	0,7	6	0,6	0,8	5	0,5	0,7
Іпохондричні розлади	87	8,8	2,8	84	8,3	2,8	83	8,3	2,8
Втрата ваги	87	8,8	2,8	88	8,7	2,8	87	8,7	2,8
Відношення до власного захворювання	78	7,9	2,7	79	7,8	2,7	78	7,8	2,7
Добові коливання стану	82	8,3	2,8	81	8,0	2,7	82	8,2	2,7
Деперсоналізація та дереалізація	15	1,5	1,2	14	1,4	1,2	15	1,5	1,2
Маячні розлади	18	1,8	1,3	17	1,7	1,3	16	1,6	1,3
Обсесивно-компульсивні	78	7,9	2,7	81	8,0	2,7	81	8,1	2,7
Всього	993	100,0		1009	100,0		999	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

В цілому, досліджувані усіх трьох підгруп вказували на наявність почуття провини у вигляді самозвинувачення; суїцидальні висказування; безсоння (неможливість заснути у ночі, неспокійний сон у продовж ночі, ранкове пробудження); втрата інтересу до діяльності у вигляді апатії; загальмованість у бесіді, ажитації “ неспокійних рухів руками ($p < 0,001$). Також складовими розладів були роздратованість, підвищення серцебиття, задишка, підвищене потови-

дління, загальносоматичні симптоми “ тяжкість у кінцівках, голові, м’язові болі, втрата відчуття енергії ($p < 0,001$).

Оцінюванням глибини тривожного розладу за шкалою Гамільтона (HARS) виявлено, що в цілому для досліджуваних пацієнтів виявився характерним конгруентний його розподіл (рис. 3). Так, субклінічна тривога була притаманна для 21,0% пацієнтів неврологічної групи, 23,0% – кардіологічної та 22,0% – гастроентерологічної; три-

вожний стан виявився характерним для 34,0% – 33,0% – 35,0% хворих (середній бал 17 – 17 – 19), відповідно, а власне тривожний розлад діагностовано у 45,0% – 44,0% – 43,0% осіб (середній бал 28 – 48 – 47), відповідно. Таким чи-

ном, у пацієнтів усіх груп встановлена тенденція до суб'єктивного перебільшення в оцінці свого тривожного стану, що було встановлено при об'єктивізації вираженості психопатологічної тривожної симптоматики ($p < 0,05$).

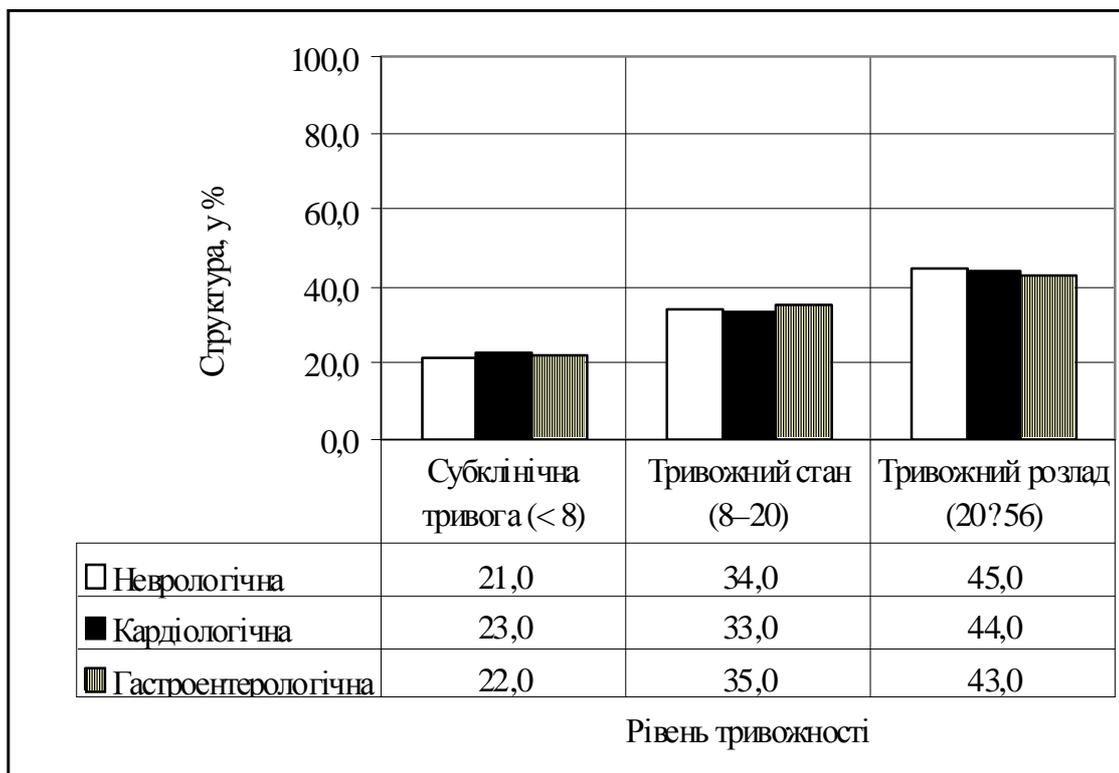


Рис. 3. Розподіл досліджуваних пацієнтів за рівнем вираженості тривоги (шкала Гамільтона, HARS), %

Враховуючи вищевикладене, з метою виявлення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу було досліджено їх структура та зустрічальність. Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у досліджених пацієнтів відображено у табл. 7.

З даних табл. 7 видно, що, в цілому, серед усіх досліджених за підгрупами симптоми тривоги розподілилися «рівномірно». У досліджуваних серед перемінних переважали «психічні» симптоми над «соматичними» симптомами тривоги, а саме: тривожний настрій ($p < 0,001$), напруга ($p < 0,001$), страх ($p < 0,001$), інсомнія ($p < 0,001$). Дані «психічні» симптоми за ступенем вираженості були рівномірні із симптоми «соматичного» радикалу, як серед пацієнтів у середині досліджуваних груп, так й у порівнянні між групами досліджуваних.

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення стану афекту за шкалою Монтгомері-Асберг (MADRS). Шкала MADRS для оцінки депресії повністю відповідає поставленим цілям нашого дослідження. MADRS враховує усі основні симптоми депресії. По надійності оцінки

MADRS еквівалентна HDRS, при цьому MADRS точніше реєструє динаміку стану, ніж HDRS, а значимі розходження між методами терапії можуть бути зафіксовані на вибірці меншого обсягу, що з етичної точки зору є більшою перевагою при проведенні досліджень. Отримані внаслідок результатів дослідження дані відображено у табл. 8.

З даних табл. 8, видно, що депресивна симптоматика, по вираженості сягаючи ступеня легкого депресивного епізоду й більше, спостерігалася в пацієнтів усіх трьох підгруп. Стан найбільшої кількості обстежених в усіх підгрупах відповідав критеріям легкого депресивного епізоду (60,3% в неврологічній, 56,3% – в кардіологічній, 60,3% – у гастроентерологічній, відповідно). Середній бал у рамках легкого депресивного епізоду склав в неврологічній підгрупі 19,6 балів, у кардіологічній “ 20,5 балів, у гастроентерологічній “ 21,7 балів. Кількість осіб із субклінічним рівнем депресивної симптоматики в усіх підгрупах склала, відповідно, 19,8% – 21,9% – 19,8 % із середнім балом, відповідно, 12,7 – 7,1 – 11,5 балів. Кількість виявлених випадків,

що відповідали критеріям помірною депресивного епізоду, у підгрупах дослідження склали (11,9 % – 13,3 % – 12,1 %). Досліджувані із депресивною симптоматикою, що відповідала критеріям важкого депресивного епізоду склали, відповідно “ 7,9 % – 8,6 % – 7,8 %.

ресивною симптоматикою, що відповідала критеріям важкого депресивного епізоду склали, відповідно “ 7,9 % – 8,6 % – 7,8 %.

Таблиця 7

Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у досліджених пацієнтів

Симптоми	Підгрупи								
	Неврологічна			Кардіологічна			Гастроентерологічна		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Тривожний настрій	67	6,5	2,5	91	8,0	2,7	93	8,2	2,7
Напруга	71	6,9	2,5	88	7,8	2,7	88	7,8	2,7
Страх	69	6,7	2,5	89	7,9	2,7	89	7,9	2,7
Інсомнія	76	7,4	2,6	94	8,3	2,8	97	8,6	2,8
Інтелектуальні порушення	76	7,4	2,6	56	4,9	2,2	56	4,9	2,2
Депресивний настрій	73	7,1	2,6	78	6,9	2,5	74	6,5	2,5
Соматичні м'язикові	78	7,6	2,7	75	6,6	2,5	75	6,6	2,5
Соматичні сенсорні	72	7,0	2,6	78	6,9	2,5	78	6,9	2,5
Серцево-судини симптоми	73	7,1	2,6	95	8,4	2,8	98	8,7	2,8
Респіраторні симптоми	73	7,1	2,6	78	6,9	2,5	72	6,4	2,4
Гастроінтестинальні симптоми	75	7,3	2,6	76	6,7	2,5	78	6,9	2,5
Сечостатеві симптоми	75	7,3	2,6	91	8,0	2,7	91	8,0	2,7
Вегетативні симптоми	72	7,0	2,6	68	6,0	2,4	68	6,0	2,4
Поведінка при огляді	73	7,1	2,6	76	6,7	2,5	75	6,6	2,5
Всього	1023	100,0		1133	100,0		1132	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$.

Таблиця 8

Ступінь вираженості депресивної симптоматики у досліджених (за шкалою MADRS)

Вираженість депресивного епізоду, у балах	Підгрупа					
	Неврологічна		Кардіологічна		Гастроентерологічна	
	%	± m	%	± m	%	± m
Субклінічна симптоматика (< 16)	19,8	4,0	21,9	4,1	19,8	4,0
Легкий (16–25)	60,3	4,9	56,3	5,0	60,3	4,9
Помірний (26–30)	11,9	3,2	13,3	3,4	12,1	3,3
Тяжкий (> 30)	7,9	2,7	8,6	2,8	7,8	2,7
Всього	100,0	-	100,0	-	100,0	-

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення змін інтелекту за допомогою інтелектуальної шкали Д. Векслера (тест WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) (табл. 9). Узагальнюючи представлені у табл. 3.9 дані можна зазначити, що при влученні загальних показників інтелекту в нормальний середній ранг, по деяким субтестам хворі демонстрували значно гірші, чим у нормі, результати. Самим складним для пацієнтів усіх груп вияви-

лося виконання субтесту «шифровка», що дозволило оцінити різні аспекти функції уваги «концентрацію, розподіл, перемикання й зорово-моторну координацію; а також субтесту «складання фігур», що показав здатність випробуваних формувати ідеальний еталон і співвідносити частини й ціле. Середні значення по цим субтестам в усіх трьох підгрупах були нижче нормативного середнього більш ніж на одне стандартне відхилення.

Таблиця 9

Середні значення сумарних оцінок у досліджених пацієнтів за шкалою Д. Векслера

Показник	Підгрупи					
	Неврологічна		Кардіологічна		Гастроентерологічна	
	С.б.	±m	С.б.	±m	С.б.	±m
Вербальний інтелект (VIQ)	66,7	4,5	68	2,3	64,8	4,1
1. Загальна поінформованість	12,9	5,6	13,1	3,5	12,3	2,3
2. Розуміння	11,0	3,4	12,1	3,6	11,5	2,4
3. Арифметика	9,0	3,3	9,3	3,3	9,4	3,4
4. Знаходження подібності	11,7	5,6	11,7	4,2	10,5	4,3
5. Запам'ятовування цифр	8,9	4,5	8,7	5,6	8,2	4,4
6. Словниковий запас	13,2	2,3	13,1	3,4	12,9	4,2
Невербальний інтелект (PIQ)	39,2	4,5	39,8	2,3	39,6	3,1
7. Шифровка	6,1	4,5	6,5	4,5	6,5	2,4
8. Відсутні деталі	11	3,4	11,2	3,4	11,2	3,5
9. Кубики Косса	8,9	2,3	8,5	3,6	8,4	4,6
10. Послідовні картинки	6,7	4,5	6,9	3,7	6,9	4,3
11. Збірка об'єкта	6,5	4,5	6,7	4,5	6,6	2,5
Загальний (IQ)	105,9	4,5	107,8	3,4	104,4	5,6

Результати оцінювання загальних показників когнітивного статусу хворих (вербальний, невербальний і загальний коефіцієнти інтелекту), виявилися в межах нормального рівня когнітивного функціонування. По окремим субтестам, що становлять вербальну частину шкали Д. Векслера, загально-групові показники навіть перевищували середні нормативні значення.

У стані загострення найбільш явне зниження досліджені пацієнти усіх трьох підгруп виявляли при виконанні завдання, що оцінювало різні аспекти функції уваги - концентрацію, розподіл, перемикання, а також зорово-моторну координацію (субтест «шифровка»). При цьому розкид

результатів виконання субтесту був найменшим у порівнянні з іншими завданнями. Виконання субтесту «шифровка» є індикатором функціонування робочої пам'яті, оскільки зачіпає процеси самостереження й вимагає підтримки зорово-моторного сканування.

При лікуванні найбільшою мірою позитивні зміни торкнулися аспектів невербального функціонування хворих. При цьому позитивна динаміка у виконанні субтестів невербальної частини шкали Д. Векслера була тим більше вираженою, чим важче був вихідний рівень симптоматики. Також хворі продемонстрували значиме поліпшення здатності до логічного узагальнен-

ня (субтесту вербальної частини шкали інтелекту Векслера «подібність»). У цілому виявляється, що при фармакогенній дії медикаментозного лікування та редукції психопатологічних порушень відбувається значне поліпшення таких проявів когнітивного функціонування, як зорово-моторна координація, здатність до інтеграції зорово-рухових стимулів і формування нових навичок, а також поліпшуються різні аспекти функції уваги. Також відмічено поліпшенням показників субтестів «подібність» (спрямована на виявлення й вимір здатностей до логічного узагальнення, виявленню загальних істотних ознак понять), «послідовні картини» (вимагає вміння організувати окремі частини значеннєвого сюжету в єдине ціле) і «складання фігур» (досліджує здатність пацієнта формувати ідеальний еталон і співвідносити частини й ціле). Узагальнюючи, можна зазначити, що аспекти когнітивної діяльності, які перетерпіли найбільші зміни в процесі терапії, у значній мірі чутливі до стану хворих. Дані аспекти пізнавальної діяльності, які виявилися стабільними й не залежними від зміни психічного стану хворих, імовірно, більшою мірою

характеризують індивідуальні особливості когнітивної діяльності пацієнтів.

Узагальнюючи результати оцінки клініко-психопатологічної структури психічних та поведінкових розладів у пацієнтів первинної медичної мережі можна зазначити наступне. Отримані нами результати свідчать про необхідність удосконалення існуючої системи надання спеціалізованої допомоги хворим первинної загальносоматичної мережі. На нашу думку, перспективним напрямком вирішення даної проблеми є створення денних психіатричних стаціонарів в поліклініках загальносоматичного профілю, що, з одного боку, відповідає вимогам концепції ВООЗ щодо раннього виявлення хвороб, а саме: захворювання, що виявляється, повинне мати велику медико-соціальну значимість; потрібно мати можливість діагностики латентної стадії; дослідження повинне бути прийнятним для населення; виявлення хворих необхідно зробити безперервним, а не епізодичним; повинна існувати можливість лікування виявленої хвороби, а з іншого, – сучасній стратегії реформування вітчизняної системи надання психіатричної допомоги.

В. А. Демченко

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Городская психоневрологическая больница № 2, г. Киев

Путем анкетирования и скринингового изучения 2894 пациентов Центральной поликлиники двух из районов г. Киева, выявлено 816 пациентов с психическими расстройствами. На основании их исследования, установлена нозологическая структура, клинико-психопатологические и патопсихологические особенности психических расстройств, присущих пациентам амбулаторного звена общесоматической сети. Сделан вывод о необходимости интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 51-63).

V.A. Demchenko

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL CONTENTS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS OF PRIMARY HEALTH NETWORK

City Psychoneurological Hospital № 2, Kiev

Through questionnaires and screening study in 2894 patients in Central Polyclinic one of the districts of Kiev, identified 816 patients with mental disorders. Based on their research, established nosological structure, clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of mental disorders inherent in patients outpatient somatic network were selected. The need to integrate mental health care into primary health care network was justified. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 51-63).

Література

1. World Bank. World development report: Investing in health. — Oxford, UK: Oxford University Press, 1993. — 189 p.
2. Desjarlais R. World mental health. Problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good, A. Kleinman. — NY: Oxford University Press, 1995. — 213 p.
3. Mental Health: A report of the surgeon general. — Rockville: US Department of Health and Human Services, 1999. — 89 p.
4. Walters K. Local area deprivation and urban-rural differences

in anxiety and depression among people older than 55 years in Britain / K. Walters, E. Breeze, P. Wilkinson [et al] // Am. J. Public Health. — 2004. — vol. Oct; 94 (10). — P. 1768 — 74.

5. Ustun T. B. Mental Illness in General Health Care: An International Study / T. B. Ustun, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 1995. — 127 p.

6. Голдберг Д. Поширені психічні розлади: Біосоціальна модель / Д. Голдберг, П. Хаклі / Пер. з англ. — Київ: Сфера, 1999. — 141 с.

Поступила в редакцію 8.10.2010

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

*В. В. Чугунов***КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В КОНТЕКСТЕ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: клиничко-психофеноменологический метод, клиническая психофеноменология, психотерапия, диагностика

Психотерапия является одной из важнейших психодисциплин — наряду с психиатрией и медицинской психологией.

Названные дисциплины имеют сегодня выраженные отличия — различны их клиника и история, дисциплинарная организация и госпитальный порядок, институции и инстанции, системы аргументов и апелляций и прочее.

Психотерапевтическая клиника как таковая является клиникой психогений, где центральной фигурой является психогенез со всеми его путями и эквивалентами; что до истории, то, если разделить написанную в целом общую (не-дисциплинарную) историю психиатрии на историю «психиатрии психозов», от J. L. Vives'a (1492 — 1540), G. Mercuriali (1530 — 1606) и, особенно, F. Platter'a (1536 — 1614) до E. Kraepelin'a (1856 — 1926) и [P.] E. Bleuler'a (1857 — 1939), B. X. Кандинского (1849 — 1889) и K. Th. Jaspers'a (1883 — 1969), A. B. Снежневского (1904 — 1987) и A. C. Чистовича (1897 — 1980), или «большой» психиатрии, и историю «психиатрии неврозов», или «малой», «пограничной», психиатрии, неврологии, от W. Cullen'a (1710 — 1790) и U. Trilal (1795 — 1879) до Г. К. Ушакова (1921 — 1981) и Ю. А. Александровского (род. в 1936) (намеренно минуя аналитиков), получим как раз историю психотерапии.

Взаимоотношения психотерапии и медицинской психологии несколько иные, хотя также не вполне позитивные: тогда как благодаря психиатрии психотерапия почти утратила госпитальную клинику, психология узурпировала право на построение теорий личности (*nudum jus*, в общем-то) — а ведь для любой клинически-ориентированной психотерапии персонология является не то что базовой компонентой, но тем фундаментом, на котором только и возможно обоснованное, оправданное, легальное развёртывание разноплановых психотехник (более того, персонологические воззрения зачастую санкционируют применение строго определённых техник, при-

ёмов и формул). И ещё — претендующая на клиническую институционализацию психология попыталась, путём конъюнктурно искажённого обоснования понятия и практики психокоррекции, отобрать у психотерапии ещё и *jus utendi et abutendi* в отношении целого ряда известных психотехник (за исключением разве что элементарных, физиологически-ориентированных суггестивных воздействий), — главным образом через придание особого статуса так называемому «психологическому консультированию». Более того, психология, за счёт навязанного психоическому дискурсу принципата собственной «нормативности», оказалась способна инспирировать протиестественную дисциплинарно-идентификационную дихотомию («психотерапия — [клиническая] психология»), теперь уже в плоскости нормо(сано)логии.

В последние годы психотерапия в силу разработки облигатной дисциплинарной атрибутики — парадигма и дефиниции, тезаурус и протокольный язык, клиника и диагностика (включая диагноз), реконструкция истории и тексты, etc. — обрела достаточный уровень аутентичной идентификации. Дело теперь — за методом.

Психотерапия является самостоятельной медико-ориентированной дисциплиной, в сферу компетенции которой входят разработка и реализация теории и практики нативной клиники, психотехнического арсенала, теории нормальной / патологической психики, теории личности и аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) теории, а также собственного метода.

Традиционно применяемый в области клинической практики и исследовательских программах деятельности психоических дисциплин методический инструментарий включает два основных методов: клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический. Последний в настоящее время претерпел этически коннотированную и квантификационно-станданти-

зационные трансформации и стал называться психодиагностическим (что представляется чрезвычайно неудачным, поскольку любые психические исследования и методы являются психодиагностическими *de facto*). Различные по параметрам отраслевой принадлежности, теоретической номинации, конкурсионно-сентенционному ареалу и способам реализации, но центрированные как на едином объекте (индивидуальная психика), так и на общем предмете (патологические состояния, реакции и процессы), в практических условиях эти методы во многом пересекаются — как в области техник, так и в сфере диагностически-значимых выводов.

Любое исследование психики и поведения в клинике сводится в основном к использованию двух этих методов, констелляций их приёмов и техник, тестов и проб¹.

Однако возникают вполне закономерные — даже если не принимать в расчёт сциентистские мотивации — вопросы: покрывают ли данные подходы к диа-гнозису всё пространство психической феноменологии? или хотя бы её клинически значимую часть? исчерпывают ли они методологическую ёмкость и клиническую потребность в оценке этой феноменологии?

Прежде всего следует заметить, что метод в медико-ориентированных дисциплинах, как показывает клиничко-дисциплинарно-эволюционный анализ, представляет собой целесообразную познавательную (собственно, диагностическую) стратегию, состоящую из иерархически организованной совокупности приёмов и техник, кодекса экзегезы и сопряжённых систем аргументов и апелляций, а также довлеющей дискурсивной стилистики (включая протокольный язык и тезаурус).

Очевидным и общепризнанным является факт тропности каждого из названных выше методов к определённому полю / профилю психической феноменологии. Более того, столь же очевидным, хотя и не вполне проговоренным в профессиональном пространстве, является тот факт, что метод по сути ничто иное, как гностическое производное этой сбмой феноменологии (точнее, феноменологий), — и зачастую это не столько идентификация, сколько интерпретация. То есть метод вторичен по отношению к конкретной феноменологии, соразмерен (конгруэнтен) ей и, собственно, существует постольку и столько, поскольку и сколько существует она

сама. Более того, сам факт подобной соразмерности подразумевает *sui generis* идентичность формы воплощения метода по отношению к феноменологии, а любые отклонения вносят весомый дискурсивный диссонанс уже на уровне диагностики² (морально-коннотированные понятия, относящиеся к сфере нарушенного поведения и ассоциированные с ними — лежащие в их основе либо их сопровождающие биохимические синдромы — весьма далеки), не говоря уже о терапии. Этим обстоятельством отчасти и объясняется то, что роль нейробиологических исследований обычно не выходит за рамки верификации: это отнюдь не только дивергирующие персоналогические влияния.

К основным характеристикам метода следует отнести:

- специфичность (проистекает из свойств вторичности и конгруэнтности);
- вариативность (происходит из тех же свойств);
- интерпретативность (базовое свойство любой гностической деятельности);
- достоверность (императивное требование сциентистской теории познания);
- дискурсивную гомогенность (эта характеристика на сегодня факультативна в силу утраты академической строгости, коммерциализации психической практики, размывания профессиональных границ, губительной антропософски-психоаналитической импрегнации).

Тесную взаимосвязь феноменологии и метода легко проиллюстрировать: исчезновение какого-либо из фрагментов или страт любой из феноменологий — например, вследствие изменения конкурсионно-профессиональной идентификации — влечёт за собой выпадение целых структурно-логических блоков и снижение функциональности (и, как следствие, результативности) метода.

Таким образом, метод является гностическим дериватом феноменологии.

Очевидно, что в конкурсионно-сентенционный ареал клиничко-психопатологического метода входит разнорегистровая психопатологическая феноменология / синдромология (точнее — специфика психопатологической феноменологии привела к необходимости разработки столь высокоспецифического метода, коим является клиничко-психопатологический). Соответственно в сферу компетенции экспериментально-психо-

¹ Обзор дефиниций и сопряжённых тезаурусов [клиничко-]психопатологического метода (и его составляющих) и смежных (как конгруэнтных, так и конфронтирующих) диагностических систем проведён в цикле публикаций Ю. В. Чайки, Ю. Ю. Чайки [1 — 5].

² Не следует забывать, что оба эти метода являются принадлежностью социально дисквалифицирующей практики.

логического метода (оговорим: в рамках клини- ки) входит своеобразная «патопсихологическая феноменология» (то есть факт существования этой «патопсихологической феноменологии» послужил причиной создания экспериментально-психологического метода). Тем не менее речь идёт об ином уровне, а подчас и лишь ракурсе рассмотрения, одной и той же феноменологии, однако задачей патопсихологии является обнаружение причинно-следственных связей в формировании патологических психических феноменов (и процессов).

Так, Б. В. Зейгарник выделяла в качестве одной из задач патопсихологии выявление патопсихологических механизмов возникновения психопатологических феноменов³. В качестве профессионального инструментария она называет «беседу патопсихолога с больным и наблюдение за его поведением во время исследования» и — главенствующий — «патопсихологический эксперимент», причём под последним понимается предъявление испытуемому отнюдь не только (и не столько) стимульного материала, а прежде всего моделирование ситуаций⁴.

В дальнейшем в медицинской психологии (и тут можно спорить о содержательной и атрибутивной целесообразности) получила развитие концепция наличия специфической «патопсихологической феноменологии», в частности регистр-синдромов (понятие, разработанное И. А. Кудрявцевым [8; 9], В. М. Блейхером и И. В. Крук [10]).

Однако, как было неоднократно доказано ранее [11 — 26], психоическая феноменология не исчерпывается психопатологической и патопсихологической, поскольку существует ещё один, равноценный по значимости (и, быть может, превышающий по объёму и многообразию), класс — клиническая психофеноменология.

Если первая из названных феноменологий, психопатологическая, ассоциирована с клинической психиатрией, а вторая, патопсихологическая, с клинической психологией, то третья, клиническая психофеноменология — с клинической психотерапией.

Клиническая психофеноменология в определённом смысле занимает некое промежуточное положение между психопатологической и пато-

психологической феноменологиями, поскольку располагается, подобно первой, в клинической — а точнее, в семиотико-терапевтической — плоскости, но смещена, подобно второй, к вопросам нормативной психоической феноменологии (правда, в контексте выявления, а не сравнения) и к тому же обладает арсеналом своеобразных экспериментально-стимульных — активных — приёмов и техник.

В отличие же от обеих клиническая психофеноменология тяготеет скорее к нормологии, нежели к патологии. Отсюда проистекает и своеобразие этимологии её названия: она лишена приставки «пато-», поскольку вызываемое каким бы то ни было психотерапевтическим воздействием реактивно-личностное образование по определению не является патологическим (что, разумеется, не исключает существования парадоксальных и интеркуррентных форм). Следует также добавить, что при сохранении всей нормативной атрибутики психоического метода она не является, подобно психопатологической феноменологии, экспертизой-квалификацией, и не представляет собой, как феноменология патопсихологическая, дескрипцию-идентификацию. Наконец, ещё одно важнейшее отличие клинической психофеноменологии от названных выше — облигатно преходящий характер вызываемых реактивно-личностных образований / состояний / явлений.

Именно клиническую психофеноменологию и изучает клинко-психофеноменологический метод.

Итак, компетиционно-сентенционным ареалом клинко-психофеноменологического метода является клиническая психофеноменология.

Говоря образно, клинко-психопатологический метод является методом психиатрии, экспериментально-психологический — методом медицинской психологии, а клинко-психофеноменологический — методом психотерапии, и различаются они в известном смысле так же, как и сами эти психодисциплины.

Таким образом, клинко-психофеноменологический метод является специфическим методом исследования психики и поведения, ориентированным на выявление, анализ и интерпретацию / квалификацию клинической психофе-

³ «Патопсихология <...> изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга» [6].

⁴ В частности, автор говорит, что «психологическое исследование в клинике может быть приравнено к “функциональной пробе” — методу, широко используемому в медицинской практике», а ещё — «патопсихологический эксперимент должен представлять собой известную модель жизненной ситуации» [7, с. 31].

номенологии, или психотерапевтической феноменологии⁵ (как «нормальной» — психоических феноменов, позволяющих осуществлять и сопровождающих психотерапию, так и клинической — сложных реактивно-личностных образований, выявляющихся в её результате (процессе)), что лежит в основе психотерапевтической диагностики.

В свою очередь, психотерапевтическая диагностика представляет собой процесс выявления

(квалификации) симптома / синдрома / нозоформы / патологии как мишени и ракурса психотерапевтического воздействия, выявление целесобразного характера и рода этого воздействия с его типологизацией (идентификацией клинически значимых характеристик), анализом фармакологического фона и указанием на наблюдаемые и прогнозируемые процессы синдромокинеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии.

В. В. Чугунов

КЛІНІКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНИЙ МЕТОД В КОНТЕКСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

У статті викладено основні положення клініко-психофеноменологічного методу. Розглянуто «нормальну» та клінічну психотерапевтичну феноменологію (клінічна психофеноменологія). Порушено найважливіші для клінічної практики проблеми діагностики в психотерапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 64-68).

V. V. Chugunov

CLINICAL PSYCHOPHENOMENOLOGICAL METHOD IN THE CONTEXT OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC DIAGNOSTICS

Kharkiv medical academy of postgraduate education MH of Ukraine

Basic positions of the clinical psychophenomenological method in the article are stated. «Normal» and clinical psychotherapeutic phenomenology (the clinical psychophenomenology) is viewed. The most important for the clinical practice issues of the diagnostics in the psychotherapy are raised. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 64-68).

Литература

1. Чайка Ю. В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 1) / Ю. В. Чайка, Ю. Ю. Чайка // Український вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 4. — С. 5 — 9.
2. Чайка Ю. В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 2) / Ю. В. Чайка, Ю. Ю. Чайка // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 4. — С. 12 — 16.
3. Чайка Ю. В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 3) / Ю. В. Чайка, Ю. Ю. Чайка // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 1. — С. 10 — 13.
4. Чайка Ю. В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 4) / Ю. В. Чайка, Ю. Ю. Чайка [Электронный ресурс] // Новости украинской психиатрии. — Харьков, 2005. — <http://www.psychiatry.ua/articles/paper193.htm>.
5. Чайка Ю. В. История, структура и перспективы развития психопатологического метода. Сообщение 5 / Ю. В. Чайка, Ю. Ю. Чайка // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 2. — С. 153 — 157.
6. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. — М.: Изд-во Московск. гос. ун-та, 1986. — 287 с.
7. Зейгарник Б. В. Введение в патопсихологию / Б. В. Зейгарник. — М.: Изд-во Московск. ун-та, 1969. — 172 с.
8. Кудрявцев И. А. О диагностической информативности

- некоторых патопсихологических синдромов / И. А. Кудрявцев // Журн. невропатологии им. С.С. Корсакова. — 1982. — №12. — С. 8141 — 1818.
9. Кудрявцев И. А. О диагностическом и прогностическом значении некоторых патопсихологических симптомокомплексов / И. А. Кудрявцев // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. — Л.: ЛНИИМП им. В.М. Бехтерева, 1982. — С. 46 — 52.
10. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — К.: Здоровья, 1986. — 280 с.
11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2002. — 768 с.
12. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Архив психиатрии. — 2002. — № 4(31). — С. 202 — 206.
13. Чугунов В. В. Логика и семиотика диагноза в психотерапии / В. В. Чугунов // Абрамов В.А. Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии. — Донецк, 2004. — С. 154—171.
14. Чугунов В. В. Клиническая семиотика диагноза в психотерапии / В. В. Чугунов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 1(11). — С. 11—16.
15. Чугунов В. В. Взаимодействие клинической психотерапевтической и психопатологической синдромологии при формировании метасиндромов (медико-психологический аспект)

⁵ В настоящее время эти понятия используются как тождественные. Однако следует заметить, что первоначально термин «клиническая психофеноменология» использовался для обозначения только «нормальной» психотерапевтической феноменологии под влиянием традиционной иерархии «симптом - синдром - нозоформа», при этом психотерапевтический феномен по уровню приравнялся к [психопатологическому] симптому (уровень [клинической] семиотики). В процессе кристаллизации клинико-психофеноменологического метода этот термин распространился также и на эффект-синдромологию (синдромальный уровень), поскольку имманентная сущность последней проступила столь отчётливо, что методологические императивы (вроде компаративного сопоставления диагностических иерархий психодисциплин) утратили актуальность.

/ В. В. Чугунов // Медицинская психология. — 2007. — Т. 2, № 1. — С. 3 — 7.

16. Чугунов В. В. Сравнительная характеристика и взаимодействие клинико-психологических синдромологий в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Таврический журнал психиатрии. — 2007. — №1 (38). — С. 49 — 62.

17. Чугунов В. В. Диспозиционная характеристика патопсихологических регистр-синдромов, психопатологических синдромов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов / В. В. Чугунов // Международный медицинский журнал. — 2007. — Т. 13, № 2. — С. 14 — 18.

18. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Х.: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.

19. Чугунов В. В. Проблемы синдромогенеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов // «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги» (XI Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф., присвяченої 85-річчю Харківської медичної академії післядипломної освіти, 145-річчю санаторію «Березівські мінеральні води», 45-річчю кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, 90-річчю з дня народження К. І. Платонова, Бермінводи, 17 — 18 квітня 2008 р. (Додат. до журналу «Медичні дослідження»).—

Харків: [Національна ліга психотерапії, психосоматики та медичної психології України]; Крокус, 2008. — С. 162 — 163.

20. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.

21. Чугунов В. В. Логика, семиотика и алгоритм диагноза в психотерапии / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2008. — Т. 2. — № 1, 2 (2, 3). — С. 47 — 59.

22. Гринвальд С. Г. Клиническая психотерапевтическая эффект-синдромология: семиотика, систематика, теоретические модели / С. Г. Гринвальд, В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. — 2009. — Т. 1, № 2(2). — С. 56 — 68.

23. Чугунов В. В. Эффект-синдромология в психотерапии / В. В. Чугунов // «Психічні і соматичні розлади психогенного походження» (XII Платонівські читання): Матеріали наук.-практ. конф. — Харків — Бермінводи, 2009. — С. 155 — 157.

24. Чугунов В. В. Складові, правила формулювання й дизайн психотерапевтичного діагнозу / В. В. Чугунов // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 4 [16]. — С. 59 — 64.

25. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии та психотерапевтичний діагноз: Навчальний посібник / В. В. Чугунов.— Х.: Наука, 2010.— 304 с.

26. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: Учебное пособие / В. В. Чугунов.— Х.: Наука, 2010.— 304 с.

Поступила в редакцию 7.09.2010

УДК: 159.922:616.89-008.441.13:615.851

*Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная***УРОВНИ И ТИПЫ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

ГУ “Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины”

Ключевые слова: алкогольная зависимость, отношение к болезни, мотивация к лечению, терапевтический режим, комплаенс

Проблема лечения и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования в этой области [2;5;7;9]. Активный поиск новых медикаментозных средств, направленных на купирование острых проявлений синдрома отмены, подавление патологического влечения к алкоголю и коррекцию соматических расстройств, способствовал выделению ряда препаратов, доказавших свою эффективность [16;17]. Однако для получения желаемого результата эти препараты необходимо принимать длительно и на регулярной основе, а несоблюдение этих условий резко снижает эффективность терапии. В этой связи, важнейшим условием успеха лечения является достижение оптимального уровня комплаенса [3;6;13].

Следует отметить, что понятие «комплаенс» в научной литературе имеет несколько определений. Ряд авторов подчеркивают бихевиоральный контекст комплаенса, когда поведение пациента соответствует полному объему предоставляемой медицинской помощи и определяется согласованностью взглядов больного и врача на проявления заболевания и методы лечения [6;15;18]. COMPLAENС также определяют как “приверженность” терапии в противовес “согласию с лечением”, подчеркивая тем самым активное и самостоятельное отношение пациента к лечению, а не вынужденное или пассивное принятие лечебных воздействий [19-20]. COMPLAENС соотносят с понятием “готовность лечиться” и соблюдением лечебного режима [22]. Это определение охватывает получение различных видов помощи, регулярное посещение клиники и соблюдение лечебных рекомендаций специалистов.

По данным литературы среди больных наркологического профиля частота случаев несоблюдения схемы приема лекарственных препаратов колеблется в пределах 11-80%. Имеются данные о росте уровня нарушения терапевтического режима стационарных больных по мере про-

должения лечения во внебольничных условиях [11;21].

Однако, такая картина характерна не только для пациентов наркологического профиля. Обзор исследований в области лечения диабета, гипертонии и астмы у взрослых свидетельствует о том, что менее 30% пациентов, проходящих курс лечения по поводу этих заболеваний, соблюдают предписанные изменения диеты и/или поведения, которые призваны повысить их функциональную активность и снизить риск рецидива [14]. В целом, треть взрослых больных безотносительно от диагноза неукоснительно соблюдают рекомендации по лечению, треть – только частично, а остальные отрицают их необходимость [11].

К пониманию комплаенса как осознанного выполнения пациентом рекомендаций врача склоняется М.М.Кабанов [10]. Автор подчеркивает, что степень стигматизации и выраженность комплаенса зависят от стиля работы медицинского учреждения, его репутации, профессионализма персонала, его психологических качеств (эмпатии, умения общаться и др.).

Несмотря на очевидную значимость этой проблемы, до настоящего времени остаются недостаточно изученными ее сложные вопросы. Тот факт, что термин «комплаенс», прочно вошедший в медицинскую литературу, имеет несколько определений, указывает на неоднозначное понимание этого феномена. Кроме того, недостаточно изучены особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью, не определены стратегии поддержания его оптимального уровня в течение долгосрочного курса лечения, отсутствует адекватный психодиагностический инструментарий для исследования уровня и динамики комплаенса в процессе терапии. Решению данного круга вопросов и было посвящено это исследование.

Целью исследования явилась разработка типологии комплаенса больных с алкогольной зависимостью на основе изучения психологичес-

ких факторов его формирования на этапе ста-

новления терапевтической ремиссии.

Методы и организация исследования

Исследование проводилось на клинических базах отделения профилактики и лечения алкоголизма ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». Было обследовано 90 больных с синдромом алкогольной зависимости (F 10.2). Больные получали стандартное противоалкогольное фармакологическое лечение с включением психокоррекционной программы по разработанной для данного исследования методике (Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 25325, від 15.08.2008.). Средний возраст пациентов составил – 35,94±2,35 лет.

Больные обследовались по следующим психодиагностическим методикам: «Исследование мотивации потребления алкоголя» (МПА) [8], «16-ти факторный опросник Кеттелла» [4], «Оп-

росник для изучения отношения пациента к болезни лечению» [11]; методика определения уровня субъективного контроля (УСК) [1]; методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) [12], а также опросник «Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью», разработанный для данного исследования (Свідоцтво про реєстрацію авторського права №21140, від 06.07.2007). Обработка полученных эмпирических данных осуществлялась с помощью методов определения достоверности различий (по t-критерию Стьюдента-Фишера, U-критерию Уилкоксона-Манна-Уитни, точного метода Фишера) и методов многомерной статистики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты исследования и их обсуждение

Мы рассматриваем комплайенс как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. В основе формирования комплайенса лежат субъективные модели симптомов и прогноза заболевания, а также модель ожидаемых результатов лечения.

В нашем понимании, комплайенс имеет сложную многокомпонентную структуру, которая образована тремя основными блоками: сенсорно-эмоциональным, логическим и поведенческим. Сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения. Логический блок составляет система оценок и суждений, используемая больным для объяснения необходимости лечения и его эффектов. Поведенческий блок представляют мотивы, действия и поступки по реализации терапевтической программы.

На основании результатов проведенного исследования выявлено, что комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным, частичным или низким. Полный комплайенс предполагает своевременный прием (более чем в 80% случаев) назначенных лекарственных средств, выполнение основных врачебных предписаний по изменению жизненного стиля и поведения, поддерживающих болезнь, и активное участие в психокоррекционных занятиях. Частичный комплайенс диагностируется при соблюдении лекарственных назначений с эпизодическими на-

рушениями (от 20% до 80% случаев), частичном соблюдении нелекарственных рекомендаций врача и участии в психокоррекционной программе с пропусками занятий. Низкому уровню комплайенса соответствует минимальное выполнение лекарственных назначений (менее чем в 20% случаев), игнорирование терапевтических советов врача и отказ или пассивное участие в психокоррекционной работе.

С учетом уровня комплайенса все обследованные были разделены на три группы: больные с полным комплайенсом составили 17,8%, с частичным - 62,8% и с низким - 20%.

В таблице 1 представлены результаты исследования мотивов потребления алкоголя, мотивов лечения, типа отношения к болезни, уровня субъективного контроля и индивидуально-типологических особенностей у больных с разным уровнем комплайенса (представлены показатели, имеющие достоверные различия, $p < 0,05$).

Для больных, имеющих полный комплайенс, характерно доминирование атакратических мотивов потребления алкоголя, терапевтических установок на понимание скрытых причин болезни и изменение проблемного поведения, сензитивного и эргопатического типов отношения к болезни, интернального локуса контроля в области достижений и в профессиональной области, а также социальная активность, практичность и способность адекватно оценивать свое состояние. Для пациентов с частичным комплайенсом характерно преобладание гедонистичес-

кой мотивации при потреблении алкоголя, установка на достижение симптоматического улучшения, неврастенический тип отношения к болезни, низкий уровень субъективного контроля в сфере здоровья и лечения, а также импульсивность, беспечность и конформизм. Для больных с низким уровнем комплайенса преимущественно характерны мотивы гиперактивации поведе-

ния, похмельные и аддиктивные мотивы при употреблении алкоголя, установка на получение «вторичного выигрыша» от заболевания, анозогнозический, апатический и меланхолический типы отношения к болезни, общий низкий уровень субъективного контроля, а также конфликтность, небрежность, ригидность и конкретность мышления.

Таблица 1

Результаты исследования мотивов потребления алкоголя, мотивов лечения, типа отношения к болезни, уровня субъективного контроля и индивидуально-типологических особенностей у больных с разным уровнем комплайенса

Психодиагностические показатели методик		Полный комплайенс	Частичный комплайенс	Низкий комплайенс
МПА	Гедонистические	9,18 ±0,56	12,31±0,32*	10,65±0,41
	Атарактические	15,67±0,56*	12,71 ± 0,65	10,17 ± 0,87
	Гиперактивации	12,43 ± 0,35	16,33 ± 0,48	19,03 ± ,08*
	Похмельные	13,22 ± 0,98	17,24 ±0,25	19,83 ± ,58*
	Аддиктивные	5,25±0,34	4,12±0,42	8,67 ± 0,64*
Мотивы лечения	Установка на инсайт	13,18±0,56*	11,82 ± 0,21	8,33 ± 0,89
	- на изменение поведения	15,67±0,56*	12,71±0,65	10,17 ± 0,87
	- на симптоматическое улучшение	10,22±0,51	13,12±0,46*	12,05±0,35
	- на получение «вторичной выгоды» от болезни	11,22± 0,98	17,24 ±0,25	19,83 ±0,58*
ТОБ	Эргопатический	21,43±0,34 *	14,80± 0,45	8,98 ± 0,58
	Сензитивный	22,65 ± 0,54 *	16,94 ± 0,87	14,05 ± 0,69
	Анозогнозический	7,28 ± ,069	12,69 ± 0,63	14,08±0,12 *
	Неврастенический	12,62 ± 0,86	16,00±0,25 *	10,85 ± 0,79
	Апатический	1,65 ± 0,24	4,69 ± ,044	7,83 ± 0,58 *
	Меланхолический	3,25 ± 0,05	5,44 ± 0,13	15,17 ±0,55*
УСК	Общая интернальность	5,30±0,27	4,94 ± 0,97	3,87 ± 0,58*
	-в отношении здоровья и болезни	6,87±0,26	3,91±0,29*	5,25±0,31
	-в области достижений	7,57 ± ,055*	4,57 ± 0,24	4,12 ± 0,36
	- в области производственных отношений	6,26 ± 0,98*	4,39 ± ,039	4,15 ± 0,65
16 PF	Профильная оценка (макс. факторы)	EGN	HFO	FQ2M
	Профильная оценка (мин. факторы)	MFO	LCQ2	GBQ3
* - различия достоверны по отношению к другим группам, p<0,05				

Дальнейшее изучение психологических факторов формирования комплайенса позволило выделить диагностические критерии, на основе которых была разработана его типология. К основным критериям относятся: критичность в отношении симптомов и последствий болезни, степень доверия к врачу, информированность о методе лечения, удовлетворенность терапевти-

ческими результатами, готовность к изменению жизненного стиля и наличие поддержки семьи. В соответствии с данными критериями у обследованных больных выделены конструктивный, формальный, пассивный, симбиотический, нестабильный, негативистический и дефицитарный типы комплайенса. Ниже представлены основные характеристики выделенных типов:

1. Конструктивный тип, являющийся наиболее благоприятным, характеризуется осознанием симптомов и последствий болезни, установкой на трезвость, доверием к врачу и стабильностью при соблюдении требований терапии.

2. Формальный тип отличается частичным осознанием болезни, установкой на достижение симптоматического улучшения, избирательностью в отношении методов лечения и формальным отношением к соблюдению терапевтических договоренностей.

3. Пассивному типу свойственны слабые побудительные функции мотивов, фаталистические установки, обесценивание результатов лечения и пассивное подчинение лечебным процедурам.

4. Симбиотический тип характеризуется неуверенностью в оценке симптомов и результатов лечения, избеганием ответственности, тревожностью, зависимостью от врача и инфантильным поведением.

5. Нестабильный тип отличается спонтанностью, недостаточной организованностью, амбивалентным отношением к лекарственным препаратам и импульсивным поведением.

6. Негативистическому типу характерно отрицание болезни, отсутствие эмпатии, выраженное сопротивление и осуществление действий, противоположных требованиям и ожиданиям врача.

7. Дефицитарному типу свойственны проявления когнитивного дефицита, т.е. отсутствие конструктивной критики, снижение памяти, а также безразличное или эйфорическое поведение.

На начальном этапе лечения у больных были диагностированы: нестабильный тип – в 30,0% случаев, пассивный – 18,3%, формальный – 15,5%, симбиотический – 13,3%, дефицитарный – 11,7%, негативистический – 6,7% и конструктивный – 4,5 %.

Для оптимизации различных типов комплайенса нами разработана система психокоррекции, основанная на мотивационной модели «поэтапных изменений», предложенной DiClemente С.С.,

Prochaska J.O. (1982) [22]. Ключевой концепцией этой модели является «готовность к изменениям», которая рассматривается как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. Ведущими принципами мотивационного подхода являются: обратная связь (полное и объективное информирование о всех последствиях употребления алкоголя); акцент на личной ответственности (разрушение игры в «Алкоголика» - алкогольная зависимость, прежде всего, является проблемой пациента, а не его окружения); предоставление свободы выбора в определении целей и методов осуществления изменений; эмпатия (принятие пациента со всеми достоинствами и недостатками); способствование эффективной самореализации (помощь в актуализации личностных ресурсов).

Система психокоррекции состоит из 5-ти модулей, которые направлены на формирование мотивации к различному по длительности отказу от алкоголя, поддержанию здорового образа жизни, развитию навыков социального функционирования, а также мотивации к длительному приему поддерживающей медикаментозной терапии и своевременному обращению к врачу в случае срыва.

При разработке программы психокоррекции учитывались типологические особенности комплайенса больных, в результате чего были созданы соответствующие для каждого типа алгоритмы применения психокоррекции и определены наиболее адекватные психокоррекционные стратегии.

Применение системы психокоррекции началось в первую неделю поступления больных на лечение. Частота сессий составляла 3 раза в неделю, а длительность – 60-90 мин. Полный курс включал 9 сеансов в течение основного периода противоалкогольного лечения и 3 сеанса после его окончания.

Динамика показателей типов комплайенса представлена на диаграмме (рис. 1).

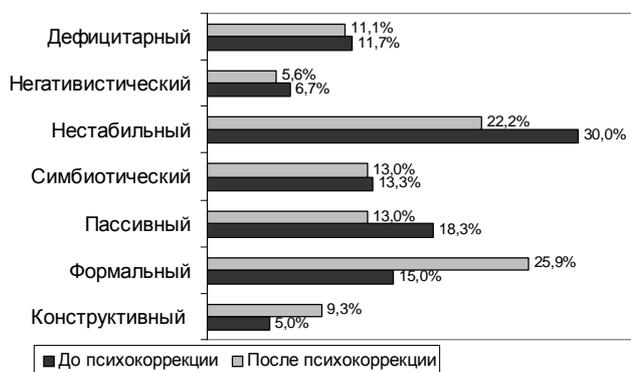


Рис.1. Динамика показателей типов комплайенса в процессе психокоррекции.

Результаты исследования динамики типов комплайенса свидетельствуют, что в начале лечения комплайенс носил преимущественно нестабильный или формально-пассивный характер. В меньшей степени на данном этапе были представлены черты негативистического и конструктивного типов комплайенса. В результате проведения системы психокоррекции достоверно снизились показатели пассивного и нестабильного типов комплайенса ($p < 0,05$), а показатели формального и конструктивного типа возросли ($p < 0,05$). Данный факт свидетельствует о том, что у большинства больных в процессе лечения улучшилось качество соблюдения терапевтического режима за счет формирования и стабилизации более критического отношения к симптомам и прогнозу заболевания, доверия к данной терапевтической программе и готовности к изменению проблемного поведения. Это, в свою очередь, указывает на адекватность применения психокоррекционных стратегий в отношении данных типов комплайенса. При этом динамические показатели дефицитарного и симбиотического типов не имели достоверных изменений, что указывает на недостаточность данной психокоррекционной тактики в отношении этих типов и необходимость дальнейших разработок.

Выводы:

1. Комплайенс представляет собой сложный динамический клинико-психологический феномен, в основе формирования которого лежат субъективные модели симптомов и прогноза заболевания, а также модель ожидаемых результатов лечения. Комплайенс – это комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима.

2. У больных с алкогольной зависимостью выделены различные уровни и типы комплайенса. В соответствии с уровнем соблюдения терапевтического режима комплайенс может быть полным, частичным или низким, а по своему типу – конструктивным, формальным, пассивным, симбиотическим, нестабильным, негативистическим или дефицитарным.

3. Система психологической коррекции, направленная на оптимизацию процесса соблюдения терапевтического режима у больных с алкогольной зависимостью, разработанная на основе принципов мотивационной терапии с учетом типологических особенностей комплайенса больных, служит эффективным инструментом формирования позитивных терапевтических установок и вовлечению пациентов в долгосрочные противорецидивные программы.

Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна

РІВНІ ТА ТИПИ КОМПЛАЄНСА ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН

Розглянуті сучасні уявлення про проблему комплаєнса осіб з алкогольною залежністю. Представлена типологія комплаєнса відповідно до провідних терапевтичних установок і особистісних особливостей хворих. Розроблена система психокорекції несприятливих типів комплаєнса. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 69-74).

L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya

LEVELS AND TYPES OF COMPLIANCE IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of Academi of Medical Sciences of Ukraine

In the presented article modern pictures are considered of problem of the compliance in alcohol dependent persons are described. Typology of compliance presented in accordance with the leading therapeutic settings and personality features of patients. Pathways of psychological intervention to correct malign variances of therapeutically alliance are guessed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 69-74).

Литература

1. Бажин, Е. Р. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК) [Текст] / Е. Р. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд // Методические рекомендации. - Ленинград, 1984. - 22 с.
2. Балашова, Т. Н. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы [Текст] / Т. Н. Балашова, Л. Собелл // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2007. - №1. - С. 4-7.
3. Баншиков, Ф. Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы [Текст] / Ф. Р. Баншиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2006. - Т. 03, №4. - С. 14-16.

4. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения [Текст] / А. В. Батаршев. - М.: Издательство Института психотерапии, 2004.- 320 с.
5. Валентик, Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии [Текст] / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии. - М.: «Нолиж», 1999. - С. 140-176.
6. Долгов, С. А. Проблема частых госпитализаций психически больных [Текст] / С. А. Долгов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1995.- № 4. - С. 103—106.
7. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование,

течение, противорецидивная терапия [Текст] / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. - СПб: Элби-СПб, 2002. - 192 с.

8. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. - Новосибирск: Наука, 1988. - 198 с.

9. Иванец, Н. Н. Зависимость от психоактивных веществ – стратегия лечения [Текст] / Н. Н. Иванец // Вопросы наркологии. - 1990. - № 2. - С. 3-7.

10. Кабанов, М. М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса [Текст] / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т.8, № 2 - С. 58-62.

11. Клиническая психология [Текст] / Под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб: ПИТЕР, 2007. - 959 с.

12. Личко, А. Е. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни [Текст] / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Методические рекомендации. - Ленинград, 1987. - 26 с.

13. Любов, Е. Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике [Текст] / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - Т. 11, вып 1.- С. 89-101.

14. Мосолов, С. Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления. [Текст] / С. Н. Мосолов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. - Т. 4. - С. 132—136.

15. Незнанов, Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии [Текст] / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004.- Т. 06, №4. - С. 9-13.

16. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей [Текст] / И. Н. Пятницкая. - М: Медицина, 2008. - 639 с.

17. Ялтонский, В. М. Мотивационная терапия [Текст] / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // Наркология. - 2003. - №4.- С. 41-44.

18. Adams, C. E. Depot fluphenazine versus oral fluphenazine for those with schizophrenia [Text] / C. E Adams., M Eisenbruch // Cochrane Library. Oxford: Update Software. - 2001. - Issue 3.

19. Bebbington, P. E. The content and context of compliance [Text] / P. E. Bebbington // Clin. Psychopharmacol. - 1995; - Vol. 9. - P. 41—50.

20. Corrigan, P. W. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia [Text] / P. W. Corrigan, R. P. Liberman, J. D. Engel // Hospital and Community Psychiatry. - 1990. - Vol. 41, - P. 1203-1211.

21. Insull, W. The problem of compliance to cholesterol altering therapy [Text] / W. J. Insull // Inter Med. - 1997. - Vol. 241. - P. 317–25.

22. Kemp, R. Compliance Therapy: An Intervention Targeting Insight and Treatment Adherence in Psychotic Patients [Text] / R. Kemp, A. David. // B. M. J. - 1996. - Vol. 312 - P. 345-349.

Поступила в редакцию 16.06.2010

УДК 616.89-008.441.13+616.895

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц, Л. А. Гашкова, И. Б. Рымарь, О.Б.Калиниченко, С.И.Найденко***КОРРЕКЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алкоголизм, алкогольная зависимость, депривокс, миртастадин, латригил

Современные подходы к антидепрессивной терапии у пациентов с алкогольной зависимостью базируются на дифференцированном применении психофармакотерапии, немедикаментозных методов и психотерапии.

Значительное место при этом в современной научной литературе занимают постабстинентные состояния. Внимание исследователей и клиницистов к этой проблеме не случайно и в первую очередь обусловлено тем, что постабстинентное состояние как ранний этап становления ремиссии является критическим периодом, во время которого риск рецидива наибольший [5].

В постабстинентном периоде, когда у пациентов формируется начальный этап ремиссионного состояния, наблюдается клиническая картина, которую ряд исследователей обозначают как «трезвая фрустрация». Алкогользависимый пациент в постабстинентном периоде, на ранних стадиях формирования ремиссии, еще не подготовлен к лишению и радикальному отказу от привычного, психологически приемлемого для него сложившегося многолетнего алкогольного стереотипа [7]. В связи с этим при алкоголизме часто встречаются аффективные нарушения. Несомненно, что аффективная симптоматика тесно связана со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к алкоголю [4].

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что аффективные нарушения при алкоголизме имеют облигатный характер. Аффективная симптоматика тесно связана со стержневым синдромом заболевания — патологическим влечением к алкоголю. [1, 6, 8, 9]. Тревожно-депрессивная симптоматика присутствует практически постоянно, выражаясь внут-

ренним беспокойством, напряжением, ожиданием чего-то неприятного. Депрессия - тот клинический фон, на котором трудно или невозможно начинать программу психокоррекционной переориентации мотиваций с алкоголя на категорический отказ от него. Обращает на себя внимание высокая частота диссомнических расстройств. Особенно характерны для пациентов с алкогольной депрессией страхи во сне (сновидения с анксиозной фабулой), сохраняющиеся и при ночных пробуждениях, которые больше приурочены к периоду абстинентной патологии, а также кошмарные и тематические сновидения в постабстинентном периоде (как предикторы появления приступов патологического влечения к алкоголю). Большой удельный вес в клинической картине всех периодов алкоголизма имеет также невротоподобная и астеническая симптоматика. Адекватное лечение алкогольного абстинентного синдрома и постабстинентного состояния определяющим образом влияет на дальнейшее течение заболевания. Именно на этом этапе терапии создаются условия для предупреждения ранних рецидивов [2, 3].

В настоящее время для лечения аффективных нарушений в постабстинентном состоянии используется достаточно большое количество психотропных препаратов различных классов и химических групп. Несмотря на довольно большой арсенал используемых психофармакологических средств, поиск новых, более эффективных и безопасных лекарственных препаратов остается актуальным. Выбор таких средств осуществляется на основе психопатологической оценки состояния больного с учетом спектра активности препарата [7].

Материал и методы исследования

Нами было проведено амбулаторное лечение 25 больных с синдромом алкогольной зависимости, осложненным аффективной патологией. Ди-

агностика осевых синдромов зависимости проводилась по МКБ-10.

Все пациенты были мужского пола. Возраст

колебался от 25 до 57 лет. У всех больных наблюдалась развернутая клиническая картина II стадии. Это подтверждали следующие клинические проявления: первичное патологическое влечение к алкоголю (осознанное и неосознанное), утрата количественного контроля, максимальная толерантность к алкоголю, сформировавшийся развернутый алкогольный абстинентный синдром (ААС), а также заострение преморбидных личностных особенностей. У большинства пациентов темп прогрессивности заболевания квалифицировался как средний, у 19 больных отмечалась псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем, у 3 — постоянная на фоне высокой толерантности.

У всех пациентов отмечались хронические соматические заболевания, обусловленные длительной интоксикацией алкоголем (вне обострения), в основном — токсическое поражение печени (жировой гепатоз, токсический гепатит) и сердца (алкогольная кардиопатия), алкогольная полиневропатия. Отрицательные социальные последствия характеризовались нарушением семейных отношений и снижением профессиональных навыков. Длительность заболевания составляла от 4 до 25 лет.

Из исследования исключались больные: с острыми психотическими состояниями, включая пределириозные расстройства; с высоким суицидальным риском; с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения; с гиперчувствительностью к препаратам; принимавшие участие в исследованиях в течение предшествующих 3-х месяцев.

В структуре абстинентного синдрома присутствовали типичные сомато-вегетативные и психопатологические расстройства. У всех больных отмечались гипергидроз, жажда, тремор, диспепсические нарушения, колебания АД, тахикардия, слабость, разбитость, расстройства сна, подавленное настроение, тревога, раздражительность, дисфорическая симптоматика. Степень

тяжести ААС квалифицировалась как средняя у 14 больных и как легкая — у 11 больных. Большинство исследуемых составляли повторно обратившиеся больные — 16 человек; обратившиеся впервые — соответственно 9 человек.

Лечение было комплексным, проводилась психотерапия, общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

Для лечения аффективных расстройств в постабстинентном состоянии и на этапе формирования ремиссии с целью профилактики ранних рецидивов назначались антидепрессанты депривокс (флувоксамин), миртастадин (миртазапин) и нормотимик латригил (ламотригин) в соответствии с клинической картиной аффективной патологии. Депривокс назначался для купирования тревожно-депрессивной и обсессивной симптоматики в дозе 50 мг в сутки с возможным увеличением дозы до 100 мг в случаях недостаточной редукции психопатологии. Миртастадин применялся в дозе 30 мг на ночь при сочетании тревожных, депрессивных и диссомнических расстройств. Ламотригил мы использовали, если в анамнезе пациентов были биполярные расстройства либо в клинической картине преобладала аффективная лабильность, компульсивное патологическое влечение к алкоголю. Препарат назначался в нарастающей дозировке, от 25 до 100 мг в сутки.

Обследование больных осуществлялось в день обращения (1 день), в дальнейшем — на 8, 15 и 28 день. Для оценки уровня тревоги использовалась шкала Гамильтона, для оценки редукции депрессивной симптоматики использовалась шкала Бека, для оценки вегетативных проявлений — шкала Вейна. Для оценки психопатологических проявлений и патологического влечения к алкоголю в структуре постабстинентного состояния использовались соответствующие структурированные опросники, а также шкала общего клинического впечатления.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе проведенного лечения установлено следующее. Уже на 8-й день терапии у больных, находившихся в постабстинентном состоянии, значительно снижался уровень тревоги, чувства внутреннего напряжения, раздражительности, страха. Наряду с этим стабилизировался фон настроения, восстанавливался сон, а также уменьшалась интенсивность проявлений идеаторного компонента патологического влечения

к алкоголю. Дисфорическая симптоматика вегетативные расстройства редуцировалась несколько медленнее — к 15 дню терапии.

При приеме препаратов больные в течение дня оставались спокойными, жалоб на свое самочувствие не предъявляли.

Отдельно следует отметить, что при приеме препарата у пациентов не наблюдалось признаков лекарственной загруженности, дневной сон-

ливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Некоторая сонливость по пробуждении наблюдалась у нескольких пациентов на фоне приема миртазапина, но она проходила в течение нескольких дней и в дальнейшем не влияла на самочувствие. Больные были бодрыми, общительными, деятельными, в связи с чем улучшался их психотерапевтический контакт с врачом. Быстрое редуцирование ПВА при приеме депривокса, миртазапина и латригила давало возможность включать больных в психотерапевтический процесс уже с первого дня обращения и создавало благоприятные условия для проведения психотерапии.

В качестве критерия улучшения состояния и его стабилизации при клиническом исследовании рассматривалась дезактуализация патологического влечения к алкоголю, полная и стойкая редукция аффективной (главным образом, тревожной, депрессивной и дисфорической) симптоматики и вегетативных расстройств.

Курс амбулаторного лечения составлял 28 дней. В дальнейшем пациенты переводились на поддерживающее амбулаторное лечение или

наблюдение и при необходимости продолжали принимать препараты в прежних или меньших дозировках. Консультации с лечащим врачом происходили раз в 15 дней. Терапевтический эффект препарата на стадии формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов. Субъективно они отмечали бодрость, хорошее самочувствие, повышение работоспособности, ровный фон настроения, отсутствие желания употребить спиртное. У всех больных нормализовался сон. Утренние пробуждения были быстрыми, с ощущением бодрости и «готовности к работе».

Результаты исследования показали, что на данной выборке больных препараты депривокс и миртазапин обладают достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием.

К 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение общего числа по шкале тревоги Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным, а к 3-4 неделе терапии депрессивные, тревожные и вегетативные расстройства полностью исчезали (рисунок 1).



Рис. 1. Оценка эффективности препаратов депривокс и миртазапин по шкале Гамильтона

Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить значительный терапевтический эффект препарата Ламотригил: на 8 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (рисунок 2).

ригил: на 8 день исследования редукция психопатологической симптоматики составила более 70% (рисунок 2).

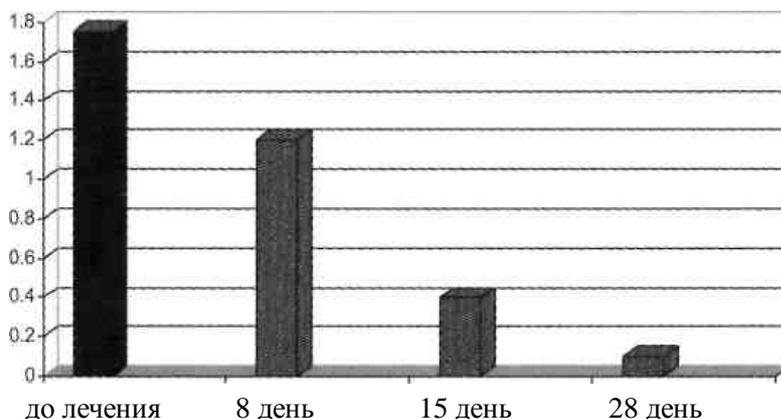


Рис. 2. Оценка действия препарата латригил по шкале общего клинического впечатления

На протяжении всего периода применения латригила и миртазапина 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.

Основные направления действия препаратов депривокс и миртазапин при терапии алкогольной зависимости — антидепрессивное, анксиолитическое и вегетостабилизирующее. Латригил способен достаточно быстро купировать патологическое влечение к алкоголю, аффективные расстройства в его структуре, неврастеническую симптоматику.

Депривокс, миртазапин и латригил при правильном режиме дозирования не вызывают дневной сонливости, не влияют на работоспособность и концентрацию внимания. При их применении не наблюдалось побочных явлений, осложнений и случаев привыкания, что говорит о безопасности препаратов.

Полученные результаты имеют большое значение для лечения больных алкоголизмом и позволяют рекомендовать использование депривокса, миртазапина и латригила как достаточно эффективных и безопасных препаратов в комплексные терапевтические программы.

І. О. Бабюк, О. Є. Шульц, Л. А. Гашкова, І. Б. Рymar, О. Б. Калініченко, С. І. Найденко

КОРЕКЦІЯ АФЕКТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Було проведено амбулаторне лікування на протязі чотирьох тижнів 25 хворих на алкогольну залежність. В комплексному лікуванні використовувались препарати Депривокс, Міртастадин та Латригил, а також психотерапія. Основна дія препаратів Депривокс та Міртастадин при терапії алкогольної залежності – антидепресивна, анксиолітична та вегетостабілізуюча. Латригил спроможний блокувати патологічний потяг до алкоголю, афективні розлади. Усі три препарати добре переносяться хворими. Виявлені результати можуть бути корисні в оптимізації лікування та подальшої розробці програм комплексної терапії хворих на алкогольну залежність. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 75-78).

I. A. Babyuk, O. E. Shults, L. A. Gashkova, I. B. Rymar, O. B. Kalinichenko, S. I. Naidenko

AFFECT DISORDERS OF PATIENTS ON ALCOHOL DEPENDENCE CORRECTION

Donetsk Medical National University

Ambulance treatment of 25 patients has been running during 4 weeks. Deprivox, Mirtastadin, Latrigil and psychotherapy were used. Basic effects of Deprivox and Mirtastadin – antidepressive, anxiolytic and vegetative stabilization. Latrigil able to block pathological alcohol drive, affect disorders. Whole three medicines well tolerated by patients. Discovered results might be useful for treatment improvement and further elaboration of complex therapeutic program for patients on alcohol dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 75-78).

Литература

1. Бокій І.В. // Афективні розлади при алкоголізмі. — Л. — 1983. — С. 5-9.
2. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Дифференцированные методы психофармакотерапии больных алкоголизмом: Методич. рекоменд. — Л. — 1990. — С. 3-16.
3. Иванец Н.Н. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. — М. — 1997. — С. 3-10.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Применение препарата стрессплант при лечении больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, 2001, № 5. — С. 19-26.
5. Лебедев Д.С., Сова В. А., Беяева О.О. и др. Опыт применения стимула в комплексной терапии постабстинентных

- состояний у пациентов с алкогольной и опиоидной зависимостью // Новости медицины и фармации, 2006, № 19 (201). — С. 23-24.
6. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольній залежності: Методичні рекомендації — Харків — 2003. — С. 3-20.
7. Сосин И.К. Алкогольная депрессия // Здоров'я України, 2005, № 3. — С. 9-11.
8. Loo H., Malka R., Defranct R. et al. // Neuropsychology. — 1988. — №19. — P.79-85.
9. Weismann M.M., Myers J.K. // Am. J. Psychiatry. — 1980. — V. 137 — P. 372-373.

Поступила в редакцию 4.09.2010

УДК 616.89-008.441.3

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

Луганський державний медичний університет

Ключові слова: опіоїдна залежність, особистість

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

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

Завданнями дослідження стали:

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

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

Об'єкт дослідження: хворі на опіоїдну залежність.

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

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

Матеріали та методи дослідження

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

лежність за критеріями МКБ-10 (F 11.30).

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

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

Результати досліджень та їх обговорення

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

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

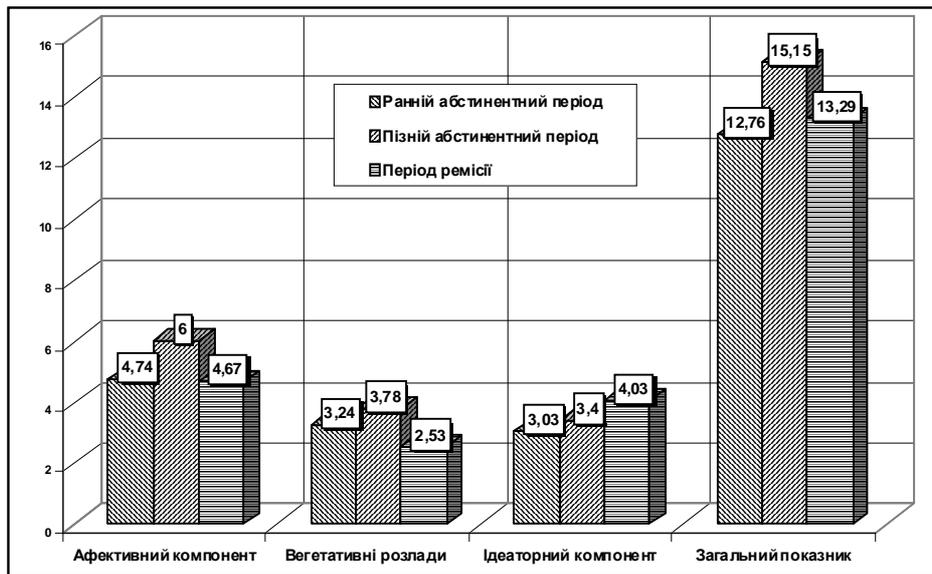


Рис. 1. Інтенсивність патологічного потягу до наркотиків в загальній групі хворих на опіїдну залежність в різні періоди хвороби

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

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

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

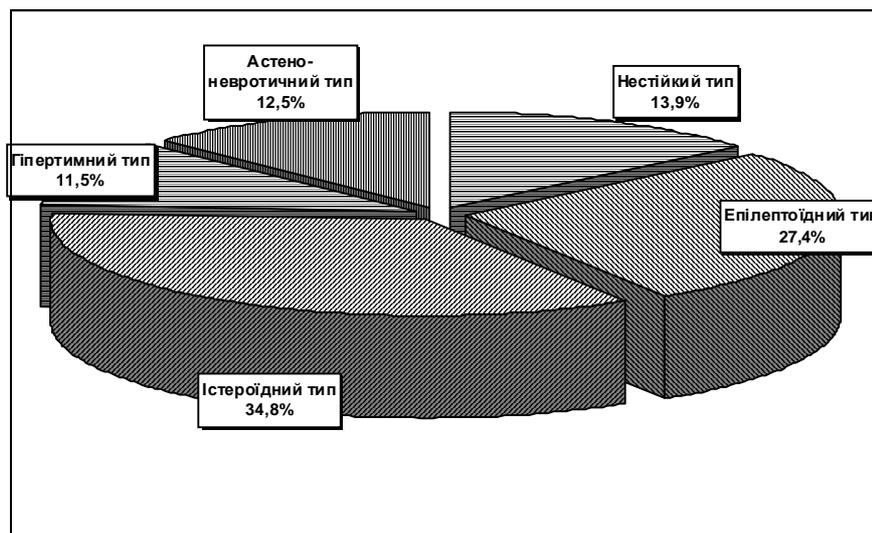


Рис. 2. Структура типів особистості хворих на опіїдну залежність

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

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

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

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

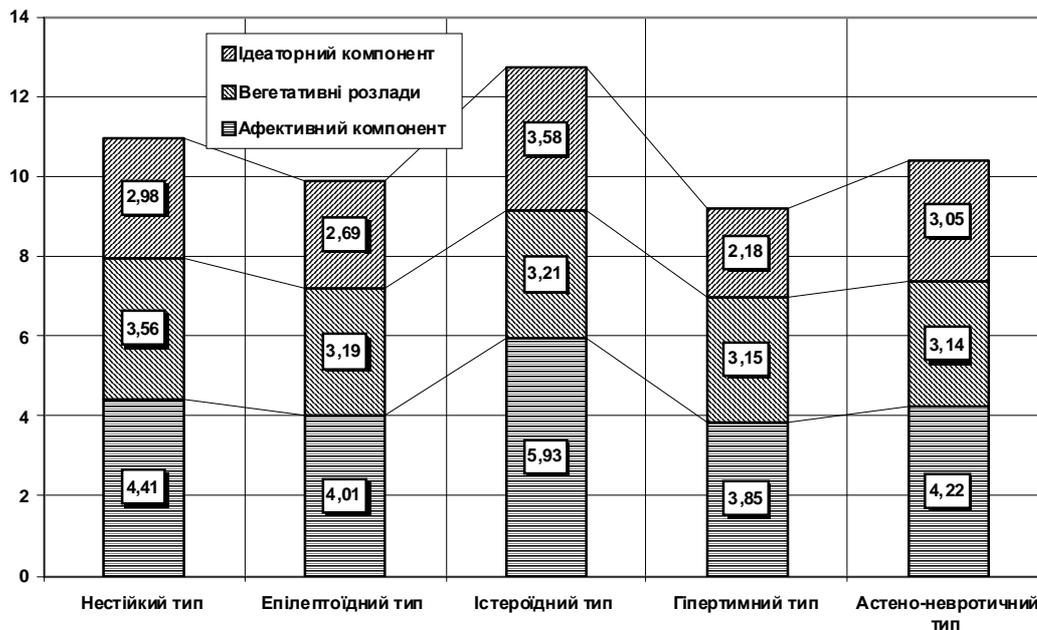


Рис. 3. Вираженість складових патологічного потягу до наркотиків у хворих на опіюїдну залежність із різними типами особистості в ранньому абстинентному періоді

При аналізі ступеня вираженості патологічного потягу нами встановлено, що афективні розлади в пізній абстиненції були найбільші при істероїдному типі реагування ($6,89 \pm 0,22$ балів), найменші – при гіпертимному ($5,09 \pm 0,36$ балів; $P < 0,0001$). Вегетативні розлади в пізній абстиненції мали найбільший рівень при істероїдному ($4,17 \pm 0,1$ балів) та нестійкому типі ($3,9 \pm 0,23$

балів), найменш виражені у осіб з гіпертимним ($3,24 \pm 0,29$ балів) та астено-невротичним ($3,27 \pm 0,25$ балів) варіантами особистості (Рис. 4).

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

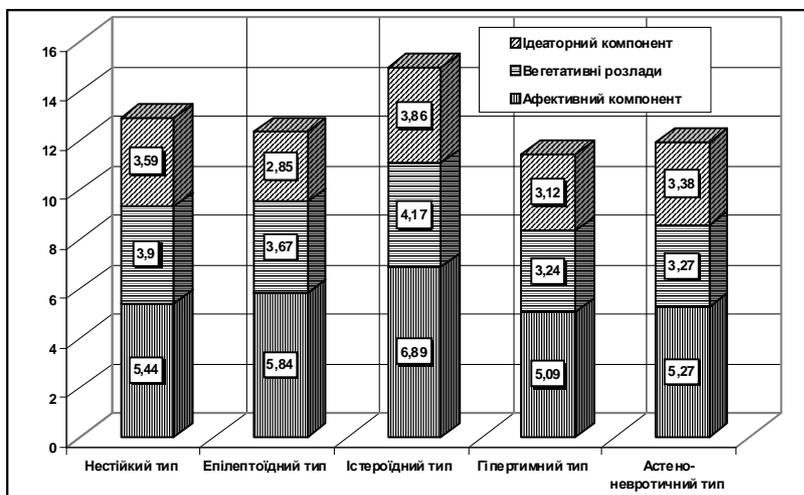


Рис. 4. Квантифікаційні значення патологічного потягу до наркотиків у хворих на опіюїдну залежність із різними типами особистості в пізньому абстинентному періоді.

При бальній оцінці потягу до наркотиків у хворих в пізній абстиненції нами встановлено, що найбільший рівень був в групі із істероїдним типом особистості ($17,08 \pm 0,34$ балів), найменший при астено-невротичному ($13,57 \pm 0,61$ балів) та гіпертимному типі ($13,29 \pm 0,61$ балів) (Рис. 4).

В періоді ремісії найбільш виражені афективні розлади мали місце в групах із епілептоїд-

ним ($4,98 \pm 0,23$ балів) та істероїдними типами особистості ($5,14 \pm 0,18$ балів), найменший рівень – при гіпертимному ($3,38 \pm 0,25$ балів), та астено-невротичному типі ($4,14 \pm 0,27$ балів) (Рис. 5).

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

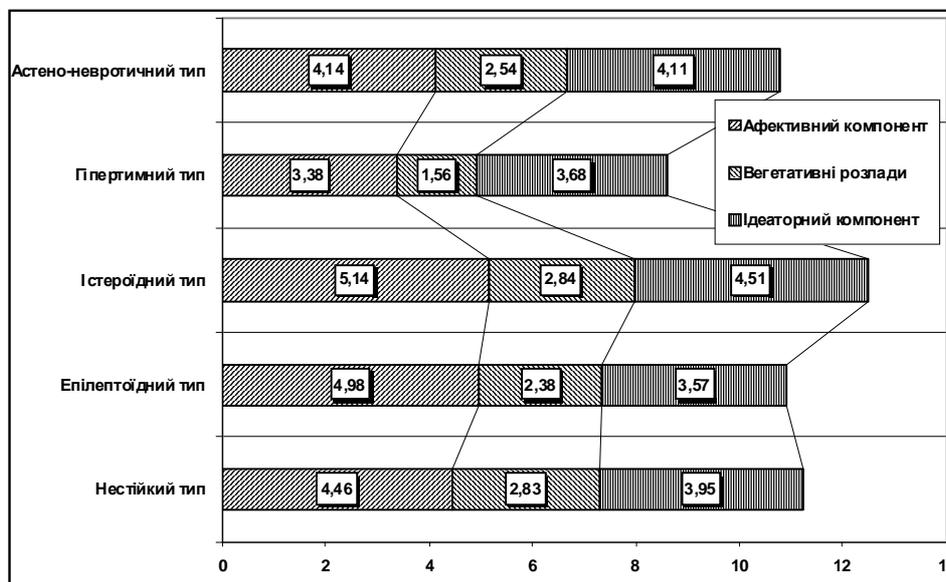


Рис. 5. Порівняльна характеристика компонентів потягу до наркотиків у хворих на опіїдну залежність із різними типами особистості в періоді ремісії

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

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

Висновки.

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

2. В структурі типів особистості серед хворих на опіїдну залежність найчастіше зустрічається істероїдний тип (34,8%), епілептоїдний (27,4%) та нестійкий тип (13,9%), з меншою ча-

стоюю - астено-невротичний (12,5%) та гіпертимний (11,5%).

3. В періоді ранньої абстиненції у хворих на ОЗ найбільший рівень афективних розладів мав місце при істероїдному типі ($5,93 \pm 0,19$ балів), а найменший – при гіпертимному ($3,85 \pm 0,25$ балів) ($P < 0,0001$), інтенсивність вегетативних розладів практично не відрізнялась в групах із різними типами особистості ($P > 0,1$). Ідеаторний компонент в ранній абстиненції мав найбільше значення у хворих із істероїдним та нестійким типом особистості ($2,98 \pm 0,24$ балів). Найменший рівень цього показника був при гіпертимному типі особистості ($2,18 \pm 0,21$ балів; ($P < 0,0001$)).

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

(3,86±0,13 балів) та нестійкому типах (3,59±0,23 балів), а найменший рівень при епілептоїдному (2,85±0,14 балів) та гіпертимному типу особистості.

5. В періоді ремісії найбільш виражені афективні розлади мали місце в групах із епілептоїдним (4,98±0,23 балів) та істероїдним типами особистості (5,14±0,18 балів), найменший рівень – при гіпертимному (3,38±0,25 балів), та астено-невротичному типі (4,14±0,27 балів). Вегетативні розлади в періоді ремісії не мали вірогідних відмінностей серед показників груп із різними типами особистості за виключенням гіпертимного типу, якій мав вірогідно менший рівень цих розладів (1,56 ±0,12 балів). Ідеаторний компонент в періоді ремісії мав найбільше значення при астено-невротичному (4,11±0,27 балів) та істероїдному типі (4,51±0,13 балів) особистості.

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

М.О. Овчаренко

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

Луганский государственный медицинский университет

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

В поздней абстиненции наибольший уровень в клинико-идентификационном рейтинге патологического влечения к наркотикам был в группе с истероидным (17,08±0,34 баллов), наименьший – с астено-невротическим (13,57±0,61 баллов) и гипертимным типом личности (13,29±0,61 баллов). В целом, степень выраженности патологического влечения к наркотикам в периоде ремиссии была наибольшей в группе с истероидным типом – 14,79±0,29 баллов, а наименьшей - при гипертимном типе личности (10,24±0,43 баллов; $P<0,0001$). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 79-84).

М.О. Ovcharenko

DETERMINATION OF PATHOLOGICAL ATTRACTION TO NARCOTICS INTENSIVENESS IN OPIOID DEPENDENTE PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF PERSONALITY

Luganskiy State Medical University

Psychopathological symptoms dynamic in different periods of the disease in 299 opioid dependent patients with different types of personality were analysed. Pathological attraction to narcotics indices in periods of early and late abstinence and remission according to personality type are defined in the article. In early abstinence level of attraction was in patients with hysterical (14,75±0,26) and unstable (12,41±0,43) personality types, lowest-in hyperthymic variant (10,71±0,42; $P<0,0001$). In late abstinence the greatest level in clinico-identifying rating of pathological attraction to narcotics was in the group with hysterical (17,08±0,34), smallest - with astheno-neurotic (13,57±0,61) and hypertymic personality types (13,29±0,61). As a whole the intensity degree of pathological attraction to narcotics in remission period was greatest in the group with hysterical type - 14,79±0,29 and smallest in hypertymic personality type (10,24±0,43; $P<0,0001$). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 79-84).

Литература

1. Сосин И.К. Наркология: (монография) / И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев / Харьков: Коллегиум, 2005. – 800 с.
2. Битенский В.С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В.С. Битенский // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, №3. – С. 543-550.
3. Лінський І.В. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні / Лінський І.В., Голубчикова М.В., Мінко О.І. та інші // Аналітичний огляд. Випуск IV- Харків, 2007. – 52 с.

4. Arcos F.A. / Emotional response to affective stimuli in subjects addicted to opiates engaged in controlled use as part of the P.E.P.S.A / Arcos F.A., Verdejo Garcés A., Luyez Jiménez A. // Adicciones. – 2008. – 20(1). – P. 27 – 35.
5. Сосин И.К. Новые аспекты использования препарата налтрекс в наркологии при клинически рецидивоопасных ситуациях / И.К. Сосин, И.В. Куприенко, Ю.Ф. Чуев // Мистецтво лікування.-2003.-№6.-С.77-82.
6. Сосин И.К. Реографический мониторинг функционального

состояния печени при хронической интоксикации психоактивными веществами / Сосин И.К., Сема В.И. // Проблеми клініки, діагностики та терапії гепатитів. Збірник праць науково-практичної конференції. – Харків, 2005. – С. 206-208.

7. Минко А.И. / Наркология: Научное издание / Минко А.И., Линский И.В. // М.: Изд-во ЭКСМО, 2004. - 2-издание, испр. и доп. – 736 с.

8. Gospic K. / Emotional perception modulated by an opioid and a cholecystokinin agonist / Gospic K., Gunnarsson T., Fransson P. // Psychopharmacology.- 2008.- Apr;197(2).-P.295-307.

9. Maremmani I. / Affective temperaments in heroin addiction / Maremmani I., Pacini M., Popovic D.// J. Affect Disord.- 2009.- Oct;117(3).- P.186-192.

10. Чердниченко Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных

алкоголизмом / Н. В. Чердниченко, В. Б. Альшулер // Вопросы наркологии : научно-практический журнал. - 2008. - N 2 . - С. 74-78.

11. Корошниченко Д.Н. / Диференційна діагностика залежності від героїну та залежності від метадону/ Д.Н. Корошниченко, І.В. Лінський // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009.- №1(21). – С. 56-64.

12. Корошниченко Д.Н. Порівняльна характеристика патологічного потягу до опіоїдів у хворих, залежних від героїну, і хворих залежних від метадону // Український вісник психоневрології. – Том 15, вип. 1 (154). – 2008. – С. 14- 18.

13. Боровников В.П. / STATISTICA – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровников, И.П. Боровников.-М.: Информационно-издательский дом «Филин», 1997. – 608 с.

Поступила в редакцию 16.07.2010

УДК: 616.89 – 008.47 // 48: 37.042.2

*І.І. Марценковська***ДЕЯКІ ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, неухважність, імпульсивність, гіперактивність, розлади поведінки, шкільна дезадаптація

Навчання в школі є одним із провідних видів діяльності в дитячому віці. Шкільна освіта пред'являє до психічної діяльності дитини низку специфічних вимог. Неспроможність дитини опанувати шкільними дисциплінами відповідно до навчальної програми та / чи дотримуватися вимог, передбачених шкільним розпорядком всупереч своїм психофізіологічним можливостям та здібностям в російськомовній літературі прийнято називати шкільною дезадаптацією [1]. В англійській літературі більш уживаними є дефініції “шкільної неуспішності” (school failure) та “навчальної неспроможності” (learning disabilities) [2–4]. Під навчальною неспроможністю розуміють невідповідність психофізіологічних можливостей та здібностей дитини вимогам навчальної програми. Про шкільну неуспішність частіше говорять у випадках, коли академічні успіхи дитини не відповідають психофізіологічно-мотивованим очікуванням вчителів і батьків.

В якості проявів шкільної дезадаптації виділяють: неуспішність навчання за програмами (когнітивний компонент); порушення ставлення до навчання та педагогів (байдуже, пасивне або активно негативістичне), порушення сприйняття перспектив, пов'язаних із навчанням (особистісний компонент); неконтактність, демонстративність, імпульсивність, асоціальність, наявність поведінки уникнення чи залежності в процесі навчання та в шкільному середовищі (поведінковий компонент). Переважання серед проявів шкільної дезадаптації того чи іншого з наведених компонентів залежить від віку та етапів особистісного розвитку дитини, вказує на причини, що лежать в основі його формування [1].

Навчальна неспроможність є ознакою неповноправності дитини шкільного віку. Вона нерідко ототожнюється з вродженими чи набутими вадами пізнавальних функцій дитини. Шкільна неуспішність частіше розглядається, як наслідок певного функціонального стану чи психічної дезадаптації, що підлягає корекції. Уяв-

лення про шкільну неуспішність близькі до визначення шкільної дезадаптації.

Виникає природне запитання: як співвідносяться категорії шкільної неуспішності та психічної дезадаптації в психологічній та педагогічній літературі з медичною категорією психічного нездоров'я (розладу)? У разі визнання наявності певної відповідності між зазначеними категоріями виникає питання про те, якою мірою форми шкільної дезадаптації відповідають клінічній типології розладів психіки та поведінки, які їх викликали?

За даними різних авторів, поширеність шкільної дезадаптації в Росії коливається від 31,7% до 76,9% [5–6]. В Україні 25–30% дітей в початковій школі не справляються з опануванням соціальної ролі учня [7]. В підлітковому віці 21% учнів мають низький рівень адаптованості, 61% – середній і лише 18% – високий [8]. Показники поширеності шкільної неуспішності в Європі та США істотно нижчі. В США лише 5–10% дітей шкільного віку мають труднощі в навчанні [9].

Близько 5% всіх звернень до педіатра і щонайменше 50% відвідувань психіатра в США пов'язані зі скаргами на шкільну неуспішність, поведінкові та емоційні проблеми в стосунках із однокласниками та вчителями [9]. В Великій Британії 71% дітей з діагнозами емоційних і поведінкових розладів мають труднощі в навчанні, а 57% учнів із шкільною неспроможністю відповідають діагностичним критеріям тих чи інших психічних розладів [10].

В англійських та російськомовних публікаціях шкільну дезадаптацію (шкільну неуспішність) пов'язують з різними психічними розладами.

Найбільш поширеними причинами шкільної дезадаптації за Н.Н.Заваденко є мінімальні мозкові дисфункції (ММД), астенічний та церебрастенічний синдроми [11]. Неухважність, гіперактивність, імпульсивність розглядаються російсь-

кими психіатрами, як симптоми, пов'язані з резидуальними ознаками органічного ураження мозку. Синдром із дефіцитом уваги та гіперактивністю (СДУГ) найчастіше кваліфікується, як варіант перебігу ММД. В популяції російських школярів поширеність СДУГ становить 7,6%, в той час, як серед дітей з ММД його частка сягає 46% [12].

В англійській літературі шкільну неуспішність не прийнято пов'язувати з ушкодженням чи дисфункцією головного мозку. Серед психічних розладів, асоційованих із шкільною неспроможністю, згідно з результатами низки досліджень, переважають розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) [13]. Шкільна неуспішність притаманна для 92% школярів із РДУГ [14-15]. Учні з РДУГ отримують гірші оцінки, мають нижчу самооцінку [16], погано інтегруються до шкільних колективів [17]. Більше половини учнів із РДУГ, що навчаються в загальноосвітніх школах, мають ризик бути відрахованими зі школи у зв'язку з академічною неспроможністю чи асоціальною поведінкою [18]. В якості причин РДУГ найчастіше розглядають асоційовані з геномним поліморфізмом порушення нейророзвитку [17-18].

Метою дослідження було встановлення зв'язку порушень уваги, активності та імпульсивності із поведінковими та когнітивними проявами шкільної дезадаптації.

В ході дослідження були поставлені наступні завдання:

1) Встановити поширеність у учнів загальноосвітньої (ЗОШ) та спеціальної (для дітей з шкільною дезадаптацією без розумової відсталості) (СПШ) шкіл РДУГ, його окремих клінічних варіантів: з переважанням неухвності (РДУГ-Н), з переважанням гіперактивності / імпульсивності (РДУГ-Г/І), комбінованого (РДУГ-К);

2) Встановити поширеність у школярів поведінкових розладів: опозиційно-демонстративно-

го (ОПДР), антисоціального (АСР); дослідити наявність коморбідності між розладами поведінки та шкільною дезадаптацією і розладами поведінки та РДУГ;

3) Оцінити академічну успішність учнів з різними клінічними варіантами РДУГ, ОПДР та АСР.

Протягом 2008 – 2009 років були обстежені 646 школярів м. Києва. Першу групу склали 482 учня (218 хлопчиків, 264 дівчинки) однієї із ЗОШ. У другу групу увійшли 164 школяра (120 хлопчиків, 44 дівчинки), що навчалися в СПШ.

Обстеження включало: 1) скринінг батьків дітей за допомогою російськомовних версій “Списку дитячих симптомів” - “Child Symptom Inventory” (СДС-4) [19] і “Контрольного переліку проявів дитячого поведінки” - “Child Behavior Checklist” (КПДП) [20 - 21]; 2) скринінгове оцінювання учнів класними керівниками за допомогою вчительського варіанту російськомовної версії “Шкали Вандербільта” - “NICHQ Vanderbilt”, запропонованої Національним інститутом якості життя дітей США [22].

За допомогою шкали СДС-4 встановлювали наявність РДУГ та її клінічний варіант. Поведінкові розлади, взаємовідносини дитини з іншими дітьми, тяжкість соціальних проблем учнів оцінювали за допомогою КПДП. За шкалою Вандербільта оцінювали шкільну адаптацію та академічну успішність.

Результати дослідження поширеності РДУГ у київських учнів наведені в табл. 1. Розлад було діагностовано у 12,2% учнів ЗОШ і 27,4% СПШ. Звертають на себе увагу різні співвідношення поширеності окремих клінічних варіантів РДУГ у учнів ЗОШ і СПШ: при РДУГ із переважанням неухвності (РДУГ-Н) - 1,36:1; із переважанням гіперактивності / імпульсивності (РДУГ-Г/І) - 5,63:1; при комбінованому (РДУГ-К) - 2,89:1. Гіперкінетичний розлад (ГКР) було діагностовано у 4,1% учнів ЗОШ. У СПШ ГКР зустрічався в 3,7 разів частіше - 15,2% дітей.

Таблиця 1

Поширеність симптомів зі спектру гіперкінетичного розладу та гіперкінетичного розладу (МКБ – 10) у учнів загальноосвітньої та спеціальної шкіл

Розлади МКХ-10	Загальноосвітня школа (N = 482) % ± m	Спеціальна школа (N = 164) % ± m	χ^2	P
ГКР- Н	8,5±1,3	11,6±2,5	1,3	
ГКРП	1,9±0,6	10,4±2,4	22,1	***
ГКР- К	1,9±0,6	5,5±1,8	5,9	*
РКР (ГКР- Н + ГКРП + ГКР- К)	12,2±1,5	27,4±3,5	17,5	***

Примітки: ГКР – гіперкінетичний розлад; ГКРГ-Н – підтип з переважанням неухвності; ГКРП- підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності (гіперкінетичний розлад поведінки);
ГКР-К - комбінований підтип. χ^2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірсону (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* -- при P = 0,95; ** -- при P = 0,99; *** -- при P = 0,999).

Як у ЗОШ, так і в СПШ ГКР і РДУГ у хлопчиків зустрічалися частіше, ніж у дівчинок (табл. 2). У СПШ спостерігалось значне накопичення випадків ГКР і РДУГ серед хлопчиків, про що свідчили гендерні співвідношення в вибірках (для ГКР - 4,26:1 та 1,83:1; для РДУГ - 2,57:1 та 1,64: 1). Звертають на себе увагу і гендерні відмінності в накопиченні в СПШ дітей з різними підтипами РДУГ: хлопчиків з РДУГ-Г/І і дівчинок з РДУГ-Н. Гендерні співвідношення для цих дітей у ЗОШ і СПШ відповідно становили: для підтипу РДУГ-Г/І 1,53:1 та 5,34:1, для підтипу РДУГ-Н - 1,58:1 та 1,37:1, при гендерних відмінностях генеральних сукупностей 1,64:1 та 2,39:1.

У табл. 3 наведена поширеність розладів поведінки в ЗОШ та СПШ. В цілому, розлади поведінки діагностовано у 10,4% дітей ЗОШ і 34,1% дітей СПШ. У ЗОШ ОПДР і АСР спостерігалися майже виключно у хлопчиків. У СПШ гендерні відмінності частково нівелювалися. У ЗОШ ОПДР діагностували у 11,5% хлопчиків і 1,9% дівчинок, АСР - 7,8% хлопчиків і 1,1% дівчинок. У СПШ ОПДР було діагностовано у

13,3% хлопчиків та 15,9% дівчинок, АСР - 24,2% хлопчиків і 9,1% дівчинок.

Данні про поширеність випадків подвійної діагностики розладів поведінки та розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю у учнів ЗОШ та СПШ наведено в табл.4.

Як впливає з результатів дослідження, 31,7% київських учнів з когорта тих, що страждають на РДУГ мали коморбідний ОПДР, 39,4% - АСР. У ЗОШ сполученість між РДУГ і ОПДР спостерігали у 35,6%, між РДУГ і АСР - 27,1% дітей. В СПШ коморбідні ОПДР і АСР мали відповідно 51,1% і 55,6% учнів.

В ЗОШ у хлопчиків з РДУГ коморбідний ОПДР було діагностовано у 52,9%, АСР - 50,0%, у дівчаток - 12,0% і 8,0% випадків. У СПШ коморбідність між РДУГ і ОПДР та РДУГ і АСР спостерігалися у хлопчиків в 25, 6% і 61,5%, у дівчаток - 33, 3% і 16, 6% випадків.

Жіноча стать і навчання в ЗОШ мали зворотню кореляцію з діагностикою АСР у дітей з РДУГ ($P < 0,001$). Чоловіча стать і навчання в СПШ у дітей з РДУГ корелювали з вірогідністю подвійної діагностики в них АСР.

Таблиця 2

Гендерні відмінності поширеності розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю (DSM-IV-TR) та гіперкінетичного розладу (МКБ – 10) у учнів українських шкіл

Розлади МКХ-10 /DSM-IV-TR	Діти шкільного віку (N=646)	Хлопчики (N = 338)		Дівчата (N = 308)		χ^2	P
		ЗОШ (N = 218) % ± m	СПШ (N = 120) % ± m	ЗОШ (N = 264) % ± m	СПШ (N = 44) % ± m		
ГКР	7,0±1,0	5,5±1,5	19,2±3,6	3,0±1,0	4,5±3,1	11,8	***
РДУГ- Н	9,3±1,1	10,6±2,1	12,5±3,0	6,8±1,5	9,1±4,3	2,9	
РДУГ- Г/І	4,0±0,8	2,3±1,0	13,3±3,1	1,5±0,7	2,3±2,2	8,4	**
РДУГ- К	2,8±0,6	2,7±1,1	6,7±5,2	1,1±0,6	2,3±2,2	4,7	*
РДУГ(Н+Г/ІК)	16,1±1,4	15,6±2,4	32,5±2,3	9,5±1,8	13,6±5,2	13,3	***

Примітки: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; ГКР – гіперкінетичний розлад; РДУГ-Н – розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням неухважності; РДУГ-Г/І- розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності; РДУГ-К - розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, комбінований підтип ч2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірsonу (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* – при P = 0,95; ** – при P = 0,99; *** – при P = 0,999).

Таблиця 3

Поширеність розладів поведінки у учнів загальноосвітніх та спеціальних шкіл

Розлади МКХ-10 / DSM-IV-TR	Діти шкільного віку (N=646)	Хлопчики (N = 338)		Дівчата (N = 308)		χ^2	P
		ЗОШ (N = 218) % ± m	СПШ (N = 120) % ± m	ЗОШ (N = 264) % ± m	СПШ (N = 44) % ± m		
ОПДР	8,20±1,1	11,5±2,2	13,3±3,1	1,9±0,8	15,9±5,5	13,37	***
АСР	8,20±1,1	7,8±1,8	24,2±3,9	1,1±0,6	9,1±4,3	25,32	***
ПР (ОПДР+АСР)	16,40±1,4	19,3±2,7	37,5±4,4	3,0±1,1	25,0±6,5	37,75	***

Примітки: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; ОПДР - опозиційно-демонстративний розлад; АСР – антисоціальний (кондуктивний) розлад; ПР – розлади поведінки; ч2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірsonу (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* – при P = 0,95; ** – при P = 0,99; *** – при P = 0,999). <0,001). Чоловіча стать у дитини з РДУГ і навчання її у СПШ знижували вірогідність подвійної діагностики у неї ОПДР ($P < 0,05$).

Показники шкільної адаптації та академічної успішності за шкалою Вандербільта у учнів з

РДУГ в ЗОШ та СПШ наведені в табл.5.

Всі обстежені в ЗОШ та СПШ діти мали нор-

мальний рівень розвитку інтелекту, проте більшість учнів з РДУГ мали значні академічні проблеми. Ці труднощі в опануванні навчальною програмою спостерігалися незалежно від того, були в учнів розлади шкільних навичок чи ні. Вони проявлялися в тому, що діти виявляли неспроможність використовувати свої пізнавальні можливості в повсякденному житті в повній мірі.

У ЗОШ при оцінюванні за допомогою Шкали Ван дер Більта у учнів із РДУГ-Г/І та РДУГ-К інтегральні оцінки шкільної успішності вчителями були гіршими ($P < 0,001$), ніж у дітей з РДУГ-Н і без РДУГ. У СПШ діти мали більші академічні проблеми, ніж у ЗОШ, при цьому нівелювалися відмінності в успішності навчання між окремими клінічними варіантами РДУГ.

У дітей із РДУГ-К і РДУГ-Г/І одночасно з академічними проблемами спостерігалися більш тяжкі, ніж у дітей з РДУГ-Н і без РДУГ порушення шкільної адаптації, пов'язані з поведінкою на уроках і невиконанням вказівок вчителів. Здатність до самоврядування страждала в разі всіх клінічних варіантів РДУГ, проте при неуважності - трохи менше, ніж при інших клінічних варіантах розладу.

У частини дітей з РДУГ відповідно до діагностичних критеріїв МКХ - 10 діагностовано розлади шкільних навичок. Частіше спостерігалися проблеми, пов'язані з читанням і лічбою. Деякі діти мали труднощі, пов'язані з каліграфією, зумовлені поганою технікою письма та поганою координацією рухів.

Таблиця 4

Поширеність випадків подвійної діагностики розладів поведінки та розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю у учнів загальноосвітніх та спеціальних шкіл

Розлади МКХ-10 / DSM-IV-TR	Діти шкільного віку (N=646)	Хлопчики (N = 338)		Дівчата (N = 308)		χ^2	P
		ЗОШ (N = 218) % \pm m	СПШ (N = 120) % \pm m	ЗОШ (N = 264) % \pm m	СПШ (N = 44) % \pm m		
РДУГ(Н+Г/І+К)	16,09 \pm 1,4	15,6 \pm 2,4	32,5 \pm 4,3	9,5 \pm 1,8	13,6 \pm 5,2	13,26	***
РДУГ и ОПДР	5,10 \pm 0,9	8,3 \pm 1,9	8,3 \pm 2,5	1,1 \pm 0,6	4,5 \pm 3,1	13,90	***
РДУГ та АСР	6,34 \pm 0,9	6,4 \pm 1,7	20,0 \pm 3,6	0,7 \pm 0,5	2,3 \pm 2,2	19,86	***
РДУГ та ПР (ОПДР+АСР)	10,90 \pm 1,2	14,7 \pm 2,4	28,3 \pm 4,1	1,9 \pm 0,8	6,8 \pm 3,8	40,36	***

Примечание: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; РДУГ-Н – розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням неуважності; РДУГ-Г/І- розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності; РДУГ-К - розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, комбінований підтип ОПДР - опозиційно-демонстративний розлад; АСР – антисоціальний (кондуктивний) розлад; ПР – розлади поведінки; χ^2 - точні значення критерію відповідності між вичисленими і очікуваними частотами поширеності розладів по К. Пірсону (1990); P – рівень значущості, при якому нульова гіпотеза може бути відкинута (* -- при P = 0,95; ** -- при P = 0,99; *** -- при P = 0,999).

Таблиця 5

Показники шкільної адаптації та академічної успішності за шкалою Ван дер Більта у учнів з розладом із дефіцитом уваги та гіперактивністю (DSM-IV-TR) в загальноосвітній та спеціальній школах

Показники шкали Ван дер Більта	РДУГ-Н		РДУГ-Г/І		РДУГ-К		Без РДУГ		Статистически значимые различия между дисперсиями субтипов РДУГ
	ЗОШ	СПШ	ЗОШ	СПШ	ЗОШ	СПШ	ЗОШ	СПШ	
Загальна оцінка вчителями успішності в школі	3,5	4,3	4,2	4,5	4,5	4,8	2,4	3,8	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Читання	3,7	3,9	4,3	4,5	4,6	4,8	2,3	4,2	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**; РДУГ СПШ > РДУГ ЗОШ**
Письмо	3,2	4,8	3,8	4,3	4,2	4,4	2,5	3,2	РДУГ-Н > без РДУГ**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > без РДУГ**; РДУГ СПШ > РДУГ ЗОШ**
Математика	3,8	4,1	4,4	4,6	4,6	4,9	2,5	4,3	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**; РДУГ СПШ > РДУГ ЗОШ**
Виконання вказівок вчителя	2,8	3,1	4,2	4,3	4,8	4,7	2,1	2,4	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Поведінка на уроці	2,4	2,2	3,8	3,9	4,5	4,3	1,8	2,2	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Взаємовідносини з однокласниками	1,7	1,8	3,6	4,1	3,9	4,4	1,5	1,9	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**
Самоорганізованість	2,2	2,2	4,1	4,2	4,5	4,5	1,9	2,3	РДУГ-Г/І > РДУГ-Н**; РДУГ-Г/І > без РДУГ**; РДУГ-К > РДУГ-Н**; РДУГ-К > без РДУГ**

Примітки: ЗОШ – загальноосвітня школа, СПШ – спеціальна школа; РДУГ-Н – розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням неуважності; РДУГ-Г/І- розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, підтип з переважанням гіперактивності та імпульсивності; РДУГ-К - розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, комбінований підтип Р – рівні значущості розходження між дисперсіями, розрахованими з використанням критерія Фішера: * - P = 0,05; ** - P = 0,01.

Якщо оволодіння шкільними навичками розглядати широко, відносити до порушень будь-які випадки виконання тестових завдань нижче очікуваного для певного віку рівня, то 80% дітей з РДУГ в нашому дослідженні можуть бути оцінені, як такі, що потребують посиленої педагогічної корекції. Проте, якщо розлади шкільних навичок визначити більш вузько, лише як значні труднощі дитини в читанні, лічбі чи письмі порівняно з її загальною інтелектуальною спроможністю їх поширеність не перевищуватиме 26,9% : становитиме у ЗОШ 13,6%, у СПШ - 44,4%.

У дітей з усіма клінічними варіантами РДУГ проблеми, пов'язані з читанням, письмом і математикою були виражені більше, ніж у дітей без РДУГ. Читання та математика більшою мірою страждали у дітей з РДУГ-К і РДУГ-Г/І. Проблеми з орфографією частіше спостерігалися при РДУГ-Н. Наведені особливості розладів шкільних навичок були притаманні, як для ЗОШ, так і СПШ.

Розлади шкільних навичок (письма, читання, лічби) та рухових функцій, перш за все дрібної моторики зустрічаються у дітей з РДУГ в 3 - 5 разів частіше, ніж звичайно. Ті чи інші перинатальні порушення можуть бути встановлені у 20% дітей загальної популяції, у 30% учнів із РДУГ, 50% - з РДУГ-К. З результатів факторного аналізу випливає, що вірогідність наявності у дитини одного з розладів шкільних навичок, рухових функцій або мови не корелює з позитивною діагностикою РДУГ. Тяжкість РДУГ (вірогідність діагностики РДУГ-К (ГКР), а не РДУГ-Н чи РДУГ-Г/І) навпаки виявляє високий кореляційний зв'язок з наявністю в анамнезі перинатальної патології.

З отриманих результатів випливає, що відмінності в накопиченні дітей з різними клінічними варіантами РДУГ у ЗОШ та СПШ можуть бути пояснені організаційними недоліками шкільної освіти в Україні. Зокрема, робиться висновок, що ЗОШ погано інтегрують дітей з РДУГ-К (ГКР).

Встановлено, що найтяжчі варіанти шкільної

дезадаптації спостерігаються саме у дітей з РДУГ-Г/І та РДУГ-К. Такі діти, серед яких переважають хлопчики, нерідко переводяться на індивідуальне навчання. Ініціатором таких переводів переважно виступає шкільна адміністрація. СПШ для дітей з порушеннями шкільної адаптації, згідно з результатами дослідження, створюють кращі умови для інтеграції дітей з РДУГ-Г/І та РДУГ-К. Це створює передумови для накопичення в СПШ хлопчиків з гіперактивністю та імпульсивністю.

Діти з РДУГ-Н демонструють кращу інтеграцію та шкільну адаптацію, як у ЗОШ, так і у СПШ. Дівчата з РДУГ-Н частіше, ніж хлопчики, переводяться в СПШ. Такі переводи переважно ініціюються батьками дітей. Вони мотивуються пошуком кращих можливостей для педагогічної корекції розладів шкільних навичок та мови.

За результатами дослідження не отримано підстав для пояснення академічної неуспішності учнів ЗОШ та СПШ резидуальними проявами органічного ураження мозку. Академічні проблеми школярів, згідно з результатами дослідження, найчастіше були пов'язані з РДУГ, розладами поведінки та розладами шкільних навичок. Розлади шкільних навичок, мови, рухових функцій розглядалися нами, як клінічні прояви спектру розладів нейророзвитку. З іншого боку, тяжкість РДУГ виявила позитивний кореляційний зв'язок із наявністю в анамнезі дитини перинатальної патології, зокрема ознак гіпоксично-ішемічного ураження мозку. Це означає, що пренатальне ушкодження мозку не є безпосередньою причиною шкільної дезадаптації, проте належить до низки чинників, які можуть зумовлювати її тяжкість.

Робиться висновок про доцільність ретельного оцінювання та типологізації порушень уваги, активності та поведінки у дітей шкільного віку. Такий аналіз є важливим для прогнозування порушень шкільної адаптації та планування педагогічних, психологічних і медичних втручань, спрямованих на забезпечення шкільної інтеграції та відновлення академічної успішності учнів.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Киев

Целью исследования было установление связи нарушений внимания, активности и импульсивности детей школьного возраста с академической неуспешностью и поведенческими проявлениями школьной дезадаптации.

Обследованы 646 учащихся: 482 - в общеобразовательной (ООШ), 164 - в специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) (СПШ) школах Киева.

Обследование включало оценивание детей родителями при помощи "Списка детских симптомов" и "Контрольного перечня проявлений детского поведения" и учителями при помощи "Шкалы Вандербиля".

Установлено, что РДВГ встречается у 12,2%, расстройства поведения - 10,4% детей ООШ. Эти расстройства также диагностированы у 27,4% и 34,1% детей СПШ. 31,7% киевских школьников с РДВГ имели коморбидное ОПДР, 39,4% "АСР. При всех клинических вариантах РДВГ наблюдались значительные академические проблемы, связанные с расстройствами чтения, орфографии и счета. Наиболее тяжелые варианты школьной дезадаптации наблюдались у детей с РДВГ - Г/И и РДВГ - К. Делается вывод, что РДВГ является главной причиной школьной неуспешности детей без умственной отсталости. В общеобразовательных школах Украины отсутствуют условия для школьной адаптации детей с РДВГ. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 85-90).

I.I. Martsenkovska

SOME PSYCHIATRIC ASPECTS OF SCHOOL DYSADAPTATION

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

The purpose of study was to establish relations of attention, activity and impulsivity of academic success and behavioral manifestations of school dysadaptation. 646 school-age children of Kiev were examined: 482 in a secondary school, 164 at a special school for children with school adjustment without mental retardation. The investigation included: 1) estimation of students by parents with the "Child symptom inventory - 4" and "Child behavior checklist", 2) evaluation of students by teachers with scales "NICH0 Vanderbilt."

ADHD was found in 12,2%, conduct disorder - 10,4% of children in a secondary school. These disorders were diagnosed in 27,4% and 34,1% of schoolchildren in a special school. 31,7% of school-age children of Kiev with ADHD had comorbid ODD, 39,4% - CD. In children with all clinical types of ADHD problems with reading, writing and mathematics were more pronounced than in children without ADHD. There have been more severe disruptions of school dysadaptation in children with ADHD-H / I and ADHD-C. It is concluded that ADHD is the main cause of school unsuccess of children without mental retardation. Public schools in Ukraine can suggest poor integration for ADHD children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 85-90).

Література

1. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. — Москва, 1995. — С. 8-11.
2. McKinley L., Stormont M. The school accommodations checklist: A tool to identify potential accommodations and implementation barriers for children with ADHD in elementary grades // Teaching Exceptional Children. - Manuscript submitted for publication. — 164 p.
3. Lerner J. Learning disabilities: theories, diagnosis, and teaching strategies. - Boston: Houghton Mifflin. - 2000. — 456 p.
4. Barnes M., Fletcher J., Fuchs L. Learning Disabilities: From Identification to Intervention. - New York: The Guilford Press. — 2007. — 278 p.
5. Буторина Н. Е., Буторин Г. Г. Депривационный дизонтогенез и школьная дезадаптация // Российский психиатрический журнал. — 1999. - № 3. — С. 17-22.
6. Гарганеев С.В., Балашов П.П. Механизмы школьной дезадаптации подростков и пути ее преодоления. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2003. - № 1 (27). — С. 106-109.
7. Дзюбко Л. В. Психологічні особливості ранньої шкільної дезадаптації і шляхи її подолання: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. — К., 2000. — 18 с.
8. Петрюк І. М. Соціально-педагогічна робота з дезадаптованими підлітками у загальноосвітній школі // Актуальные вопросы социально-педагогической работы в общеобразовательных учебных заведениях: Тезисы научно - практической конференции. — Киев, 2009. — Т. 1. — С. 172-174.
9. Pierangelo R., Giuliani G. Learning Disabilities: A Practical Approach to Foundations, Assessment, Diagnosis, and Teaching. - Pearson Education, 2005. — 432p.
10. Benner G., Nelson R., Epstein M. Language Skills of Children with EBD // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. — 2002. — V. 10. — № 1. — P. 43-56.
11. Заваденко Н. Н. Школьная дезадаптация в педиатрической практике // Лечащий врач. — 2005. — № 1. — С. 22-27.
12. Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Манелис Н. Г. и др. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии. — 1999. — № 4. — С. 21-28.
13. Msall M., Avery R., Tremont M. et al. Functional Disability and School Activity Limitations in 41 300 School-Age Children: Relationship to Medical Impairments // Pediatrics. — 2003. — V. 111. — N. 3, Mar. - P. 548-553
14. Murphy K. R., Barkley R.A., Bush T. Young adults with ADHD: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history // The Journal of Nervous and Mental Disease. — 2002. — V. 190. — P. 147-157.
15. Kline F. M., Silver L. B. The Educator's Guild to Mental Health Issues in the Classroom. - Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., 2004. — 472 p.
16. Zentall S. S. ADHD and Education: Foundations, Characteristics, Methods, and Collaboration. — Merrill, 2006. — 368 p.
17. Mannuzza S., Klein R. G., Bessler A. et al. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 1997. — V. 36. — P. 1222-1227
18. Barkley R. A., Bauermeister J.J., Matos M. et al. Comparison of the DSM-IV Combined and Inattentive Types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic Children // Journal of Child Psychology and Psychiatr. - 2005. — V. 46. — P. 166-179.
19. Gadow K. D., Sprafkin J. Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual. 2002. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. — 432 p.
20. Achenbach T. M. The child behaviour profile: I. Boys aged 6-11 // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1978. — V. 46. — P. 478-488.
21. Carter A. S., Grigorenko E. L., Pauls D. L. A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family function // J. Abnorm. Child Psychol. — 1995, Dec. — V. 23. — N. 6 — P. 661-684.
22. Wolraich M. L. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). - Cambridge M. A. American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Healthcare Quality, 2003. — 137 p.

Поступила в редакцию 24.09.2010

УДК: 616.89+378.935 – 057.875

*В.Л. Олефиренко, В.Ю. Омелянович***ВЛИЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ СТРУКТУРУ СОСТОЯНИЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КУРСАНТОВ ВУЗОВ СИСТЕМЫ МВД**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психическая дезадаптация, медицинская психология, гендерные особенности, социально-психологические факторы, психопрофилактика, сотрудники органов внутренних дел

В последние годы в научной литературе получила широкое развитие идея об отсутствии резких граней между здоровьем и болезнью, о необходимости углублённого рассмотрения групп риска, составляющих важнейший раздел как превентивной психиатрии [1], так и медицинской психологии. Следует подчеркнуть, что данный подход особенно актуален для ведомственной военной психиатрии, ведь сотрудники органов внутренних дел с первых дней службы подвергаются постоянному специфическому воздействию многочисленных факторов служебного и социального стресса (резким изменениям жизненного стереотипа, строгой регламентацией режима, высокими эмоциональными и физическими нагрузками), которые приводят к формированию или декомпенсации ранее имевшихся расстройств [2–6].

Как известно из данных научной литературы, в этиологии как психосоматических расстройств [7–8], так и состояний парциальной психической дезадаптации [9–15], значительную роль играют многочисленные и разнообразные медицинские, психологические и социальные факторы.

Учитывая специфичность учебно-воспитательного процесса в высших учебных заведениях системы МВД, представляется необходимым провести детальный анализ гендерных, анамнестических и социально-психологических особенностей контингента курсантов с целью выделения групп повышенного риска возникновения психической и психосоматической патологии, очерчивания круга лиц, подлежащих более активным психопрофилактическим интервенциям со стороны ведомственных психолого-психиатрических служб.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования явились результаты обследования 493 курсантов Донецкого юридического института, Луганского государственного университета внутренних дел им. Е.О. Дидоренка МВД Украины (374 чел. (75,86%) – мужская гендерная группа и 119 чел. (24,14%) – женская гендерная группа). Группа курсантов имела возрастные характеристики от 18 до 25 лет, причем большинство представителей данной группы (379 чел. (76,88%) были в возрасте 18 - 19 лет. Вся группа курсантов была представлена лицами, обучающимися на 2 и 3 курсе ВУЗа, т.е. имеющих стаж службы в ОВД от 2-х до 3-х лет.

В результате проведенного патриционного кластерного анализа показателей методики SCL-90-R, было выделено 2 кластера обследованных мужчин-курсантов, составивших группу

соматически здоровых лиц, показатели данного психодиагностического теста у которых имели значимые ($p < 0,001$) отличия. С учетом того, что методика SCL-90-R позволяет, кроме оценки выраженности психопатологической симптоматики, определить уровень психического дистресса индивида, представляется возможным расценивать 1-й выделенный кластер, как пациентов, в состоянии парциальной психической дезадаптации (ППД), а лиц, составивших 2-й кластер – в качестве практически здоровых (ПЗ). В выборке курсантов лица, у которых было выявлено состояние ППД, в 100% случаев принадлежали к мужской гендерной группе (62 чел.)

Группа пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами (ПСР) состояла из лиц, которые наблюдались у врачей-интернистов по поводу заболеваний, традиционно отно-

сящихся к разряду психосоматозов (вегетососудистая дистония, артериальная гипертензия, нейродерматиты и др.). Ее общая численность составила 43 человека: 48,84% (21 чел) - мужчины, 51,16% (22 чел.) – женщины.

Группа практически здоровых (ПЗ) состояла из 388 курсантов, из которых 291 (75,0%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25,0%) – к женскому.

Структура и выраженность психопатологической симптоматики, а также наличие тенденций к ее соматизации, изучались при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), разработанного L.R. Derogatis и соавт. в адаптации Н.В. Тарабриной. Шкала SCL-90-R состоит из 90 пунктов, и, как указывает автор ее адаптированного варианта, ее назначение состоит в том, чтобы оценивать паттерны психологических признаков как у психиатрических пациентов, так и у здоровых лиц. Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации (SOM), обсессивности-компульсивности (О-С), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранойяльных тенденций (PAR), психотизма (PSY) и по трем

интегральным шкалам второго порядка (индексам дистресса): общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PSD).

Для изучения социально-детерминированных и медико-анамнестических характеристик обследуемого контингента была специально разработана и использована Унифицированная карта, включающая в себя паспортные данные респондента и 25 пунктов, составляющих 5 информационных кластеров: общие социально-психологические характеристики обследуемых; анамнестические данные медицинского характера; анамнестические данные служебного характера; анамнестические данные о перенесенных психотравмирующих ситуациях; дополнительные сведения социально-психологического характера.

Для обработки и анализа полученных данных использовались методы математической статистики: патриционный кластерный анализ, дисперсионный анализ Фишера (ANOVA) и, в случаях, когда одна переменная принадлежала к интервальной шкале, а другая к номинальной - вычисление критерия частичной регрессии χ^2 . Математическая обработка проводилась на IBM PC с использованием модульного программного комплекса SPSS-16.0. for Windows.

Результаты исследования и их обсуждение

Из социально-психологических и кросскультуральных факторов, предположительно влияющих на выраженность психопатологической симптоматики, у курсантов ВУЗа системы МВД были рассмотрены вид факультета, на котором они проходили обучение, занимаемая должность (рядовой и младший командный состав), наличие в анамнезе массивных психотравмирующих ситуаций бытового характера, национальная и религиозная самоидентификация, частота посещений культовых учреждений и строгость соблюдения религиозных канонических традиций. Следует особо отметить, что в данном случае речь будет идти именно не о национальности в этнографическом понимании этого термина и не о фактической принадлежности к приходу той или иной церкви, а о психологической самоидентификации индивидов, относящих себя к той или иной национальности или религии.

При проведении вычисления коэффициента частичной регрессии η^2 перекрестных табличных данных показателей интегральных шкал методики SCL-90-R у представителей

мужского гендера (таб.1) было выявлено, что национальная самоидентификация оказывает влияние на выраженность показателя GSI в группе ППД ($\eta^2=0,171$; $p=0,005$) и показателя PSDI в группе ПСР ($\eta^2=0,423$; $p=0,021$), а на показатель PSDI у представителей группы ППД влияет наличие в анамнезе массивных психотравм ($\eta^2=0,307$; $p=0,038$); религиозная самоидентификация ($\eta^2=0,128$; $p=0,004$) и строгость соблюдения канонических требований ($\eta^2=0,113$; $p=0,038$).

Результаты дальнейшего однофакторного дисперсионного анализа позволили пренебречь всеми социально-психологическими факторами, кроме религиозной самоидентификации и наличия в анамнезе массивных психотравмирующих ситуаций. При этом, индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI) был значимо большим у представителей мужского гендера курсантов в состоянии ППД, имевших травматический опыт ($p=0,015$), а так же у пациентов, страдавших ПСР, идентифицирующих себя в качестве православных христиан ($p=0,046$).

Результаты вычисления η^2 показателей интегральных шкал SCL-90-R и основных социально-психологических характеристик (мужской гендер)

группы		ППД			ПСР			ПЗ		
факторы		GSI	PSD	PSDI	GSI	PSD	PSDI	GSI	PSD	PSDI
факультет	η^2	0,264	0,26	0,119	0,357	0,45	0,22	0,118	0,205	0,037
	p	0,182	0,208	0,354	0,547	0,45	0,25	0,44	0,192	0,142
должность	η^2	0,027	0,026	0,039	-	-	-	0,003	0,018	0,019
	p	0,133	0,126	0,358	-	-	-	0,931	0,407	0,771
национальн.	η^2	0,171	0,209	0,108	0,484	0,406	0,423	0,102	0,118	0,119
	p	0,005	0,187	0,958	0,203	0,137	0,021	0,999	0,806	0,999
психотрав.	η^2	0,055	0,089	0,307	0,177	0,194	0,037	0,034	0,021	0,001
	p	0,169	0,54	0,038	0,696	0,821	0,999	0,965	0,892	1E-04
конфессия	η^2	0,369	0,309	0,128	0,483	0,499	0,539	0,103	0,15	0,194
	p	0,895	0,768	0,004	0,4581	0,559	0,813	0,667	0,675	0,999
частота посещений культовых учреждений	η^2	0,098	0,062	0,087	0,087	0,118	0,191	0,046	0,079	0,05
	p	0,964	0,962	0,999	0,203	0,324	0,185	0,409	0,173	0,999
соблюдение канонических традиций	η^2	0,199	0,137	0,113	0,087	0,118	0,191	0,049	0,075	0,085
	p	0,356	0,166	0,038	0,203	0,324	0,185	0,999	0,71	0,999

У представителей мужского гендера курсантов в состоянии ППД, согласно результатам вычисления коэффициента частичной регрессии η^2 перекрестных табличных данных показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R и основных социально-психологических характеристик (таб. 2), было выявлено влияние фактора занимаемой должности (рядовой или младший командный состав) на выраженность симптомов межличностной сензитивности, депрессии, враждебности и обсессивно-компульсивных симптомов ($\eta^2 \geq 0,102$; $p \leq 0,031$).

На выраженность симптомов враждебности (HOS), согласно полученным результатам, влиял ($\eta^2 = 0,402$; $p = 0,008$) также тип факультета, на котором проходили обучение курсанты, составившие мужской гендер группы ППД, и строгость соблюдения канонических религиозных традиций ($\eta^2 \geq 0,354$; $p \leq 0,005$). Кроме того, наличие в анамнезе травматического опыта оказывало воздействие на выраженность паранойяльной симптоматики ($\eta^2 = 0,57$; $p = 1E-04$).

Дальнейший однофакторный дисперсионный анализ подтвердил влияние на выраженность симптомов враждебности вида факультета ($p = 0,005$) и строгости соблюдения канонических требований ($p = 0,005$), вместе с тем, опровергнув влияние вида занимаемой должности ($p = 0,231$). Согласно приведенным результатам анализа, наиболее высокие показатели враждебности были выявлены у курсантов группы ППД,

проходящих обучение на факультете милиции общественной безопасности и частично придерживающихся канонических религиозных традиций.

Кроме того, курсанты, обучавшиеся на факультете общественной безопасности, в большей степени ($p = 0,011$) выявляли симптомы депрессии, нежели те, кто учился на иных факультетах.

По результатам дисперсионного анализа занимаемая должность оказывала влияние только на выраженность симптомов межличностной сензитивности, причем, как это не может не показаться парадоксальным, наиболее выраженными данные симптомы были у представителей мужского гендера группы ППД, занимавших должности младшего командного состава ($p = 0,04$). Влияние травматического опыта на выраженность паранойяльной симптоматики у пациентов с ППД было полностью подтверждено результатами однофакторного дисперсионного анализа ($p = 1E-06$).

При проведении вычисления коэффициента частичной регрессии η^2 показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R у представителей группы ПСР мужского гендера курсантов ВУЗов системы МВД были получены данные (таб. 2), решительно отличающиеся от результатов, описанных выше для группы ППД: национальная самоидентификация влияла на выраженность симптомов соматизации, психотизма и дополнительных соматизированных симптомов ($\eta^2 \geq 0,483$; $p \leq 0,036$), на выражен-

ность психотизма оказывали влияние частота посещений культовых учреждений и строгость соблюдения канонических религиозных традиций ($\eta^2=0,402$; $p=0,008$), а вот на уровень меж-

личностной сензитивности, как и у пациентов, страдающих ПСР, оказывал влияние ($\eta^2=0,374$; $p=0,014$) вид факультета, на котором проходило обучение курсантов.

Таблица 2

Результаты вычисления η^2 показателей симптоматических шкал SCL-90-R и основных социально-психологических характеристик (мужской гендер)

факторы		SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD
ПАРЦИАЛЬНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ											
факультет	η^2	0,109	0,158	0,201	0,377	0,143	0,402	0,253	0,095	0,326	0,158
	p	0,275	0,476	0,841	0,117	0,221	0,008	0,384	0,313	0,222	0,144
должность	η^2	0,198	0,102	0,262	0,038	0,073	0,154	0,054	0,023	0,069	0,108
	p	0,658	0,008	0,002	0,027	0,932	0,031	0,898	0,812	0,318	0,907
национал.	η^2	0,257	0,096	0,242	0,25	0,118	0,248	0,169	0,058	0,138	0,222
	p	0,857	0,677	0,452	0,912	0,962	0,206	0,195	0,903	0,937	0,154
п-травмы	η^2	0,126	0,11	0,091	0,125	0,061	0,057	0,137	0,57	0,107	0,132
	p	0,871	0,568	0,728	0,869	0,796	0,795	0,9	1E-04	0,988	0,644
конфессия	η^2	0,278	0,291	0,268	0,305	0,326	0,332	0,185	0,19	0,246	0,34
	p	0,999	0,93	0,928	0,928	0,845	0,997	0,978	0,092	0,932	0,424
частота посещений культовых учреждений	η^2	0,122	0,008	0,064	0,018	0,114	0,066	0,096	0,054	0,106	0,036
	p	0,94	0,577	0,981	0,786	0,652	0,97	0,982	0,809	0,981	0,97
соблюдение канонических традиций	η^2	0,098	0,2	0,105	0,121	0,076	0,354	0,053	0,049	0,147	0,119
	p	0,121	0,168	0,369	0,122	0,453	0,005	0,134	0,241	0,1	0,157
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА											
факультет	η^2	0,225	0,398	0,374	0,308	0,231	0,354	0,585	0,422	0,408	0,276
	p	0,712	0,219	0,014	0,133	0,464	0,264	0,106	0,444	0,36	0,747
национал.	η^2	0,57	0,347	0,001	0,463	0,285	0,31	0,001	0,441	0,483	0,633
	p	0,016	0,065	0,503	0,316	0,136	0,477	0,856	0,107	0,033	0,036
п-травмы	η^2	0,113	0,19	0,219	0,116	0,129	0,14	0,132	0,17	0,132	0,164
	p	0,39	0,888	0,888	0,945	0,971	0,812	0,811	0,844	0,811	0,764
конфессия	η^2	0,533	0,432	0,351	0,287	0,429	0,466	0,24	0,493	0,397	0,308
	p	0,31	0,372	0,135	0,384	0,454	0,345	0,146	0,492	0,267	0,859
частота посещений культовых учреждений	η^2	0,016	0,208	0,001	0,111	0,062	0,162	0,242	0,143	0,242	0,05
	p	0,12	0,542	0,503	0,813	0,136	0,888	0,497	0,704	0,033	0,752
соблюдение канонических традиций	η^2	0,016	0,208	0,001	0,111	0,062	0,162	0,242	0,143	0,242	0,05
	p	0,12	0,542	0,503	0,813	0,136	0,888	0,497	0,704	0,033	0,752
ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫЕ											
факультет	η^2	0,059	0,247	0,133	0,041	0,051	0,094	0,111	0,102	0,126	0,035
	p	0,253	0,026	0,178	0,035	0,177	0,058	0,231	0,474	0,086	0,323
должность	η^2	0,032	0,039	0,003	0,047	0,036	0,106	0,046	0,024	0,016	0,116
	p	0,732	0,735	0,786	0,991	0,825	0,091	0,711	0,979	0,998	7E-04
национал.	η^2	0,104	0,113	0,105	0,111	0,087	0,203	0,178	0,127	0,076	0,111
	p	0,999	0,384	0,757	0,96	0,999	2E-04	0,499	0,989	0,999	0,885
п-травмы	η^2	0,022	0,01	0,07	0,033	0,059	0,024	0,032	0,03	0,012	0,001
	p	0,972	0,92	0,894	0,999	0,848	0,992	0,846	0,778	0,954	0,886
конфессия	η^2	0,132	0,122	0,101	0,071	0,15	0,141	0,084	0,106	0,083	0,103
	p	0,919	0,31	0,846	2E-04	0,561	0,928	0,975	0,944	0,974	0,48
частота посещений культовых учреждений	η^2	0,095	0,057	0,032	0,078	0,057	0,045	0,115	0,066	0,218	0,07
	p	0,038	0,999	0,716	0,93	0,785	0,999	0,361	0,954	7E-16	0,999
соблюдение канонических традиций	η^2	0,092	0,053	0,065	0,034	0,057	0,054	0,024	0,047	0,103	0,041
	p	0,291	0,999	0,999	0,999	0,707	0,965	0,99	0,955	0,87	0,999

Вместе с тем, после дальнейшего однофакторного дисперсионного анализа, при сравнении показателей симптоматических шкал в зависимости от основных социально-психологических характеристик, было установлено, что только национальная самоидентификация обладает действительно значимым влиянием на симптомы психотизма, соматизации и на дополнительные соматизированные симптомы. Показатели всех этих шкал (психотизма, соматизации и дополнительных соматизированных симптомов) имели значимо ($p \leq 0,027$) большее значение у лиц, идентифицирующих себя как русских, нежели у тех, кто соотносил себя с украинской национальностью.

Вычисление коэффициента частичной регрессии 32 перекрестных табличных данных показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R и основных социально-психологических характеристик группы ПЗ мужского гендера курсантов выявило наличие влияния национальной самоидентификации на выраженность тревожности ($\eta^2=0,203$; $p=2E-04$), занимаемой должности – на дополнительные соматизированные симптомы ($\eta^2=0,116$; $p=7E-04$), религиозной самоидентификации – на выраженность депрессивной симптоматики ($\eta^2=0,071$; $p=2E-04$), а частоты посещений культовых учреждений – на

уровень психотизма ($\eta^2=0,218$; $p=7E-16$), а также факультета, на котором учились обследованные пациенты, на выраженность обсессивно-компульсивной и депрессивной симптоматики ($\eta^2 \geq 0,041$; $p \leq 0,035$).

Вместе с тем, при проверке полученных результатов с использованием однофакторного дисперсионного анализа, подтверждено было только влияние частоты посещений культовых учреждений на выраженность симптомов психотизма: данные симптомы были значимо ($p=0,003$) более выражены у лиц, систематически посещавших культовые учреждения.

В результате анализа перекрестных табличных данных показателей методики SCL-90-R у группы ПСР женского гендера курсантов было выявлено влияние на выраженность психопатологической симптоматики только двух культурально-детерминированных характеристик – национальной и религиозной самоидентификации. Однако, несмотря на достаточную выраженность коэффициента частичной регрессии ($\eta^2 \geq 0,118$; $p \leq 0,025$), в результате дальнейшего однофакторного дисперсионного анализа, ни одна из выявленных особенностей перекрестных табличных данных статистически значимого подтверждения не нашла ($p \geq 0,331$).

Таблица 3

Результаты вычисления коэффициента η^2 показателей SCL-90-R и основных социально-психологических характеристик группы ПЗ (женский гендер)

фактор	нация		психотравмы		конфессия		частота посещений культовых учреждений		соблюдение канонических требований	
	η^2	p	η^2	p	η^2	p	η^2	p	η^2	p
PSD	0,173	0,937	0,2	0,006	0,025	0,573	0,24	0,998	0,073	2E-05
PSDI	0,26	0,003	0,011	0,379	0,192	0,999	0,125	0,053	0,125	0,053
SOM	0,248	0,141	0,018	0,463	0,208	0,997	0,166	0,034	0,074	0,863
O-C	0,243	0,233	0,087	0,846	0,198	0,991	0,09	0,764	0,084	0,808
INT	0,162	0,623	0,009	0,386	0,273	0,842	0,046	0,002	0,082	0,96
DEP	0,093	0,602	0,03	0,433	0,136	0,998	0,05	0,943	0,114	0,977
ANX	0,324	2E-11	0,056	0,934	0,261	0,943	0,088	0,525	0,093	0,97
HOS	0,207	0,046	0,05	0,884	0,263	0,886	0,088	0,117	0,064	0,999
PHOB	0,105	0,091	0,13	0,04	0,117	0,994	0,256	0,006	0,061	0,706
PAR	0,197	0,867	0,082	0,946	0,164	0,943	0,028	0,973	0,07	0,904
PSY	0,089	0,242	0,062	0,168	0,186	0,983	0,305	8E-08	0,045	0,84
ADD	0,143	0,868	0,06	0,562	0,162	0,995	0,237	0,007	0,08	0,759

При проведении анализа результатов вычисления коэффициента частичной регрессии η^2 перекрестных табличных данных показателей методики SCL-90-R и основных социально-психологических характеристик группы ПЗ женского гендера курсантов (таб. 3) на выраженность показателей интегральной шкалы PSD влияло на-

личие в личном анамнезе бытовой психотравмирующей ситуации и строгость соблюдения канонических религиозных традиций ($\eta^2 \geq 0,073$; $p \leq 0,04$), национальная самоидентификация – на показатели шкалы PSDI, ANX и HOS ($\eta^2 \geq 0,207$; $p \leq 0,046$), а частота посещений культовых учреждений влияла на выраженность показателей

шкал SOM, INT, PNOB, PSY и ADD ($\eta^2 \geq 0,046$; $p \leq 0,006$).

В результате дальнейшего однофакторного дисперсионного анализа было подтверждено влияние частоты посещений культовых учреждений на выраженность симптомов фобий и психотизма, а также влияние национальной самоидентификации на выраженность тревожности. Тревожность была в большей степени присуща представителям белорусской национальности ($p=0,016$), а повышенный уровень психотизма и фобические симптомы – лицам, систематически посещающим культовые учреждения ($p \leq 0,042$).

Таким образом, в результате проведенного обследования становится возможным указать на целый ряд гендерных особенностей влияния определенных социально-психологических и кросскультуральных факторов на симптоматическую структуру состояний парциальной психической дезадаптации и психосоматических расстройств у курсантов ВУЗов системы МВД. Так, в случае возникновения состояний парциальной психической дезадаптации, влияние на ее симптоматическую структуру оказывал целый комплекс социально-психологических характеристик: наличие в анамнезе массивных психотравмирующих ситуаций влияло на выраженность индекса симптоматического дистресса и проявления паранойальной симптоматики; соблюдение канонических религиозных требований соответствовало большей выраженности симптомов депрессии и враждебности, а служба в качестве представителя младшего командного состава увеличивала вероятность проявления симптомов межличностной сензитивности.

Вместе с тем, у представителей мужского гендера курсантов, страдающих ПСР, отмечались определенные конформистские тенденции, препятствующие развитию психопатологической симптоматики и проявляющиеся социально-желаемой (на момент проведения исследования) идентификацией себя в качестве представителей украинской национальности, являющихся приверженцами религиозной организации «православная церковь киевского патриархата». Представляется возможным предположить, что именно этот социально-ориентированный конформизм играет особую роль в механизмах соматизации психологического конфликта.

У представителей женского гендера курсантов ВУЗа системы МВД, страдающих психосоматическими расстройствами, ни один из рассмотренных социально-психологических факторов не оказывал влияния ни на структуру, ни на выраженность психопатологической симптоматики. По-видимому, механизмы соматизации у представителей женского гендера имеют в большей степени интернальный, личностно-зависимый характер.

Отмеченные особенности представляются крайне важными в рамках исследования механизмов развития психосоматических и преневротических расстройств, и указывают на необходимость дифференцированного гендерного подхода как при проведении экспертно-диагностических мероприятий, так и при планировании психотренинговых и психокоррекционных мероприятий в рамках сопровождения служебной деятельности сотрудников ОВД и курсантов ВУЗов системы МВД Украины.

В.Л. Олефіренко, В.Ю. Омелянoвич

ВПЛИВ СПЕЦИФІЧНИХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА СИМПТОМАТИЧНУ СТРУКТУРУ СТАНІВ ПАРЦІАЛЬНОЇ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У КУРСАНТІВ ВНЗІВ СИСТЕМИ МВС

Донецькій національний медичний університет ім. М. Горького

В статті викладені результати дослідження впливу таких соціально-психологічних характеристик, як займана посада, специфічність факультету, присутність в особистому анамнезі психологічних травм, а також національна та релігійна самоідентифікація, на симптоматичну структуру станів парціальної психічної дезадаптації та психосоматичних розладів у курсантів великого вищого навчального закладу системи МВС. Розглянуті гендерні особливості виявлених психологічних феноменів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 91-97).

INFLUENCE OF THE SPECIFIC SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS ON THE SYMPTOMATIC STRUCTURE OF THE PARTIAL PSYCHICAL DEADAPTION STATES AND PSYCHOSOMATIC DISORDER BY THE STUDENTS OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS BODIES

Donetsk National Medical University by M. Gorky

The article deals with the results of the study of the influence of such socio-psychological characteristics as the work status, the specificity of the faculty, the presence of the psychological traumas in the personal anamnesis, as well as national religious self-identification on the symptomatic structure of the partial psychical deadadaptation states and psychosomatic disorder by the students of the major institution of higher education subordinate to Ministry of internal affairs bodies. The gender peculiarities of the psychological phenomena found are studied. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 91-97).

Литература

1. Семке В. Я. К поиску новых парадигм превентивной психиатрии: решение проблемы на рубеже веков // Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 6. — С. 4–7.
2. Куликов В. В. Организация межведомственного взаимодействия в процессе медико-социального изучения молодежи. — М., 1988. — С. 48–52.
3. Литвинцева С. В., Шамрей В. К. Военная психиатрия. — СПб, 2001. — С. 288–297.
4. Платов С. Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — Т. 99, вып. 8. — С. 16–20.
5. Плотников А. Г., Гахов А. М., Коваленко В. В. Анализ психоневрологической заболеваемости военнослужащих срочной службы // Архив психиатрии. — 1995. — № 9. — С. 171–172.
6. Астапов Ю. Н. Невротические расстройства у военнослужащих срочной службы Вооружённых Сил Украины // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 111–112.
7. Уразов С. Х., Доровских И. В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — № 2. — С. 25–30.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: "Наука", 1988. - 270 с. Невская Ю.М. Изучение невротических расстройств у работников нервно-напряженных профессий (клини. исследование телефонисток междугородных станций): Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. - Москва. - 1981. - 23 с.
9. Воронов М. В. Модель психосоматических взаимодействий с учётом влияния различных регуляторных систем // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 103–106.
10. Шогам А. Н. // Труды Харьковского института неврологии и психиатрии. — Харьков, 1966.
11. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М., 1996.
12. Баевский Р. М. Прогнозирование состояния на грани нормы и патологии. — М., 1979.
13. Kutter, P.: Moderne Psychoanalyse: eine Einführung in die Psychologie unbewuBter Prozesse. - 2. Aufl. - Stuttgart- Klett-Cotta, 1992 (Рус. пер.: Куттер, П.: Современный психоанализ СПб, 1997).
14. Engel, G.L.; Schmale, A.H.: Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. Psyche 23 : 241 - 261 (1967).
15. Kutter, P.: Der Basiskonflikt der Psychosoinatose und seine therapeutischen bnplikationen. Jahrbuch Psychoanalyse 13 : 93 -114 (1981).

Поступила в редакцию 18.09.2010

УДК 616-002.5-053.5:[159.9.072.59:159.942.5]

*В.В. Рыбалка***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОТКЛОНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психологические особенности, дети, туберкулезный процесс

Заболевание меняет личность ребенка, ее связь со средой, его внутренний мир, индивидуальность, мышление, эмоциональную и волевою сферу и, видимо, и ту большую сферу образительного действия, которая занимает значительное место в определенный период духовной жизни ребенка [3]. К настоящему времени накоплен достаточный опыт в изучении психологических особенностей детей с помощью методики Дж. Бука «Дом – Дерево – Человек» [1,3,4,7]. Методика ДДЧ проста и доступна в выполнении, является интегративной, позволяет получить широкий спектр информации об особенностях личности обследуемого, о его переживаниях и системе отношений. Она может быть использована для оценки уровня умственного развития; позволяет исследовать вербальный и невербальный уровни сознания и самосознания, выявить неосознаваемые переживания и психологические защиты;

позволяет предположить наличие органических нарушений в деятельности мозга, дефектов интеллектуального и личностного развития [7]. Р.Ф. Беляускайте предложена система количественной оценки результатов методики ДДЧ при изучении психологических особенностей детей, которая позволяет провести сравнительный анализ полученных по методике данных в разных группах испытуемых [1].

До настоящего времени психологические особенности детей, больных туберкулезом, изучены мало [5,6,8,9]. Не известно влияние туберкулезной инфекции на характер и выраженность психологических отклонений, а также изменение их в динамике туберкулезного процесса.

Цель исследования – изучить психологические особенности и отклонения, развивающиеся у детей 6 – 9 лет в разные периоды туберкулезного процесса.

Материалы и методы исследования

Обследовано 75 детей в возрасте 6 – 9 лет. С учетом клинического диагноза все дети были разделены на группы:

1-я группа – 41 ребенок с выражением туберкулиновых реакций;

2-я группа – 34 ребенка с различными формами активного туберкулеза разной локализации.

Контролем послужили 28 детей 6 – 9 лет не инфицированных микобактериями туберкулеза.

Существенных различий по полу в сравниваемых группах не было.

Психологические особенности детей изучали с помощью проективной методики Дж. Бука «Дом – Дерево – Человек» (ДДЧ) [2]. У пациентов с локальными формами туберкулеза исследование проводили до начала, и после завершения основного курса лечения. У детей с выражением туберкулиновых реакций – до начала и после завершения курса профилактического лечения.

Признаки и особенности рисунков выделены на основе руководства Дж. Бука, с дополнениями Венгер А.Л., Семеновой З.Ф. в симптомокомплексы: уровня умственного развития, общих симптомов (формальных признаков), поражения ЦНС, тревожности, ригидности, эмоциональной лабильности, астении, импульсивности, демонстративности, недоверия к себе, депрессивности, незащищенности, эмоциональной напряженности, пограничного состояния, чувства неполноценности, агрессивности, трудностей общения, фрустрации, интровертности, экстравертности. Выраженность признака в рисунке оценивалась в баллах от 0 до 3. Выраженность симптомокомплекса определялась суммой баллов набора признаков. Проведен общий многофакторный дисперсионный анализ результатов исследования и факторный анализ выделения главных компонент с применением пакета программ SPSS for Windows, версия 13.0 [10].

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе теста «Дом, дерево, человек» у детей 6-9 лет наиболее значимыми влияющими факторами на выраженность тех или иных рисуночных признаков являются диагноз и пол. Фактор возраст достоверно влияет лишь на уровень умственного развития. Средние значения данного признака по сравниваемым группам находятся в пределах условной нормы (18–26 баллов). В результате математических преобразований дисперсионным анализом выделено два однородных подмножества: 6 лет (20,8±0,75) и 7–9 лет (23,4±0,58), достоверно отличающихся друг от друга ($F=3,27$; $p<0,05$).

Различия по полу у детей 6-9 лет выявлены лишь по четырем симптомокомплексам. Так, у девочек средние значения суммы баллов по симпто-

мокомплексам демонстративность и интровертность достоверно выше ($p<0,001$ и $p<0,01$), чем у мальчиков, а по симптомокомплексам незащищенность ($p<0,05$) и агрессивность ($p<0,01$) ниже.

Наиболее существенные различия в рисунках детей младшего школьного возраста выявлены по фактору диагноз (Табл.1). Признаки поражения ЦНС в раннем периоде туберкулезной инфекции встречаются чаще, чем у здоровых детей, на 72,3%, а после профилактического лечения – на 97%,. У маленьких пациентов с впервые выявленным активным туберкулезом данный симптомокомплекс регистрируется лишь на 17% чаще, а после основного курса лечения – на 23%, по сравнению с группой сравнения ($p<0,001$).

Таблица 1

Выраженность психологических симптомокомплексов в разные периоды туберкулезной инфекции

симптомокомплекс	здоровые n=28	вираж до лечения n=30	вираж после лечения n=30	акт. туберкулез до лечения n=24	акт. туберкулез после лечения n=24	F
Уровень умственного развития	24,1±0,74	23,4±0,48	21,7±0,43	23,0±1,01	23,1±0,78	1,72
Общие симптомы	15,6±0,74	17,7±1,01	19,2±0,92	14,8±0,70	15,0±0,99	4,57**
Поражение ЦНС	4,7±0,54	8,1±0,70	9,3±0,57	5,5±0,67	5,8±0,57	10,19***
Тревога, страхи	8,0±0,52	7,6±0,50	7,9±0,51	7,6±0,55	7,2±0,45	0,36
Депрессивность	3,6±0,50	3,2±0,37	4,2±0,40	3,0±0,48	2,8±0,41	1,77
Астеническое состояние	4,4±0,38	4,3±0,49	4,3±0,40	3,3±0,38	3,3±0,42	1,86
Импульсивность	5,8±0,48	6,8±0,45	6,8±0,51	6,3±0,52	6,1±0,54	0,82
Эмоциональная напряженность	4,6±0,33	2,5±0,30	2,6±0,35	3,2±0,46	2,7±0,31	6,53***
Эмоциональная лабильность	3,1±0,25	4,0±0,24	4,3±0,24	3,4±0,29	3,5±0,37	3,30*
Пограничное состояние	2,6±0,38	3,0±0,47	4,0±0,40	3,4±0,41	3,1±0,38	1,75
Недоверие к себе	3,9±0,40	3,6±0,31	4,0±0,35	3,2±0,40	3,1±0,45	1,02
Незащищенность	3,6±0,43	5,2±0,45	5,4±0,40	3,6±0,35	4,1±0,37	4,58**
Чувство неполноценности	2,5±0,25	2,1±0,19	3,0±0,25	2,8±0,32	2,7±0,35	1,43
Ригидность	4,7±0,46	3,7±0,34	3,7±0,36	3,0±0,51	3,5±0,42	9,39
Демонстративность	2,2±0,36	2,4±0,33	2,4±0,28	2,5±0,36	2,3±0,26	0,11
Агрессивность	4,2±0,32	3,2±0,30	3,0±0,26	2,8±0,40	3,0±0,34	2,96*
Интровертность	2,4±0,32	3,6±0,28	3,4±0,25	3,1±0,35	2,4±0,33	3,46**
Экстравертность	1,2±0,19	1,2±0,22	1,2±0,18	0,9±0,22	1,2±0,25	0,41
Трудности общения	3,4±0,40	4,5±0,45	5,0±0,43	5,3±0,55	4,6±0,50	2,41
Фрустрация	1,8±0,29	1,4±0,17	2,3±0,24	2,3±0,33	2,4±0,34	2,76*

Примечание: F – критерий Фишера. * - достоверность различий: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Эмоциональная напряженность снижена во все периоды туберкулезной инфекции, но наиболее существенно в период первичного инфицирования МБТ – 54% от уровня здоровых, после профилактического лечения – 56%, у детей с активным туберкулезом – 69%, а после основного курса лечения – 58% ($p<0,001$). С точки

зрения взгляда на организм как на биологическую систему, ответной реакцией на иммунологический, физиологический и психологический стресс является переход этой системы в энергосберегающий режим. Это проявляется уменьшением значимости поступающей извне информации и ответного реагирования личности на те-

кущие события, а соответственно – снижением эмоциональной напряженности.

Симптомокомплекс незащищенности в раннем периоде туберкулезной инфекции у детей 6-9 лет выявляется чаще на 44%, по сравнению со здоровыми. Профилактическое лечение не устраняет данный психологический феномен, частота и выраженность его возрастает на 6% и составляет 150% от уровня не инфицированных. Различий по симптомокомплексу незащищенности между впервые заболевшими туберкулезом и здоровыми детьми нет. После основного курса лечения рисуночные признаки незащищенности встречаются на 14% чаще ($p < 0,01$).

Признаки интровертированной направленности личности в рисунках детей встречаются чаще при выраже туберкулиновых реакций, до и после лечения, и у больных активным туберкулезом – на 50, 41 и 29% соответственно ($p < 0,01$). Различий по интроверсии в графическом представлении у пролеченных и здоровых детей нет.

Рисуночные признаки эмоциональной лабильности во все периоды туберкулезной инфекции встречаются чаще: в период выража туберкулиновой реакции – на 29%, после профилактического лечения – на 38%, при активном туберкулезе – на 10%, после основного курса лечения – на 13% ($p < 0,05$). После любого вида лечения отмечается нарастание признаков эмоциональной лабильности на 1/3.

Симптомокомплекс агрессивность у детей в раннем периоде туберкулезной инфекции, по сравнению со здоровыми, встречается на 24% реже, при активном туберкулезе – на 33%, после профилактического и основного курсов лечения – на 29% ($p < 0,05$). Это свидетельствует о повышении конформности установок, потребности в поддержке и понимании окружающих.

У детей младшего школьного возраста при выраже туберкулиновых реакций признаки фрустрации менее выражены, 78% от уровня у здоровых детей. После профилактического лечения и при формировании заболевания симптомы фрустрации нарастают на 27% по сравнению с не инфицированными, а после основного курса лечения – на 33% ($p < 0,05$).

Формальные рисуночные признаки, общие симптомы, у детей младшей возрастной группы максимально выражены в раннем периоде туберкулезной инфекции: до профилактического лечения – 113% от уровня здоровых, после – 123%. У больных активным туберкулезом средние значения общих симптомов ниже – на 5% от уровня у здоровых детей, после завершения основ-

ного курса лечения – на 4%. В целом при активном туберкулезе отмечается «обеднение» рисунков количеством и качеством рисуночных признаков, что связано с более глубоким психологическим стрессом и астенизацией.

С целью обобщающего анализа отдельных психологических феноменов проведен факторный анализ выделения главных компонент с применением метода вращения - варимакс с нормализацией Кайзера. Нами выделено 5 синдромокомплексов, объединяющих сильно коррелирующие между собой психологические феномены.

В результате математических преобразований установлено, что у здоровых детей 6 – 9 лет ведущим является синдромокомплекс тревожных расстройств с выраженной эмоциональной напряженностью, импульсивностью и агрессивностью в поведении. На втором по распространенности месте находятся акцентуации развития личности. Третье место занимает синдромокомплекс поражения ЦНС и нарушения интеллектуального развития. Депрессивные расстройства по распространенности находятся на четвертом месте, а астенические состояния и проблемы поведения на пятом.

В раннем периоде туберкулезной инфекции у детей 6 – 9 лет ведущим является ассоциированное расстройство, включающее признаки пограничного состояния, поражения ЦНС и малых депрессивных состояний. Тревожные расстройства по распространенности занимают второе место. Синдромокомплекс акцентуаций развития личности перемещается на третье место. На четвертом месте находятся проблемы поведения, трудности межличностных и социальных взаимодействий, связанные с нарушенной самооценкой.

У детей младшего школьного возраста после профилактического лечения на первом месте сохраняется ассоциированное расстройство, включающее признаки пограничного состояния, поражения ЦНС и малых депрессивных состояний. На втором месте – тревожные расстройства. Но качественное и количественное выражение графических признаков выше перечисленных синдромокомплексов максимальное. Третье место по распространенности занимают астенические состояния. На четвертом месте находятся проблемы поведения, связанные с нарушенной самооценкой, склонностью к фрустрациям. Синдромокомплекс акцентуаций развития личности занимает пятое место.

У детей с активным туберкулезом до лечения

ведущими являются симптомы поражения ЦНС с астеническим синдромом. На втором месте – тревожные расстройства с симптомами пограничного состояния и проблемами поведения. Третье место по распространенности занимают депрессивные расстройства со склонностью к фрустрациям. На четвертом месте находится синдромокомплекс акцентуаций развития личности. Эмоциональная лабильность является самостоятельным симптомом, занимающим пятое место.

После завершения основного курса лечения у детей 6 – 9 лет наиболее распространенными являются астенодепрессивные расстройства. Тревожные расстройства удерживают вторую позицию. Синдромокомплекс, включающий признаки поражения ЦНС и пограничного состояния, перемещается на третье место. Проблемы поведения находятся на четвертом месте, а акцентуации развития личности на пятом.

Выводы:

Туберкулезная инфекция с самых ранних этапов оказывает общее комплексное влияние на детский организм, меняет психологию восприятия и поведение ребенка, приводит к формированию психологических особенностей и отклонений:

1. В раннем периоде туберкулезной инфекции, как до, так и после лечения, чаще формируются ассоциированные расстройства, включа-

ющие признаки пограничного состояния, поражения ЦНС и малых депрессивных состояний.

2. У детей больных туберкулезом чаще развиваются различные варианты астенического синдрома: цереброастенические при выявлении, «малые» астенодепрессивные после завершения основного курса лечения.

3. При активном туберкулезе отмечается «обеднение» рисунков количеством и качеством рисуночных признаков, что связано с более глубоким психологическим стрессом и астенизацией, как следствие – понижением и торможением всех психических функций детей.

4. Тревожные расстройства по распространенности занимают второе место во все периоды туберкулезного процесса.

5. На всех этапах туберкулезной инфекции эмоциональная напряженность снижена, но в раннем периоде более значительно.

6. Проблемы в социальных и межличностных взаимодействиях у детей при эволюции туберкулезного процесса нарастают и несколько ослабевают после основного курса лечения.

Знание психологических особенностей и отклонений у детей младшего возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции позволит улучшить качество клинической диагностики, взаимодействие врача и пациента, повысить эффективность лечения.

В.В. Рибалка

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І ВІДХИЛЕННЯ, ЩО РОЗВИВАЮТЬСЯ У ДІТЕЙ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Дослідження малюнків 75 дітей 6 – 9 років за методикою Дж. Бука «Будинок – Дерево – Людина» (БДЛ) виявило, що туберкульозна інфекція з ранніх етапів має загальний комплексний вплив на дитячий організм, змінює психологію сприйняття й поведінки дитини, призводить до формування психологічних особливостей і відхилень. Ранній період туберкульозної інфекції характеризується асоційованими розладами, що включають у себе ознаки пограничного стану, враження ЦНС та малі депресивні реакції, легкі тривожні розлади, порушення соціальних і міжособових взаємостосунків.

При формуванні хвороби психологічні відхилення мають більш складну структуру і глибину, що пов'язано з більш важким стресом і астенизацією, як наслідок – пониженням і гальмуванням всіх психічних функцій дітей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 98-102).

V.V. Ribalka

PSYCHOLOGICAL FEATURES AND DEFLECTION, THAT DEVELOPE IN CHILDREN IN DIFFERENT PERIODS OF TUBERCULOSIS INFECTION

Kharkiv medical academy of postgraduate education MH of Ukraine

The research of 10-14-year-old children's drawings which was made with the help of J. Book's procedure «House-Tree-Human» (HTH) has tapped that tuberculosis infection has general and complex influence on children's organism, changes psychology of perception and behavior of children, causes formation of psychological features and deflection. Early period of tuberculosis infection is characterized with associated disorders, which include signs of the boundary state, the lesion of the CNS and small depressive reactions, mild anxiety disorders, disorders in social and interpersonal interaction.

During the period of disease formation psychological deflection has more complex structure and depth, which are connected with more serious stress and asthenisation and, as result, decrease and inhibition of all psychological functions of children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 98-102).

Литература

1. Беляускайте Р.Ф. Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребенка / Р.Ф. Беляускайте // Диагностическая и коррекционная психологическая работа школьного психолога. – М., 1987. – С. 67 – 80.
2. Бук Дж. Тест «дом, дерево, человек» (ДДЧ) / Дж.Бук // Проективная психология. М.: Эксмо-пресс, Апрель-пресс, 2000. – 528 с.
3. Вачнадзе Э.А. Рисунки детей больных шизофренией и эпилепсией / Э.А. Вачнадзе. – Тбилиси: «Мецниереба», 1975. – 71с.
4. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с.
5. Глазунова С. Н. Возрастные особенности морфофункционального развития и психоэмоционального состояния тубинфицированных детей и подростков: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. биол. наук: спец. 03.00.13 «Физиология» / Глазунова С.Н. – Тюмень, 2007. – 26с.
6. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: дис. канд. мед. наук: 21.08.01 / Исаева Наталья Юрьевна. – СПб., 2001. – 150с.
7. Семенова З.Ф. Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом – Дерево – Человек» / З.Ф. Семенова, С.В. Семенова. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 190 с.
8. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Влияние туберкулеза на психоэмоциональную сферу у детей // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – №1. – С.29 - 32.
9. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Астенический синдром в разные периоды туберкулезного процесса у детей // Проблеми медичної науки та освіти. – 2009. – №1. – С.
10. Бююль А., Цёфель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем./ Ахим Бююль, Петер Цёфель – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2001. – 608с.

Поступила в редакцию 24.06.2010

УДК 616.31:617.716-006:612.821:614.2

*Л.Н. Гуменюк, В.А. Рослякова***БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского

Ключевые слова: опухоль, челюстно-лицевая область, дезадаптация

Актуальность проблемы онкологической заболеваемости связано с тем, что ежегодно в мире диагностируется около миллиона случаев злокачественных новообразований. Только в Украине регистрируется до 160 тыс. впервые выявленных случаев онкологической патологии (из них 9,8% приходится на новообразования челюстно-лицевой области) [1, 2], одной из особенностей которой как полифакторной не только в этиологии, патогенезе, но и в характеристике клинических проявлений следует считать психопатологические изменения, наступающие у большинства больных в силу специфичности онкологического процесса, оказывающего глубокое воздействие не только на соматику, но и на психику [3]. Научными исследователями установлено, что у 70-80% пациентов возникают те или иные психические нарушения, которые, в свою очередь, приводят к дезадаптивным формам поведения и снижению социального функционирования (СФ) [4]. В формировании дезадаптации, как многофакторном и полипараметрическом феномене, участвуют биологические, психологические, психосоциальные и социальные факторы. Важнейшей задачей медицинского психолога является помощь данному контингенту в обретении необходимого для борьбы с болезнью психологического комфорта с целью повышения качества жизни (КЖ) этой

тяжелой категории пациентов в рамках оказания им паллиативной помощи [5-6].

По определению ВОЗ (2002) [1], паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить (КЖ) больных и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств, а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки.

Одной из актуальных научно-практических задач паллиативной медицины является психологическое и психотерапевтическое сопровождение онкологических больных [7]. Основными направлениями оказания паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований и их семьям являются: контроль симптомов онкологического заболевания; психологическая, духовная и эмоциональная поддержка пациентов и их семьи во время болезни.

Цель исследования: с позиций системного подхода изучить биологические, психосоциальные, психологические и социальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное обследование 100 больных с документированными злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, имеющих признаки дезадаптации. Средний возраст исследованных $34,5 \pm 1,3$ года.

В работе использовались психодиагностический, клинический, социально-демографический, статистический методы исследования. Психодиагностический метод применяли с целью опре-

деления психосоциальных и психологических факторов риска формирования дезадаптации у исследованных. Психосоциальное исследование включало в себя изучение особенностей семейного воспитания, в частности, воспитание отношения к болезни, способы переносимости заболевания, определение значения параметра здоровья – болезнь в иерархии ценности ребенка, а также особенностей семьи больного и внутри-

семейных отношений (тип семьи: гармоничный, эмоционально-отчужденный, напряженно-диссоциированный, псевдосолидарный, симбиотический, гиперпротективный). Психологические факторы риска формирования дезадаптации у больных (объективные данные о личностных особенностях) изучались с помощью стандартизованного опросника Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРП) Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова, 1960 г.

Клиническое обследование включало анализ анамнеза, изучение соматического и психического состояния. Для изучения влияния макро- и микросоциальных причин как социальных факторов риска возникновения дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-

лицевой области использовали классификацию Т.Б. Дмитриевой.

Оценка психоэмоционального состояния пациентов включала определение структуры и интенсивности эмоций с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» (Н.А. Марута, 2000); изучение степени выраженности депрессивной симптоматики с использованием шкалы выраженности депрессии Гамильтона (НАМ-D); оценку тревоги - клиническую шкалу тревоги Гамильтона (НАМ-А) (М. Hamilton, 1960), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги.

Социально-демографический метод включал изучение гендерных и возрастных особенностей, сбор информации о самом обследованном, его семье, материально-бытовых условиях.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ гендерных показателей в группе исследованных выявил достоверную значимость преобладания лиц женского пола (68,5%). Приведенные данные со всей очевидностью демонстрируют, что половая принадлежность может рассматриваться как фактор риска формирования дезадаптации у лиц со злокачественными образованиями челюстно-лицевой области.

Изучение распределения больных по возрастным группам показало, что преобладали пациенты в возрастном диапазоне от 48 до 57 лет (45,7%), наименьшее количество исследованных регистрировалось в возрастном диапазоне от 18 до 27 лет (2,8%). В результате сравнительного анализа было установлено, что риск формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области существенно зависит от возраста: до 27 лет он выступает как фактор анти-риска, а после 48 лет – как существенный фактор риска.

В ходе оценки психоэмоционального состояния пациентов выявлено, что у обследованных преобладали негативные эмоции: общая неудовлетворенность (частота встречаемости 98,1±1,3%, интенсивность 3,9±0,6 баллов); боязни (80,1±0,9%, интенсивность 2,8±0,7); тревоги (89,9±1,6; 3,6±0,4); страха (88,1±2,7%; 2,9±0,6) чувство обиды (59,8±1,6%; 1,8±0,6). Преобладали психические расстройства депрессивного спектра. Установлено, что для больных с опухолями челюстно-лицевой области характерно наличие негативно окрашенных эмоций с преобладанием депрессивных, тревожных и фобических компонентов. Особенностью депрессивного компонента была направленность не-

гативных переживаний на собственную личность, у фобического – политематический характер. В клинической картине тревожных расстройств ведущее положение занимали симптомы психической тревоги. Общий спектр эмоциональных колебаний сопровождался низким уровнем позитивных эмоций. При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у 68,2±1,8% обследованных диагностирован легкий депрессивный эпизод (средний суммарный балл составил 13,6±2,5, а у 31,8±1,2%) - умеренный депрессивный эпизод (23,8±3,5 балла). При верификации признаков тревожного расстройства у 88,1±1,4% выявлено умеренное тревожное состояние (40,1±1,2 балла), у 11,9±1,6% – тяжелое. (54,2±1,2 балла). В клинике депрессивных расстройств преобладали следующие психопатологические нарушения: снижение настроения у 100% больных; сниженная самооценка – у 75,6±4,3% обследованных; раздражительность – у 68,9±4,6%; снижение работоспособности – у 64,4±4,8% лиц; утомляемость – у 91,1±2,8%; инсомния в виде сна с пробуждениями – у 60,0±4,9% исследованных; идеаторная заторможенность – у 91,1±2,8%; сужение круга интересов регистрировалось у 100% обследованных; трудности в принятии решений, невозможность принимать решения, тенденция к откладыванию принятия решений – у 84,4±3,6% больных; снижение уровня концентрации внимания у 95,6±2,1% обследованных. Ухудшение коммуникативных функций (неадекватное ситуации поведение, выборочное общение, односложное поведение, отсутствие реакции на заданные воп-

росы) наблюдалось у $86,7 \pm 3,4\%$. Этот факт свидетельствует о том, что при наличии депрессивного расстройства больные имели признаки социальной дезадаптации с нарушением коммуникативных возможностей личности. Анализ эмоциональных расстройств позволил установить, что наиболее распространенными эмоциональными проявлениями в клинике депрессивных расстройств являлись печаль (грусть), неудовлетворенность собой, суточные колебания настроения – у 100% исследованных; уныние – у $93,3 \pm 2,5\%$ больных; горечь – у $93,3 \pm 2,5\%$; ангедония – у $82,2 \pm 3,8\%$ обследованных. Наиболее распространенными двигательными расстройствами были: двигательное беспокойство – у $37,8 \pm 4,8\%$ исследованных, легкая заторможенность – у $76,2 \pm 4,3\%$. По ведущему психопатологическому синдрому больные распределились следующим образом: тревожно-депрессивный (42,3%), астено-депрессивный (26,3%), тревожно-фобический (24,2%), депрессивно-ипохондрический (7,2%).

В ходе проведенного психодиагностического исследования установлены психосоциальные и психологические особенности исследованных. По семейным традициям воспитания субъективного отношения к болезни выделены три группы исследованных: «ипохондрическая» (40,1%), «своеобразное ранжирование болезни по степени их тяжести» (35,4%), «стоическая» (24,5%). По семейному статусу пациенты распределились следующим образом: состояли в браке (37,1%), никогда не были замужем или женаты (17,1%), проживали в гражданском браке (14,2%), состояли в разводе (22,8%), вдовы/вдовцы (8,5%). Большинство из них - 45,7% проживали с родителями или родственниками, самостоятельно – 28,5%, в собственной семье – 25,7%.

Анализ структуры семьи больных и динамики семейных отношений позволил установить, что 32,8% пациентов проживали в псевдосолидарных семьях, 30,2% - эмоционально-отчужденных, 19,0% - в гиперпротективных, 18,0% - в гармоничных.

Профиль личности исследованных с помощью стандартизированного опросника Минималт в целом характеризовался повышением шкалы депрессии ($75,6 \pm 14,8T$), шкалы ипохондрии ($73,5 \pm 12,6T$) и весьма выраженным профилем по шкале психастении ($73,2 \pm 15,7T$). В данном случае, с учетом минимального уровня по шкале гипомании ($38,7 \pm 5,9T$) можно говорить о хронически тревожных личностях или о лицах с субдепрессивным темпераментом (конститу-

ционально-депрессивные по П.Б. Ганнушкину). Повышение профиля по шкале ипохондрии отражает соматизацию тревоги, осуществляемую не непосредственно, как это имеет место у демонстративных личностей, а через интерпсихическую переработку вегетативных проявлений, связанных с тревогой. При данном сочетании обследованным были присущи такие психологические особенности как пессимистичность, замкнутость, застенчивость, неуверенность в себе, снижение настроения, пониженная самооценка, дистанцированность, отчужденность. Таким образом, конституционально-депрессивные личностные особенности могут рассматриваться как predispositional фактор риска развития злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. При разработке индивидуальной психокоррекционной тактики данному контингенту, необходимо учитывать психологические особенности личности.

При изучении влияния макро- и микросоциальных факторов, влияющих на возникновение дезадаптации у выше указанного контингента, согласно классификации Т.Б. Дмитриевой (2001), в качестве основного макросоциального фактора риска было выделено отсутствие перспектив в собственной жизни (89,9%); микросоциальных – личное заболевание (78,8%), нарушение сексуальных отношений (52,3%), развод (18,7%), семейные конфликты (29,3%).

Таким образом, нами установлено, что на возникновение и формирование дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области влияют следующие биологические факторы: гендерная принадлежность, возраст, онкологическое заболевание (так, женщины среди обследованных составили 68,5%, мужчины – 31,5%; определено, что возраст (48-57 лет) выступает как фактор риска формирования формирования дезадаптации, а до 27 – как фактор анти-риска); наличие психических расстройств депрессивного спектра (тревожно-депрессивный – 42,3%, астено-депрессивный – 26,3%, тревожно-фобический – 24,2%, депрессивно-ипохондрический – 7,2%). В качестве психосоциальных факторов риска выделены семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезни (так, 40,1% лиц воспитывались по «ипохондрическому» типу переносимости болезни); типы семейных отношений (32,8% пациентов проживали в псевдосолидарных семьях, 30,2% - эмоционально-отчужденных, 19,0% - в гиперпротективных). Психологическими факторами риска формирования на-

рушения адаптации являлись следующие: наличие у пациентов таких личностных особенностей, как пессимистичность, замкнутость, застенчивость, неуверенность в себе, снижение настроения, дистанцированность, отчужденность, эмоциональная напряженность, тревожность, ипохондрическая фиксация, сниженная самооценка. Социальными факторами риска формирования дезадаптации при злокачественных опухо-

лях челюстно-лицевой области были: отсутствие перспектив в собственной жизни (89,9%); личное заболевание (78,8%), нарушение сексуальных отношений (52,3%), развод (18,7%), семейные конфликты (29,3%).

Приведенные данные позволят разработать систему психокоррекции дезадаптации у данной категории пациентов с целью улучшения их психоэмоционального состояния и качества жизни.

Л.М. Гуменюк, В.О. Рослякова

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ОБЛАСТІ

Кримський державний медичний університет ім. Георгієвського

У статті представлені результати дослідження біопсихосоціальних факторів ризику формування дезадаптації у хворих на злоякісні пухлини щелепно-лицьової області. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 103-106).

L.M. Gymenyuk, V.O. Roslyakova

BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF MALADJUSTMENT AMONG THE PATIENTS WHO SUFFER FROM MALIGNANT TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Crimean State medical university named after S.I. Georgievskiy

The results of the research of biopsychosocial factors of the risk of development of maladjustment among the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area are presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 103-106).

Литература

1. Табачников С.И., Васильева А.Ю. Актуальные вопросы комплексного терапевтического сопровождения в структуре паллиативной помощи больным со злокачественными новообразованиями – Архів психіатрії. – 2008. – Т. 14, № 4(55). – С. 39-41.
2. Дробижев М.Ю. Нозогенные реакции. Исторические аспекты проблемы. – Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – Вып. – №2. – С. 19-38.
3. Шкловский-Корди Н.Е. Качество жизни пожилых пациентов с болезнью Ходжкина / Н.Е. Шкловский-Корди, М.Калмыкова, М.Г.Ивашкина. – Журнал клинической психоонкологии. – 2002. –

Вып. – №2. – С. 16-18.

4. Pirl W.A. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in patients. J. Natl Cancer Inst Monogr, 2004; 32-9.

5. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. J. Natl Cancer Inst Monogr, 2004; 57-71.

6. Leon J. F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavioris. Schizophr. Res 2005; 76: 135-57.

7. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина: Ленингр. отделение, 1984. – 191 с.

Поступила в редакцию 16.09.2010

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 613.88 – 057.874

*И.А. Бабюк, И.И. Горпинченко, Е.В. Кришталь, А.А. Анищенко, О.Е. Шульц, И.Б. Рымарь***АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ЗАДАЧИ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ**

Донецкий национальный медицинский университет, Украинский НИИ андрологии и сексопатологии, Харьковская академия последиplomного образования

Ключевые слова: половое воспитание, подросток, ЗППП

В самые сложные периоды развития страны украинская семья проявляла высокую стойкость и способность к стабильности. Укрепление нравственных основ личности и статуса семьи – приоритетная задача общества, и половое воспитание подрастающего поколения – одно из ведущих направлений ее решения. Способность создать крепкую семью и быть полноценными родителями – качества, которые могут быть выработаны лишь целенаправленными усилиями старшего поколения.

Неблагоприятная ситуация со здоровьем и нравственным поведением детей и подростков сложилась в Украине вследствие неблагоприятных тенденций в сфере межполовых отношений; отсутствия необходимой целевой пропаганды и навыков по сохранению и укреплению здоровья; неспособность взрослых ответить на вопросы и оказать помощь, которые встают перед каждым подростком. Одна из причин – следствие бесполой педагогики и бесполой психологии в столкновении с экспансией «сексуальной революции» из дальнего зарубежья [2; 7].

Нигилизм и раннее начало половой жизни стали одними из модных ценностей в молодежной субкультуре. Статистика свидетельствует – среди подростков увеличивается число болезней, передающихся половым путем. Рост числа венерических заболеваний, включая СПИД, в настоящее время принял взрывообразный характер [6]. Отмечается значительное число беременностей несовершеннолетних, исходом которых являются аборт или юное материнство, нередко приводящее к отказу от детей и социальному сиротству. Растет проституция несовершеннолетних. Поэтому необходимо более полное использование воспитательных возможностей общества и школы в сфере противостояния всем этим явлениям.

Половое воспитание – система медико-пси-

хологических, гражданских и педагогических мер, направленных на воспитание правильного отношения к вопросам пола. Задачи полового воспитания – использование половой принадлежности как фактора личностного развития подрастающего поколения, формирование четкой полоролевой идентификации и нравственных межполовых отношений, укрепление института брака и семьи.

Поэтому половое воспитание не может рассматриваться обособленно от общих вопросов воспитания, готовящего молодое поколение не только к труду и общественной деятельности, но и к личной жизни. Вместе с тем «половой вопрос» – это и важная социально-гигиеническая проблема, связанная со здоровьем, работоспособностью, настроением людей, оздоровлением их семейного быта.

Сексуальность – нормальное качество здорового человека. Реализация его сексуальных возможностей не должна осуществляться в отчужденных, обезличенных формах, а половое воспитание должно противостоять бездуховному сексу [4].

Сведения, относящиеся к сфере межполовых отношений, тесно связаны с базисными жизненными процессами: духовным и физическим благополучием человека, жизнеспособностью общества. Эти сведения всегда личностно ориентированы. Интимная жизнь человека уязвима и легко ранима. Поэтому велика ответственность тех, кто эти сведения должен сообщать школьникам. Здесь, как нигде, необходимы взаимопонимание, сдержанность, чувство меры и такт в диалоге с подростком.

Система представлений о возможном в сфере межполовых отношений у каждого человека складывается постепенно. Процесс этот происходит разными темпами, на фоне различной заинтересованности в получении соответствующей

щих сведений. То, что для одного является преждевременным, для другого – пройденным этапом. Это касается и взрослых, и подрастающего поколения, в том числе учащихся одного и того же класса. Человеку необходимо определенное время, чтобы духовно и физически дорасти до понимания некоторых вещей. Искусственно ускорять или замедлять этот процесс вредно: результат будет деформированным. Необходимо лишь заложить его правильные основы.

Ответы на одни вопросы из сферы межполовых отношений человек должен получить в школе, другие – из бесед с родителями. Третьи – наедине с самим собой и хорошей книгой.

Задача школы – заложить основы, расставить некоторые общезначимые ориентиры, избегая бестактности и навязчивости, не придавая этой сфере воспитания чрезмерно опережающего характера, но вместе с тем учитывая особенности возраста и характер физиологических сдвигов в организме учащихся [3; 5].

В половом развитии подрастающего поколения есть существенное противоречие, которое определяет сложность полового воспитания. Это большой разрыв во времени между половым и гражданским созреванием и еще больший – между половой зрелостью и экономической самостоятельностью человека. Девочки в половом отношении созревают к 14-15 годам, большинство мальчиков – к 16-17. Однако половая зрелость в этом возрасте находится в дисгармонии с физическим и психическим развитием. Разрыв этот составляет пять и более лет. Одна из задач полового воспитания – сформировать у юношей и девушек понимание смысла этой дисгармонии, воспитывать волю, умение руководить своими чувствами (инстинктами).

Наш опыт работы с подростковыми группами позволяет очертить ряд принципиально важных моментов:

1. Половое воспитание должно осуществляться во взаимосвязи со всеми другими направлениями учебно-воспитательной работы школы. Оно не должно быть обособленным.

2. Необходимо, чтобы содержание, формы и методы полового воспитания соответствовали возрастным особенностям учащихся (в том числе и этапам полового развития), а также уровню их знаний по конкретным темам. Они имеют право получать исчерпывающие (на их уровне) нравственно направляющие ответы на все возникающие у них вопросы.

3. Учащиеся, интересующиеся более глубокими и специфическими вопросами должны

получать требуемую информацию индивидуально или в небольшой группе – из бесед с приглашенными специалистами.

Семейные, супружеские, интимные отношения – как бы их не называть и какие бы аспекты их ни рассматривать, все это различные уровни и формы духовного и физического единения. Человек, с детства проявляющий склонность и способность к взаимопониманию, будет более состоятельным и в данной специфической сфере взаимоотношений. Поэтому формирование таких способностей, как черты личности, необходимо рассматривать в качестве базисной задачи полового воспитания учащихся, начиная с младших классов.

Половое воспитание старшеклассников должно затрагивать более специфические вопросы, включая различные аспекты психологической и физиологической совместимости будущих супругов, непосредственные вопросы подготовки к созданию семьи, а также соотношение биологических, физиологических, психосексуальных качеств человека с определенными явлениями общественной жизни.

С учетом сложившейся ситуации задачи полового воспитания состоят в следующем:

- привитие учащимися обоюбого пола основных навыков общения и взаимопонимания, а также способности принимать осознанные решения в сфере межполовых отношений;

- формирование у учащихся ответственного отношения к своему телу как основе индивидуальной жизни и позитивного отношения к здоровому образу жизни и ответственному родительству;

- привитие учащимся отношения к семье как к ведущей идее сдержанности в сфере сексуальных отношений, дискредитация ранних половых связей;

- обеспечение учащихся грамотной и систематической информацией, которая даст им возможность понять, что с ними происходит, а также адаптироваться к изменениям, происходящим в период полового созревания, пройти с наименьшими психологическими потерями этот сложный этап взросления.

Объективная сложность проблемы полового воспитания заключается в труднопреодолимом противоречии между интимно-личностным характером межполовых отношений и общественным характером образования.

Вместе с тем подрастающее поколение нельзя предоставить самому себе или оставлять в сфере влияния «сексуальной революции». Суще-

ственную часть вопросов из сферы межполовых отношений целесообразно изучать или обсуждать не только на фронтальных или групповых занятиях, но и индивидуально. Назрел момент введения особого и обязательного для всех учащихся учебного предмета «Половое воспитание». При этом необходимо использовать различные формы и методы. Это и включение соответствующих сведений в различные учебные предметы, и систематические беседы классного руководителя и специалистов различного профиля с учащимися (школьные психологи, медики, социальные работники, работники правоохранительных органов) в форме тематических докладов, дискуссий, подготовки рефератов.

Учитель должен быть информационно и психологически подготовлен к тому, чтобы давать точные и ясные ответы на вопросы учащихся, а также обладать умением своевременно и правильно реагировать на любые конкретные моменты взаимоотношений учащихся разного пола в течение всего периода их обучения. Умелое воздействие педагогического коллектива на характер межполовых отношений непосредственно в школе - важный и необходимый элемент системы полового воспитания.

При осуществлении полового воспитания необходимо считаться также с особенностями отечественной (евразийской) цивилизации, которая отличается специфическим отношением к вопросам пола, учитывать национально-религиозную и региональную специфику.

Вопросы межполовых отношений должны рассматриваться в тесной связи с вопросами сохранения и укрепления здоровья подростков. Необходимо использование современных достижений личной гигиены и ухода за телом для сохранения и укрепления здоровья, в том числе и репродуктивного. При этом культура должна быть самобытной, а цивилизованность - современной.

При реализации программ полового воспитания, как нигде, необходимо тесное сотрудничество учителя и школы в целом с родителями учащихся.

Для внедрения организационных форм полового воспитания можно использовать:

- фрагменты уроков и отдельные уроки в рамках таких учебных предметов, как биология, литература, обществоведение, история; с этой целью необходимо вводить соответствующие изменения в учебные программы, учебники и методические пособия по названным предметам без нарушения общей логики, структуры и со-

держания их как предметов базисного учебного плана;

- факультативные занятия; необходимы учебно-методические комплекты, отвечающие требованиям, которые предъявляются к такого рода материалам; желательно, чтобы на выбор учащихся были предложены различные варианты предметов для факультативного изучения, разработанные разными авторами и авторскими коллективами;

- семинары для родителей (тематика, содержание и организация таких семинаров должны отвечать их запросам);

- консультации, организуемые для учащихся и родителей в специальных центрах [1].

Деятельность школы в сфере полового воспитания должна осуществляться в тесной связи с работой специальных центров, имеющих характер учреждений консультативной и социальной помощи подросткам (например, в случае ранней беременности). Учащиеся должны быть ознакомлены с подобными центрами и характером их работы и быть готовы в случае необходимости воспользоваться их помощью.

Многие предыдущие попытки решения проблемы полового воспитания учащихся наталкивались на неподготовленность учителей и недоработанность самих программ и пособий. Достаточно отметить, в частности, трудности при реализации в школе предмета «Этика и психология семейной жизни». Необходимо повышение компетентности учителя в сфере межполовых отношений, его способности руководить нравственно ориентированным процессом духовного развития учащихся как будущих супругов и родителей. Нам представляется, что для студентов педвузов следует создать спецкурс с примерным названием «Гигиеническое и половое воспитание с элементами сексологии» и разработать соответствующее руководство и пособия. Содержание этого курса должно войти и в программу повышения квалификации учителей. Соответственно необходимо создание книг и пособий для родителей. Лучшие из этих книг должны быть рекомендованы для изучения и обсуждения наряду с учебниками по предметам.

Другим, не менее важным, на наш взгляд, является целенаправленное проведение фундаментальных и прикладных исследований на государственном уровне по проблеме полового воспитания учащихся Украины. Следует признать, что мы плохо знаем подрастающее поколение с точки зрения его взглядов, убеждений, ценностных ориентации в сфере межполовых

отношений. Бесполовая педагогика и бесполовая психология и не предполагали исследования подобных вопросов. Но это крайне необходимо для позитивной реализации данной программы – полноценного полового воспитания, духовной и физической подготовки подрастающего поколения к самостоятельной жизни.

Теоретически сложным является вопрос о соотношении полового воспитания и полового (сексуального) просвещения. Дело в том, что и первое, и второе основаны на информации, получаемой учащимися. Если эта информация остается лишь на уровне знакомого, приходится говорить только о просвещении. Если же эта информация способствует формированию взглядов, убеждений, ценностных ориентации и устойчиво сказывается на поведении, то можно говорить и о воспитании. Поэтому отделить «воспитующее» от лишь «обучающего» не всегда легко, как невозможно разорвать на части жизнь в ее непрерывном течении. Для того чтобы информация обретала воспитывающее значение, она должна сообщаться в яркой, образной, эмоциональной форме. Важны также степень ее новизны и возраст, в котором она получена впервые. И естественно, такая информация

должна быть нравственно безупречной, чтобы воспитание, прежде всего, возвышало личность.

Необходимо учитывать и такую особенность усвоения информации: некоторые сцены, образы, ситуации, воспринимаемые в быту либо с экрана телевизора в возрасте, когда подросток еще не способен к какой-либо нравственной их оценке, могут фиксироваться в памяти как таковые, сами по себе и вместе с тем как образы будущего поведения в аналогичной ситуации. Необходимо введение элементов цензуры на телевизионную, литературную и музыкальную продукцию. Поэтому подрастающее поколение должно быть ограждено от сцен насилия и порнографии, даже если взрослым и кажется, что они еще «ничего не понимают». Необходимо также и постоянное повышение сексологической грамотности самих воспитателей – родителей и учителей.

Реализация данной концепции будет означать преодоление бесполой педагогики, психологии и потребует от педагогов и родителей совместных целенаправленных усилий: лучшего знания учащихся; понимания мотивов их поведения; повседневной и последовательной воспитательной работы.

I.O. Babjuk, I.I. Gorpınchenko, Є.V. Krištаль, O.V. Anіщенko, O.Є. Шульц, I.B. Римар

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ І ЗАДАЧІ СТАТЕВОЇ ОСВІТИ ПІДЛІТКІВ

Донецький національний медичний університет, Український НІ андрології та сексопатології,
Харківська академія післядипломної освіти

Розглянуто проблему недоліків статевого виховання підлітків, залучання лікарів та вчителів до розробки програм статевого виховання та профілактики ІПСШ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 107-110).

I.A. Babyuk, I.I. Gorpınchenko, Ye.V. Krishtal, A.V. Anischenko, O.E. Shults, I.B. Rimar

URGENT ISSUES AND PROBLEMS OF SEXUAL EDUCATION OF THE ADOLESCENTS

Donetsk National Medical University, Ukrainian Institute of andrology and sexopatology, Kharkiv
Medical Academy of Postgraduate Education

The problem of disadvantages of sexual education of youth at school and the prospects for engaging venerologist to work out the programs of sexual education and prophylaxis of VTD is discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 107-110).

Литература

1. Бабюк И. А., Яковлева Э. Б., Середа Э. П. Подготовка подростков к супружеской жизни. – Донецк: Семья и здоровье, 1995. – 127 с.
2. Бабюк I. O. Статеве виховання населення – новий етап профілактики запальних захворювань уrogenіталій // Актуал. вop. діагностики и лечения неотложных состояний. – Донецк: ИНВХ АМНУ, 2000. – С. 137-138.
3. Лосева О. К. Вопросы полового воспитания и профилактики ИПШ среди молодежи // Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИПШ и др. урогенитальных инфекций. – М.: Х. Ля Рош Лтд., 2000. – С. 26-28.

4. Мавров И. И. Половые болезни. – К., М.: АСТ-Пресс, 1994. – 360 с.
5. Хошемин Я. А., Антоньев А. А., Кунгуров Н. В. О половом воспитании в школе // Дерматовенерология, косметология, сексология. – № 2-3 (4). – 2001. – С. 166-168.
6. Щербінська А. М., Круглов Ю. В., Бочкова Л. В. та ін. ВІЛ-інфекція/СНІД в Україні: роль ХІПСШ у розвитку епідемії // Тез. доп. VII Укр. з'їзду дерматовенерологів. – К., 1999. – С. 121.
7. WHO. An over view of selected curable sexually transmitted discases // Global program on AIDS. – Geneva: WHO, 1995. – P. 2-27.

Поступила в редакцию 16.09.2010

УДК 613.88 – 616.69

И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь, А.А. Анищенко, Ц.Б. Абдрахимова, О.Е. Шульц, Л.А. Гашкова

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ В ШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

Донецкий национальный медицинский университет, Харьковская академия последипломного образования

Ключевые слова: половое воспитание, обучающая программа, подросток

По мнению ведущих педагогов и медицинских специалистов, на современном этапе половое просвещение, как предмет, должно быть включено в образовательную школьную программу. Причем, начинать его необходимо в том возрасте, когда большинство учеников еще не является сексуально активным, т. е. в подростковом периоде [2; 5]. Следует сознавать, что внедрение этого предмета требует достаточно продолжительного времени из-за согласования тем, выделения учебных часов, подготовки преподавателей, а также определенных бюрократических преград, которые могут возникнуть как формально, так и в результате недопонимания всей серьезности и важности данного аспекта педагогической работы. При этом нельзя путать обучающую программу с информацией по данной теме, так как первое имеет более глубокую задачу, чем второе. Обучение направлено на то, чтобы молодые люди более зрело относились к данному вопросу, смогли подготовиться к семейно-брачным отношениям и в последующем успешно справляться с проблемами взрослой жизни. Объективное понимание сложившейся ситуации, когда в постперестроечный период было потеряно целое поколение молодых людей, заставляет заинтересованное старшее поколение приостановить «сексуальную революцию», сделать всё возможное для сохранения здоровья молодёжи (профилактика ранней беременности, абортов, вензаболеваний, ВИЧ-инфицирования, наркомании, алкоголизма) до вступления в брак. «Здоровье нации» – это не только лозунг, это настоящее и будущее нашего государства [1].

Так важно, чтобы молодые люди, заканчивающие школу, имели минимальную подготовку по указанным вопросам.

Политика в отношении возраста, когда следует начинать преподавание программы просвещения в данном аспекте учитывает, безусловно, существующие нормы культуры, социальные,

этические и религиозные ценности, и в различных регионах Украины может быть различной. Это также касается расписания для преподавания такого рода программы, уровня подготовки учителей, дополнительных печатных и других вспомогательных материалов для обеспечения успеха программы. Вместе с этим, результаты профилактических осмотров девочек-подростков 13-14 лет среди районов г.Донецка в женских консультациях показывает довольно высокий уровень (3-5%) лиц, уже имевших первый сексуальный опыт.

Необходимо учитывать и феномен «акселерации подростков». При этом имеется существенный разрыв между ускоренным созреванием организма (повышенная сексуальность является физиологической нормой) и житейским опытом и духовностью личности, когда в силу целого ряда причин молодые люди стремятся перенять нормы, ценности и взгляды не старшего поколения, а своих неформальных лидеров.

В ходе планирования нравственно-полового воспитания подростков основной его задачей является разработка четкой, убедительной и эффективной программы для учащихся, а также их родителей и общества в целом. При разработке программы просвещения необходимо учитывать, чтобы не было противоречий между «школьными знаниями» и «знаниями, полученными вне школы», поскольку это может явиться источником недоверия и конфликта.

Новый качественный подход просветительской программы не ставит своей целью прямую дискредитацию половых отношений, но предлагает помощь подросткам успешно справляться с рискованными ситуациями, которые могут возникнуть в школе и вне ее, включая давление неформальных лидеров-ровесников.

Цель программы полового просвещения в отношении заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) заключается не просто в на-

коплении знаний о венерических болезнях, а в передаче учащимся знаний и навыков, препятствующих передаче половых инфекций, которые позволят им вести себя соответственно и, тем самым сохранить свое здоровье, достоинство и благополучие [3; 4]. Методы, которые могут помочь им в этом отношении, являются основным содержанием данного набора вспомогательных материалов.

В связи с деликатностью ряда аспектов данного вопроса в планировании его на начальных этапах рекомендуется обсуждение программы с привлечением педагогов, родителей учащихся, религиозных, социальных и других общественных организаций вместе с медицинскими работниками. Это позволяет определить содержание материала и виды деятельности, которые будут считаться приемлемыми для использования в младших и старших классах наряду с материалами и видами деятельности, которые являются необходимыми, но деликатными для использования в обычном процессе обучения в школе. При этом могут быть обсуждены и разработаны альтернативные методы видов информации для учащихся.

Привлечение общественности способствует развитию чувства коллективной ответственности и поддержки для успешной реализации данной программы.

В работе с молодежью следует учитывать освещение ряда вопросов отдельно для девушек и юношей, а также совместные дискуссии с обязательным участием в них подростков. Это способствует формированию доверительности отношений между взрослыми и учащимися, получению информации о точке зрения последних и их предложениях в отношении совершенствования программы.

Безусловно, данные о ЗППП нельзя изолировать от целого круга проблем современной молодежи, таких как употребление алкоголя и других наркотиков, ранней проституции, беременности в подростковом возрасте, насилия и безработицы и т.п. Учащиеся уже должны обладать основными знаниями о менструации, половом акте, зачатии, беременности и предохранении от нее, вникнуть в свою сексуальность и сексуальность других.

Программа полового обучения молодежи должна не только делать акцент на медико-биологической информации о ЗППП, но также способствовать переносу знаний в практическую жизнь.

При этом задача взрослых повлиять на пра-

вильное формирование, а при необходимости, изменение в нужном русле сексуального поведения подростков.

В настоящее время ответственные лица, планирующие учебные программы, зачастую сталкиваются с отсутствием программ подготовки, описаний классных занятий и учебных материалов по нравственно-половому воспитанию, поэтому сводит (в лучшем случае) эту особую часть работы с подростками к формальным ежеквартальным лекциям, которые из года в год читают участковые врачи из прилежащих медицинских учреждений.

Некоторые оппоненты высказывают мнение, что просвещение в отношении сексуальности человека может стимулировать половую активность молодежи. Однако зарубежный опыт и проведенные нами оценочные исследования с сопоставлением групп школьников, получавших и не получавших подобную подготовку, показали, что половое просвещение не способствует интенсификации половой активности. Наоборот, оно влияет на более позднее начало сексуальной жизни, использование безопасного секса, зрелый взгляд на вопросы общения. Учеными-медиками Донецкого национального медицинского университета и ведущими специалистами Донецкого областного Управления здравоохранением и Управления по делам семьи, молодежи и международных связей Исполкома Донецкого городского совета был разработан набор вспомогательных учебных материалов по половому обучению и включен в городскую Комплексную программу «Молодёжь г. Донецка 2000-2002 г.г.» приказом Донецкого городского совета от 07.04.2000 г. № 814, внедрён и апробирован в последующие годы в ряде школ и лицеев г.Донецка и г. Макеевки с целью оказания помощи составителям учебных программ для учащихся старших классов школ, лицеев, ПТУ. В работе активное участие также принимали подготовленные нами психологи. За основу данной программы были взяты рекомендации ВОЗ, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ по работе с подростками (1992) и руководство Украинского государственного центра социальных служб для молодёжи „Соціальна робота з дітьми та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи” (2000). Программы, представленные в наборе, были основаны на принципе соучастия преподавателей и школьников. Как показал наш опыт, этот принцип особенно эффективен при преподавании навыков поведения среди молодых людей. Открытый диалог с подростками по вопросам сексуального поведения и нравственности, по нашему мнению,

значительно эффективнее, чем программа запретов и полового воздержания. Результаты анализа статистических данных разных лет выявили явно позитивные тенденции и сдвиги по ряду показателей здоровья подростков в учреждениях, где проводилось нравственно-половое воспитание (отсрочка начала половой жизни, использование безопасных видов практики половых отношений, предпочтение одного партнёра, снижение случаев нежелательной беременности, аборт, венерических болезней, интерес к спорту, литературе и т. п.).

Подобная работа с молодёжью, прежде всего, содействует:

1) увеличению объёма знаний о межполовых отношениях, культуре досуга, о венерических заболеваниях (пути передачи, бессимптомные, острые и хронические патологические процессы, осложнения, средства защиты, источниках помощи при необходимости);

2) развитию навыков, имеющих отношение к аспектам нравственного поведения, предохраняющим от нежелательной беременности и ЗППП (формирование самосознания, способности принимать верное решение, настойчивое сопротивление прессингу в отношении полового акта или пробы наркотиков, умения вести переговоры для обеспечения более безопасного секса, эффективного использования презерватива) при повторении информации и инсценировке ситуаций из реальной жизни;

3) формированию позитивных и ответственных отношений, основанных на национальных представлениях, чувствах и ценностях (позитивному отношению к более позднему началу половой жизни, развитию чувства личной ответственности, использованию безопасного секса,

терпимости и состраданию по отношению к ВИЧ-инфицированным, выраженной негативации к потреблению наркотических веществ, промискуитету, аморальным действиям);

4) обеспечению мотивационной поддержки, т.е. логическому усвоению реалистичного восприятия и использования правил профилактического поведения в молодежной среде (в т.ч. и с неформальными лидерами).

По завершении программы полового просвещения учащиеся в диспуте с преподавателями должны быть способны:

1) указать пути передачи венерических болезней;

2) указать пути передачи ВИЧ-инфекции;

3) указать пути, по которым ВИЧ/ЗППП не передаются;

4) провести различие между ВИЧ/СПИДом/ЗППП;

5) ранжировать методы профилактики ЗППП/ВИЧ в отношении их эффективности;

6) куда обращаться при первых признаках ЗППП;

7) приводить доводы в пользу более позднего начала половой жизни;

8) уметь сопротивляться давлению в отношении нежелательных сексуальных контактов;

9) решительно сопротивляться давлению в отношении незащищенного секса;

10) приводить доводы в пользу защищенного секса и его методы при вступлении в сексуально активную жизнь;

11) проявлять гуманность и оказывать помощь людям со СПИДом в семье и обществе.

Можно сделать вывод о целесообразности включения нравственно-полового воспитания молодежи в школьные обучающие программы.

І.О. Бабюк, Є.В. Криштал, О.В. Аніщенко, Ц.Б. Абдряхімова, О.Є. Шульц, Л.А. Гашкова

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ У ШКІЛЬНІЙ ПРОГРАМІ

Донецький національний медичний університет, Харківська академія післядипломної освіти

Розглянуто проблему недоліків статевого виховання молоді у школах, а також перспективи залучення вчителів та лікарів до розробки програм статевого виховання та профілактики ІПСШ/СНІД. Створена на кафедрі психіатрії, психотерапії, психології та сексології післядипломної освіти ДНМУ програма курсів статевого виховання складається з 4 частин, які охоплюють практично усі основні аспекти, що дозволяє підготувати підлітків, які можуть добре орієнтуватися з питань статевої взаємодії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 111-114).

THE BASIC PRINCIPLES OF SEXUAL TRAINING IN THE SCHOOL

Donetsk National Medical University, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The problem of disadvantages of sexual education of youth at school and the prospects for engaging teachers and doctors to work out the programs of sexual education and prophylaxis of VTD/AIDS is discussed. The program of the course of studies on information and training "The Questions of sexual education", created on sub-faculty of psychiatry, psychotherapy, psychology and sexology of DNMU, consists of 4 parts and covers practically all the basic aspects. That allows to train the teen, who are able to unravel the questions of sexual correlation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 111-114).

Литература

1. Анищенко А. В., Бабюк И. А., Куценко И. В. и др. Половое воспитание, обучение и просвещение населения – как основа профилактики ЗППП и ВИЧ-инфицирования // Здоровье Донбасса. – 2003. - № 3. – С. 85-88.
2. Анищенко А. В., Бабюк И. А., Кришталь В. В. К вопросу о реформе программы полового воспитания подростков в Украине // Новости медицины и фармации в Украине. – 2004. - № 15 (155). – С. 8-9.
3. Бабюк И. А., Федотов В. П., Горпинченко И. И. Половое воспитание в профилактике абортів и венерических болезней: Метод. рекоменд. – Донецк-Киев: УАСОЗН, 2001. – 45 с.
4. Бабюк И. О., Федотов В. П., Горпинченко И. И. Профилактика ВИЛ-инфекції: Метод. рекоменд. –К.: Інкотек інтерн., 2001. – 36 с.
5. Бабюк И. О., Савченко Ю. П. Статеве виховання: роль медиків, сім'ї, школи, суспільства // Актуал. вопросы гинекологической эндокринологии детского, подросткового и репродуктивного возраста. – Святогорск-Донецк, 2004. – С. 11-12.

Поступила в редакцию 16.10.2010

УДК 616.89-008

А.А. Савин

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 5», г.Симферополь

Ключевые слова: когнитивные функции, социальное функционирование, первый психотический эпизод

Первый психотический эпизод (ППЭ) – это тяжелое психотическое расстройство, которое отличается полиморфизмом клинических проявлений, нарушением целостности и единства психических функций, неадекватным поведением [1-3]. Риск для личности заболевшего и его социального функционирования (СФ) заключается в: 1) ограничении социальных связей; 2) потере способности к независимому проживанию; 3) стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза; 4) нарушении межличностного общения; 5) формировании нейрокогнитивного дефицита; 6) эмоциональной напряженности в семье с повышенным риском ее распада; 7) вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества; 8) снижении качества жизни (КЖ) [4, 5].

При этом многими авторами важным само-

стоятельным и ведущим расстройством при оценке социального и терапевтического прогноза больных с ППЭ считается когнитивный дефицит [6,7]. Во многих работах подчеркивается, что состояние когнитивного статуса пациента определяет общий уровень социального функционирования (СФ) «социальные когниции» в большей степени, чем симптоматический [8]. Выявление когнитивной дисфункции и предотвращение прогрессирования на начальных этапах заболевания способно повлиять на успешность лечебно-реабилитационной стратегии в целом, тем самым повлиять на СФ, КЖ, функциональный исход заболевания [9].

Цель исследования – установить взаимосвязь степени нарушения когнитивных функций и показателей СФ у больных с ППЭ.

Материал и методы исследования

Проведена стандартизированная оценка клинических проявлений ППЭ у 150 больных в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на стационарном лечении в КРУ «Психиатрическая больница № 5». Критериями включения пациентов в исследование были: продолжительность заболевания не более 5 лет, количество приступов (эпизодов) не более трех. В работе использовались клинико-психопатологический, социально-демографический и статистический методы исследования. Степень выраженности когнитивного функционирования пациентов оценивалась с помощью шкалы оценки когнитивных функций,

составленной R. Bilder, J. Ventura, A. Cienfuegos, 2004 по семи областям: оперативная память; внимание/уровень бодрствования; затруднения при необходимости не отвлекаться на какие-либо события; вербальное обучение и память; пространственное обучение и память; логические рассуждения и решение задач; скорость обработки информации; социальное познание. Дисфункция социальных ролей исследована с помощью психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности – DAS (второй раздел), разработанной и рекомендованной к применению ВОЗ, в том числе в рамках МКБ-10.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследованных составил $32,3 \pm 2,4$ года. Изучение распределения больных по возрастным группам показало, что большинство из них были в возрасте от 21 до 25 лет – 52 ($34,6 \pm 4,7\%$). В выборке преобладали мужчины – 92 ($61,3 \pm 4,8\%$). Большинство больных не со-

стояли в браке – 98 ($65,3 \pm 4,7\%$). Преобладающее число пациентов проживали с родителями или родственниками – 105 ($70,4 \pm 4,5\%$) и лишь 12 ($8,0 \pm 2,7\%$) – самостоятельно.

Анализ синдромологической структуры психотических эпизодов у обследованных показал

следующее: преобладающим был галлюцинаторно-параноидный синдром – 61(40,6±1,1%); у 43 (28,6±1,3%) отмечался депрессивно-параноидный; у 41(27,31,6%) и у 5(3,3±1,1%) человек регистрировался аффективно-параноидный синдром (табл. 1).

Согласно исследовательским и диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств МКБ-10, клиническая структура

ППЭ в группе исследованных была представлена острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (F23.1) – 89 (59,3±1,5%) человек, острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении (F23.0) – 30 (20,0±1,1%), острым шизофреноподобным психотическим расстройством (F23.2) - 23 (15,3±1,8%), шизоаффективным психозом (F25.1) – 8 (5,3±1,6%) (табл. 2).

Таблица 1

Синдромологическая структура психотических эпизодов у обследуемых сравниваемых групп

Ведущий синдром	Группа обследованных	
	Абс.	%±m
Галлюцинаторно-параноидный	61	40,6±1,1
Праноидный	43	28,6±1,3
Депрессивно-параноидный	41	27,3±1,6
Аффективно-параноидный	5	3,3±1,1
Всего	150	100,0

Таблица 2

Клиническая структура психотических эпизодов в группе исследованных по МКБ-10

Диагноз	Группа обследованных	
	Абс.	%±m
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0)	30	20,0±1,1
Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1)	89	59,3±1,5
Острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2)	23	15,3±1,8
Шизоаффективный психоз (F25.1)	8	5,3±1,6
Всего	150	100,0

При оценке области «Оперативная память (ОП)», включающей определение степени нарушения запоминания и извлечения из памяти недавно приобретенной информации по показателю «затруднения при удержании в памяти недавно полученной вербальной информации на короткие периоды времени (ОП-1)» у большинства больных (65%) установлены легкие и умеренные когнитивные нарушения с некоторыми постоянными изменениями функций, у 28,7% - норма или минимальные, у 6,3% - тяжелые или выраженные когнитивные нарушения, которые оказывали очень значительное влияние на повседневную деятельность; по показателю «ОП-2 («затруднения при немедленном выполнении умственных действий или вычислений («ОП-2)» - 70,1%; 20,0%, 9,9%, соответственно.

При оценке области «Внимание/уровень бодрствования (ВУБ)», включающей определение степени нарушения способности пациента вни-

мательно воспринимать информацию и сохранять внимание, не отвлекаясь на внешние раздражители, получены следующие результаты: «затруднения в концентрации внимания на протяжении некоторого интервала времени (без отвлечения) (ВУБ-1)» на легком или умеренном уровне когнитивные нарушения находились у 70,0%, соответствовали норме или минимальным нарушениям у 20,0%, тяжелые или выраженные когнитивные нарушения – у 10,0%; «затруднения при необходимости сосредоточиться на определенной информации (без явных отвлекающих факторов (ВУБ-2)» у 78,2% исследованных соответствовали легким или умеренным когнитивным нарушениям, у 16,4% - норме или минимальным, у 5,4% - тяжелым или выраженным; «затруднения при необходимости не отвлекаться на какие-либо события (ВУБ-3) большинство больных (51,2%) не испытывали или отмечали минимальные нарушения, 38,3% - имели

легкие или умеренные когнитивные нарушения с некоторыми постоянными изменениями функций, 10,5% - тяжелые или выраженные, которые оказывали очень значительное влияние на повседневную деятельность.

Анализ области «Вербальное обучение и память (ВОП)», которая позволяла оценить глубину нарушения обучения, извлечения из памяти и использования вербальной информации позволил установить следующее: по показателю «затруднения при обучении и запоминание устных сообщения (ВОП-1)» 55,1% пациентов имели легкие или умеренные нарушения, 37,7% - испытывали минимальные затруднения и 7,2% - тяжелые или выраженные; «затруднения при извлечении информации из памяти (ВОП-2)» соответствовали легкому или умеренному когнитивному нарушению с некоторыми изменениями функций у 69,9%, норме или минимальным – у 29,1%.

При оценке области «Пространственное обучение и память (ПОП)», включающей в себя определение степени нарушения обучения, извлечения из памяти и использования пространственной информации, получены следующие результаты: по показателю «затруднения при запоминании/объяснении пространственной информации (ПОП-1)» у 76,2% - норма или минимальные нарушения, у 20,5% - легкие или умеренные когнитивные расстройства, у 3,3% - тяжелые или выраженные когнитивные нарушения, которые оказывали очень значительное влияние на повседневную деятельность, по показателю «затруднения при необходимости вспомнить расположение предметов (ПОП-2)» - у 65,5%; 33,1%; 1,4% больных, соответственно.

Анализ области «Логические рассуждения и решение задач (ЛРРЗ)», которая позволяла оценить степень нарушения способности исследованных логически рассуждать и решать задачи, выявил, что «затруднения в начале действий, направленных на решение задач (ЛРРЗ-1)» соответствовали тяжелым или выраженным когнитивным нарушениям у большинства обследованных (77,9%), легким или умеренным – у 15,9%, норме или минимальным когнитивным нарушениям – у 6,2%; легкие или умеренные когнитивные нарушения с некоторыми постоянными изменениями функций по показателю «отсутствие гибкости при построении альтернативных планов (ЛРРЗ-2)» фиксировались у 80,0%, тяжелые или выраженные – у 24,8%, норма или минимальные когнитивные нарушения – у 5,2%; отсутствие настойчивости при выполнении пла-

на (ЛРРЗ-3)» соответствовали норме (минимальным) и легким (умеренным) когнитивным нарушениям с некоторыми постоянными изменениями функций у 50,0% и 50,0% пациентов, соответственно.

При оценке области «Скорость обработки информации (СОИ)», включающей определение степени нарушения скорости выполнения исследованными когнитивных задач, получены следующие результаты: по показателю «медленное выполнение заданий (СОИ-1)» у 49,9% больных регистрировалась норма или минимальные нарушения, у 46,1% - легкие или умеренные когнитивные нарушения и у 4,0% - тяжелые или выраженные когнитивные нарушения.

Анализ области «Социальное познание (СП)», которая позволяла определить степень нарушения способности исследованного строить отношения и реагировать на других людей при взаимодействии с ними, позволил установить, что у 80,0% больных отмечалось «нарушение восприятия чувств (СП-1), соответствовавшее тяжелым или выраженным когнитивным нарушениям, у 18,2% - легким или умеренным и у 1,8% - норме или минимальным; «затруднения в понимании намерений/точки зрения других людей (СП-2)» у 60,2% пациентов регистрировались на уровне легких или умеренных когнитивных нарушений с некоторыми постоянными изменениями функций, у 29,9% - нормы или минимальных нарушений и у 9,9% - на уровне тяжелых или выраженных когнитивных нарушений, которые оказывали очень значительное влияние на повседневную деятельность.

Общая степень нарушения когнитивных функций у больных с ППЭ соответствовала нарушению средней тяжести (65,9%), выраженной (19,0%), легкой (8,2%) и тяжелой (6,9%) исследованных.

В ходе исследования СФ в различных сферах жизнедеятельности больных в зависимости от тяжести нарушения когнитивных функций установлено, что в наименьшей степени выполнение социальных ролей страдало в группе исследованных с легким нарушением когнитивных функций (средний балл составил 2,2, что соответствовало очевидному уровню дисфункции), в наибольшей – у пациентов с выраженными и тяжелыми нарушениями (средний балл по шкале DAS был равен 2,9; 3,3, соответственно, что указывало на серьезную дисфункцию).

Выводы. 1. В ходе исследования установлена взаимосвязь степени нарушения когнитивных функций и показателей СФ у больных с ППЭ,

что может являться предиктором потенциала для разработки социальной реабилитации больного.

2. Установленные особенности когнитивных функций и дисфункции социальных ролей у

больных с ППЭ будут способствовать разработке системы эффективных индивидуальных реабилитационных мероприятий с учетом сильных и слабых сторон СФ и КЖ.

А.А. Савін

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ І ПОКАЗНИКІВ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Клінічна психіатрична лікарня № 5, м. Сімферополь

У статті наведено результати дослідження взаємозв'язку ступеня[міри] порушення когнітивних функцій і показників соціального функціонування 150 пацієнтів з першим психотичним епізодом. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 115-118).

A.A. Savin

RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF COGNITIVE DYSFUNCTION AND THE INDICES OF SOCIAL FUNCTIONING AMONG THE PATIENTS WHO HAVE THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

CR "Clinical psychiatryc hospitale № 5", Simpheropol

The results of the research of the relationship between the level of cognitive dysfunction and the indices of social functioning among 150 patients who have the first psychotic episode are presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 115-118).

Литература

1. Пішель В.Я. Сучасні можливості раннього виявлення пацієнтів з першим психотичним епізодом в загально медичній практиці./ В.Я. Мішель, К.В. Губенко //Таврический журнал психиатрии. — 2007. — V. 11, 4(41). — С. 37-41.

2. Любов Е.Б. Первый эпизод шизофрении: клинико-эпидемиологический и социально-экономический аспекты / Е.Б. Любов, А.А. Бессонова // Российский психиатрический журнал. — 2008. - № 2. — С. 46-50.

3. Гурович И.Я. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями / И.Я. Гурович, Л.И. Сальникова, М.В. Магомедова и др. // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. / Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. - М., 2002. - С. 98-108.

4. Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. /В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов // ООО «Лебедь». — Донецк, 2002. — 279 с.

5. Абрамов В. А. Основы качественной психиатрической практики / В. А. Абрамов, С. И. Табачников, В. С. Подкорытов. — Донецк : Каштан, 2004. — 247 с.

6. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: дис. На соискание науч. Степени канд. Мед. наук / М.В. Магомедова. — М., 2003. — 142 с.

7. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н.А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 21-24.

8. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство; под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера). — М.: Медпрактика-М, 2007. — 260 с.

9. Gaebel W. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrom-based treatment in first episode schizophrenia / W. Gaebel, M Riesbeck / Abstracts of 15th AEP Congress. — Madrid, 2007. — P 76.

Поступила в редакцию 16.09.2010

УДК 616.8-053.2

*О.М. Филькина, О.Ю. Кочерова, Т.Г. Шанина, Е.Л. Витрук***ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ 5-9 ЛЕТ**

ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нервно-психическое развитие

Перинатальные поражения центральной нервной системы являются одной из ведущих причин нарушений нервно-психического развития у детей [1]. К распространенным исходам перинатального поражения ЦНС относится синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). По данным различных авторов частота данного синдрома у детей колеблется от 5% до 24% [1,2]. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью входит в раздел F9 МКБ-10 (1994) «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста». Известно, что наряду с основными симптомами: расстройством внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью, при СДВГ наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь, внима-

ние, восприятие, праксис и другие виды высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с таким диагнозом находятся на уровне нормы или, в отдельных случаях, субнормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации [1,2,3]. Для профилактики школьной дезадаптации очень важна ранняя диагностика и коррекция нарушений нервно-психического развития у детей с СДВГ на дошкольном этапе. Однако особенности нервно-психического развития детей с данным синдромом дошкольного и младшего школьного возраста очерчены не достаточно четко.

Целью данного исследования явилось изучение нервно-психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью 5-9 лет.

Методика исследования

Проведено лонгитудинальное наблюдение в течение четырех лет (с 5 до 9 лет) 52 детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (основная группа) и 30 детей без данного синдрома (контрольная группа). Оценка уровня умственного развития у детей проводили с помощью методики Д. Векслера, адаптированной Ю. А. Панасюком. Нейро-психологическое ис-

следование развития высших корковых функций проводилось с помощью методики А.Р. Лурия, адаптированной Э.Г. Симерницкой и соавторами [4]. Исследование включало оценку праксиса (кинестетического, пространственного, динамического), гнозиса (слухового, зрительного, тактильного), зрительной и слухоречевой памяти, речи и рисуночной деятельности.

Результаты и их обсуждение

Интеллектуальное развитие дошкольников с СДВГ 5 лет, достоверно отличалось от сверстников контрольной группы более низкими значениями общей интегральной оценки ($115,7 \pm 3,7$ и $121,2 \pm 1,7$; $p \leq 0,01$), в основном за счет вербального показателя ($113,0 \pm 4,59$ и $123,5 \pm 4,97$; $p \leq 0,02$). В 5 лет у детей с СДВГ отмечались достоверно более низкие показатели кратковременной памяти и конструктивного мышления. В 6 и 7 лет средние балльные оценки по интеграль-

ным показателям детей с СДВГ и контрольной группы достоверно не различались, но в 6 лет сохранялись более низкие показатели - кратковременной памяти, логического мышления, синтеза на предметном уровне и зрительно-моторной координации, а в 7 лет - кратковременной памяти.

Интеллектуальное развитие детей с СДВГ 8-9 лет, достоверно отличалось от детей контрольной группы по общему интеллектуальному

показателю ($117,8 \pm 2,3$ и $130,6 \pm 4,09$; $p \leq 0,01$ в 8 лет, $118,8 \pm 4,5$ и $138,75 \pm 3,87$; $p \leq 0,01$ в 9 лет), за счет более низких значений вербального ($119,9 \pm 2,9$ и $132,0 \pm 5,12$; в 8 лет, $119,2 \pm 5,8$ и $141,75 \pm 4,4$; в 9 лет; $p < 0,01$) и невербального интегральных показателей ($111,1 \pm 2,9$ и $122,8 \pm 2,39$ в 8 лет, $115,3 \pm 3,5$ и $129 \pm 3,01$ в 9 лет $p < 0,01$). При анализе субтестов в 8 лет у детей с СДВГ регистрировались достоверно низкие, чем в контрольной группе, средние балльные оценки способности к арифметическим действиям, развитию словаря, памяти ($p < 0,01$) и логическое мышление ($p < 0,05$); в 9 лет по развитию моторной скорости и зрительно-моторной координации ($p < 0,001$).

Известно, что нормальное интеллектуальное развитие характеризуется преимущественным развитием определенных психических функций в каждый возрастной период. Интеллектуальное развитие у детей контрольной группы характеризовалось преимущественным развитием на 6 году - внимания, словарного запаса, моторной скорости, на 7 году - способности к аналогиям и обобщению, логического мышления, на 8 году - способности к решению арифметических задач, словарного запаса и моторной скорости. В отличие от детей контрольной группы, у детей с СДВГ приоритетность развития внимания и словарного запаса смещалось на 7 год жизни; способности к решению арифметических задач, словарного запаса и моторной скорости на 9 год жизни, т.е. на 1 год позднее.

Возрастная динамика интеллектуального развития детей с СДВГ, свидетельствует о спонтанно протекающих процессах компенсации и декомпенсации реорганизованных структур мозга, проявляющихся в несоответствии возрастным особенностям системной организации ЦНС в норме. Это приводит к искаженной их работе, как в количественном, так и в качественном отношении.

В изучаемый возрастной период у детей продолжается развитие высших корковых функций (ВКФ), они отличаются незрелостью, несформированностью. Однако, при нейро-психологическом исследовании у детей с СДВГ нарушения кинестетического праксиса выявлялись в 10 раз чаще, за счет несформированности кинестетической основы движений, зрительно-пространственной организации и инертности движений. У 73% детей с СДВГ диагностировались нарушения пространственного праксиса, что в 4,55 раза чаще, чем в контрольной группе. Преобладали нарушения зрительно-пространственной и

произвольной организации движений, схемы тела. Нарушения динамического праксиса выявлялись у 85% детей с СДВГ (в 4 раза чаще, чем в контрольной группе). У большинства детей определялись нарушения пространственной и динамической организации движений, нарушения реципрокной координации, инертность движений.

Следовательно, исследование двигательных функций у детей с СДВГ выявило значительно более частые нарушения кинестетической основы движений, зрительно-пространственной и динамической организации движений.

У детей с СДВГ регистрировались преимущественно нарушения функций слухового гнозиса (72,9%), в 5 раз чаще, чем в контрольной группе. Нарушения зрительного гнозиса отмечались у 8,5% детей, тактильного - у 5% детей, в то время как в контрольной группе такие нарушения не выявлялись.

У значительного числа детей с СДВГ наблюдались нарушения речи, достоверно чаще, чем у детей контрольной группы (79,6% и 5% $p \leq 0,001$). Нарушения затрагивали как моторные, так и сенсорные функции речи, а также нарушения грамматического строя речи.

У 98,3% детей с СДВГ (в 2,3 раза чаще, чем в контрольной группе) выявлены нарушения слухо-речевой памяти, проявлявшиеся тормозимостью следов, акустико-мнестической афазией, сужением объема памяти, инертностью речевых следов, нарушением избирательности мнестической деятельности, замедленностью запоминания. Нарушения зрительной памяти у детей с СДВГ выявлялись в 2,44 раза чаще, чем в контрольной группе. У них определялось сужение объема зрительной памяти, нарушение порядка элементов, замедленность запоминания, нарушение пространственного восприятия.

Несформированность рисуночной деятельности, в виде нарушения конструктивной деятельности и пространственного восприятия, выявлялись у 89,8% детей с СДВГ, что в 3,2 раза чаще, чем в контрольной группе.

При анализе возрастной динамики развития ВКФ выявлено, что у детей контрольной группы нарушения тактильного и зрительного гнозиса не определялись уже в 5 лет. До 5 лет у них сохранялись нарушения кинестетического, динамического праксиса и речи, до 6 лет - слухового гнозиса, до 7 лет - нарушения рисуночной деятельности, до 8 лет - зрительной памяти и пространственного праксиса (11%), до 9 лет - слухо-речевой памяти (22%).

В отличие от детей контрольной группы у детей с СДВГ, нарушения тактильного гнозиса определялись до 5 лет, зрительного гнозиса до 6 лет, рисуночной деятельности до 8 лет, праксиса, слухового гнозиса, речи и памяти до 9 лет.

Выводы. Более низкие, чем в контрольной группе, интегральные показатели интеллектуального развития детей с СДВГ обусловлены низким развитием кратковременной памяти с 5 до 8 лет, конструктивного мышления в 5 лет, логического мышления, синтеза на предметном уровне и зрительно-моторной координации в 6 лет, способности к арифметическим действиям, словаря, логического мышления в 8 лет, моторной скорости и зрительно-моторной координации в 9 лет.

Приоритетность развития отдельных функций у детей с СДВГ смещалось на 1 год позднее: внима-

ния и словарного запаса на 7 год жизни; способности к решению арифметических задач, словарного запаса и моторной скорости на 9 год жизни.

Дети с СДВГ отличались от детей контрольной группы более частыми нарушениями речи, слухового гнозиса, кинестетического и пространственного праксиса, что отражает недостаточную функциональную зрелость лобных и теменно-височных долей мозга.

Выявленные нарушения приводят у детей с СДВГ к трудностям овладения навыками чтения и письма, развитию школьной дезадаптации и формированию вторичных психосоматических нарушений. Поэтому с целью профилактики этих нарушений у детей с СДВГ важно раннее выявление нарушений интеллектуального развития и их своевременная медико-психологическая коррекция в дошкольном возрасте.

О.М. Фількіна, О.Ю. Кочерова, Т.Г. Шаніна, Е.Л. Вітрук

ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГИПЕРАКТИВНОСТЮ 5-9 РОКІВ

ФГУ "Івановський науково-дослідний інститут материнства й дитинства ім. В.Н. Городкова Росмедтехнологій"

Метою даного дослідження з'явилось вивчення нервово-психічного розвитку дітей зі СДВГ 5-9 років. У результаті проведеного лонгитудинального спостереження дітей виявлене більш низьке, чому в контрольній групі, розвиток пам'яті з 5 до 8 років, конструктивного мислення в 5 років, логічного мислення, синтезу на предметному рівні й зорово-моторної координації в 6 років, здатності до арифметичних дій, словника, логічного мислення в 8 років, моторної швидкості й зорово-моторної координації в 9 років. Діти зі СДВГ відрізнялися від однолітків контрольної групи більш частими нейро- психологічними порушеннями й більш повільним розвитком усіх коркових функцій. Виявлені найбільш часті порушення мови, слухового гнозиса, кинестетического й просторового праксиса, відбивають недостатню функціональну зрілість переважно лобових і тім'яно-скроневих часток мозку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 119-121).

O.M. Filkina, O.J. Kocherova, T.G. Shanin, E.L. Vitruk

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH THE SYNDROME OF DEFICIENCY OF ATTENTION WITH HYPERACTIVITY 5-9 YEARS

FGA «The Ivanovo scientific research institute of motherhood and the childhood named after V.N.Gorodkova Rosmedtehnology»

The purpose of this study was to examine neuropsychological development of children with ADHD 5-9 years. As a result of lon of observation of children found lower than the control group, the development of memory with 5 to 8 years of constructive thinking in 5 years, logical thinking, synthesis on the object level and visual-motor coordination in 6 years, the ability to arithmetic actions, vocabulary, logical thinking in 8 years, motor speed and visual-motor coordination in 9 years. Children with ADHD differed from the control group peers more frequent neuro-psychological disorders and slower development of cortical functions. Revealed-WIDE most frequent disturbance of speech, auditory gnosis, kinesthetic and spatial praxis, reflect a lack of function of view Lost predominantly frontal and parietal-temporal lobes of the brain. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 119-121).

Литература

1. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Суворинова Н.Ю. и др. Диагностика и лечение когнитивных и поведенческих нарушений у детей. — М.: РГМУ, 2005. - 89с.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. — М., 2002. — С.128
3. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи).- СПб., 2003. — 320с.
4. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро-

и патопсихологии. — М.: Международная педагогическая академия, 1994. — 214 с.

5. Николаенко И.Н. Зрительно-пространственные функции правого и левого полушарий мозга. — СПб., 2006

6. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. — М., 2005.

7. Jesmin S., Togashi H., et al Characterization of regional cerebral blood flow and expression of angiogenic growth factors in the frontal cortex of juvenile male SHRSP and SHR // Brain. Res. — 2004. — Vol. 1030 (2). — P. 172 — 182.

Поступила в редакцию 16.06.2010

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.89:616.895.87-03

*П. Т. Петрюк***К ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИКИ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, клиника, изучение

Параноидная форма шизофрении является наиболее часто встречающейся и сложной по клинической картине, течению и исходу шизофреническим расстройством. Развивается она в возрасте старше 20-23 лет, однако возможно и раннее начало в юношеском возрасте, т.е. позже, чем при гебефренической и кататонической форме шизофрении. Следует отметить, что в клинической картине галлюцинаторно-параноидные и бредовые переживания, являющиеся основными синдромами при параноидной шизофрении, нередко могут наблюдаться в структуре психических нарушений при простой, гебефренической и кататонической шизофрении, а отдельные признаки последних – в структуре параноидной шизофрении. А.Б. Смулевич [1] описывает параноидные включения при различных вариантах малопрогрессирующей шизофрении.

Клинические проявления при параноидной шизофрении характеризуются относительно стабильным, в основном, параноидным бредом, обычно сопровождающимся галлюцинациями, особенно слуховыми, расстройствами восприятия. Расстройства эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы слабо выражены. В типичных случаях параноидная шизофрения обычно начинается исподволь. Хотя параноидную шизофрению диагностируют по наличию приведенных симптомов, как уже указывалось выше, решающую роль при этом играет наличие основной шизофренической симптоматики, то есть симптомов „первого ранга” по K.L. Schneider [2]. При их наличии диагностика шизофрении считается более достоверной и убедительной. Но иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые эпизоды нередко наблюдаются при вялотекущей, неврозоподобной и психопатоподобной шизофрении [1, 3-7].

Как правило, при параноидной шизофрении на разных этапах ее развития отмечаются разнообразные аффективные нарушения (тревога, страх, эмоциональная гиперестезия, уплощение и т.п.), кататонические (негативизм, мутизм, ступорозная скованность, амбитендентность и амбивалентность), онейроидные и другие симптомы. Поэтому, помимо ранее перечисленных, выделяют варианты аффективно-параноидный (депрессивно-параноидный, маниакально-параноидный, тревожно-параноидный и другие), кататонический-параноидный и т.д. По течению параноидную шизофрению выделяют со злокачественным и доброкачественным, периодическим, приступообразно-прогредиентным и непрерывным течением.

Таким образом, параноидная шизофрения по клиническим проявлениям, течению и исходу обладает большим разнообразием, о чем свидетельствуют многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов [8-65]. В свою очередь, это разнообразие указывает на многофакторность этиологии и патогенеза параноидной шизофрении.

Инициальный этап чаще характеризуется отдельными навязчивыми явлениями, ипохондрией, нестойкими, эпизодическими или более систематизированными бредовыми идеями (преследования, воздействия, отношения, ревности, режы – бредовые идеи величия и др.). Уже на этом этапе могут появляться изменения личности в виде замкнутости, ригидности, утраты аффективной гибкости, сужения эмоциональных реакций. Затем на фоне несистематизированных идей или неврозоподобных явлений возникают вербальные иллюзии, сочетающиеся с их бредовой интерпретацией, вслед за которыми возникают истинные вербальные галлюцинации, галлюцинаторный монолог и диалог, императив-

ные галлюцинации. В дальнейшем начинают преобладать синдром Кандинского-Клерамбо с развивающимся симптомом открытости, идеаторным, сенестопатическим, речедвигательным (идеомоторным) и моторным автоматизмами. Осевым синдромом, на этом этапе, является вербальный псевдогаллюциноз; бредовые расстройства носят галлюцинаторный характер.

В начале инициального этапа параноидной шизофрении часто наблюдается растерянность, беспричинная тревога и страх, явления деперсонализации и дереализации, бредовое настроение и бредовая установка, феномен бредового озарения с первичным бредовым («истинным» – с позиций больного) пониманием окружающего [66-73]. Наиболее детально формирование бредовых переживаний у больных с остро возникающей шизофренией описал О.В. Кербиков [9]. В соответствии с его данными, окружающие предметы, люди и ситуация при этом приобретает особый смысл, особое отношение к больному, но и сам больной нередко чувствует внезапно или постепенно возникающее в нем изменение своего соматического и психического «Я». Бред (первичный, или интеллектуальный, и вторичный, то есть эмоциогенный или галлюцинаторный) различного содержания может возникнуть остро, подостро и постепенно, по механизму бредовой перестройки отношения к себе и к окружающей реальной действительности, исходя из первичного нарушения мыслительных процессов, интеллектуальной оценки эмоционально-ситуационных или иллюзорно-галлюцинаторных переживаний.

Острый, внезапно возникающий, особенно без видимой причины, первичный бред некоторые психиатры относят к наиболее существенным проявлениям шизофрении [6, 7, 9, 74, 75], хотя ранее высказывались и другие мнения, например, что это острая неспецифическая психопатологическая реакция, которая может быть и при психозах экзогенной природы [76-83]. В.А. Дереча [84] считал, что генез основных психопатологических изменений начального этапа представляется как следствие патокинеза от неспецифических общепатологических регистров до уровней и механизмов, характерных для всей группы сходных заболеваний. В развитии инициального этапа автор выделял три типа изменений, наслаивающихся друг на друга во времени: первыми появляются невротоподобные расстройства, к ним присоединяются такие изменения личности, ее интересов и потребностей, которые считаются характерными только для

шизофрении; наконец появляется группа признаков третьего порядка – изменения аффективной направленности, параноийальные и параноидные нарушения. Появлению бредовых идей предшествуют недифференцированные формы страха.

Г.П. Пантелеева [85], обследовав 225 больных шизофренией, которая у 98 больных манифестировала острым параноидом, а у 127 больных – острым синдромом Кандинского-Клерамбо, отметила неоднородность клинической картины. В обеих группах психопатологическую основу составлял синдром острого параноида, однако в первой группе были варианты с преобладанием острого чувственного или интерпретативного бреда, а во второй – симптоматика синдрома Кандинского-Клерамбо входила в структуру острого параноида с бредом восприятия, острого чувственного или острого интерпретативного бреда. Наряду с отмеченным разнообразием клинических проявлений у 70,2% больных отмечались симптомы экзогенного типа в связи с участием в развитии психоза экзогенных факторов, преимущественно (у 105 больных, или 46,6%) психогенных (психотравмирующих ситуаций), как провоцирующих. Автором при этом выделены и разновидности течения: в виде шизофренической реакции в динамике латентной шизофрении, рекуррентного, шубообразного и непрерывного, которые зависели от доманифестной «почвы» (непрерывный ряд переходов от психопатии к латентной шизофрении).

Для острого начала параноидной шизофрении характерно внезапное изменение поведения, нередко в виде внешне беспричинного психомоторного возбуждения с агрессивным поведением, разорванностью мышления и бредовыми высказываниями, или в виде внезапного беспредметного страха, тревоги, оцепенения, странного поведения и т.п. При медленном начале внешние формы поведения иногда длительное время остаются неизменными, но временами отмечаются эпизоды неадекватной подозрительности, бредоподобные высказывания, странные поступки, гримасы и жесты, потеря инициативы и прежних интересов, стремление к уединению, жалобы на чувство пустоты в голове, несосредоточенности мышления, безразличия и т.п. Нередко заболевание начинается с медленно нарастающей псевдоневротической симптоматики (необычных навязчивых и сверхценных мыслей и желаний, чувства вялости и снижения работоспособности, различных своеобразных ощущений со стороны своего тела и др.). А.Д. Зурабашвили [86] считал, что такое снижение

психоэнергетических возможностей личности составляет самый ранний и основной симптом в клинической феноменологии шизофренического процесса.

Интересны взгляды исследователей на механизм возникновения бреда при шизофрении. Так, О.В. Кербиков [9] первичное появление бредового понимания окружающего и самого себя считал одним из важных признаков шизофренического процесса. Он объяснял это спутанностью аффекта и мышления. По мнению Н. Еу [82, 83] и А. Керпински [68-70], основной чертой параноидной шизофрении является изменение восприятия и понимания структуры своего и окружающего мира. В возникновении бреда выделяют три фазы – ожидания (предвестников), озарения и систематизации, а также три этапа в развитии шизофренического процесса – овладения, адаптации и деградации.

В фазе предвестников, описанного К. Jaspers [66] как *Wahnstimmung* – «бредовое настроение», отмечается состояние странного напряжения, беспокойства, чувство неизбежности чего-то грядущего, неопределенной угрозы со стороны окружающего, ощущения того, что должно что-то произойти, то, что прервет чувство неопределенности, разгонит темноту, окружающую больного. В связи с этим постепенно нарастает неуверенность, тревожность, настороженность, склонность к сверхценному восприятию, чувствованию, пониманию и истолкованию.

С наступлением фазы озарения, по мнению А. Керпински [68-70], происходит внезапное прозрение, все становится понятным и ясным, в бредовом озарении с этого момента окружающее и сам больной видятся и понимаются иначе, рождается новый человек с бредовой уверенностью, знающий «истинную правду», который мир видит уже другими глазами.

В фазе систематизации, или кристаллизации бреда, пока еще отрывочное бредовое понимание начинает формироваться в сложную, целостную, с разной степенью систематизации концепцию бредового истолкования всего окружающего и себя или отдельных явлений. Бредовая концепция охватывает все личностные проявления, ей подчиняются воспоминания прошлого, восприятие настоящего (поведение близких и незнакомых людей, мельчайшие детали окружающей ситуации и т.д.), изменения эмоциональных переживаний своих и окружающих людей. Нет ничего, чтобы с ней каким-то образом не было связано («overinclusion» – «чрезмерное включение», в соответствии с современной пси-

хологической терминологией). Как отмечает А. Керпински [68-70], у больного усиливается эгоцентричность психологической структуры, исчезает нормальная перспектива, которая позволяет отделять то, «что меня касается» от того, «что меня не касается», в результате чего окружающее приобретает какое-то особое отношение к нему, все начинает касаться его, заостряться наблюдательность и память. При повышенном самовосприятии бредовые идеи имеют характер величия и всемогущества, при пониженном – преследования и управления извне, но часто отмечается и их сочетание, с колебаниями, преобладанием того или другого, что дает большое разнообразие клиническим проявлениям параноидной шизофрении.

В развитии шизофренического процесса выделяют три этапа – овладения, адаптации и деградации. Однако это не значит, что всегда все три периода обязательно должны выделяться в каждом случае шизофрении; иногда после первого и второго периода больной полностью выздоравливает, и трудно найти в его личности следы деградации. Иногда первые два периода бывают очень короткими и протекают незамеченными, больной как бы сразу вступает в стадию деградации. Так бывает, к примеру, в случаях простой и гебефренической шизофрении.

В стадии овладения, то есть начального этапа шизофренического процесса, больной внезапно или постепенно как бы сам меняется или оказывается в другом (враждебном или благосклонном) мире. В стадии адаптации вначале больной единственно правдивым считает свое бредовое восприятие мира, однако, постепенно адаптируясь в болезненных переживаниях, начинает в какой-то мере воспринимать и реальное окружение (двойная ориентировка), с улучшением состояния эта тенденция усиливается, появляется критическое отношение к болезни. Но вместо выздоровления (ремиссии) могут все больше выступать признаки этапа деградации, бездеятельности, чему могут способствовать некоторые методы активной терапии, длительное пребывание больного в больничных условиях. В поздних стадиях обычно наступает стабилизация состояния с преобладанием одного из типов бреда, чаще бреда преследования [50, 51, 68-70, 87-90].

К. Conrad [91] подробно описал течение и стадии шизофрении: а) трема (утрата единства восприятия внутреннего и внешнего мира; возникает чувство потери свободы, неузнаваемости мира (вариант деперсонализации) или чувство

неспособности к общению); б) апофения (утрата единства восприятия внутреннего и внешнего мира достигает такой степени, что нарушается связь между неразделимыми понятиями; это приводит к бреду и другим параноидным симптомам); в) апокалипсис (полное разрушение единства восприятия, фрагментация психической жизни и самосознания (фрагментация «Эго»); г) стадия консолидации и остаточного дефекта. Исследованное автором постоянно прогрессирующее течение встречается редко, но, благодаря взглядам К. Conrad, психиатры стали уделять больше внимания зависимости симптоматики от длительности заболевания, а также тому тяжелому психологическому кризису, который переживают некоторые больные на ранних стадиях данного расстройства.

Таким образом, течение шизофренического процесса, в том числе и параноидной шизофрении, подчиняется тем же закономерностям, которые в свое время выявил Н. Selye (1956) в течении соматических заболеваний, – трехфазном синдроме стресса (реакция тревоги, стадия сопротивления и стадия истощения) [92].

Нередко источником развития бреда служат нарушения восприятия окружающего мира и себя, а также расстройства аффективной сферы. В результате этого на всех этапах развития параноидной шизофрении могут быть состояния с отчетливым проявлением либо бреда, либо галлюцинаций, что некоторыми психиатрами объясняется наличием у пациента мыслительного или художественного типа личности, хотя, как правило, наблюдается в клинической картине те и другие расстройства. Акцент бредовых переживаний может быть больше на изменениях восприятия или мыслительной оценки то окружающего, то внутреннего мира больного. G. Huber, G. Gross [93] наименованием «бред» обозначали только те психопатологические феномены, которые Н.W. Gruhle и, частично, К. Jaspers называли «первичным бредом», и относили к бредовым переживаниям расстройства, которые в специальной психиатрической литературе обозначались как «вторичный бред», вытекающий из галлюцинаторных, аффективных и других расстройств. Фазное развитие шизофренического бреда на первом этапе характеризуется бредовым настроением, но еще не сопровождающимся идеями отношения; на втором этапе появляется бредовое восприятие отношения воспринимаемого к собственной личности; на третьем этапе – бредовые идеи и восприятия имеют явный характер «особого отношения окру-

жающего к личности больного» и (или) уже конкретное бредовое значение.

Среди галлюцинаторных расстройств (истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации) обычно преобладают слуховые, вербальные, непосредственно связанные с механизмами абстрактного мышления, но нередко наблюдаются тактильные, телесные, вкусовые, обонятельные, реже – зрительные галлюцинаторные расстройства. E. Bleuler [49], в отличие от некоторых других авторов, нарушениям сферы ощущений и восприятий при шизофрении отводит одну из главнейших ролей, включая в их число иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации всех органов чувств в психической и соматической сферах. Следовательно, эти нарушения, нередко доходящие до чувства психосоматической и психической деперсонализации и аперсонализации, часто служат поводом или источником возникновения бредовых идей физического и психического воздействия, метаморфозы и интерметаморфозы, ипохондрических, преследования и других с соответствующими формами поведения.

У больных молодого возраста и с ускоренным темпом развития расстройств в структуре психоза часто наблюдаются элементы чувственно-образного бреда (бред особого значения, инсценировки и др.), симптом иллюзии двойника, онейроидные переживания, вербальные галлюцинации. Но с замедлением темпа течения и увеличением продолжительности расстройств психопатологическая симптоматика все больше стабилизируется, бред приобретает устойчивый параноидный, паранойяльный или парафренный характер [43, 51, 56, 94-113].

В пожилом возрасте заметное место в клинической картине параноидной шизофрении занимают тревога, бредовые идеи отношения, преследования, ущерб и ипохондрического содержания с тенденцией к систематизации [60, 114-120].

В структуре параноидной шизофрении также описаны аффективно-паранойяльные синдромы. Так, Г.И. Зальцман, Р.Г. Илешева, Н.Т. Измайлова выделяют следующие синдромы: 1) депрессивно-паранойяльный без депрессивного бреда; 2) депрессивно-паранойяльный с депрессивным бредом; 3) депрессивно-паранойяльный с транзиторным бредом инсценировки и воздействия; 4) депрессивно-паранойяльный с ипохондрическим бредом; 5) маниакально-паранойяльный без маниакального бреда; 6) маниакально-паранойяльный с маниакальным бредом [121].

Характерно, что у больных параноидной шизофренией нарушается способность к узнаванию юмора, что обусловлено характерными для этих больных нарушениями мышления, а также влиянием параноидальных тенденций [122].

Л.Н. Видманова [33] выделяет четыре типа эндогенных тревожных депрессий, которые встречаются при приступообразно-прогредиентной шизофрении: 1) меланхолические заторможенные и ажитированные; 2) ипохондрические; 3) депрессии с интерпретированным и чувственным бредом; 4) депрессия с психопатоподобными проявлениями.

Параноидную шизофрению большинство отечественных исследователей рассматривают в рамках непрерывно-прогредиентного (хронического) или приступообразно-прогредиентного (эпизодического) типа течения. Однако, как показали многочисленные наблюдения, параноидная шизофрения имеет преимущественно волнообразное течение, на разных стадиях своего развития может изменяться ее тип течения, и могут наблюдаться ее переходные типы [3, 4, 29, 31, 32, 40].

Согласно диагностическим указаниям ICD-10 к параноидной шизофрении также относится и ее парафреническая форма. Заболевание обычно начинается у лиц старше 30, иногда 40 лет, и характеризуется сложностью и фантастичностью бреда, сохранностью эмоциональных реакций, формальных интеллектуальных способностей, медленным нарастанием признаков дефекта. В психопатологической картине преобладают два основных компонента: галлюцинаторный – со зрительными онейроидного типа и слуховыми галлюцинациями, протекающие на фоне сохраненного сознания, и параноидный – с фантастическим систематизированным бредом различного содержания. Дальнейшее развитие процесса приводит к медленному распаду бредовой системы с преобладанием в клинической картине эмоционального дефекта.

М.О. Гурович [8], В.А. Гиляровский [123], И.Ф. Случевский [124], А.С. Тиганов [29, 125], Ст. Стоянов [126], А.П. Чуприков, А.А. Педак, А.Н. Линёв [127] и многие другие исследователи выделяют четыре варианта парафренической шизофрении.

Первый вариант – «систематизированная парафрения», характеризующаяся постепенным началом и медленными темпами развития бреда, с тенденцией к систематизации и чаще возникающая у мужчин. В дебюте заболевания прослеживаются подозрительность и идеи отноше-

ния, с дальнейшей систематизацией бреда отношения, величия, преследования, появлением слуховых галлюцинаций. Чаще вначале атематический характер псевдогаллюцинаций и истинных галлюцинаций заменяется все более четким содержанием, в котором находит отражение кристаллизирующаяся бредовая система преследования. При этом выступает своеобразная компенсация, которая выражается в утверждении больных, что если их преследуют, то это указывает на их особое значение.

Второй вариант – «экспансивная парафрения» чаще развивается у женщин и характеризуется преобладанием в клинической картине систематизированного бреда переоценки собственной личности с эротическим, религиозным, реформаторским и другим содержанием, протекающим на фоне приподнятого настроения и гипербулии. Иногда встречаются зрительные и слуховые галлюцинации.

Третий вариант – «конфабуляторная парафрения» характеризуется тем, что, кроме обманов восприятия, очень большое значение в развитии систематизированного бреда имеют обманы памяти. Больные, утверждая бредовые положения, основываются на обманах памяти, отражающих определенные эпизоды с той или иной фабулой, которая тесно связана с содержанием бредовых идей, как преследования, так и величия, сопровождающихся конфабуляторными явлениями и галлюцинациями различного содержания, имеющие эпизодический или постоянный характер.

Четвертый вариант – «фантастическая парафрения» очень напоминает предыдущую, но бредовые идеи при этом носят фантастический характер, не теряя все же систематизированной основы. Здесь выступают и обманы памяти типа фантазмов и бредовые идеи, по содержанию отражающие совершенно невероятные, но вместе с тем и не имеющие характера нелепости утверждения. Нередко на фоне сохраненного сознания могут возникать эмоционально окрашенные фантастические бредовые идеи, сценopodobные фантастические галлюцинаторные переживания и галлюцинации общего чувства.

Большое внимание в настоящее время уделяется изучению шизофренического дефекта. Исследователями нозологического направления отмечены такие изменения, как нарастающий распад мыслительных процессов, оскудение и распад бредовых построений, потеря творческого компонента в поведении, неадекватность поведения и т.п. Для антинозологически настроенных психиатров проблема специфического

дефекта при отдельных нозологических единицах или даже этиопатогенетических группах не существует. Дефект при процессуальных психических состояниях лишь в экстренных случаях бывает «чистым», в большинстве же случаев он является довольно сложным структурным образованием, включающим в себя как симптомы распада психической деятельности, так и всевозможные симптомы реакций и развития личности, а также проявлений текущего процесса. С этой точки зрения необходимо отказаться от взгляда на дефектное состояние как на неизменные статические структуры и со всей решительностью развивать структурно-динамические представления об этом сложном и тяжелом состоянии. Помимо трех выше указанных компонентов в структуре дефекта, не следует забывать и четвертый – симптомы, отражающие его компенсацию. Роль каждого из этих структурных компонентов нужно должным образом оценивать в индивидуальном диагнозе дефектного состояния и при выработке комплекса мероприятий по его смягчению или ликвидации [29, 128-136].

Одним из основных проявлений шизофренического дефекта принято считать эмоциональный дефект – эмоциональную тупость, то есть совокупность таких симптомов, как слабость эмоциональных реакций, эмоциональных контактов, оскудение чувств, эмоциональная холодность, переходящая в полное равнодушие и безучастность, неадекватность эмоционального реагирования, эмоциональная несдержанность и т.д. Генез и структурные особенности этого вида шизофренического дефекта различны, о чем свидетельствуют работы А.В. Снежневского [39, 137, 138], Д.Е. Мелехова [139], В.Ю. Воробьева [140], Н.Е. Бачерикова [141], А.С. Тиганова [29], С.Ю. Циркина [142], М.А. Морозова, А.Г. Бениашвили, В.В. Рубашкина [134], G. Huber, G. Gross, R. Schttler [143], H. Ey [83] и других.

В структуре шизофренического дефекта выделяют обратимый и необратимый компоненты. К обратимым относятся остаточные продуктивные психотические расстройства, а к необратимым – состояния «чистого» дефекта, которые соответствуют «редукции энергетического по-

тенциала» или «динамическому опустошению». Многие авторы указывают на отсутствие нозологической специфичности «чистого» дефекта, который не отличим от резидуальных явлений при некоторых органических поражениях или тяжелых неврозах, развитиях и реакциях. «Чистый» дефект выражается в замедлении перцептивных и моторных функций, снижении зрительно-моторной координации, ослаблении избирательного внимания, соскальзывании и недостаточной управляемости мыслительных актов, изменениях когнитивных и речевых функций.

Н.С. Курек [144], анализируя структуру эмоциональной тупости с использованием трех основных компонентов (когнитивный, собственно аффективный и поведенческий), установил дефицит положительных эмоций и интактность отрицательных; нарушение «когнитивного аспекта» эмоционального процесса в виде полной недооценки больными шизофренией эмоций и эмоциональных ситуаций, как у себя, так и у другого человека; диссоциацию, расщепление трех, выделенных выше, компонентов эмоционального процесса. Так, при «диссоциации интеллекта и аффекта» сохранен когнитивный компонент (восприятие эмоций другого человека) и нарушен собственно аффективный и поведенческий компоненты. При «психической анестезии» (одной из форм деперсонализации), наоборот, нарушен когнитивный аспект (недооценивается выраженность собственных эмоций) и сохранены собственно аффективный и поведенческий компоненты. А при «эмоциональной холодности» сниженные «собственно аффективный» и когнитивный компоненты сочетаются с интактным поведенческим компонентом.

Таким образом, клиническая картина, течение, острота и тяжесть параноидной шизофрении, как и шизофрении в целом, чрезвычайно разнообразны. Это, вне сомнения, зависит от многих этиологических и патогенетических факторов, определяется взаимодействием наследственной отягощенности, условий воспитания, типа и структуры личности, актуальной ситуацией возникновения психоза, образования, профессии, жизненного опыта, семейного положения и других факторов, которые нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

ДО ВИВЧЕННЯ КЛІНІКИ ПАРАНОЇДНОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки

У роботі обговорюються питання клініки параноїдної форми шизофренії, що найчастіше зустрічається і є найбільше складною по клініці. Детально висвітлюються етапи розвитку шизофренічного процесу, галюцинаторні та маячні розлади, механізми виникнення маячення, афективно-параноїдальні і тривожні розлади, питання шизофренічного дефекту. Приводиться порівняльний аналіз різних точок зору багатьох дослідників із згаданої проблеми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 122-130).

P.T. Petryuk

TO THE STUDY OF CLINIC OF PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA (REVIEW OF LITERATURE)

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

In work the questions of clinic come into question most often meeting and difficult on a clinic paranoid form of schizophrenia. The stages of development of schizophrenia process are lighted in detail, hallucinatory and raving disorders, mechanisms of origin of delirium, disorders of highly affective-paranoid and anxious, questions of schizophrenia defect. A comparative analysis over of different|diverse| points of view of many researchers is brought on mentioned issue. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 122-130).

Литература

1. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
2. Schneider K.L. Primare und secundare Symptome bei Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1957. — Bd. 25. — S. 487-498.
3. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — Т. 1. — М.: Медицина, 1983. — С. 304-355.
4. Наджаров Р.А., Тиганов А.С., Смулевич А.Б., Шахматов Н.Ф., Иванов Вл. Шизофрения // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — В 2-х т. — Т. 1. — М.: Медицина, 1988. — С. 420-485.
5. Жариков Н.М. Шизофрения // Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. — М.: Медицина, 1989. — С. 419-444.
6. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. — СПб.: СПбМАПО, 1996. — 496 с.
7. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинская книга, 2007. — 784 с.
8. Гуревич М.О. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1949. — 502 с.
9. Кербинов О.В. Острая шизофрения. — М.: Медицина, 1949. — 176 с.
10. Кербинов О.В. Шизофрения как нозологическая проблема // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. — М.: ВНОИП, 1962. — С. 5-18.
11. Кербинов О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
12. Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. — М.: ГНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1961. — 138 с.
13. Амбрумова А.Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. — М.: НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1962. — 218 с.
14. Зеневич Г.В. Возможности унификации понятия „шизофрени“ в клинической практике // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. — М.: ВНОИП, 1962. — С. 156-162.
15. Халецкий А.М. Шизофрения, ее границы и психопатологические особенности // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. — М.: ВНОИП, 1962. — С. 56-65.
16. Халецкий А.М. Вопросы классификации и психопатологии парафрени // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1973. — Т. 73. — № 1. — С. 56-65.
17. Стрельцова Н.И. Клинико-патофизиологические данные о начале и развитии шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1964. — Т. 64. — № 1. — С. 75-79.
18. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии: Клинико-патогенетические зависимости. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.
19. Глазов В.А. Шизофрения: Клинико-экспериментальное исследование. — М.: Медицина, 1965. — 228 с.
20. Соколова Е.Д. Клиника и психопатологические особенности галлюцинаторной и галлюцинаторно-параноидной шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1966. — Т. 66. — № 9. — С. 1377-1384.
21. Наджаров Р.А. Клиника, основные этапы учения о шизофрении и её клинических разновидностях // Шизофрения. Клиника и патогенез. — М.: Медицина, 1969. — С. 29-119.
22. Наджаров Р.А. Формы течения // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — С. 16-76.
23. Фрумкин Я.П., Ревенко А.Д., Лившиц С.М. Шизофрения — шизофренические реакции // VI Всесоюз. съезд невропатол. и психиатр.: Тезисы докладов. — Т. 3. — М.: ВНОИП, 1975. — С. 130-133.
24. Полищук И.А. Концепции шизофрении // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. — К.: Здоров'я, 1976. — С. 5-32.
25. Татаренко Н.П. Психопатология шизофрении и диагностика некоторых ее форм // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. — К.: Здоров'я, 1976. — С. 33-55.
26. Татаренко Н.П., Милявский В.Н. Начало, формы, типы течения и исход шизофрении // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. — К.: Здоров'я, 1976. — С. 56-90.
27. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. — М.: Медицина, 1977. — 173 с.
28. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. — М.: Медицина, 1982. — 128 с.
29. Тиганов А.С. Шизофрения // Руководство по психиатрии: В 2-х т. — Т. 1. / Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 407-555.
30. Копейко Г.И. Сенситивный бред отношения в юношеском возрасте (вопросы феноменологии и динамики) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1987. — Т. 87. — № 11. — С. 1710-1716.
31. Алимов Х.А., Хамдамов Х.С., Монасыпова И.Х. О клинике и течении приступообразно-прогредиентной шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатр. и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). — Т. 2. — М.: ВНОИП, 1988. — С. 284-285.
32. Алимханов Ж.А. К психопатологии бредовых синдромов параноидной шизофрении // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). — Т. 2. — М.: ВНОИП, 1988. — С. 286-288.
33. Видманова Л.Н. К вопросу о психопатологической структуре эндогенных тревожных депрессий // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). — Т. 2. — М.:

ВНОПІ, 1988. – С. 296-298.

34. Пантелева Г.П. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 1. – С. 63-68.
35. Воронков Г.Л., Шевчук И.Д., Шелунцов Б.В. Шизофрения // Справочник врача-психиатра / Под ред. Г.Л. Воронцова, А.Е. Видренко, И.Д. Шевчук. – К.: Здоров'я, 1990. – С.123-139.
36. Кузнецов В.М., Чернявский В.М. Психиатрия. – К.: Здоров'я, 1993. – 344 с.
37. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: „Экспертное бюро-М“, 1997. – 496 с.
38. Марута Н.А., Бачериков А.Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) // Международный медицинский журнал. – 2002. – № 1-2. – С. 46-52.
39. Снежневский А.В. Клиническая психиатрия (избранные труды). – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2004. – 272 с.
40. Сергеев И.И. Шизофрения // Психиатрия: Учебник для студентов мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 345-370.
41. Гильбурд О.А. Клинические маркеры и психопатологический фон шизофрении. Сообщение V: Семiotика параноидной формы // Таврический журнал психиатрии. – 2004б. – Т. 8. – № 4 (29). – С. 10-15.
42. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. – М.: Издательский дом Видар-М, 2007. – 360 с.
43. Гурьева В.А. Шизофрения. Инициальный деликт, криминальная манифестация // Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин и др.; Под ред. В.А. Гурьевой. – М.: ООО „Медицинское информационное агентство“, 2007. – С. 158-182.
44. Марута Н.А. Первый эпизод шизофрении (диагностика и терапия) // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15. – Вип. 1 (50). – С. 206-207.
45. Марута Н.А., Явдак И.А. Применение ризапексола в терапии больных шизофренией // Укр. вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16. – Вип. 4 (57). – С. 45-49.
46. Психиатрия и наркология: Учебник / В.Л. Гавенко, В.С. Битенский, А.К. Напреенко и др.; Под ред. В.Л. Гавенко, В.С. Битенского. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.
47. Astrup Chr. Die Schizophrenien. – Leipzig: Hirzel Verlag, 1967. – 279 S.
48. Wyrsh J. Эндогенные психозы. Клиника шизофрении // Клиническая психиатрия: Пер. с нем. Б.М. Сегала и И.Х. Дворецкого / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Миоллера. – М.: Медицина, 1967. – С. 9-58.
49. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie – 12 Auflage neubearbeitet von M. Bleuler. – New York: Springer-Verlag (Berlin), 1972. – 704 s.
50. Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1972. – 673 s.
51. Bleuler M. On schizophrenic Psychoses // Amer. J. Psychiatry. – 1979. – V. 136. – N 11. – P. 1403-1409.
52. Lempriere T., Feline A. Abrege de Psychiatrie de 1^{ul}ulte. f Paris: Masson, 1977. – 430 p.
53. Rennert H. Zur Entstehung und Einordnung psychischer Krankheiten aus der Sicht einer Universalgenese der Psychosen // Psychiatr. Neurol. med. Psychol. – 1977. – N 1. – S. 9-13.
54. Милев В. Халюцинации. Происход и сущност. – София: Медицина и физкультура, 1979. – 168 с.
55. Scharfetter Ch. Allgemeine Psychopathologie. Einführunf. – 2 fberarbeitete Auflage. – Stuttgart-New York: Thieme Verlag, 1985. – 304 s.
56. Handbook of Shizophrenia / H.A. Nasrallah, D.R. Weinberger, F.A. Henns, L.E. Delisi, M.T. Tsung, J.C. Simpson, M.I. Herz, S.J. Keith, J.P. Docherty, S.R. Steinhauer, J.H. Gruzeiler, J. Zubin (eds.). – Vol. 1-5. – Amsterdam-New York: Elsevier, 1986-1990 (Every volume about 600 p).
57. Иванов В. Шизофрения. Психопатология и други болестни прояви. Клинични форми и протичане // Ръководство по психиатрия: В 2-х т. / Под ред. на проф. Христо Христов. – Т. 1. – София: Медицина и физкультура, 1987. – С. 242-261.
58. (Kaplan H.I., Sadock B.J.) Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.. Клиническая психиатрия. – В 2 т. – Т. 1: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – С. 232-272.
59. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry / H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds.). – 8th ed. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. – 1401 p.
60. Kaplan H.I., Sadock B.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry: In 2 Volumes / Editors B.J. Sadock, V.A. Sadock. – Eighth Edition. – Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – V. 1. – Pp. 1-2054; V. 2. – Pp. 2055-4064.
61. (Еу Н.) Эй А. Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии: Пер. с фр. / Предисл. Ж. Гаррабе. – К.: Сфера, 1998. – 388 с.
62. Pull Ch.B. Диагностика шизофрении: обзор литературы // Шизофрения: Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. – К.: Сфера, 2005. – С. 1-33.
63. Strauss J.S. Диагностика шизофрении: практика и теория /

/ Шизофрения: Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. – К.: Сфера, 2005. – С. 34-35.

64. Liddle P.F. Диагноз шизофрении и ее патогенез // Шизофрения: Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. – К.: Сфера, 2005. – С. 41-42.
65. McKenna P.J. Schizophrenia and Related Syndromes. – 2nd edn. – Routledge, 2007. – 536 p.
66. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. – Achte unveränd. Auflage. – Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1965. – 748 S.
67. (Jaspers K.) Ясперс Карл. Общая психопатология: Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
68. Kepinski A. Schizophrenia. – Wyd. 3-ie. – Warszawa: PZWL, 1979. – 284 s.
69. (Kepinski A.) Кемпинский А. Психология шизофрении: Пер. с польск. А.А. Боричева. – СПб.: Ювента, 1998. – 296 с.
70. (Kepinski A.) Кемпінські А. Шизофренія: Пер. з польськ. за ред. Н.І. Долішної. – Львів: Видавництво Мс, 2004. – 202 с.
71. Sharma T., Harvey P.D. The Early Course of Schizophrenia. – Oxford: University Press, 2006. – 264 p.
72. Amminger G.P. Leicester S., Yung A.R., Phillips L.J., Berger G.E., Francey S.M., Yuen H.P., McGorry P.D. Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals // Schizophrenia Research. – 2006. – V. 84 (1). – P. 67-76.
73. Addington J. Cadenhead K.S., Cannon T.D., Cornblatt B., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M., Walker E.F., Woods S.W., Heinssen R. North American prodrome longitudinal study: a collaborative multisite approach to prodromal schizophrenia research // Schizophr. Bull. – 2007. – V. 33 (3). – P. 665-672.
74. Маллер О. О патогенезе и лечении острого бреда // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1958. – Т. 58. – № 3. – С. 269-273.
75. Влох І.Й., Дишук І.П., Лісовенко В.Л., Миколайський М.В., Напреенко О.К., Сонник Г.Т. Розлади мислення // Психіатрія / О.К. Напреенко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 107-121.
76. Чистович А.С. Пособие по психиатрии. – Л.: ВММА, 1954. – 239 с.
77. Сонник Г.Т., Дишук І.П., Напреенко О.К. Психічні розлади при інфекційних захворюваннях. Нейросифіліс // Психіатрія / О.К. Напреенко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 210-236.
78. Цивилько М.А., Коркина М.В., Марилов В.В. Психические нарушения при общих и мозговых инфекциях и СПИДе // Психиатрия: Учебник для студентов мед. вузов. / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 251-272.
79. Leonhard K. Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen hergesehen // Schizophrenia Neurol. med. Psychol. – 1967. – N 9. – S. 321-326.
80. Ey H. La probleme de la definition et de la delimitation du groupe des schizophrenies // II Congr. Internat. Psychiat. – V. 1. – Zürich: Orell Füssli, 1959. – P. 144-151.
81. Ey H. Le fond du probleme // Rev. Med. – 1968. – V. 9. – N 24. – P. 1547-1555.
82. Ey H. La dissolution de la conscience dans le sommeil et le reve et ses rapports avec la psychopathologie // Evolut. psychiatrique. – 1970. – N 1. – P. 1-37.
83. (Еу Н.) Эй А. Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии: Пер. с фр. / Предисл. Ж. Гаррабе. – К.: Сфера, 1998. – 388 с.
84. Дереча В.А. Эмоции как патологическое опережающее отражение в бредообразовании // Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи: Тезисы научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения проф. П.Б. Ганнушкина / Под общ. ред. М.Ш. Вольфа (г. Москва, 29-30 июня 1975 г.). – М.: Б.и., 1975. – С. 141-143.
85. Пантелева Г.П. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 1. – С. 63-68.
86. Зурабашвили А.Д. Проблемные вопросы клинической патофизиологии шизофрении // Шестой Всесоюз. съезд невропатолог. и психиатр.: Тезисы докладов (г. Москва, 16-20 декабря 1975 г.). – Т. 3. – М.: ВНОПІ, 1975. – С. 51-54.
87. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1981. – 496 с.
88. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
89. Pogue-Geile M.F., Harrow M. Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression // Schizophr. Bull. – 1984. – V. 10. – N 3. – P. 371-387.
90. Pedersen D.P. Psych. Notes. Clinical Pocket Guide. – Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005. – 218 P.
91. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. – Stuttgart: Georg Thieme, 1958. – 315 s.
92. Selye H. The stress of Life. – New York: McGrawhill, 1956. – 125 p.
93. Huber G., Gross rankungen G. Wahn. Eine deskriptiv-phnomenologische Untersuchung schizophrener Wahns. – Stuttgart:

- F. Enke Verlag, 1977. – 181 s.
94. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медицина, 1971. – 128 с.
95. Вроно М.Ш. Шизофрения в детском и подростковом возрасте // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 355-373.
96. Ковалев В.В. О месте и роли компенсаторных психогенных образований в клинике шизофрении // Шестой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов (г. Москва, 16-20 декабря 1975 г.). – Т. 3. – М.: ВНОИП, 1975. – С. 59-62.
97. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
98. Ковалев В.В. Онтогенетическое направление в психиатрии, его теоретическое и практическое значение // Первый съезд психиатров социалистических стран / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: ВНИИ им. В.П. Сербского, 1987. – С.70-77.
99. Мамцева В.Н. Шизофрения // Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. В.В. Ковалева. – М.: Медицина, 1979. – С. 330-376.
100. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
101. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. – 216 с.
102. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статистика и динамика). – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
103. Булахова Л.А. Шизофрения // Детская психоневрология / Л.А. Булахова, О.М. Саган, С.Н. Зинченко и др.; Под ред. Л.А. Булаховой. – К.: Здоровья, 2001. – С. 338-348.
104. Портнов В.В. Типологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении // Психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 7-12.
105. Lambert P.-A., Mident M. Essai sur les formes cliniques actuelles de la schizophrénie chez l'adulte // Ann. med.-psychol. – 1972. – N 4. – P. 449-483.
106. Berner P. Unter welchen Bedingungen lassen I weitere Verlaufsforschungen noch neue Erkenntnisse über die endogenen Psychosen erwarten // Psychiatr. Klin. – 1982. – N 3. – S. 197-198.
107. Armenteros J.L., Fenneii V.W., Hallin A., Adams P.B., Pomerantz P., Michell M., Sanches L.E., Campbell M. Schizophrenia in hospitalized adolescent: clinical diagnosis DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10 criteria // Psychopharmacol. Bull. – 1995. – N 31 (12). – P. 383-387.
108. Dingle A.D., Dulcan M.K. Psychiatric Disorders of Childhood and Adolescence // Clinical Psychiatry for Medical Students / Edited by A. Stoudemire. – Third Edition. – Philadelphia-New York: Lippincott-Raven Publishers, 1998. – P. 524-606.
109. Kay J., Tasman A., Liederman J.A. Psychiatry: Behavioral Science and Clinical Essentials. – Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo: W.B. Saunders Company, 2000. – 707 p.
110. Shaner R. Psychiatry. – 2-nd Edition. – Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. – 419 p.
111. Asarnow R.F., Nuechterlein K.H., Fogelson D., Subotnic K.L., Payne D.A., Russell A.T., Asamen J., Kuppinge H., Kendler K.S. Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – N 58 (6). – P. 581-588.
112. Keller A., Castellanos F.X., Vaituzis A.C., Jeffries N.O., Giedd J.N., Rapoport J.L. Progressive loss of cerebellar volume in childhood-onset schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2003. – N 160. – P. 128-133.
113. McClellan J.M. Early-Onset Schizophrenia // Comprehensive Textbook of Psychiatry: In 2 Volumes / Editors B.J. Sadock, V.A. Sadock. – Eighth Edition. – Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – V. 2. – P. 3307-3314.
114. Молчанова Е.К. Клиника шизофрении и особенности ее течения в пожилом и старческом возрасте // Шизофрения (клиника, патогенез, лечение): Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР / Под ред. Л.Л. Рохлина и Д.Д. Федотова. – Т. 56. – М.: Б.и., 1968. – С.196-204.
115. Шахматов Н.Ф. Бредовые формы шизофрении, манифестирующие в позднем и старческом возрасте // Шизофрения (клиника, патогенез, лечение): Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР / Под ред. Л.Л. Рохлина и Д.Д. Федотова. – Т. 56. – М.: Б.и., 1968. – С. 205-211.
116. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977. – 216 с.
117. Штернберг Э.Я. Возрастной аспект шизофрении в свете длительных катамнезов // Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Под ред. Э.Я. Штернберга; АМН СССР. – М.: Медицина, 1981. – С. 162-171.
118. Горчакова Л.Н. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – № 5. – С. 76-82.
119. Castle D.J., Howard R. What do we know about the aetiology of late-onset schizophrenia? // European Psychiatry. – 1992. – N 7. – P. 99-108.
120. (Howard R., Levy R.) Ховард Р., Леви Р. Шизофрения с поздним началом, поздняя парафрения и параноидные состояния позднего возраста // Психиатрия позднего возраста: В 2 т.: Пер. с англ. / Под общ. ред. В. Позняка. – Т. 2. – К.: Сфера, 2003. – С. 290-306.
121. Зальцман Г.И., Илешева Р.Г., Измайлова Н.Т. Типология аффективно-параноидальных синдромов при шизофрении и особенности ее течения // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). – Т. 2. – М.: ВНОИП, 1988. – С. 312-314.
122. Иванова Е.М. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Моск. гос. ун-т. – М., 2007. – 24 с.
123. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. – 4-е изд., испр. и доп. – 1954. – 520 с.
124. Случевский И.Ф. Психиатрия. – Л.: Медгиз, 1957. – 413 с.
125. Тиганов А.С. Психопатологические синдромы // Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1985. – С. 55-81.
126. Стоянов Ст. Парафрения // Руководство по психиатрии: В 2-х т. / Под ред. на проф. Христо Христовоз. – Т. 1. – София: Медицина и физкультура, 1987. – С. 261-268.
127. Чуприков А.П., Педак А.А., Линёв А.Н. Шизофрения (клиника, диагностика, лечение): Методическое пособие. – К.: Б.и., 1999. – 126 с.
128. Сосин И.К. Клинические варианты шизофренического дефекта // Психопатологические синдромы: Научные труды ГИДУВа. – Вып. 10. – Л.: Б.и., 1971. – С. 108-117.
129. Полищук И.А. К проблеме дефекта в психиатрии // Неврология и психиатрия: Республиканский межведомственный сборник. – Вып. 2. – К.: Здоров'я, 1972. – С. 31-36.
130. Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. – М.: Медицина, 1976. – 382 с.
131. Успенская Л.Я. Исходы шизофрении (клинико-эпидемиологическое исследование) // Первый съезд психиатров социалистических стран / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: ВНИИ им. В.П. Сербского, 1987. – С. 242-247.
132. Смудевич А.Б., Воробьев В.Ю. О характере дефекта при вялотекущей шизофрении // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). – Т. 2. – М.: ВНОИП, 1988. – С. 388-390.
133. (Смудевич А.Б.) Smulevich A.B. Slowly progressive schizophrenia and the boundary conditions. – Moscow: University Press, 1996. – 207 p.
134. Морозова М.А., Бениашвили А.Г., Рубашкина В.В. Шизофренический дефект в качестве терапевтической мишени (исследование терапевтической динамики неполной ремиссии у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9. – № 2. – С. 59-64.
135. Еу Н. Les problemes cliniques des schizophrénies // Йvol. Psych. – 1958. – V. 23. – N. 2. – P. 149-211.
136. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
137. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophréniae // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – С. 5-15.
138. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии: В 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 16-97.
139. Мелехов Д.Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. – М.: Б.и., 1977. – С. 27-41.
140. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект: на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 43 с.
141. Бачериков Н.Е. Общая психопатология. Теории синдромологического и нозологического диагноза в клинической психиатрии // Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова. – К.: Здоров'я, 1989. – С. 27-108.
142. Циркин С.Ю. Общее и частное в психопатологии, ее основные категории // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 3. – С. 4-10.
143. Huber G., Gross G., Schttler R. Schizophrenia. Eine verlaufs und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. – Berlin-Heidelberg-New York, 1979. – 399 s.
144. Курек Н.С. Психологический анализ эмоционального дефекта у больных шизофренией // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). – Т. 2. – М.: ВНОИП, 1988. – С. 329-331.

Поступила в редакцию 16.05.2010

УДК 616.89-008.442.36:615.851

*Г. С. Кочарян***ПСИХОТЕРАПИЯ ГОМОСЕКСУАЛОВ, ОТВЕРГАЮЩИХ СВОЮ СЕКСУАЛЬНУЮ
ОРИЕНТАЦИЮ: СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: нежелательная гомосексуальная ориентация, психотерапия, два подхода

В настоящее время существуют два подхода к оказанию психотерапевтической помощи гомосексуалам эго-дистоникам (тем гомосексуалам, которые отвергают свою сексуальную ориентацию). В соответствии с первым, их следует адаптировать к направленности собственного сексуального влечения и помочь им приспособиться к жизни в обществе с гетеросексуальными стандартами. Это так называемая поддерживающая или гей-аффирмативная терапия (англ. affirm – утверждать, подтверждать). Второй подход (конверсионная, сексуально-переориентирующая, репаративная, дифференцирующая терапия) направлен на то, чтобы помочь гомосексуальным мужчинам и женщинам изменить свою сексуальную ориентацию. Первый из указанных подходов базируется на утверждении, что гомосексуальность не является психическим расстройством. Он нашел свое отражение в МКБ–10 и DSM–IV.

По нашему мнению, а также мнению ведущих клинических и судебных сексологов Украины и России (В. В. Кришталь, Г. С. Васильченко, А. М. Свядощ, С. С. Либих, А. А. Ткаченко), гомосексуальность следует относить к расстройствам сексуального предпочтения (парафилиям) [1, 2]. Такого же мнения придерживаются многие профессионалы в США и, в частности, члены созданной в 1992 г. Национальной ассоциации по изучению и лечению гомосексуальности (National Association for Research and Therapy of Homosexuality; NARTH) [3]. Представляет интерес мнение по данной проблеме профессора-психиатра Ю. В. Попова – зам. директора по научной работе, руководителя отделения психиатрии подросткового возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, которое не упоминалось в наших предыдущих публикациях по обсуждаемой проблеме. Он отмечает, что «помимо моральных, социальных, юридических норм, рамки которых весьма относи-

тельны и могут даже в один и тот же исторический период значительно отличаться друг от друга в разных странах, этнических группах и религиях, вполне правомочно говорить и о биологической норме. На наш взгляд, стержневым критерием любого определения биологической нормы или патологии (видимо, это справедливо для всего живого) должен быть ответ на вопрос – способствуют ли те или иные изменения выживанию и воспроизводству вида или нет. Если рассматривать в этом аспекте любых представителей так называемых сексуальных меньшинств, то все они выходят за рамки биологической нормы» [4].

Следует отметить, что непризнание гомосексуализма в качестве сексуальной нормы отражено и в клиническом руководстве «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» под редакцией В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича [5], которое было утверждено 6 августа 1999 г. приказом №311 Министерства здравоохранения РФ [6]. В нем отражена позиция Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии (г. Москва) по данной проблеме. Таких же взглядов придерживаются на кафедре сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины [7].

В настоящее время медицинскому сообществу и обществу в целом пытаются навязать мысль о том, что сексуально-переориентирующую терапию следует запретить, во-первых, потому, что нельзя лечить здоровых людей, каковыми якобы являются гомосексуалы, а, во-вторых, потому, что она не может быть эффективной. На съезде Американской психиатрической ассоциации (the American Psychiatric Association; APA) в 1994 г. планировалось представить делегатам документ «Официальное заявление по поводу психиатрического лечения, направленного на изменение сексуальной ориентации», ко-

торый уже был одобрен советом попечителей ассоциации. В резолюции, в частности, утверждалось: «Американская психиатрическая ассоциация не поддерживает никакого психиатрического лечения, основанного на убеждении психиатра, что гомосексуальность является психическим расстройством, или имеющего целью изменить сексуальную ориентацию личности». Это заявление должно было стать официальным осуждением репаративной (конверсионной) терапии как неэтичной практики. Однако NARTH, заручившись помощью христианской организации «Внимание к семье» («Focus on the Family»), разослала письма членам ассоциации с протестами против «нарушения первой поправки». У протестующих были плакаты с лозунгами вроде «АПА не ГейПА». В итоге из-за недостаточной четкости некоторых формулировок принятие данного заявления было отложено, что NARTH и Exodus International считают своей победой [8].

Следует отметить, что Exodus International – межконфессиональная христианская организация, имеющая 85 филиалов в 35 государствах, которая, в частности, проводит работу, направленную на то, чтобы развить гетеросексуальное желание, а если это не получится, помочь гомосексуалам воздерживаться от сексуальных контактов с представителями своего пола. С этой целью проводится религиозное обучение, совмещаемое с групповым консультированием. Усилия фокусируются на травмах детства, которые, по мнению теоретиков данного движения, являются причиной гомосексуализма (отсутствие матери или отца, сексуальные домогательства, жестокость родителей). Сообщалось, что в 30% случаев эта работа приносит положительные результаты [9]. Позже (в 2008 г.) в интернете появился ряд публикаций, информирующих о том, что американские психологи Стэн Джонс и Марк Ярхаус провели исследование среди 98 членов этой организации, с которыми проводилась работа по изменению нежелательной для них гомосексуальной ориентации. По их данным, положительные результаты составили 38%. Исследователи уверяют, что конверсионные воздействия не привели к возникновению каких-либо неблагоприятных психических последствий у всех 98 чел., что противоречит установке противников указанных воздействий, утверждающих, что они вредны для психики человека.

Оба названных довода, которые приводят с целью запрещения конверсионной терапии (го-

мосексуальность – норма, конверсионная терапия неэффективна), являются несостоятельными. В связи с этим целесообразно сообщить, что исключение гомосексуализма из списка психических расстройств DSM происходило следующим образом. 15 декабря 1973 г. состоялось первое голосование президиума Американской психиатрической ассоциации, на котором 13 из 15 его членов высказались за исключение гомосексуализма из реестра психических расстройств. Это вызвало протест ряда специалистов, которые для проведения референдума по данному вопросу собрали необходимые 200 подписей. В апреле 1974 г. состоялось голосование, на котором из немногим более чем 10 тыс. бюллетеней 5854 подтвердили решение президиума. Однако 3810 не признали его. Эта история получила название «эпистемологического скандала» на том основании, что разрешение «чисто научного» вопроса путем голосования для истории науки является случаем уникальным [10].

В связи с попытками депатологизировать гомосексуализм известный российский судебный сексолог профессор А. А. Ткаченко [11] отмечает, что решение Американской психиатрической ассоциации по данной проблеме «было инспирировано давлением воинствующего гомофильного движения», и «выработанное в этих, экстремальных по сути, условиях определение (кстати, в значительной степени воспроизведенное в МКБ-10) отчасти противоречит принципам медицинской диагностики уже хотя бы потому, что исключает из разряда психических страданий случаи, сопровождающиеся анозогнозией». Автор сообщает также, что это решение «оказалось невозможным без пересмотра основополагающих понятий психиатрии, в частности, дефиниции психического расстройства как такового». Названное решение, по сути, является категорическим утверждением априорной «нормальности» гомосексуального поведения.

Анализируя факт изъятия из диагностической классификации Американской психиатрической ассоциации гомосексуализма, R. V. Bayer [12] утверждает, что оно не было обусловлено научными исследованиями, а явилось идеологической акцией, обусловленной влиянием времени. В связи с этим целесообразно привести сведения, о которых сообщает Кристль Р. Вонхольд [13]. Он отмечает, что для того чтобы понять действия АПА, нужно вернуться назад, в политическую обстановку 60–70-х годов. Тогда оказались поставленными под сомнение все традиционные ценности и убеждения. Это было вре-

мя бунта против каких бы то ни было авторитетов. В этой атмосфере небольшая группа радикально настроенных американских гомосексуалов развернула политическую кампанию за признание гомосексуализма нормальным альтернативным образом жизни. «Я голубой и счастлив этим» – таков был их главный лозунг. Им удалось одержать победу в комитете, который занимался пересмотром DSM.

В коротком слушании, которое предшествовало принятию решения, ортодоксально настроенных психиатров обвинили во «фрейдистском смещении». В 1963 году Нью-Йоркская медицинская академия дала поручение своему Комитету общественного здравоохранения подготовить отчет по вопросу о гомосексуализме, который пришел к выводам, что гомосексуальность, действительно, является расстройством, а гомосексуал – это индивидуум с нарушениями в эмоциональной сфере, неспособный к формированию нормальных гетеросексуальных отношений. Помимо этого, в отчете сообщалось, что некоторые гомосексуалы «выходят за рамки чисто оборонительной позиции и начинают доказывать, что такое отклонение представляет собой желательный, благородный и предпочтительный образ жизни». В 1970 году лидеры фракции гомосексуалов в АРА запланировали «систематические действия, направленные на срыв ежегодных заседаний АРА». Они отстаивали их правомерность на том основании, что якобы АРА представляет «психиатрию как социальный институт», а не как сферу научных интересов профессионалов.

Принятая тактика оказалась действенной и в 1971 г., уступив оказанному на них давлению, организаторы следующей конференции АРА согласились создать комиссию не по гомосексуализму, а из гомосексуалов. Председателя программы предупредили, что если состав комиссии не будет одобрен, то заседания всех секций будут сорваны активистами «голубых». Однако, несмотря на согласие позволить гомосексуалам провести самим обсуждение состава комиссии на конференции 1971 г., активисты «голубых» в Вашингтоне решили, что они должны нанести еще один удар по психиатрии, так как «слишком гладкий переход» лишил бы движение его главного оружия – угрозы беспорядков. Последовало обращение к Фронту освобождения гомосексуалов с призывом провести демонстрацию в мае 1971 г. Вместе с руководством фронта была тщательно разработана стратегия организации беспорядков. 3 мая 1971 г. протестующие

психиатры ворвались на собрание избранных представителей своей профессии. Они схватили микрофон и передали его активисту со стороны, который провозгласил: «Психиатрия – враждебное образование. Психиатрия ведет против нас безжалостную войну на истребление. Вы можете считать это объявлением войны против вас... Мы полностью отрицаем вашу власть над нами».

Никто не высказал никаких возражений. Затем активисты этих акций появились в Комитете АРА по терминологии. «Его председатель предположил, что, возможно, гомосексуальное поведение и не является признаком психического расстройства и что в «Справочнике по диагностике и статистике» этот новый подход к проблеме обязательно должен найти свое отражение». Когда в 1973 году Комитет собрался на официальное заседание по этому вопросу, за закрытыми дверями было принято заранее выработанное решение (см. выше).

Ф. М. Мондмор [8] следующим образом описывает события, предшествующие принятию данного решения. Автор сообщает, что исключению гомосексуализма из разряда расстройств в большой степени способствовала борьба лиц с однополой сексуальной ориентацией за гражданские права. 27 июня 1969 г. в Гринвич-Виллидж (Нью-Йорк) произошло восстание гомосексуалов, спровоцированное рейдом полиции нравов в гей-бар «Стоунволл Инн» на Кристофер-стрит. Оно продолжалось всю ночь, а на следующую ночь геи снова собирались на улицах, где они оскорбляли проходящих полицейских, бросали в них камни, устраивали пожары. На второй день восстания четыреста полицейских уже сражались с более, чем с двумя тысячами гомосексуалов. Начиная с этого времени, которое считают началом борьбы геев за гражданские права, это движение, вдохновленное примерами движения за свои гражданские права негров и движения против войны во Вьетнаме, носило агрессивный и временами конфронтационный характер. Результатом такой борьбы, в частности, явилось прекращение полицейских налетов на гей-бары. «Воодушевленные своим успехом в борьбе с полицейским преследованием, участники движения за права гомосексуалов направили усилия против другого исторического противника – психиатрии. В 1970 году гей-активисты ворвались на ежегодную встречу Американской психиатрической ассоциации и сорвали выступление Ирвинга Бибера по вопросам гомосексуальности, обозвав его «сукиным

сыном» в присутствии его шокированных коллег. Волна протестов заставила сочувствующих геем психиатров выступить за исключение гомосексуальности из официального списка психических заболеваний» [8].

На первом этапе АРА решила, что в будущем диагноз «гомосексуальность» должен применяться только в случаях «эго-дистонического» гомосексуализма, то есть в случаях, когда гомосексуальная ориентация приводила к «видимым страданиям» пациента. Если же пациент принимал свою сексуальную ориентацию, то теперь считалось недопустимым ставить ему диагноз «гомосексуалист», т. е. субъективный критерий заменил собой объективную оценку специалистов. На втором этапе слова «гомосексуализм» и «гомосексуальность» вовсе были изъяты из DSM, так как этот диагноз был признан «дискриминирующим» [13].

Д. Дейвис, Ч. Нил [14] следующим образом описывают динамику терминологии, связанной с гомосексуальностью. Они отмечают, что в 1973 г. гомосексуальность *per se* была исключена Американской Психиатрической Ассоциацией из списка психических расстройств, однако в 1980 г. она вновь появилась в этом списке под названием «эго-дистоническая гомосексуальность». Однако это понятие было изъято из списка психических расстройств при пересмотре DSM-III в 1987 г. Вместо него появилось понятие «неуточненного расстройства», обозначающее «упорное и выраженное состояние дистресса, связанное с переживанием своей сексуальной ориентации».

В МКБ-10 отмечается, что гомосексуальная и бисексуальная ориентация сами по себе не рассматриваются в качестве расстройств. Более того, обращает на себя внимание код F66.1 (эго-дистоническая сексуальная ориентация), который отражает такое положение, когда половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум желает, чтобы они были другими по причине дополнительно имеющихся психологических или поведенческих расстройств, и может стремиться к лечению с целью изменить их. В контексте того, что гомосексуальная ориентация в рассматриваемой классификации сама по себе не считается патологией, желание избавиться от названной ориентации, по сути, может расцениваться как наличие некоей аномальности [7].

Однако Кристль Р. Вонхольд [13] отмечает, что в 1973 г., как и в настоящее время, не было никаких научных аргументов и клинических

свидетельств, которые оправдывали бы такое изменение позиции в отношении гомосексуализма (признание его нормой).

В 1978 году, спустя пять лет после того, как АРА решила исключить «гомосексуализм» из DSM, было проведено голосование среди 10000 американских психиатров, являющихся членами данной ассоциации. 68% из заполнивших и вернувших анкету врачей по-прежнему считали гомосексуальность расстройством [13]. Также сообщается, что результаты международного опроса, проведенного среди психиатров об их отношении к гомосексуализму, показали, что подавляющее большинство из них рассматривает гомосексуализм как девиантное поведение, хотя он был исключен из списка психических расстройств [15].

Joseph Nicolosi (Джозеф Николоси) в разделе «Политика диагноза» своей книги «Репаративная терапия мужского гомосексуализма. Новый клинический подход» [16] убедительно доказал научную необоснованность такого серьезного действия. Он отмечает, что фактически ни одно новое психологическое или социологическое исследование не оправдывает это изменение... Это – политика, которая остановила профессиональный диалог. Воинствующие гей-защитники... вызвали апатию и замешательство в американском обществе. Гей-активисты настаивают, что принятие гомосексуала как человека не может произойти без одобрения гомосексуальности».

Что касается МКБ, то решение об изъятии гомосексуальной ориентации из списка психических расстройств этой классификации было принято перевесом всего лишь в один голос.

Следует отметить, что гомосексуальность не только сама по себе является патологией в сфере влечений. Как свидетельствуют специальные исследования, психические расстройства у гомосексуалов (геев и лесбиянок) встречаются гораздо чаще, чем у гетеросексуалов. Репрезентативные национальные исследования, проведенные на больших выборках гомосексуально и гетеросексуально ведущих себя индивидуумов, установили, что большинство из первых индивидуумов на протяжении всей жизни (life-time) страдают одним или более психическим расстройством.

Большое репрезентативное исследование было осуществлено в Нидерландах [17]. Речь идет о случайной выборке, состоящей из 7076 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 64 лет, которая была обследована с целью выявления

распространенности аффективных (эмоциональных) и тревожных расстройств, а также наркотической зависимости в течение жизни и в последние 12 месяцев. После исключения тех лиц, которые не имели сексуальных связей в течение последних 12 месяцев (1043 чел.), и тех, которые не ответили на все вопросы (35 чел.), осталось 5998 чел. (2878 мужчин и 31220 женщин). Среди обследованных мужчин однополюе сексуальные контакты имели 2,8% лиц, а среди обследованных женщин – 1,4%.

Был проведен анализ различий между гетеросексуалами и гомосексуалами, который показал, что как на протяжении жизни, так и в последние 12 месяцев мужчины-гомосексуалы имели гораздо больше психических расстройств (аффективных, включая депрессию, и тревожных) по сравнению с гетеросексуальными мужчинами. У гомосексуальных мужчин также отмечалась более сильная алкогольная зависимость. Лесбиянки отличались от гетеросексуальных женщин большей подверженностью депрессии, а также более высокой алкогольной и наркотической зависимостью. В частности, было выявлено, что большинство гомосексуально ведущих себя мужчин (56,1%) и женщин (67,4%) в течение всей жизни страдают одним или более психическим расстройством, в то время как большинство гетеросексуально ведущих себя мужчин (58,6%) и женщин (60,9%) на протяжении всей жизни не имело какого-либо психического расстройства.

При изучении данного контингента также было показано, что гомосексуализм связан с суицидальностью. В исследовании оценивали различия в признаках суицидальности между гомосексуальными и гетеросексуальными мужчинами и женщинами. Авторы пришли к выводу, что даже в стране со сравнительно терпимым отношением к гомосексуализму гомосексуальные мужчины намного больше подвержены риску суицидальности по сравнению с гетеросексуальными. Это нельзя было объяснить их более высокой психической заболеваемостью. У женщин такой явной зависимости выявлено не было [18].

В США было проведено исследование многих тысяч американцев, направленное на изучение риска возникновения психических расстройств среди индивидуумов, которые имели сексуальные отношения с партнерами того же самого пола [19]. Респондентов спрашивали о числе женщин и мужчин, с которыми они имели половые сношения за прошлые 5 лет. 2,1% мужчин и 1,5% женщин сообщило о контактах

с одним или более сексуальным партнером того же самого пола за последние 5 лет. Выявлено, что у этих респондентов в последние 12 мес. имела место более высокая распространенность тревожных расстройств, расстройств настроения, расстройств, связанных с использованием психоактивных веществ, а также суицидальных мыслей и планов, чем у тех, кто вступал в связь только с лицами противоположного пола. Авторы пришли к заключению, что гомосексуальная ориентация, определяемая по наличию однополюго сексуального партнера, ассоциируется с общим повышением риска возникновения вышеуказанных расстройств, а также суицидальности. Они отметили, что необходимы дальнейшие исследования для изучения причин, лежащих в основе этой ассоциации.

В Нидерландах проводилось изучение связи обращаемости за психиатрической помощью с сексуальной ориентацией [20]. Авторы указывают на существующее предположение, что гомосексуалы и бисексуалы реже обращаются за медицинской помощью по сравнению с гетеросексуалами в связи с тем, что они меньше доверяют системе здравоохранения. Цель исследования состояла в том, чтобы изучить различия в обращаемости за названной помощью, а также степенью доверия органам здравоохранения в зависимости от сексуальной ориентации. Обследована случайная выборка пациентов (9684 чел.), обратившихся к врачам общей практики. Установлено, что состояние здоровья было хуже у гомосексуальных мужчин и женщин по сравнению с гетеросексуальными. Не было выявлено никаких связанных с сексуальной ориентацией различий в доверии системе здравоохранения. Гомосексуальные мужчины более часто обращались по поводу проблем с психическим и соматическим здоровьем, чем гетеросексуальные мужчины, а лесбиянки и бисексуальные женщины более часто обращались в связи с психическими проблемами, чем гетеросексуальные женщины. Отмечается, что большую частоту обращаемости за медицинской помощью гомосексуалов и бисексуалов по сравнению с гетеросексуалами можно только частично объяснить различиями в состоянии их здоровья. Чтобы лучше понять полученные результаты, необходимо иметь данные о предрасположении к обращению за медицинской помощью гомосексуальных и бисексуальных мужчин и женщин.

D. M. Fergusson et al. [21] сообщили о двадцатилетнем лонгитюдном исследовании когорты из 1265 детей, рожденных в Новой Зе-

ландии. 2,8% из них были отнесены к гомосексуалам, что основывалось на их сексуальной ориентации или сексуальных партнерствах. Были собраны данные о частоте психических расстройств у лиц от 14 лет до 21 года. Гомосексуалы имели значительно более высокую распространенность большой депрессии (major depression), генерализованного тревожного расстройства, расстройств поведения, никотиновой зависимости, другой токсикомании и/или зависимости, множественных расстройств (multiple disorders), суицидальной идеации и суицидальных попыток. Некоторые из полученных результатов были следующими: 78,6% гомосексуалов по сравнению с 38,2% гетеросексуалов имели два или больше психических расстройства; 71,4% гомосексуалов по сравнению с 38,2% гетеросексуалов испытали большую депрессию; 67,9% гомосексуалов по сравнению с 28% гетеросексуалов сообщили о суицидальной идеации; 32,1% гомосексуалов по сравнению с 7,1% гетеросексуалов сообщили о суицидальных попытках. Было выявлено, что подростки с гомосексуальными романтическими отношениями имеют существенно более высокую частоту самоубийств.

S. T. Russell, M. Joyner [22] информировали о данных, полученных при национальном репрезентативном исследовании общей популяции подростков США. Было обследовано 5685 мальчиков-подростков и 6254 девочек подросткового возраста. О гомосексуальных романтических отношениях «сообщили 1,1% мальчиков (n=62) и 2,0% девочек (n=125)» (Joyner, 2001). Было выявлено следующее: попытки самоубийства имели в 2,45 раза более высокие шансы среди мальчиков с гомосексуальной ориентацией, чем среди гетеросексуальных мальчиков; попытки самоубийства имели в 2,48 раза более высокие шансы среди девочек с гомосексуальной ориентацией, чем среди гетеросексуальных девочек.

King et al. [23] осуществили изучение 13706 академических публикаций, осуществленных между январем 1966 г. и апрелем 2005 г. Одному или более из четырех методологических качественных критериев, необходимых для включения в мета-анализ, соответствовали, по крайней мере, 28 из них: осуществление выборки из общей популяции вместо отобранной группы, случайное осуществление выборки, 60%-ая или большая частота участия, размер выборки равняется или больше, чем 100 чел. Мета-анализ этих 28 исследований самого высокого качества информировал о результатах исследования сум-

марно 214344 гетеросексуальных и 11971 гомосексуальных субъектов.

В результате было выявлено, что у гомосексуалов психические расстройства встречаются более часто, чем у гетеросексуалов. Так, в частности, было обнаружено, что по сравнению с гетеросексуальными мужчинами у гомосексуальных в течение всей жизни (lifetime prevalence) имеет место:

- в 2,58 раза увеличенный риск депрессии;
- в 4,28 раза увеличенный риск попыток самоубийства;
- в 2,30 раза увеличенный риск преднамеренного самоповреждения.

Параллельное сравнение распространенности психических расстройств в последние 12 мес. (12-month prevalence) выявило, что гомосексуальные мужчины имеют:

- в 1,88 раза увеличенный риск тревожных расстройств;
- в 2,41 раза увеличенный риск наркотической зависимости.

King et al. [16] также установили, что по сравнению с гетеросексуальными женщинами у гомосексуальных в течение всей жизни (lifetime prevalence) имеет место:

- в 2,05 раза увеличенный риск депрессии;
- в 1,82 раза увеличенный риск попыток самоубийства.

Параллельное сравнение распространенности психических расстройств в последние 12 мес. (12-month prevalence) выявило, что гомосексуальные женщины имеют:

- в 4,00 раза увеличенный риск алкоголизма;
- в 3,50 раза увеличенный риск наркотической зависимости;
- в 3,42 раза увеличенный риск любого психического расстройства и расстройства поведения, вызванного употреблением психоактивного вещества.

О более низком уровне адаптации гомосексуальных мужчин свидетельствует изучение качества жизни (КЖ) у вышеназванного контингента нидерландских мужчин [24]. Гомосексуальные мужчины, но не женщины, отличались от гетеросексуальных по различным показателям КЖ. Одним из главных факторов, который отрицательно сказывался на КЖ у гомосексуальных мужчин, был их более низкий уровень самоуважения. Отмечается, что отсутствие связи между сексуальной ориентацией и качеством жизни у женщин наводит на мысль, что эта связь опосредуется другими факторами.

Дж. Николоси, Л. Э. Николоси [25] сообща-

ют, что часто ответственность за более высокий уровень психических проблем у гомосексуалов (мужчин и женщин) возлагают на притесняющее их общество. Хотя в этом утверждении, отмечают авторы, есть определенная доля истины, однако объяснить существующее положение влиянием только этого фактора не представляется возможным. В одном исследовании был обнаружен более высокий уровень психологических проблем среди гомосексуалов и в тех странах, где к гомосексуальности относятся благоприятно (Нидерланды, Дания), и там, где отношение к ней неодобрительное [26].

Утверждение о том, что конверсионная терапия не может быть эффективной, также является ошибочным. Об этом свидетельствует ряд данных. Результаты (J. Nicolosi et al., 2000) первого специально запланированного широкомасштабного исследования эффективности конверсионной терапии (обследовано 882 человека, средний возраст – 38 лет, 96% – лица, для которых очень важны религия или духовность, 78% – мужчины, средняя продолжительность лечения – около 3,5 лет) свидетельствуют о том, что 45% из тех, кто считал себя исключительно гомосексуалом, изменили свою сексуальную ориентацию на полностью гетеросексуальную или же стали больше гетеросексуалами, чем гомосексуалами [по 9]

Интересно отметить, что профессор Колумбийского университета Р. Л. Шпицер (R. L. Spitzer), ответственный за Американский классификатор психических болезней (DSM), который когда-то принимал решение об исключении гомосексуализма из списка психических расстройств, выступил с заявлением, что результаты переориентирующей терапии гомосексуалов во многом обнадеживают. Более того, в 2003 г. в журнале «Archives of Sexual Behavior» («Архив сексуального поведения») были опубликованы результаты возглавлявшегося им исследовательского проекта по проверке гипотезы, согласно которой у некоторых индивидуумов преобладающая гомосексуальная ориентация может измениться в результате терапии. Эта гипотеза подтвердилась в результате опроса 200 человек обо-его пола (143 мужчины, 57 женщин) [27].

Респонденты сообщили об изменениях в направлении от гомосексуальной ориентации к гетеросексуальной, которые сохранялись в течение 5 лет или более. Опрошенные субъекты были добровольцами, средний возраст мужчин составил 42 г., женщин – 44. Во время интервью 76% мужчин и 47% женщин были женаты/замужем

(перед началом терапии, соответственно, 21% и 18%), 95% респондентов являлись представителями белой расы, 76% закончили колледж, 84% проживали в США, а 16% – в Европе. 97% имели христианские корни, а 3% иудейские. Подавляющее число респондентов (93%) заявили, что религия была очень важна в их жизни. 41% опрошенных лиц сообщили, что в течение некоторого времени до лечения они были открытыми геями («openly gay»). Более трети обследованных (37% мужчин и 35% женщин) признались, что одно время серьезно подумывали о суициде из-за своего нежелательного влечения. 78% публично высказывались в пользу усилий изменить свою гомосексуальную ориентацию.

Для оценки изменений, достигнутых в результате терапии, использовалось 45-минутное телефонное интервью, включающее 114 целевых вопросов. Исследование R. L. Spitzer сосредоточивалось на следующих аспектах: сексуальной привлекательности, сексуальной самоидентификации, выраженности дискомфорта, обусловленного гомосексуальными чувствами, частоте гомосексуальной активности, частоте возникновения желания гомосексуальных романтических отношений, частоте мечтаний о гомосексуальной активности и возникновения желания ее иметь, проценте эпизодов мастурбации, сопровождающихся гомосексуальными фантазиями, проценте таких эпизодов с гетеросексуальными фантазиями и частоте воздействия гомосексуально ориентированных порнографических материалов.

В результате данного исследования было выявлено, что хотя случаи «полного» изменения ориентации были зафиксированы только у 11% мужчин и 37% женщин, большинство опрошенных сообщили об изменении от преобладающей или исключительно гомосексуальной ориентации, которая имела место перед проведением лечения, к преобладающей гетеросексуальной ориентации в результате репаративной (конверсионной) терапии. Хотя сообщается об очевидности таких изменений у представителей обо-его пола, все же у женщин их было значительно больше. Полученные данные выявили, что после лечения многие из опрошенных отметили явное учащение гетеросексуальной активности и повышение удовлетворенности ею. Лица, которые состояли в браке, указали на большую взаимную эмоциональную удовлетворенность в супружестве [27].

Размышляя о полученных результатах, R. L. Spitzer задает себе вопрос, является ли переори-

ентирующая терапия вредной. И сам, отвечая на него, утверждает, что таких доказательств относительно участников его исследования нет. Более того, по его мнению, базирующемуся на полученных данных, это исследование обнаружило значительную выгоду такого лечения, в том числе и в сферах, не связанных с сексуальной ориентацией. Исходя из этого, R. L. Spitzer отмечает, что Американская психиатрическая ассоциация должна прекратить применять двойной стандарт в своем отношении к переориентирующей терапии, которую она считает вредной и неэффективной, и к гей-аффирмативной терапии, поддерживающей и укрепляющей гей-идентичность, которую она всецело одобряет. Кроме того, в заключение R. L. Spitzer подчеркнул, что профессионалы в области психического здоровья должны отказаться от рекомендуемого ими запрета терапии, цель которой – изменение сексуальной ориентации. Он также отметил, что многие пациенты, обладающие информацией о возможной неудаче при попытке изменения сексуальной ориентации, на основе согласия могут сделать рациональный выбор относительно работы в направлении развития их гетеросексуального потенциала и уменьшения нежелательного гомосексуального влечения [27].

В 2004 г. сенсацией стало появление на конференции NARTH бывшего президента Американской психологической ассоциации доктора Роберта Перлова (Robert Perloff) – ученого с мировым именем и авторитетом. Парадокс заключается в том, что он сам в прошлом был членом комиссии данной ассоциации по вопросам сексуальных меньшинств. Выступая на конференции, Р. Перлов заявил о своей поддержке тех терапевтов, которые уважают убеждения клиента и предлагают ему конверсионную терапию тогда, когда она отражает его желания. Он высказал свое «горячее убеждение, что свобода выбора должна управлять сексуальной ориентацией... Если гомосексуалы хотят трансформировать свою сексуальность в гетеросексуальную, то это их собственное решение, и в это не должна вмешиваться никакая заинтересованная группа, включая гей-сообщество... Существует право личности на самоопределение сексуальности».

Характеризуя свое одобрение позиции NARTH, Р. Перлов подчеркнул, что «NARTH уважает мнение каждого клиента, его автономию и свободу воли... каждый индивидуум имеет право заявлять о своих правах на гей-идентичность или развивать свой гетеросексуальный

потенциал. Право лечиться, чтобы изменить сексуальную ориентацию, считается самоочевидным и неотъемлемым». Он отметил, что полностью присоединяется к данной позиции NARTH. Доктор Перлов также сообщил о нарастающем числе исследований, которые противоречат популярной в США точке зрения, согласно которой изменение сексуальной ориентации невозможно. Отметив, что в последние годы растет число позитивных откликов на конверсионную терапию, он призвал терапевтов знакомиться с работой NARTH, а попытки гей-лоббистов замолчать или подвергнуть критике эти факты охарактеризовал как «безответственные, реакционные и надуманные» [28, 29].

Следует подчеркнуть, что проблема возможности применения конверсионной терапии и ее результативности крайне политизирована. Это нашло свое отражение в высказываниях, согласно которым этот вид лечения следует поставить в один ряд с попытками изменить расовую или национальную принадлежность негров, лиц «кавказской национальности» и евреев. Таким образом тех, кто считает что можно изменять сексуальную ориентацию гомосексуалов, пытаются стигматизировать, поставив их в один ряд с расистами, антисемитами и вообще со всякого рода ксенофобами. Однако такие попытки не могут быть признаны адекватными, так как вопрос о нормальности или полноценности какой-либо расы или национальности и избавлении от признаков расовой и национальной принадлежности не может подниматься из-за его полной абсурдности. Путем такой стигматизации сторонников конверсионной терапии хотят запугать возможностью оказаться в крайне неудобном положении.

В конце августа 2006 г. появилось сообщение о сенсационном заявлении президента Американской психологической ассоциации доктора Геральда Кукера (Gerald P. Kooscher), которое он сделал в том же месяце. Согласно его высказываниям, он порвал с позицией, которой долгое время придерживается данная ассоциация, направленной против «периориентирующей терапии» гомосексуалов. Г. Кукер отметил, что ассоциация поддержит психологическую терапию тех лиц, которые испытывают нежелательное гомосексуальное влечение. Беседуя с доктором психологии Джозефом Николоси (Joseph Nicolosi), который тогда был ее президентом, на ежегодном съезде Американской психологической ассоциации в Новом Орлеане, он заявил, что ассоциация «не конфликтует с психологами, ко-

которые помогают тем, кто обеспокоен нежелательным гомосексуальным влечением». Он также подчеркнул, что при условии уважения автономии/независимости пациента и его выбора этический кодекс ассоциации, конечно, предполагал бы психологическое лечение тех, кто желает избавиться от гомосексуального влечения.

Американская психологическая ассоциация долгое время была враждебна по отношению к работе NARTH, относя попытки изменить сексуальную ориентацию гомосексуалов к их дискриминации. Комментируя данное заявление, доктор Dean Byrd, психолог NARTH, который в одно время был ее президентом, отметил, что фактически мнение, высказанное доктором Кукером, сегодня идентично позиции NARTH. Он также высказал надежду на возможное начало плодотворного диалога двух ассоциаций по этой очень важной проблеме [30].

В связи с этим следует, в частности, отметить, что в журнале Американской психологической ассоциации «Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training» («Психотерапия: теория, исследование, практика, обучение») в 2002 г. уже была опубликована статья, в которой высказывалось мнение, что сексуально переориентирующая (конверсионная) терапия с учетом ценностных ориентаций личности может быть этической и эффективной [31].

Однако следует указать, что, несмотря на инновационное заявление президента Американской психологической ассоциации, среди ее членов нет согласия в отношении к конверсионной терапии гомосексуалов, целью которой является изменение направленности полового влечения с гомо- на гетеросексуальное. Так, 29 августа 2006 г. информационное агентство «Сайберкаст Ньюс Сервис» («Cybercast News Service») сообщило о заявлении представителя данной ассоциации, который сказал, что научное обоснование такой терапии отсутствует, и она не оправдана [по 30].

В связи с этим большой интерес вызывает заявление Клинтона Андерсона (Clinton Anderson) – директора службы Американской психологической ассоциации по проблемам лесбиянок, геев и бисексуалов (director of the American Psychological Association Office of Lesbian, Gay and Bisexual Concerns), которое нуждается в осмыслении и обсуждении. По его словам, он не спорит, что «гомосексуальность покидает некоторых людей», и не думает, что кто-нибудь будет против идеи возможности измениться. Ведь известно, что гетеросексуалы

могут стать геями и лесбиянками. Поэтому вполне разумным кажется, что некоторые геи и лесбиянки могли бы стать гетеросексуалами. Проблема не в том, может ли изменяться сексуальная ориентация, а в том, способна ли ее изменить терапия [по 32].

Joseph Nicolosi прокомментировал это заявление следующим образом: «Те из нас, кто так долго боролся за признание АПА (речь идет об Американской психологической ассоциации) возможности изменения, высоко оценивают поступку г. Андерсона особенно потому, что он председатель секции АПА по геям и лесбиянкам. Но мы не понимаем, почему он думает, что изменение не может случиться в терапевтическом офисе». Доктор Николоси также отметил, что хотелось бы получить объяснение Андерсона относительно того фактора, который якобы существует в терапевтическом офисе и блокирует трансформацию сексуальной ориентации. По мнению Дж. Николоси, процессы, происходящие во время терапии, создают более благоприятные условия для такой трансформации и превосходят возможности, существующие вне офиса [по 32].

Изъятие гомосексуализма из разряда патологии сопровождалось торможением его исследований и стало весомым фактором, препятствующим его лечению. Это обстоятельство также препятствовало профессиональной коммуникации специалистов по данной проблеме. Наступившее в исследованиях затишье не было обусловлено какими-либо новыми научными доказательствами, свидетельствующими о том, что гомосексуализм является нормальным и здоровым вариантом человеческой сексуальности. Скорее стало модным более это не обсуждать [16].

J. Nicolosi также приводит две гуманитарные причины, сыгравшие роль в исключении гомосексуализма из списка психических расстройств. Первая из них состоит в том, что психиатрия надеялась устранить социальную дискриминацию, удалив клеймо (стигму) болезни, приписываемой гомосексуальным людям [12, 33]. Исходили из того, что, продолжая ставить диагноз гомосексуализм, мы усилим предубеждение общества и боль гомосексуального человека.

Вторая причина, по мнению цитируемого автора, состояла в том, что психиатры не в состоянии четко выделить психодинамические причины гомосексуализма, а следовательно, разработать его успешную терапию. Процент излеченных был низок, а в отношении тех исследо-

ваний, которые заявляли об успехе конверсионной терапии (процент клиентов, конвертированных к гетеросексуальности, составлял от 15% до 30%), существовал вопрос, сохранялись ли полученные результаты в течение длительного времени. Однако успешность или неуспешность терапии не должны быть критериями для определения нормы. В противном случае речь идет о логике, в соответствии с которой, если что-то нельзя отремонтировать, то оно не сломано. То или иное расстройство нельзя отрицать только из-за отсутствия эффективного средства для его лечения [16].

Отказ от конверсионной терапии гомосексуалов, основанный на исключении гомосексуализма из категории патологии, привел к тому, что началась дискриминация тех из них, социальные и моральные ценности которых отвергают их гомосексуальность. «Мы забыли о тех гомосексуалах, которые в силу другого видения личностной целостности хотят измениться с помощью психотерапии. К сожалению, эти мужчины были отнесены к категории жертв психологической угнетенности (подавленности), а не к мужественным мужчинам, каковыми они являются, мужчинам, приверженным верному/подлинному видению... Наиболее пагубно, что сам клиент впадает в уныние, так как профессионал, к которому он обращается за помощью, говорит ему, что это не проблема, и что он должен принять это. Данное обстоятельство деморализует клиента и делает его борьбу по преодолению гомосексуализма на-

много более тяжелой» [16, р. 12–13].

Некоторые люди, отмечает J. Nicolosi [16], определяют человека, ориентируясь только на его поведение. Однако клиенты, проходящие у него терапию, воспринимают свою гомосексуальную ориентацию и поведение как чуждые их истинной сущности. У этих мужчин ценности, этика и традиции определяют их идентичность в большей степени, чем сексуальные чувства. Сексуальное поведение, подчеркивает автор, – только один аспект идентичности человека, которая непрерывно углубляется, растет и даже изменяется посредством его отношений с другими.

В заключение он отмечает, что психологическая наука должна взять на себя ответственность в решении вопроса, здоров ли образ жизни геев и нормальна ли их идентичность, а психологам следует продолжить исследование причин формирования гомосексуализма и совершенствовать его лечение. Автор не считает, что образ жизни геев может быть здоровым, а гомосексуальная идентичность полностью эго-синтоничной [16].

Следует отметить, что конверсионные воздействия осуществляются, в частности, с использованием гипноса, аутогенной тренировки, психоанализа, бихевиоральной (поведенческой), когнитивной, групповой терапии и религиозно-ориентированных воздействий. В последние годы с этой целью применяют технику «десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ) [34], разработанную Френсис Шапиро [35].

Г.С. Кочарян

ПСИХОТЕРАПІЯ ГОМОСЕКСУАЛІВ, ЯКІ ВІДКИДАЮТЬ СВОЮ СЕКСУАЛЬНУ ОРІЄНТАЦІЮ: СУЧАСНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Обговорено два підходи до терапії гомосексуалів его-дистоніків: гей-аффірмативна психотерапія, яка базується на уявленні, що гомосексуальність є нормою, і конверсійна, яка спрямована на зміну сексуальної орієнтації з гомосексуальної на гетеросексуальну. Згідно з МКБ-10 та DSM-IV, гомосексуальність є нормою. З цього робиться висновок, що конверсійна терапія неприпустима. На думку автора, а також ряду відомих сексологів та психологів України, Росії і США, гомосексуальність слід відносити до розладів сексуальної переваги (парафілій) і можна, з відома пацієнтів, які бажають змінити спрямованість свого статевого потягу, коректувати за допомогою конверсійної терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 131-141).

PSYCHOTHERAPY HOMOSEXUALS WHICH REJECT THEIR SEXUAL ORIENTATION: THE MODERN ANALYSIS OF THE PROBLEM

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

Two kinds of therapy of ego-dystonic homosexuals are discussed: gay-affirmative psychotherapy, which is based on the conception that homosexuality is a norm, and conversion psychotherapy, which is aimed to change the sexual orientation from homosexual to heterosexual. According to ICD-10 and DSM-IV, homosexuality is a norm. This fact results in the conclusion that conversion therapy is inadmissible. The author, as well as some known sexologists and psychologists of Ukraine, Russia and the United States of America, believes that homosexuality should be regarded as a sexual preference disorder (paraphilia) and can be corrected (with the patients' consent, who wish to change their own sexual orientation) with help of conversion psychotherapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 131-141).

Литература

1. Кочарян Г. С. Гомосексуальные отношения и постсоветская Украина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — 2 (19). — С. 83–101.
2. Кочарян Г. С. гомосексуальные отношения и современная россия // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — 1 (21). — С. 133–147.
3. Кочарян Г. С. Гомосексуальные отношения и современная Америка // Здоровье мужчины. — 2007. — №4 (23). — С. 42–53.
4. Попов Ю. В. Эпатажное сексуальное поведение подростков как их стремление к самостигматизации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2004. — № 1. — С. 18–19.
5. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. — М., 1999.
6. Приказ Минздрава России от 06.08.99 N 311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» // <http://dionis.su.ru/db00434.htm>
7. Кочарян Г. С. Гомосексуальность и современное общество. — Харьков: ЭДЕНА, 2008. — 240 с.
8. Мондимер Ф. М. (Mondimore F. M.) Гомосексуальность: Естественная история / Пер. с англ. — Екатеринбург: У-Фактория, 2002. — 333 с.
9. Крукс Р., Баур К. Сексуальность / Пер. с англ. — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2005. — 480 с.
10. Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А. Ткаченко. — М.: РИО ГНЦСиСП им. В. П. Сербского, 1997. — 426 с.
11. Ткаченко А. А. Сексуальные извращения — парафилии. — М.: Триада — X, 1999. — 461 с.
12. Bayer R. V. Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis. — New York: Basic Books, 1981.
13. Кристль Р. Вонхольд. Диагноз «гомосексуализм» (фрагмент книги: «Человек и пол: гомосексуализм и пути его преодоления») // <http://az.gay.ru/articles/bookparts/diagnoz.html>
14. Дейвис Д., Нил Ч. Исторический обзор гомосексуальности и психотерапевтических подходов к работе с представителями сексуальных меньшинств / «Розовая психотерапия»: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дейвиса и Ч. Нила / Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2001. — 384 с.
15. Мерсер Э. Терпимость: единство среди различий. Роль психиатров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994. — №1. — С. 131–137
16. Nicolosi J. Reparative therapy of male homosexuality. A new clinical approach. — Lancham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: A Jason Aronson Book. Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2004. — XVIII, 355 p.
17. Sandfort T. G. M., de Graaf R., Bijl R. V., Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders; Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) // Archives of General Psychiatry. — 2001. — 58. — P. 85–91.
18. de Graaf R., Sandfort T. G., ten Have M. Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands // Arch Sex Behav. — 2006. — 35 (3). — P. 253–262.
19. Gilman S. E., Cochran S. D., Mays V. M., Hughes M., Ostrow D., Kessler R. C. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey // Am J Public Health. — 2001. — 91 (6). — P. 933–939.
20. Bakker F. C., Sandfort T. G., Vanwesenbeeck I., van Lindert H., Westert G. P. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: findings from a Dutch population survey // Soc Sci Med. — 2006. — 63 (8). — P. 2022–2030.
21. Fergusson D. M., Horwood L. J., Beautrais A. L. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? // Archives of General Psychiatry. — 1999. — Vol. 56. — P. 876–880.
22. Russell S. T., Joyner M. Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study // American Journal of Public Health. — 2001. — 91 (8). — P. 1276–1281.
23. King M., Semlyen J., Tai S. S., Killaspy H., Osborn D., Popelyuk D., Nazareth I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people // BMC Psychiatry. — 2008. — 8 (1). — P. 70–86.
24. Sandfort T. G., de Graaf R., Bijl R. V. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study // Arch Sex Behav. — 2003 — 32 (1). — P. 15–22.
25. Николоси Дж., Николоси Л. Э. Предотвращение гомосексуальности: Руководство для родителей / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2008. — 312 с.
26. Weinberg M., Williams C. Male Homosexuals: Their Problems and Adaptations. — New York: Oxford University Press, 1974.
27. Spitzer R. L. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation // Archives of Sexual Behavior. — 2003. — Vol. 32, №5. — P. 403–417.
28. Заявление бывшего президента Американской психологической ассоциации на конференции NARTH о праве гомосексуалов на конверсионную терапию // http://cmsserver.org/cgi-bin/cmsserver/view.cgi?id=455&cat_id=10&print=1
29. Byrd D. Former APA President Supports NARTH's Mission Statement, Assails APA's Intolerance of Differing Views // <http://www.narth.com/docs/perloff.html>
30. Schultz G. APA President Supports Therapy Treating Unwanted Homosexual Tendencies // <http://www.lifesite.net/ldn/2006/aug/06082905.html>
31. Yarhouse M. A., Throckmorton W. Ethical Issues In Attempts To Ban Reorientation Therapies // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. — 2002. — Vol. 39, No. 1. — P. 66–75.
32. Nicolosi L. A. Sexual Orientation Change Is Possible — But Only Outside Of Therapy, Says APA Office Of Gay Concerns // <http://www.narth.com/docs/outsideof.html>
33. Barnhouse R. Homosexuality: a Symbolic confusion. — New York: seabury press, 1977.
34. Carvalho E. R. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Unwanted Same-Sex Attractions: New Treatment Option for Change // J. H. Hamilton, Ph. J. Henry (Eds.) Handbook of Therapy for Unwanted Homosexual Attractions: A Guide to Treatment. — Xulon Press, 2009. — P. 171–197.
35. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 496 с.

Поступила в редакцию 24.05.2010

УДК 616.895.8-036.4-08-039.76:316

*В.А.Абрамов, Т.Л.Ряполова***СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ
РАННИХ СТАДИЙ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ (СООБЩЕНИЕ 1)**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

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

В современных условиях процесс оказания психиатрической помощи не опирается на общепринятую научно обоснованную концептуальную базу. Достижения современной биологии, психологических и социальных наук, анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения делает актуальным преодоление как односторонне биологических подходов в психиатрии [1], так и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств. Разработка интегрированной модели, применимой к различным аспектам теоретической и практической психиатрии, задача чрезвычайно сложная, главным образом, по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих психическое состояние человека (здорового и больного). Однако недостаточная эффективность традиционно используемых в психиатрической практике психофармакологических средств (старого и нового поколения) настоятельно требует создания такой лечебно-диагностической парадигмы, которая учитывала бы весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинко-биологических детерминант [2, 3].

О неотложности и приоритетности развития социального аспекта психиатрической теории и практики на постсоветском пространстве свидетельствуют многочисленные научные публикации [2, 4 - 6]. Обобщение теоретических разработок в области социальной психиатрии позволило констатировать, что предмет современной социальной психиатрии, которая изучает вопросы социальной этиологии и социальной патологии больных психическими расстройствами, существенно отличается как от предмета психиатрии в ее классическом (биологическом) понимании, так и от предмета социальной гигиены. Он включает исследование влияния на психическое здоровье собственно социальных, этни-

ческих и экологических факторов, их связь с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии [7, 8].

В настоящее время нет альтернативы интегративному пониманию психических расстройств, одновременно учитывающему биологические, психологические и социальные аспекты любого психического заболевания, в том числе, в рамках концепции нелинейного взаимного структурного сцепления между различными взаимодействующими феноменологическими областями [7, 9, 10]. Такое, интегративное, понимание сущности психического расстройства дает надежную научную основу для разработки современных многоосевых диагностических технологий, алгоритма и структуры реабилитационного диагноза, а также многовекторной медико-психологической и социальной помощи пациентам.

В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении [11 - 13] существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и реабилитационном потенциале имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. Адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой [14], а компенсация – это реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов [15]. Т.Б. Дмитриева рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функции, направленной на под-

держание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой [16]. С этой точки зрения адаптацию и компенсацию можно рассматривать как составные элементы единого процесса приспособления, имея в виду способность больных приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде, то есть, внутреннюю их готовность приспособляться к тем или иным условиям жизни.

Социальная адаптация понимается как результат процессов психической адаптации во внешней среде, характеризующий особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Выделяют качественную и количественную стороны социальной адаптации. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения [17, 18]. Приспособительное поведение отражает основные тенденции личности в формировании социального поведения и представляет собой биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью. Тип приспособительного поведения определяет целостную и единообразную стратегию поведения в большинстве жизненных ситуаций. Она включает в себя комплекс защитных образований: осознанные копинг-усилия пациента, предпринимаемые в конкретной ситуации [19, 20], и неосознаваемые механизмы психологической защиты [21, 22, 23]. При этом копинг-поведение определяется как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия... поскольку эти требования активизируют адаптивные возможности» [24]. Количественная сторона социальной адаптации может быть представлена и измерена как уровень функционирования пациента в различных социальных сферах. Исходя из этого, возникающая у многих больных психосоциальная дезадаптация понимается как дефицит адаптации, в основе которого лежит неспособность больного противостать давлению социальных требований и обеспечить хотя бы удовлетворительный уровень функционирования в современной жизни.

В рамках адаптационно-компенсаторных представлений получило свое развитие понимание шизофрении как диатез-стрессового заболевания. Наиболее важной характеристикой такого подхода является чувствительность, то есть когнитивная, психодинамическая, психофизическая и биогенетическая готовность реагировать раз-

витием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода чувствительность проявляется в форме клинически скрытой уязвимости [25] или клинически проявляемого психопатологического диатеза [26, 27, 28, 29]. Концептуальная «диатез-стресс-модель» шизофрении [25, 30, 31], освещающая роль, наряду с наследственными, социальных факторов в генезе заболевания, была в дальнейшем дополнена концепцией «уязвимость к стрессу - копинг-компетентность», в которой подчеркивается, что недостаточность больных в вопросах социального взаимодействия, копинга, социальной компетентности, в свою очередь, ведет к стрессам и манифестации болезни [32]. С этих же позиций делалась попытка разработать «интерактивную модель развития» шизофренического психоза [33], более полно учитывающую уже в процессе течения болезни взаимодействие индивида с окружающей средой и развитие самого индивида. В наиболее обобщенном виде суть диатез-стрессовых теорий может быть сведена к допущению существования динамической совокупности: во-первых, биологической уязвимости («vulnerability») как генетически обусловленной предрасположенности к шизофрении [25, 31], и, во-вторых, клинически определяемого шизотипического «диатеза» [34], понимаемого как особая чувствительность организма [35] по отношению к стимулам, играющим роль стрессоров, под влиянием которых развивается болезнь. В ряду таких стрессоров исследователи рассматривают «любые сверхнормальные, экстремальные раздражители» [36] или критические жизненные события, а также микрособытия повседневной жизни [37] и обыденные психосоциальные воздействия, не оказывающие сколько-нибудь заметного влияния на здоровых людей, но играющие для «уязвимых» индивидуумов роль неспецифического стрессора [31], приводящего к перенапряжению адаптационных структур и обуславливающего тем самым нарушение системы отношений личности с окружающей средой. Формирующийся в связи с этим стрессорный комплекс является неременным атрибутом борьбы организма «с неблагоприятными влияниями среды задолго до того, как эта борьба начинает ощущаться больным» [38], а в случае нарушения адаптационно-компенсаторной системы в целом может «прорываться наружу», способствуя возникновению шизофренического процесса [39 - 41]. Дифференциация понятий «уязвимость» (внешне не проявляемый генети-

чески обусловленный фактор риска), «шизофренический диатез» (признак риска, носящий характер предболезни) и «болезнь» сделала логически необходимым предположение о наличии между уязвимостью и диатезом «порога уязвимости» [25], а между диатезом и болезнью – «адаптационного барьера» [42] – динамического образования, препятствующего дезорганизации функциональных систем, которые используются организмом для адаптации к конкретной ситуации. Линейная схема такой модели может быть представлена следующим образом [43, 44]: уязвимость - стресс - порог уязвимости - диатез - стресс - адаптационный барьер - болезнь. В тех случаях, когда ситуация психологического стресса протекает в условиях недостаточности или истощения защитных биологических механизмов, происходит прорыв порога уязвимости и возникновение шизофренического диатеза, а в дальнейшем – прорыв барьера адаптации, что L. Ciompi назвал «сломом уязвимой личности», и манифестация заболевания [45]. С этим созвучно и мнение Ю.Л. Нуллера [46] о том, что различные генетически обусловленные дефекты, чрезмерные стрессорные нагрузки на регуляторные системы могут иметь одно и то же следствие – срыв регуляции и переход ее на иной, патологический уровень. Гипотетически можно предположить, что «первичная поломка» провоцирует последующую реакцию на нее деятельности мозга в форме его активации (компенсаторной реакции первого порядка, в понимании Ю.Л. Нуллера [47]). Не случайно считают, что при нервно-психических заболеваниях патологический процесс с самого начала его возникновения неразрывно связан с включением компенсаторных механизмов [48]. На клиническом уровне этому соответствует этап манифестации психоза в форме дезинтеграции психических функций [47].

В случае, когда компенсаторные образования по каким-то причинам оказываются гиперактивными, в картине заболевания преобладают предельно острые психотические расстройства. При гипореактивности компенсаторных образований преобладают менее острые психопатологические расстройства с тенденцией к хронизации течения заболевания. При ареактивности компенсаторных образований создается ситуация, когда сопротивление организма болезни ограничивается адаптивными механизмами. Болезненный процесс, лишенный противодействия компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов, снижению

общих функциональных возможностей организма, что на клиническом уровне проявляется преимущественно в виде негативной симптоматики. Нарастание негативной симптоматики формирует новый уровень адаптации, сниженный по сравнению с исходным. Разница между доболезненным уровнем адаптации и морbidно сниженным получила название «цена адаптации» [14]. Таким образом, клиническим эквивалентом цены адаптации является выраженность негативной симптоматики. С этой точкой зрения согласуется и представление о дефекте как об особой форме приспособления организма к требованиям действительности за счет снижения функционального уровня личности, то есть о дефекте как цене адаптации.

Таким образом, цель психиатрической помощи в рамках биопсихосоциальной модели психиатрии не должна ограничиваться «лечением» расстройства. Она может быть сформулирована как «возвращение личности способности жить в системе социально-психологических отношений, адекватных ее оптимальным возможностям». Как предмет, так и цель психиатрии, исходящей из биопсихосоциальной модели, сопряжены с оценкой динамической системы отношений личности. Биопсихосоциальная парадигма закономерно приводит к осознанию того факта, что реальность психического расстройства не может быть полностью охвачена средствами естественно-научной методологии и требует методологии гуманитарного познания, в частности, использования герменевтического подхода в диагностике, лечении и оценивании достигнутого результата. При этом существенно меняется понимание позиции пациента в ходе оказания психиатрической помощи – сутью вмешательства становится постепенное наделение пациента возможностями и полномочиями субъекта помощи, или процесс перехода от терапевтического субъект-объектного патернализма к оптимальным субъект-субъектным помогающим отношениям [49].

Концепция реабилитации больных шизофренией за годы ее применения проделала существенную эволюцию. Первоначальное представление о реабилитации как о завершающей фазе медицинской деятельности уступило место более широкому ее пониманию как многоэтапного динамического процесса, включающего как соответственно ориентированное лечение, так и нацеленное на социальную реинтеграцию пациента [50, 51, 52]. Обобщая тенденции развития этой концепции, М.М. Кабанов [50] рассмат-

ривает реабилитацию как направление современной медицины и одновременно как систему деятельности, цель которой - восстановление личного и социального статуса больного с использованием особого методического подхода. Сутью последнего является опосредование всех проводимых мероприятий и воздействий через личность пациента.

Понимание клинической сущности начальных стадий шизофрении как совокупности первичных базисных, органических мозговых симптомов и вторичных адаптационно-компенсаторных образований, или как проявление разноплановых нарушений биопсихосоциальной адаптации, предполагает определенную этапность развития болезненного процесса [27].

Интерес исследователей к наиболее ранним проявлениям шизофрении («добольственным формам», «субклиническим нарушениям») нашел отражение в появлении многочисленных терминов (предвестники, продромы, форпост-синдромы, доманифестные расстройства, микроэпизоды, характерологический сдвиг, зарницы и т.п.), с помощью которых описываются различные состояния длительностью от очень кратковременных до нескольких лет, различные по глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности, характеру связи с очерченным началом процесса (первый психотический эпизод). Указанное терминологическое разнообразие отражает малую дифференцированность рассматриваемых явлений и их крайнюю клиническую неоднородность. Между тем, уточнение их структуры и отношения к развивающемуся в последствии психозу имеет важное значение не только для понимания клиники заболевания, но и для разработки адекватной системы лечебно-профилактических мероприятий [53].

Н. Hafner et al. [54] выделили пять оперативных клинических определений начала шизофрении: первый (неспецифический) признак психического расстройства; первый негативный симптом; первый позитивный симптом; первый психотический эпизод (максимум позитивных симптомов, кульминация психоза); первая госпитализация.

Период от первого (неспецифического) признака до первого позитивного симптома (в среднем, около 5 лет) составляет фазу продрома. Промежуток времени от первого позитивного симптома до пика позитивной симптоматики – психотическая префаза, а пик позитивных расстройств соответствует психотической фазе.

В.М. Воловик [55] в структуре препсихотической стадии шизофрении при медленном и наиболее типичном начале болезни проследил три периода: продромальный период, препсихотический период, период манифестации психоза.

Продром шизофрении определяется как первые, начальные, нерезко выраженные, стертые, атипичные, эпизодически появляющиеся, не связанные с соматическими, травматическими, психогенными и другими факторами симптомы, которое по клинике соответствуют проявлениям шизофрении, в дальнейшем «звучат» в манифесте и не приводят пациента в поле зрения психиатрии [56].

В МКБ-10 к продромальным проявлениям при шизофрении, которые могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель или даже месяцев, относят: утрату интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, что сочетается с генерализованной тревогой и легкой депрессией [57].

По данным В.А. Вербенко [58], в продромальном периоде шизофрении, длительность которого колеблется в широком диапазоне и в среднем составляет 2-5 лет, неманифестные психопатологические образования включают наряду с рудиментарными позитивными расстройствами (отдельные бредовые идеи, нарушения восприятия, признаки дезорганизации процесса мышления) негативную симптоматику, приобретающую доминирующее значение. По сравнению с преморбидом постепенно происходит отчетливое обеднение всей психической жизни с появлением дефицитарных расстройств в эмоционально-волевой сфере, симптомов когнитивного дефицита, аутизации личности с отгороженностью и социальной изоляцией [59], придающих внешнему облику и поведению больных необычность и чужеродность. Обращается внимание на субклинический уровень продромальных расстройств от «неопределяемых симптомов» [60] до доминирующих негативных симптомокомплексов. В инициальном периоде заболевания они дополняются нарушениями круга концептуальной дезорганизации мышления в виде излишней детализации или поверхностности, нецеленаправленности процесса мышления, резонерства, соскальзывания [60, 61].

Дисфункциональные состояния в преморбидном периоде шизофрении не относятся к проявлениям начавшегося психического заболевания. Они свидетельствуют о повышенном риске пси-

хического заболевания, но не дают оснований говорить о его начале. К такого рода состояниям относят психомоторные нарушения, невротические страхи, сомато-вегетативные дисфункции, неспецифические и особые нарушения сна, психогенные реакции, эпизоды нарушения мышления и восприятия, немотивированные спады активности, преходящие изменения характера и появление необычных интересов [62]. Авторы рассматривают эти состояния в соответствии с концепцией шизофренического диатеза (нарушение, предвещающее манифестацию заболевания и клинически ограничивающееся пограничной симптоматикой) как предболезнь или как индикатор перехода потенциального (пассивного, стационарного) состояния повышенного риска в актуальное (активное, динамическое).

В целом, исследования, посвященные изучению течения продромального периода шизофрении и его взаимосвязи с манифестом, показывают, что патологический процесс может проявляться в трех вариантах [63]: отсутствие проявлений между продромом и манифестом; наличие характерологических или психопатологических изменений между продромом и манифестом, не приводящих к госпитализации; нарастание симптоматики («врастание продрома в манифест»).

В последнее время все большее внимание исследователей привлекает проблема первого психотического эпизода (ППЭ) [64, 65, 66, 67]. Это состояние определяется как впервые возникшее тяжелое психотическое расстройство с нарушением целостности и единства психических функций, неадекватным поведением и наличием трех основных групп симптомов: позитивных, негативных и нейрокогнитивных [64, 68].

Как показывают результаты современных исследований по изучению динамики шизофренического расстройства, после первичного эпизода существует множество разнообразных паттернов течения заболевания: от однократного приступа, после которого симптомы полностью редуцируются, до хронических форм с неуклонным ухудшением состояния больного, без каких-либо ремиссий [69]. Течение шизофрении не всегда принимает хроническую форму и не у всех больных ведет к деградации и распаду психики. Вероятность перехода заболевания в хроническую форму тесно связана с качеством социального окружения личности, которое может способствовать негативному влиянию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции [70 - 72]. Поэтому оптимальным для достижения конечных целей реабили-

тации является начальный этап шизофрении с ее многообразными векторами последующих изменений качества жизни пациента и отношения к нему общества.

Наибольшее прогностическое значение при ППЭ приобретает способность пациента противостоять действию стрессогенных факторов. По мнению ряда исследователей [27, 43, 73, 74], сознательное совладание со стрессом (копинг) является важным фактором, влияющим на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. В то же время у больных шизофренией, в т.ч. на начальных ее стадиях, отмечается дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения, значительно снижающий их способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями [75 – 78]. Кроме того, многие больные используют неадекватные способы достижения целей, прибегая к неадаптивным вариантам копинг-поведения [79 – 81, 74].

Е.Ю. Антохин и др. [82] провели сравнительное исследование особенностей копинг-поведения у больных шизофренией с ППЭ и невротическими расстройствами. У больных шизофренией выявлен достаточно широкий спектр различных вариантов копинг-поведения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, что указывает на имеющиеся у них относительные возможности к адаптации.

В целом, выявленные у больных с ППЭ шизофрении неадаптивные варианты копинга могут использоваться в качестве копинг-«мишеней» психосоциального воздействия. Это особенно важно, поскольку в начальном периоде болезни закладываются основные тенденции приспособительного поведения (ПП), которые во многом определяют как характер, так и уровень фактической адаптации, достигаемой больным в дальнейшем [83].

Важное значение приобретает также коррекция когнитивных нарушений, занимающих значительное место в структуре клинических проявлений инициальной шизофрении, предопределяя динамику, характер распада ядра личности и его интеллектуальных функций [84, 85]. По мнению ряда авторов, когнитивные нарушения у больных шизофренией должны рассматриваться отдельно, как самостоятельная патология, наряду с позитивными, негативными и другими расстройствами [86 – 88]. При этом следует отметить, что нарушения выполнения различных нейрокогнитивных тестов отмечаются уже во время первого эпизода болезни, что позволяет

рассматривать когнитивные нарушения как фактор риска шизофрении [89 – 91].

А. Saykin et al. [91] обратили внимание на снижение когнитивного функционирования у нелеченных пациентов, которое не является результатом ни прогрессирования или хронификации заболевания, ни влияния медикаментов. Более того, имеются многочисленные данные, свидетельствующие о том, что когнитивное снижение предшествует развитию эндогенного процесса и, по существу, представляет собой генуинное повреждение течения информационных процессов [92]. Исходя из этого, можно предположить существование определенного патоморфологического субстрата, уязвимого по отношению к шизофреническому процессу [93]. По данным М. Green [94], уровень нейрокогнитивного функционирования не зависит от степени выраженности и качества позитивной психопатологической симптоматики, но коррелирует с выраженностью негативных расстройств. Имеются многочисленные исследования, подтверждающие высокую корреляцию уровня нейрокогнитивного функционирования с уровнем социальной адаптации больных шизофренией [95 – 97].

Нарушения социальной адаптации, которые проявляются, прежде всего, в трудностях решения интерперсональных проблем, большинство авторов считает ключевым аспектом социального функционирования при шизофрении [98, 99]. В рамках подобной интерпретации психосоциальное функционирование больных шизофренией тесно связано с первичными базовыми информационными процессами. Эти процессы, в частности, внимание, играют основную роль в опосредованном нарушении социального функционирования у больных шизофренией. А поскольку нарушения внимания и памяти выявляются при первом эпизоде заболевания [90], то можно предпо-

ложить, что социальное функционирование страдает на ранних стадиях шизофрении.

М. Green [94] проанализировал исследования, посвященные проблеме нейрокогнитивного дефицита как предиктора функционального исхода заболевания. У больных шизофренией, кроме общих прямых корреляций, была выявлена тесная связь между глобальным уровнем функционирования и данными специфических нейрокогнитивных тестов [100]. Поэтому терапевтические стратегии при шизофрении должны быть направлены не только на уменьшение выраженности позитивной и негативной симптоматики, но и на улучшение показателей когнитивного функционирования больных [101].

Таким образом, степень выраженности нейрокогнитивного дефицита является предиктором долгосрочного социального и терапевтического прогноза заболевания [88]. Предотвращение его прогрессирования на ранних этапах болезни способно повлиять на успешность лечебно-реабилитационных стратегий в целом [102, 103]. Так, установлено, что раннее выявление и эффективное лечение первых приступов шизофрении уменьшает «биологическую токсичность» процесса, сглаживает явления нейрокогнитивного дефицита, способствует ускорению наступления ремиссии и социальному восстановлению больных [104 – 107].

В продолжении научного обзора будут рассмотрены концептуальные основы психосоциальной реабилитации больных шизофренией, включая обоснование использования многоосевой психиатрической диагностики для интегративной оценки функциональных возможностей больных шизофренией, а также анализ современных направлений психосоциальной реабилитации на ранних стадиях шизофрении, включая оценку их эффективности.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РАННІХ СТАДІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ (ЧАСТИНА 1)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Перша частина наукового огляду включає аналіз літературних джерел щодо вивчення інтегративних (біопсихосоціальних) механізмів виникнення та розвитку шизофренії та психопатологічних особливостей ранніх стадій шизофренії та їх значення для клінічного та соціального прогнозів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 142-150).

THE MODERN THEORETIC-METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF THE SCHIZOPHRENIA EARLY STAGES AND PATIENT'S PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (PART 1)

Donetsk National medical university named after M.Gorkiy

The first part of the scientific review includes the data about integrative (biopsychosocial) mechanisms of the schizophrenia onset and development and psychopathological peculiarities of the schizophrenia early stages and their meaning for the clinical and social prognosis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 142-150).

Литература

1. Kandel E. R. A new intellectual framework for psychiatry / E. R. Kandel // *Am. J. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 155, № 4. — P. 457-469.
2. Полтавец В. Система «новых» вирусов и психопатология: спільність форми чи сутності? / В. Полтавец // *Релігія і церква в контексті реалій сьогодення* : тези доп. міжнар. конф. / відп. ред. А. Колодний. — К., 1995. — С. 60.
3. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк : Каштан, 2009. — 584 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М. : Медицина, 2000. — 496 с.
5. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 22-27.
6. Краснов В. Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития / В. Н. Краснов // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 19-21.
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. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепция и критерии разграничения / В. Б. Первомайский, Е. Г. Карагозина, В. Р. Илейко, Е. А. Казерацкая // *Вісн. психіатрії та психофармакотерапії*. — 2003. — № 1 (3). — С. 14-26.
9. Luhmann N. *Social Systems* / N. Luhmann. — Stanford: Stanford University Press, 1995. — 86 p.
10. Ciompi L. Affects as central organising and integrating factors. A new psychosocial/biological model of the psyche / L. Ciompi // *Brit. J. Psychiat.* — 1991. — Vol. 159, № 1. — P. 97-105.
11. 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.
12. Ciompi L. The concept of affect logic. An integrative psychosocio-biological approach to understanding and treatment of schizophrenia / L. Ciompi // *Psychiatry*. — 1997. — Vol. 60, № 2. — P. 158-170.
13. 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.
14. Воложин А. И. Адаптация и компенсация — универсальный механизм приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. — М. : Медицина, 1987. — 176 с.
15. Ануфриев А. К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных / А. К. Ануфриев // *Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями*. — М., 1974. — С. 18-22.
16. Дмитриева Т. Б. Современные общебиологические подходы к оценке психопатий / Т. Б. Дмитриева // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 1997. — Т. 97., № 5. — С. 4-6.
17. Воловик В. М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией / В. М. Воловик, А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // *Ранняя реабилитация психически больных*. — Л., 1984. — С. 39-46.
18. Коцюбинский А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. — 1996. — № 2. — С. 203-212.
19. Исаева Е. Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией : автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. психол. наук : 19.00.04 «Мед. психология» / Е. Р. Исаева. — СПб., 1999. — 21 с.
20. Чехлатый Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии : автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» ; 19.00.04 «Мед. психология» / Е. И. Чехлатый. — СПб., 1994. — 25 с.
21. Воробьев В. М. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации / В. М. Воробьев, Н. Л. Коновалова // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. — 1993. — № 1. — С. 71-72.
22. Безносюк Е. В. Механизмы психологической защиты / Е. В. Безносюк, Е. Д. Соколова // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 1997. — Т. 97, № 2. — С. 44-48.
23. Аристова Т. А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией : автореф. дис. на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Т. А. Аристова. — СПб., 1999. — 24 с.
24. Lazarus R. S. Fifty Years of the Research and Theory of R.S. Lazarus: An Analysis of Historical and Perennial Issues / R. S. Lazarus // *Mahwah, NJ Publication*. — 1998. — 425 p.
25. Zubin J. Vulnerability: a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // *J. Abnorm. Psychol.* — 1977. — Vol. 86, № 2. — P. 103-126.
26. Циркин С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств: диатез и шизофрения / С. Ю. Циркин // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 1995. — № 2. — С. 45-48.
27. Коцюбинский А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // *Социал. и клинич. психиатрия*. — 2007. — Т. 17, № 2. — С. 103-107.
28. Holmes J. Fitting the biopsychosocial jigsaw together / J. Holmes // *Br. J. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 177, № 2. — P. 93-94.
29. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // *Соц. и клин. психиат.* — 2002. — Т. 12, № 3. — С. 97-104.
30. Rosenthal D. Genetic theory and abnormal behavior / D. Rosenthal // *N. Y. : Mc Graw Hill*, 1970. — 318 p.
31. Zubin J. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability / J. Zubin, J. Magaziner, S. R. Steinhauer // *Psychol. Med.* — 1983. — Vol. 136, № 3. — P. 551-571.
32. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients / Liberman R. P. (ed.). — Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc., 1988. — 311 p.
33. Strauss J. S. The person with schizophrenia as a person. II: Approaches to the subjective and complex / J. S. Strauss // *Br. J. Psychiatry Suppl.* — 1994. — № 23. — P. 103-107.
34. Гончаров М. В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) / М. В. Гончаров // *Рос. психиатр. журн.* — 1998. — № 3. — С. 31-37.
35. Laury G. Adaptive disability: some precipitating factors in schizophrenic decompensation / G. Laury, J. A. Meerloo // *Psychiatr. Q.* — 1969. — Vol. 43, № 2. — P. 319-330.
36. Маришук В. Л. Эмоции в спортивном стрессе (матриалы к исследованию) / В. Л. Маришук. — СПб., 1995. — 38 с.
37. Абабков В. А. Систематическое исследование семейного стресса и копинга / В. А. Абабков, М. Перре, Б. Планшерел // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. — 1998. — № 2. — С. 4-8.
38. Саркисов Д. С. Теоретические и практические аспекты проблемы соотношения структуры и функции / Д. С. Саркисов, В. Б. Гельфанд, В. П. Туманов // *Руководство по психиатрии*. — М. : Медицина, 1988. — Т. 1. — С. 51-74.
39. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при

шизофрении / В. Д. Вид. – СПб., 1993. – 236 с.

40. Вассерман Л. И. О системном подходе в оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Березин, Н. И. Косенков // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16-25.

41. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб : изд-во СПб НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 256 с.

42. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский // Пограничные нервно-психические расстройства / под ред. Ю. А. Александровского. – М. : Наука, 1976. – С. 215-227.

43. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова [и др.]. – СПб. : Гиппократ +, 2004. – 336 с.

44. Grunebaum H. Psychosocial Psychiatry / H. Grunebaum / *Am. J. Psychiatry.* - 2003. – Vol. 160, № 1. – P. 186.

45. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term / L. Ciompi // *Br. J. Psychiatry.* – 1980. “ Vol. 136, № 4. – P. 413-420.

46. Нуллер Ю. Л. О парадигме в психиатрии / Ю. Л. Нуллер // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 4. – С. 5-13.

47. Нуллер Ю. Л. Антипация в семьях психически больных / Ю. Л. Нуллер, А. Е. Пегашова, В. Л. Козловский // Социал. и клинич. психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 5-11.

48. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности / С. Ф. Семенов, Н. П. Могилкина, Р. Д. Коган [и др.] // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. – М., 1979. – С. 10-20.

49. Карагодина Е. Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе / Е. Г. Карагодина, Т. Н. Пушкарева // *Арх. психиатрии* – 2004. – № 4 (39). – С. 9-12.

50. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – Л. : Медицина, 1978. – 230 с.

51. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // *Мед. исследования*. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9-10.

52. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.

53. Тиганов А. С. Современные проблемы психопатологии, клиники и патогенеза шизофрении / А. С. Тиганов // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / под. ред. А. Б. Смудевича. – М., 1999. – С. 33-44.

54. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia / N. Hafner, A. Riecher-Rüssler, M. Hambrecht [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1992. “ Vol. 6, № 3. – P. 209-223.

55. Воловик В. М. Некоторые особенности начала шизофрении и проблемы ее профилактики / В. М. Воловик // Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. – Л., 1976. – С. 50-54.

56. Стрельцова Н. И. Клинико-физиологические критерии прогноза при шизофрении в зависимости от вариантов истинного начала болезни / Н. И. Стрельцова // Всесоюзный съезд неврологов и психиатров. – М., 1975. – Т. 3. – С. 287-290.

57. 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. – 442с.

58. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении / В. А. Вербенко. – Симферополь : ДИАИПИ, 2007. – 307 с.

59. Untreated initial psychosis: relation to cognitive deficits and brain morphology in first-episode schizophrenia / B. C. Ho, D. Alicata, J. Ward [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* “ 2003. “ Vol. 160, № 1. “ P. 142-148.

60. Cornblatt B. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives / B. Cornblatt, T. Lencz, M. Obuchowski // *Schizophr. Res.* – 2002. “ Vol. 54, № 1-2. – P. 177-186.

61. Смудевич А. Б. Психопатология и терапия шизофрении на манифестных этапах процесса / А. Б. Смудевич, Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 3 - 7.

62. Гурович И. Я. Сберегающее-превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социал. и клинич. психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 5-9.

63. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia / W. R. McFarlane, B. Link, R. Dushay [et al.] // *Fam. Processes.* “ 1995. “ Vol. 34, № 2. “ P. 127-144.

64. Сторожакова Я. А. Первый психотический эпизод: клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным / Я. А. Сторожакова, О. Е. Холодова // Социал. и клинич. психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 2. – С. 74-80.

65. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2005. – № 1 (15). – С. 3-9.

66. Пишель В. Я. Терапия больных, перенесших первый

психотический эпизод: реальная клиническая практика / В. Я. Пишель, М. Ю. Польшая, Е. В. Гузенко // *Арх. психиатрии*. – 2006. – № 1-4 (44-47). – С. 114-117.

67. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2007. – Т. 15, № 1 (50). – С. 21-24.

68. Malla A. K. First-episode psychosis, early intervention and outcome: what have we learned? / A. K. Malla, R. M. Norman, R. Joobar // *Can. J. Psychiatry.* 2005. – Vol. 50, Suppl. 14. – P. 881-891.

69. Hopper K. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry / K. Hopper // *Medical Anthropology Q.* – 1991. “ Vol. 5, № 4. “ P. 299-330.

70. Lynch J. W. Cumulative impact of sustained economic hardship on psychical, cognitive, psychological and social functioning / J. W. Lynch, G. A. Kaplan, S. L. Shema // *New England J. Medicine.* – 1997. “ Vol. 337, № 26. – P. 1889-1895.

71. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistical models to predict psychiatric service utilisation / G. Thornicroft // *Br. J. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 158, № 4. – P. 475-484.

72. Desjarlais R. Word mental health: problems and priorities in low-income countries / R. Desjarlais, L. Eisenberg, A. Kleinman. “ NY, Oxford : Oxford University Press, 1995. “ 505 p.

73. Молчанова Е. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией / Е. Молчанова, Т. Авдошина // Социал. и клинич. психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 33-37.

74. Фанзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Фанзен. – М., 2001. – 213 с.

75. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – СПб. : Питер, 2008. – 560 с.

76. Bellack A. S. Psychosocial treatment in schizophrenia / A. S. Bellack, S. A. Brown // *Curr Psychiatry Rep.* “ 2001. “ Vol. 3, № 5. “ P. 407-412.

77. Cullberg J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // *Schizophr. Rev.* “ 2000. “ Vol. 7, № 1. – P. 21-22.

78. Thompson K. N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K. N. Thompson, P. D. McGorry, S. M. Harrigan // *Schizophr. Res.* “ 2003. “ Vol. 62, № 1-2. “ P. 31-36.

79. Ибриегит М. О. Исследование социальной компетентности больных шизофренией в процессе психотерапии : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Ибриегит Мухаммед Омар. – СПб., 1997. – 205 с.

80. Мухаммад И. О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов / И. О. Мухаммад // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. - № 1-2. - С. 24-31.

81. Исследование копинг-поведения у больных малопрогрессирующей шизофренией и неврозами / Е. Р. Исаева, Г. Л. Исурин, Е. В. Кайдановская [и др.] // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 3-4. - С. 98-101.

82. Копинг – поведение у больных шизофренией с первым психиатрическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, М. В. Горбунова [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 5-12.

83. Воловик В. М. О приспособляемости больных шизофренией / В. М. Воловик // Реабилитация больных психозами. – Л., 1981. – С. 62-71.

84. Ипатов М. Ю. Оланзапин: влияние на когнитивную функцию при шизофрении / М. Ю. Ипатов // Социал. и клинич. психиатрия. – 2003. – № 4. – С. 114-119.

85. Аведисова А. С. Когнитивный дефицит при шизофрении / А. С. Аведисова, Н. Н. Вериги // *Рос. психиатр. журн.* – 2002. – № 3. – С. 21-24.

86. Кабанов С. О. Нейролептики и нейрокогнитивный дефицит при шизофрении / С. О. Кабанов, С. Н. Мосолов // *Рос. психиатр. журн.* – 2003. – № 5. – С. 60-68.

87. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, М. В. Магомедова [и др.] // Социал. и клинич. психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С. 31-35.

88. Sharma T. Cognitive effects of conventional and atypical antipsychotics in schizophrenia / T. Sharma // *Br. J. Psychiatr.* – 1999. – Vol. 174, Suppl. 38. – P. 44-51.

89. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates / R. M. Bilder, R. S. Goldman, D. Robinson [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. “ Vol. 157, № 4. “ P. 549-559.

90. Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent-onset schizophrenia / S. Gold, S. Arndt, P. Nopoulos [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. “ Vol. 156, № 9. “ P. 1342-1348.

91. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning / J. A. Saykin, R. C. Gur, R. E. Gur [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1991. “ Vol. 48, № 7. “ P. 618-624.

92. Information processing and social competence in chronic schizophrenia / D. L. Penn, K. T. Mueser, W. Spaulding [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1995. – Vol. 21, № 2. – P. 269-281.

93. Gold J. M. Cognitive deficits in schizophrenia / J. M. Gold, P. D. Harvey // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1993. – Vol. 16, № 2. – P. 295-312.
94. Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? / M. F. Green // *Am. J. Psychiatry.* “ 1996. “ Vol. 153, № 3. “ P. 321-330.
95. Магомедова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией / М. В. Магомедова // *Социал. и клинич. психиатрия.* – 2000. – № 1. – С. 92-98.
96. Андрусенко М. П. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения / М. П. Андрусенко, М. А. Морозова // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2001. – Т. 3, № 1. – С. 4-8.
97. Смудевич А. Б. Неманифестные этапы шизофрении / А. Б. Смудевич // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* – 2005. – Т. 105, № 5. – С. 3-10.
98. Аведисова А. С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки / А. С. Аведисова // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 156-58.
99. Незнанов Н. Г. Проблема комплайенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 6.
100. Symptoms, cognitive functioning, and adaptive skills in geriatric patients with lifelong schizophrenia: a comparison across treatment sites / P. D. Harvey, E. Howanitz, M. Parella [et. al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 155, № 8. – P. 1080-1086.
101. Cuesta M. J. Cognitive disorders in positive, negative and deorganization syndromes of schizophrenia / M. J. Cuesta, V. Peralta // *Psychiatry Res.* – 1995. “ Vol. 58, № 3. “ P. 227-235.
102. 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.
103. West London first-episode study of schizophrenia. Clinical correlates of duration of untreated psychosis / T. R. Barnes, S. B. Hutton, M. J. Chapman [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* “ 2000. “ Vol. 177, № 3. “ P. 207-211.
104. Попов М. Ю. Общие принципы выбора антипсихотического препарата при терапии шизофрении / М. Ю. Попов // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* – 2006. – Т. 3, № 4. – С. 7.
105. Петрова Н. Н. Подвижность психопатологических состояний в процессе фармакотерапии острого приступа шизофрении / Н. Н. Петрова, В. Г. Агишев, С. Е. Горбачев // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* – 2005. – Т. 3, № 3. – С. 12-16.
106. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project / J. Cullberg, S. Levander, R. Holmqvist [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2002. – Vol. 106, № 4. – P. 276-285.
107. Improvement in cognitive functioning in patients with first-episode psychosis during treatment with quetiapine: an interim analysis / K. P. Good, I. Kiss, C. Buiteman [et al.] // *Br. J. Psychiatry Suppl.* “ 2002. – № 43. “ P. S45-49.

Поступила в редакцию 16.05.2010

УДК: 616.895.8-07

*Е.М. Денисов***МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: РОЛЬ
АНТИПСИХОТИКОВ
СООБЩЕНИЕ 1**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

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

Обращение исследователей к проблемам качества жизни (КЖ) больных шизофренией привело к расширению рамок традиционного клинико-психопатологического анализа этого заболевания, выявив при этом ряд актуальных вопросов, характеризующих соматическое здоровье пациентов. Общий уровень заболеваемости соматическими расстройствами у больных шизофренией, как известно, выше, чем среди других пациентов [1].

Высокая распространенность ожирения, курения и употребления алкоголя у больных шизофренией способствует тому, что продолжительность жизни в этой группе на 20% меньше, чем в популяции [36].

Коморбидными с шизофренией считаются дислипидемия, рак, сахарный диабет (СД) II типа и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Факторами риска развития ССЗ у больных шизофренией в сравнении с общей популяцией являются: ожирение, нарушение липидного обмена, СД, артериальная гипертензия (АГ), метаболический синдром (МС), недостаток физической активности, курение. Смерть вследствие ССЗ у больных шизофренией стоит на первом месте и встречается в 2 раза чаще, чем в общей популяции. Наличие соматических заболеваний значительно осложняет проведение адекватной психофармакотерапии.

По оценке Международной федерации диабета, наличие МС, диагностированного в соответствии с современными критериями, увеличивает риск развития ССЗ в 3 раза, а СД второго типа в 5 раз. МС представляет собой комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений углеводного, липидного обменов, висцеральное ожирение, АГ, нарушение гемостаза [54, 84].

Сравнение частоты фоновых проявлений МС у 1 460 больных шизофренией в исследовании CATIE со стандартизированной по возрасту, полу

и этнической принадлежностью выборки населения США показало существенные различия по всем параметрам [78].

Во время стартового обследования МС был выявлен у 40% больных. При сопоставлении полученных данных с результатами эпидемиологического исследования распространенности МС среди населения США в исследовании NHANES [40] было показано, что показатели распространенности МС среди больных шизофренией в 2 раза были выше.

По результатам целого ряда Европейских исследований от 25% до 60% пациентов с шизофренией имели различные метаболические нарушения. При этом отмечалось значительное увеличение риска развития МС у больных шизофренией по сравнению с подобным риском среди общего населения стран, где проводились данные исследования [19, 30, 46]. Последние работы распространенности МС у больных шизофренией в Российской Федерации свидетельствовали о высокой распространенности нарушений обмена веществ у данных лиц [2, 6, 8].

Относительное влияние нефармакологического воздействия и особое влияние приема нейролептиков на развитие МС у больных шизофренией, является предметом изучения при разработке стратегий сокращения развития ССЗ и СД [3, 5, 7].

Прием антипсихотиков часто приводит к повышению массы тела, которое может быть настолько выражено, что существенно снижает КЖ больных, приводит к стигматизации, и как следствие ухудшает соблюдение медицинских рекомендаций вплоть до полного отказа от лечения [41]. Отказ от лечения вследствие набора веса является основной причиной рецидива и повторных госпитализаций [96].

В результате все более широкого распространения нового поколения антипсихотиков уве-

личение веса при длительной терапии становится превалирующим побочным эффектом. Однако, часто увеличение веса игнорируется практическими врачами, так как по сравнению с другими побочными симптомами традиционных нейролептиков (ТН) кажется неспецифическим и «нормальным». Основанием для такого подхода служит широкая распространенность ожирения в общей популяции.

Хорошо известно, что избыточная масса тела существенно повышает риск заболеваемости по следующим категориям: АГ, дислипидемия, СД второго типа, ССЗ, острое нарушение мозгового кровообращения, желчекаменная болезнь, остеоартриты, ночное апноэ и респираторные болезни, а также злокачественные опухоли эндометрия, молочной железы, простаты и толстого кишечника [11]. При этом, только частота развития СД второго типа при избыточной массе тела повышается на 60% [10].

Ожирение и избыточный вес считаются мультифакторными заболеваниями, связанными с влиянием окружающей среды, наследственностью, психологическими и физиологическими факторами.

Для сравнительной оценки веса тела в настоящее время часто используется так называемый индекс массы тела (body mass index – ВМІ). Формула расчета достаточно проста, что позволяет применять его в широкой клинической практике. Вес тела в килограммах делится на рост в метрах в квадрате. По данным ВОЗ, избыточным считается вес при $ВМІ \geq 25 \text{ кг/м}^2$, а при $ВМІ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ диагностируется ожирение. Уровень смертности при развитии ожирения резко возрастает [10, 98], особенно при избыточном висцеральном (абдоминальном) жире [37]. Абдоминальный тип ожирения, который определяется по увеличению объема талии и сопровождается повышением уровня триглицеридов в крови, в настоящее время является основным критерием МС.

Все антипсихотики могут вызывать увеличение веса в той или иной степени. Под фармакогенным увеличением веса принято понимать нежелательное явление лекарственного препарата в виде повышения массы тела более 5–7% в период его применения, приводящий к отказу от режима приема терапии и/или различным медицинским проблемам [4].

Помимо увеличения веса, прием антипсихотиков может вызывать развитие и других нарушений, входящих в структуру МС. Кроме ожирения, к ним относятся резистентность к инсу-

лину и дислипидемия.

Повышение веса, связанное с применением ТН, было описано вскоре после их появления в клинической практике [61, 77]. При этом увеличение массы тела не зависело от лекарственной формы препарата и наблюдалось как при использовании таблетированных, так и пролонгированных форм нейролептиков [41, 56]. Эта проблема не привлекала пристального внимания исследователей, так как была скрыта фасадом большого числа других побочных эффектов, прежде всего в неврологической сфере.

Новый интерес к проблеме был связан с появлением клозапина (лепонекс, азалептин) и других атипичных антипсихотиков (АА). На данный момент неясно, насколько АА различаются между собой по способности вызывать ожирение. Считается, что увеличение массы тела более выражено при приеме клозапина и оланзапина [82], однако лечение другими АА также довольно часто приводит к ее увеличению.

Так, D.V Allison с соавт. [11] провели мета-анализ 81 клинических исследований по оценке влияния ТН (хлорпромазин, галоперидол, флуфеназин, трифлуоперазин, перфеназин, тиоридазин) и АА (клозапин, оланзапин, рисперидон, zipразидон) на массу тела. Прием практически всех нейролептиков сопровождался повышением веса. Среднее увеличение массы тела при применении АА было выше, чем у ТН. АА в значительной степени различались между собой по возможности вызывать повышение массы тела. Наиболее выраженная прибавка веса отмечалась при использовании клозапина и оланзапина [10].

Многие исследователи сообщали об увеличении веса при лечении клозапином [14, 24, 65, 78, 95]. В двух исследованиях была обнаружена корреляция между увеличением веса и клиническим эффектом [65, 66]. Другим авторам не удалось выявить различий по частоте повышения массы тела между группой респондентов и нон-респондентов [95], более чем у 10% больных в этом ретроспективном анализе в течение года терапии прибавка в весе составляла более 60%. В исследовании S. Hagg [45] у 37,5% больных набор веса в течение первых 12 недель терапии клозапином превышал 10% по отношению к фоновым показателям. Максимальная прибавка веса на клозапине равнялась 9,2 кг, а при применении галоперидола – 4,0 кг. В нескольких работах было показано, что увеличение веса при длительном лечении клозапином происходило постоянно [38, 95, 100].

В 5-летнем натуралистическом исследовании

D.C.Henderson и соавт. [48] с 6-месячным интервалом измеряли вес и лабораторные показатели у 82 амбулаторных больных шизофренией и шизоаффективным психозом, получавших клозапин. В процессе лечения статистически значимое нарастание массы тела продолжалось до 46 месяца терапии. При этом увеличение веса коррелировало с увеличением в плазме крови уровня холестерина и триглицеридов. В другом исследовании у 93 терапевтически резистентных больных шизофренией измеряли вес ежемесячно на протяжении 4 месяцев приема клозапина [49]. Среднее увеличение массы тела равнялось 2,4 кг. Однако индивидуальные изменения массы тела находились в диапазоне от -17,5 кг до +12,9 кг. Таким образом, пациенты с более низким начальным индексом массы тела демонстрировали большее увеличение веса к концу исследования.

Появление других АА продемонстрировало, что увеличение веса как, побочный симптом был характерен почти для всех классов новых препаратов. По сравнению с ТН (галоперидол, перфеназин), рисперидон вызывал увеличение веса в 2 раза чаще [28, 39, 51]. В большом сравнительном исследовании различных дозировок препарата, включавшем 1 362 пациента, рисперидон по сравнению с галоперидолом значительно чаще повышал вес больных при использовании всех дозировок (4, 8 и 12 мг) [40]. Мета-анализ 11 ранних двойных слепых исследований показал, что в среднем за 8–12 недель терапии рисперидоном увеличение веса составляло 2–3 кг [85].

Ретроспективная оценка 39 взрослых пациентов с психической задержкой, которые принимали рисперидон в реабилитационном центре, свидетельствовала, что у 37 из 39 пациентов отмечалось увеличение веса, в среднем на 8,3 кг за 2 года лечения [29].

В другой работе сравнивались две группы подростков. Одна группа из 37 больных в течение 6 месяцев принимала в стационаре рисперидон, а другая из 33 пациентов – ТН [71]. К концу исследования в группе рисперидона наблюдалось большее увеличение веса. Клинически значимое увеличение массы тела (то есть более 7% от начального веса) отмечалось у 78% пациентов в группе рисперидона и у 24% в контрольной группе. Доза рисперидона и сопутствующая терапия не были статистически связаны с риском увеличения массы тела.

Как показывает обзор литературы, повышение массы тела и развитие МС чаще всего вы-

зывает оланзапин. При анализе нескольких двойных слепых плацебо–контролируемых клинических исследований было показано, что оланзапин значительно чаще приводил к прибавке веса, чем галоперидол или плацебо [17]. В оригинальном исследовании P.Gupta с соавт. [44] средний набор веса через 7 месяцев терапии оланзапином составлял 10 кг. В другом двойном слепом сравнительном исследовании оланзапин повышал массу тела в 2 раза больше, чем рисперидон [44]. При этом, набор веса не зависел от применяемой дозы и сохранялся в течение всего периода применения оланзапина [17, 100].

В некоторых исследованиях было показано, что набор веса при приеме оланзапина продолжался до 30 недель терапии и возможно и больше, в то время как при использовании рисперидона через 8 недель масса тела обычно стабилизировалась [100]. В проспективном натуралистическом исследовании сравнивали 2 967 амбулаторных больных, принимавших оланзапин, и 821 больных, принимавших другие антипсихотики [43]. Сонливость и увеличение массы тела статистически достоверно чаще встречались в группе оланзапина, чем в контрольной группе.

В другой работе 573 пациента принимали оланзапин в течение 39 недель и более, в то время как 103 пациента получали галоперидол [60]. В группе оланзапина отмечалось значимо большее увеличение массы тела (в среднем на 6,26 кг), чем в группе галоперидола (в среднем на 0,69 кг) после 1,15 года лечения.

В двойном слепом исследовании применения оланзапина при острой мании, 150 больных с диагнозом биполярное аффективное расстройство рандомизированно получали оланзапин от 5 до 20 мг/сут. или плацебо в течение 4 недель [94]. В группе оланзапина отмечалось значимо большее увеличение массы тела, чем в группе плацебо ($2,1 \pm 2,8$ кг и $0,45 \pm 2,3$ кг соответственно). В 3-месячном открытом исследовании оланзапина в дозе 5 мг/сут. у 23 больных с обсессивно-компульсивным расстройством, резистентных к серотонинергическим антидепрессантам, наиболее частыми побочными симптомами были увеличение веса и седация [20].

Анализируя литературные данные, значительно реже увеличение массы тела наблюдалось при использовании кветиапина, сертиндола, зипрасидона, амисульприда, арипипразола. Так, в 6-недельном двойном слепом плацебо–контролируемом клиническом исследовании у 109 больных шизофренией при использовании

кветиапина увеличение веса более 7% от исходного отмечалось у 25% пациентов по сравнению с 1% в группе плацебо. Средняя прибавка веса к концу курса лечения у данных больных составляла 5,5 кг и 0,5 кг [22].

Среднее увеличение веса в исследовании E. McQuade и соавт. [80], включавшем 360 больных, для дозы 75 мг было 0,9 кг, для дозы 150 мг – 2,9 кг, 300 мг – 2,0 кг, 600 мг – 2,6 кг, 750 мг – 2,3 кг, по сравнению с 0,3 кг в группе галоперидола (12 мг/сут) и снижением веса на 0,8 кг в группе плацебо.

В исследовании J.G. Small и соавт. [91] увеличение массы тела более 7% при дозе кветиапина 750 мг/сут наблюдалось у 25% больных, а при дозе 250 мг/сут – у 16% и в 5% случаев – при применении плацебо. Длительные исследования показали, что у большинства больных при лечении кветиапином набор веса прекращался после 8 недель терапии, а среднее увеличение веса через год составляло около 2 кг [22, 57, 88].

Контролируемые исследования zipрасидона показали, что препарат был связан с минимальным набором веса у большинства пациентов. В регистрационных исследованиях увеличение веса более 7% отмечалось у 9% больных, а среднее увеличение веса при дозе 80 мг/сут. составило около 1 кг через 6 недель терапии [32, 59]. В длительных исследованиях через год терапии при использовании любых дозировок zipрасидона происходило снижение массы тела в среднем на 3 кг [12, 32].

Другим препаратом, который практически не влиял на вес больных был арипипразол. По данным краткосрочных регистрационных исследований, включавших около 500 больных, только 8% пациентов набирали вес более 7% от исходного, а среднее увеличение массы тела при применении всех дозировок составлял 0,71 кг. и значимо не отличалось от группы галоперидола [69]. В длительных исследованиях арипипразол приводил к некоторому снижению веса [58, 86]. В прямых сравнительных исследованиях с оланзапином препарат вызывал клинически значимое повышение веса (более 7%) в 4 раза реже [31, 80]. Более того, при переводе на арипипразол с других антипсихотиков (оланзапин, рисперидон, галоперидол и тиоризадин) больные теряли в весе [27].

Анализируя данные литературы, необходимо отметить, что в настоящее время точно не установлены биологические механизмы повышения массы тела при приеме нейролептиков. Считается, что развитие ожирения на фоне антипси-

хотической терапии может быть связано с блокадой серотониновых и гистаминовых рецепторов [102] или эндокринологическими нарушениями. Увеличение концентрации серотонина в центральных структурах головного мозга угнетает пищевой рефлекс, в то время как антагонисты серотонина стимулирует поступление энергии [73]. Блокада 5-НТ2 серотониновых рецепторов приводит к увеличению массы тела, вызванное приемом антипсихотиков. Такие препараты, как галоперидол, трифтазин не влияют на массу тела, минимально взаимодействуют с этим типом серотониновых рецепторов [100].

Лекарственные средства с высокой антигистаминовой активностью (аминазин, тизерцин, труксал) также способствуют повышению массы тела [79]. Отмечены зависимости между степенью блокады гистаминовых рецепторов антипсихотиками и массой тела. Препараты с высоким аффинитетом к Н1-рецепторам (клозапин и оланзапин) вызывают максимальное увеличение веса, наименьшую прибавку веса вызывают галоперидол, zipрасидон, сертиндол, арипипразол, т.е. препараты с низким сродством к гистаминовым рецепторам первого типа.

Повышение массы тела у больных шизофренией также связано с увеличением уровня андрогенов у женщин и снижением уровня андрогенов у мужчин, что приводит к понижению чувствительности нейронов насыщения в гипоталамусе. В тоже время, повышение уровня пролактина способствует увеличению массы тела за счет снижения чувствительности к инсулину [15].

В настоящее время существуют и другие биологические механизмы, отвечающие за формирование пищевого поведения. Фактор некроза опухолей (tumor necrosis factor, TNF- α) играет основную роль в различных метаболических и иммунных процессах, а также в пищевом поведении. Кроме этого, он влияет на метаболизм глюкозы, белков и жиров [23]. В нескольких клинических исследованиях было показано, что клозапин и оланзапин повышал уровень TNF- α , интерлейкина-2 и лептина [78, 74, 87].

На данный момент существует также и генетическая предрасположенность к повышению массы тела и развитию МС при лечении антипсихотиками. У больных, склонных к увеличению веса при лечении клозапином, генетический анализ показал различие по генам рецепторов 5-НТ2С, адренергических рецепторов типа $\alpha 3$ и $\beta 1a$ и TNF- β по сравнению с больными, вес которых при приеме клозапина не изменялся

[16]. Считается, что генетический полиморфизм к рецепторам 5-НТ2С и лептина играет важную роль при развитии МС [89, 103].

Отмечено, что определенное значение при увеличении массы тела у больных шизофренией играет гиподинамия вследствие нарастания дефицитарной симптоматики и восстановления аппетита после его снижения в период острого состояния [6].

Необходимо отметить, что увеличение массы тела часто сопровождается нарушением углеводного обмена. Изменения в регуляции глюкозы были отмечены у больных шизофренией задолго до введения в практику антипсихотической терапии. Как известно, в отличие от СД 1 типа, который обусловлен деструкцией β -клеток и ведет к абсолютной инсулиновой недостаточности, при СД 2 типа отмечается относительный дефицит инсулина, который может колебаться в широких пределах – от инсулинорезистентности до разнообразных дефектов секреции инсулина.

СД 2 типа чаще возникает в возрасте старше 40 лет. Впервые развитие СД у больных шизофренией во время приема первых нейролептиков было описано F.J. Braceland [21]. Автор сообщила о 5 случаях развития гипергликемии и глюкозурии у пациентов, получавших аминазин.

В настоящее время заболеваемость СД 2 типа у больных шизофренией существенно выросла и в конце XX века оценивалось в 14,9%, т.е. примерно в 2 раза выше, чем в общей популяции [26, 35]. При этом, СД чаще встречался у женщин, афроамериканцев и других этнических групп, что совпадало с результатами, полученными для общей популяции. Большинство из этих больных принимали классические нейролептики. Исследование, проведенное в Японии показывало, что распространенность СД среди больных шизофренией составляло 8,8% по сравнению с 5% в контрольной группе [92].

Распространенность СД 2 типа зависит также от возраста больных шизофренией. Если в группе от 50 до 59 лет СД был диагностирован у 12,9%, то в группе от 60 до 69 лет – уже у 18,9% больных [81]. Некоторые исследователи приводили цифры распространенности СД у больных шизофренией от 11% [97] до 18% [93].

Первые публикации, сообщавшие о развитии кетоацидоза на фоне приема АА, касались использования клозапина [21]. S. Hagg с соавт. [45] показали, что у 12% больных, длительно принимавших клозапин, развился СД 2 типа. При этом, еще у 10% больных отмечались наруше-

ния толерантности к глюкозе по сравнению с 6% соответственно для пациентов, принимавших классические депо-нейролептики.

На протяжении 5-летнего изучения применения клозапина у 30 (36,6%) из 82 пациентов встречался СД [48]. Развитие СД не коррелировало с индексом массы тела или увеличением веса. Однако повышение массы тела в этом исследовании было связано с увеличением уровня триглицеридов, а развитие СД – с увеличением уровня триглицеридов.

По другим данным, только у 5,5% из 55 резистентных пациентов в процессе лечения оланзапином было обнаружено увеличение уровня глюкозы [68], что не превышало общий уровень в популяции (6–8%). Увеличение веса в процессе лечения оланзапином в этом исследовании (3,2 кг) не зависело от уровня глюкозы. Повышение риска развития СД при первичном применении клозапина и оланзапина было выявлено в исследовании H.Jin и соавт. [55], которые обнаружили соответственно 20 и 19 таких случаев, в то время как при применении рисперидона и кветиапина было выявлено только по 3 случая. Причем половина всех случаев СД не сопровождалась увеличением веса. Анализ влияния длительности терапии и временной связи между назначением или отменой препарата и проявлениями СД также позволяют считать, что риск развития диабета выше при применении клозапина и оланзапина.

В проспективном исследовании через 2,5 месяца лечения клозапином у 55% больных было выявлено снижение толерантности к глюкозе, не связанное с чувствительностью к инсулину [50]. Аналогичные данные были получены при изучении воздействия оланзапина: 47% всех случаев первичного СД были обнаружены в первые 3 месяца лечения и 70% – в первые 6 месяцев. Кроме этого, почти у 80% больных гликемический контроль улучшался после отмены препарата [62].

В настоящее время имеются данные, описывающие летальные случаи от гипергликемии, развившейся на фоне лечения оланзапином [78]. В частности, E.A. Koller и соавт. [62] обнаружили 237 случаев гипергликемии во время лечения оланзапином, из них 188 впервые выявленных. 73% случаев гипергликемии встречались в течение первых 6 месяцев после начала терапии оланзапином. После отмены или снижения дозы оланзапина у 78% пациентов отмечалась нормализация уровня глюкозы.

При ретроспективной оценке базы данных,

состоящей из результатов обследования 38632 больных шизофренией M.J. Sernyak с соавт. [90] выявили, что СД 2 типа статистически достоверно чаще регистрировался в группе, принимавшей АА (58,5%), по сравнению с больными, принимавшими классические нейролептики (41,1%). Аналогичные результаты были получены и другими исследователями в Великобритании, включающей 21145 больных шизофренией. Применение оланзапина статистически достоверно повышало риск развития СД по сравнению со здоровыми людьми в 6 раз. Применение ТН (хлорпромазина, флупентиксола, флуфеназина, галоперидола, перициазина, перфеназина, тиоридазина, сульпирида, трифлуоперазина и зуклопентиксола) также повышало риск заболевания СД. Для рисперидона отмечалась тенденция к повышению риска, которая не достигала статистической значимости [63].

F. Gianfrancesco с соавт. [42], проводя изучение 7933 больных с различными психозами, обнаружили более высокий риск развития СД у пациентов, длительно (12 месяцев) принимавших клозапин и оланзапин, по сравнению с рисперидоном и классическими нейролептиками. При этом, по сравнению с не лечившимися больными, риск развития гипергликемии при применении клозапина был выше в 7 раз, а при использовании оланзапина в 3 раза. В исследовании J. Caro с соавт. [25] у 33945 больных шизофренией был выявлен более высокий риск развития СД при применении оланзапина по сравнению с рисперидоном только для женщин.

Независимое слепое контролируемое исследование САПЕ [67] в целом подтвердило данные клинических наблюдений. Наибольший прирост содержания глюкозы в крови определялся в группе оланзапина (0,8 ммоль/л), в меньшей степени при приеме кветиапина (0,4 ммоль/л), рисперидона (0,4 ммоль/л) и zipрасидона (0,2 ммоль/л).

Данных по оценке риска развития СД при использовании других АА, таких как амисульприд, арипипразол, сертиндол пока недостаточно, однако, по результатам предварительных и регистрационных исследований, они минимальны.

Основные различия влияния антипсихотиков на отдельные показатели МС были связаны с особенностями рецепторного профиля каждого препарата, с разными механизмами развития побочных эффектов. На данный момент существуют несколько причин развития нарушения регуляции глюкозы у больных шизофренией [70, 72].

Отмечено, что АА способствуют развитию гипергликемии посредством формирования резистентности к инсулину [70]. D.A. Wirshing с соавт. [99] предположили, что влияние клозапина и оланзапина на серотонин может частично объяснять развитие резистентности к инсулину. Было показано, что оланзапин и клозапин вызывал достоверное нарушение теста толерантности к глюкозе у больных шизофренией без СД по сравнению с группой больных, принимавших ТН [83].

При этом, разные подтипы серотониновых рецепторов оказывают разнонаправленное влияние на уровень глюкозы в плазме крови. Если блокада 5-НТ2С-рецепторов играет важную роль в механизме увеличения веса АА и опосредованно может способствовать развитию резистентности к инсулину за счет увеличения жировой ткани, то блокада 5-НТ1А-рецепторов снижает уровень инсулина и, следовательно, вызывает гипергликемию. Блокада 5-НТ2А-рецепторов, наоборот снижает уровень глюкозы крови, так как известно, что агонисты 5-НТ2А-рецепторов вызывают гипергликемию [101].

Другим механизмом увеличения веса тела является развитие гипергликемии за счет нарушения регуляции глюкозы и инсулина, а также нарушения в липидном обмене [75, 100]. Некоторые АА стимулируют аппетит и способствуют увеличению приема пищи и, таким образом, вызывают увеличение массы тела. Рост массы тела может являться одним из потенциальных механизмов развития СД за счет увеличения жировой ткани, что, в свою очередь, ведет к резистентности к инсулину, интолерантности к глюкозе и развитию СД. Было подсчитано, что с каждым килограммом лишнего веса риск развития СД II типа увеличивается на 4,5% [94].

Снижение эффективности инсулина может происходить из-за уменьшения чувствительности инсулиновых рецепторов, или из-за изменения влияния инсулина на механизм транспорта глюкозы. Влияние различных АА на функцию инсулярных β -клеток поджелудочной железы неоднозначно [18, 74]. Некоторые экспериментальные работы обнаружили развитие инсулинорезистентности и дисфункции β -клеток, сопровождающихся набором веса при использовании только оланзапина [9].

Необходимо отметить, что повышение веса часто сопровождается нарушением липидного обмена. В настоящее время опубликовано несколько исследований, касающихся влияния АА на липидный обмен. В некоторых работах было

показало, что прием клозапина чаще всего сопровождался повышением уровня триглицеридов и не влиял на уровень холестерина [6, 7].

В других клинических исследованиях у пациентов, получающих оланзапин, было выявлено повышение уровня триглицеридов без повышения уровня холестерина [9].

По данным ретроспективного анализа историй болезни 19600 больных шизофренией в Великобритании, риск развития дислипидемии было в 3 раза выше при лечении оланзапином по сравнению с ТН [63, 64].

В исследовании САПЕ [67] наибольшие изменения метаболических параметров были связаны с применением оланзапина (общий холестерин по сравнению с фоновыми показателями вырос на 0,2 ммоль/л, а триглицериды – на 0,5 ммоль/л), а наименьшее снижение показателей – с применением зипрасидона.

С другой стороны, рисперидон, зипразидон, арипипразол оказывали незначительное влияние на уровень липидов крови [63]. В отношении рисперидона достоверных различий обнаружено не было. Аналогичные данные были получены при длительном сравнительном исследовании оланзапина и арипипразола: при применении оланзапина количество липидов в крови было в несколько раз выше [86].

В настоящее время в патогенезе развития МС огромную роль играет повышение лептина. Лептин - это гормон, продуцируемый адипоцитами, имеющий важное значение в регулировании массы тела и влияющий на аппетит, блокируя лептиновые рецепторы в центре насыщения в гипоталамусе пропорционально массе жировой ткани. Периферическое влияние лептина может выражаться в ингибировании внутриклеточного метаболизма липидов. Назначение лептина снижает аппетит и приводит к уменьшению мас-

сы тела. Тем не менее, ожирение чаще сопровождается повышенным уровнем лептина в крови и снижением чувствительности к нему рецепторов гипоталамуса, что и приводит к повышенному аппетиту и росту массы тела.

В тоже время, повышенный уровень лептина в крови может влиять на тканевую инсулинорезистентность (связь ожирения и инсулинорезистентности). Имеются данные о стимулировании инсулином секреции лептина адипоцитами и влиянии лептина на функцию β -клеток поджелудочной железы.

Влияние АА на уровень лептина на данный момент менее изучено. В нескольких работах было показано, что клозапин и оланзапин обладают способностью повышать уровень лептина [6]. В меньшей степени на уровень лептина влияет кветиапин и рисперидон [7].

Таким образом, проведенный анализ публикаций свидетельствует, что изучение МС у больных шизофренией является актуальной проблемой. Большинство исследований показывают, что антипсихотики способствуют развитию МС.

Исходя из полученных литературных данных, с целью ранней диагностики и профилактики развития МС необходимо проводить ранний скрининг предрасположенных больных и тщательный мониторинг проявлений МС на всем протяжении лечения антипсихотиками. При этом необходим интегративный подход в лечении больных шизофренией с учетом коморбидных соматических заболеваний; регулярное обследование соматического состояния пациентов, включая мониторинг веса, объема талии, измерение АД, определение липидного профиля, глюкозы в крови; специальный опрос больных и их родственников о возможных побочных явлениях при лечении антипсихотиками, адекватный подбор антипсихотической фармакотерапии.

Є.М. Денисов

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ: РОЛЬ АНТІПСИХОТИКІВ ПОВІДОМЛЕННЯ 1

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В даній роботі проведений літературний огляд поширеності, чинників ризику розвитку метаболічного синдрому (МС) у хворих на шизофренію. Показаний вплив різних антипсихотиків на збільшення ваги хворих, порушення метаболізму ліпідів і глюкози. Відмічені основні механізми формування МС при проведенні антипсихотичної терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 151-160).

METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: ROLE OF ANTIPSYCHOTICS REPORT 1

Donetsk National Medical University by named M. Gorkiy

In this work we performed the review of prevalence, factors of hypen of development of metabolic syndrome (MS) in patients with schizophrenia. In this work was showed influence of different antipsychotics is on gain in weight of patients, disturbance of metabolism of lipids and glucose. The basic mechanisms of forming of MS are marked during the lead through of antipsychotic therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 151-160).

Литература

1. Ванина Е., Подольская А., Седки К. и соавт. Изменения веса тела, связанные с психофармакотерапией // Метаболические побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). — М., 2003. — С. 2–8.
2. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — С.126.
3. Горобец Л.Н., Ермолаева Л.Г., Жмурина М.В. Проблемы увеличения веса и развития сахарного диабета при нейролептической терапии шизофрении // Метаболические побочные эффекты и осложнения при психофармакотерапии (Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия»). — М., 2003. — С. 2–8.
4. Капилетти С.Г., Мосолов С.Н., Шафаренко А.А. Частота метаболических расстройств у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию. Материалы Общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011)». Москва, 28–30 октября 2008. М., 2008. — С.414–416.
5. Крылов В.И. Метаболические эффекты атипичных нейролептиков // Российский психиатрический журнал. — 2004. — № 3. — С. 47–51.
6. Мартынихин И.А. Метаболический синдром и факторы риска его развития среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении / И.А. Мартынихин // Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — Т.19, № 1. — С. 24–28.
7. Мосолов С.Н., Кабанов С.О. Метаболические нарушения при антипсихотической терапии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т. 13, Вып. 2. — С. 162–172.
8. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Соколян Н.А. Распространенность метаболического синдрома среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении в Санкт-Петербурге. Тезисы научно-практической конференции «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации». СПб., 2008. — С.147–148.
9. Ader M., Kim S.P., Catalano K.J. et al. Metabolic dysregulation with atypical antipsychotics occurs in the absence of underlying disease: a placebo-controlled study of olanzapine and risperidone in dogs // Diabetes. — 2005. — Vol. 54. — P. 862–871.
10. Allison D.B., Fontaine K.R., Manson J.E. et al. Annual deaths attributable to obesity in the United States // JAMA. — 1999. — Vol. 282. — P.530–538.
11. Allison D.B., Mentore J.L., Heo M. et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 1686–1696.
12. Arato M., O'Connor R., Meltzer H.Y. A 1-year, double-blind, placebo-controlled trial of ziprasidone 40, 80 and 160 mg/day in chronic schizophrenia: the Ziprasidone Extended Use in Schizophrenia (ZEUS) study // Int. Clin. Psychopharmacol. — 2002. — Vol. 17. — P. 207–215.
13. Arvanitis L.A., Miller B.G. Multiple fixed doses of «Seroquel» (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo // Biol. Psychiatry. — 1997. — Vol. 42. — P. 233–246.
14. Bai Y.M., Lin C.C., Chen J.Y. et al. Weight gain among patients on clozapine // Psychiatr. Serv. — 1999. — Vol. 50. — P. 704–705.
15. Baptista T. Body weight induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management // Acta Psychiatr. Scand. — 1999. — Vol. 100. — P. 3–16.
16. Basile V.S., Maselli M., McIntyre R.S. et al. Genetic dissection of atypical antipsychotic-induced weight gain: novel preliminary data on the pharmacogenetic puzzle // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62, Suppl. 23. — P. 45–66.
17. Beasley C.V.Jr., Sanger T., Satterlee W. et al. Olanzapine versus placebo: results of a double-blind, fixed-dose olanzapine trial // Psychopharmacology. — 1996. — Vol. 124. — P. 159–167.
18. Best L., Yates A.P., Reynolds G.P. Actions of antipsychotic drugs on pancreatic β -cell function: contrasting effects of clozapine and haloperidol // J. Psychopharm. — 2005. — Vol. 19. — P. 597–601.
19. Bobes J., Arango C., Aranda P et al. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study. Schizophr. Res.— 2007.—Vol. 90. — P.162–173.
20. Bogetto F., Bellino S., Vascetto P. et al. Olanzapine augmentation of fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder (OCD): a 12-week open trial // Psychiatry Res. — 2000. — Vol. 96. — P. 91–98.
21. Braceland F.J., Meduna L.J., Vaichulis J.A. Delayed action of insulin in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 1945. — Vol. 102. — P. 108–110.
22. Brecher M., Rak I.W., Westhead E.K. et al. The long-term effect of quetiapine («Seroquel») monotherapy on weight in patients with schizophrenia // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. — 2000. — Vol. 4. — P. 287–292.
23. Bullo-Bonet M., Garcia-Lorda P., Lopez-Soriano F.J. et al. Tumor necrosis factor, a key role in obesity? // FEBS Lett. — 1999. — Vol. 451. — P. 215–219.
24. Bustillo J.R., Buchanan R.W., Irish D. et al. Differential effect of clozapine on weight: a controlled study // Am. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 153. — P. 817–819.
25. Caro J., Ward A., Levinton C. et al. The risk of developing diabetes in users of atypical antipsychotics. Presented at the 39th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology. — San Juan, Puerto Rico, 2000, December 10–14.
26. Casey D.E. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders // Am. J. Med. — 2005. — Vol. 118, Suppl. 2. — S.15–22.
27. Casey D.E., Carson W.H., Saha A.R. et al. Switching patients to aripiprazole from other antipsychotic agents: a multicenter randomized study // Psychopharmacology. — 2003. — Vol. 166. — P. 391–399.
28. Claus A., Bollen J., De Cuyper H. et al. Risperidone versus haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic inpatients: a multicentre double-blind comparative study // Acta Psychiatr. Scand. — 1992. — Vol. 85. — P. 295–305.
29. Cohen S., Glazewski R., Khan S. et al. Weight gain with risperidone among patients with mental retardation: effect of calorie restriction // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62. — P. 114–116.
30. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D et al. Characterizing Coronary Heart Disease Risk in Chronic Schizophrenia: High Prevalence of the Metabolic Syndrome // Canadian Journal of Psychiatry.—2004.—Vol. 49.— P753–760.
31. Cornblatt B., Kern R.S., Carson W.H. et al. Neurocognitive effects of aripiprazole versus olanzapine in stable psychosis [abstract] // Int. J. Neuropsychopharmacol. — 2002. — Vol. 5, Suppl. 1. — S. 185.
32. Daniel D.G., Zimbroff D.L., Potkin S.G. et al. Ziprasidone 80 mg/day and 160 mg/day in the exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder: a 6-week placebo-controlled trial / Ziprasidone Study Group // Neuropsychopharmacology. — 1999. — Vol. 20. — P. 491–505.
33. Daniel D.G., Tolerability of ziprasidone: an expanding perspective // J. Clin. Psychiatry. — 2003. — Vol. 64, Suppl. 19. — P. 40–49.
34. De Hert M., van Winkel R., van Eyck D. et al. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study // Clin. Prac. Epidemiol. Ment. Health. — 2006. — Vol. 2. — P. 14–18.
35. Dixon L., Weiden P., Delahanty J. et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples // Schizophr. Bull. — 2000. — Vol. 26. — P. 903–912.
36. Dixon L., Postrado L., Delahanty J. et al. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health // J. Nerv. Ment. Dis. — 1999. — Vol. 187. — P. 496–502.
37. Durano-Arvizu R.A., McGee D.L., Cooper R.S. et al. Mortality

and optimal body mass index in a sample of the US population // *Am. J. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 147. – P. 739–749.

38. Eaton W.W., Mortensen P.B., Herman H. et al. Long-term course of hospitalization for schizophrenia, pt. 1: risk for rehospitalization // *Schizophr. Bull.* – 1992. – Vol. 18. – P. 217–228.

39. Emsley R.A. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double-blind multicenter study / Risperidone Working Group // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 721–729.

40. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey // *JAMA.* – 2002. – Vol. 287. – P. 356–359.

41. Ganguli R. Weight gain associated with antipsychotic drugs // *J. Clin. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 60, Suppl. 21. – P. 20–24.

42. Gianfrancesco F.D., Grogg A.L., Mahmoud R.A. et al. Differential effects of risperidone, olanzapine, clozapine and conventional antipsychotics on type 2 diabetes: findings from a large health plan database // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63. – P. 920–930.

43. Gomez J.C., Sacristan J.A., Hernandez J. et al. The safety of olanzapine compared with other antipsychotic drugs: results of an observational prospective study in patients with schizophrenia (EFESO study) // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 61. – P. 335–343.

44. Gupta S., Droney T., Al Samarrai S. et al. Olanzapine: weight gain and therapeutic efficacy // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1999. – Vol. 19. – P. 273–275.

45. Hagg S., Joellson L., Mjorndal T. et al. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients treated with clozapine compared with patients treated conventional depot neuroleptic medications // *J. Clin. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 59. – P. 294–299.

46. Heiskanen T., Niskanen L., Lytykainen R. et al. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia // *Journal of Clinical Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 575–579.

47. Henderson D.C., Cagliero E., Gray C. et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: a five-year naturalistic study // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 975–981.

48. Henderson D.C., Cagliero E., Gray C. et al. Clozapine, diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities: a five-year naturalistic study // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157. – P. 975–981.

49. Hong C.J., Lin C.H., Yu Y.W. et al. Genetic variants of the serotonin system and weight gain during clozapine treatment // *Pharmacogenetics.* – 2001. – Vol. 11. – P. 265–268.

50. Howes O.D., Bhatnagar A., Gaughran F.P. et al. A prospective study of impairment in glucose control caused by clozapine without changes in insulin resistance // *Am. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 361–363.

51. Hoyberg O.J., Fensbo C., Remvig J. et al. Risperidone versus perphenazine in the treatment of chronic schizophrenic patients with acute exacerbations // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1993. – Vol. 88. – P. 395–402.

52. Hu G, Qiao Q, Tuomilehto J et al. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – Vol. 164. – P. 1066–1076.

53. Hummer M., Kemmler G., Kurz M. et al. Weight gain induced by clozapine // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 1995. – Vol. 5. – P. 437–440.

54. International Diabetes Federation (IDF). The IDF consensus world-wide definition of the metabolic syndrome. Brussels: IDF, Available from: URL http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf (accessed November 2005).

55. Jin H., Meyer J.M., Jeste D.V. Phenomenology of and risk factors for new-onset diabetes mellitus and diabetic ketoacidosis associated with atypical antipsychotics: an analysis of 45 published cases // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14. – P. 59–64.

56. Johnson D.A., Breen M. Weight changes with depot neuroleptic maintenance therapy // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1979. – Vol. 59. – P. 525–528.

57. Jones A.M., Rak I.W., Raniwalla J. et al. Weight changes in patients treated with quetiapine // *New Research Abstracts of the 153rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 18, 2000, Chicago, Ill. Abstract NR 712.* – P. 250–253.

58. Kasper S., Lerman M.N., McQuade R.D. et al. Efficacy and safety of aripiprazole vs haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2003. – Vol. 6. – P. 325–337.

59. Keck P.Jr., Buffenstein A., Ferguson J. et al. Ziprasidone 40 and 120 mg/day in the acute exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder: a 4-week placebo-controlled trial // *Psychopharmacology.* – 1998. – Vol. 140. – P. 173–184.

60. Kinon B.J., Basson B.R., Gilmore J.A. et al. Long-term olanzapine treatment: weight change and weight-related health factors in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62. – P. 92–100.

61. Klett C., Caffey E. Weight changes during treatment with phenothiazine derivatives // *J. Neuropsychiatry.* – 1960. – Vol. 2. – P. 102–108.

62. Koller E.A., Doraiswamy P.M. Olanzapine-associated diabetes mellitus // *Pharmacotherapy.* – 2002. – Vol. 22. – P. 841–852.

63. Koro C.E., Fedder D.O., L'Italien G.J. et al. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the

risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 1021–1026.

64. Koro C.E., Fedder D.O., L'Italien G.J. et al. An assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 1021–1026.

65. Lambert J.S., Bellnier T., Schwarzkopf S.B. Weight gain among schizophrenic patients treated with clozapine // *Am. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 149. – P. 689–690.

66. Leadbetter R., Shutty M., Pavalonis D. et al. Clozapine-induced weight gain: prevalence and clinical relevance // *Am. J. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 149. – P. 68–72.

67. Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P. et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia // *N. Engl. J. Med.* – 2005. – Vol. 353. – P. 1209–1223.

68. Lindenmayer J.P., Nathan A.-M., Smith R. Hyperglycemia associated with the use of atypical antipsychotics // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62, Suppl. 23. – P. 30–38.

69. Marder S.R., McQuade R.D., Stock E. et al. Aripiprazole in treatment of schizophrenia: safety and tolerability in short-term, placebo-controlled trials // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 61. – P. 123–136.

70. Marinow A. Pathophysiological mechanism of the blood sugar discordances in insulin treatment of schizophrenia // *Bull. NINP.* – 1967. – Vol. 2. – P. 96–103.

71. Martin A., Landau J., Leebens P. et al. Risperidone-associated weight gain in children and adolescents: a retrospective chart review // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* – 2000. – Vol. 10. – P. 259–268.

72. Meduna L.J., Gerty F.J., Urse V.G. Biochemical disturbances in mental disorders // *Arch. Neurol. Psychiatry.* – 1942. – P. 38–52.

73. Meguid M.M., Fetisov S.O., Varma M. et al. Hypothalamic dopamine and serotonin in the regulation of food intake // *Nutrition.* – 2000. – Vol. 16. – P. 843–857.

74. Melkersson K.I., Hulting A.L., Brismar K.E. Elevated levels of insulin, leptin, and blood lipids in olanzapine-treated patients with schizophrenic or related psychoses // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 61. – P. 742–749.

75. Melkersson K.I., Hilding A. et al. Different effects of antipsychotic drugs on insulin release in vitro // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2001. – Vol. 11. – P. 327–332.

76. Melkersson K.I., Hulting A.L., Brismar K.E. Elevated levels of insulin, leptin, and blood lipids in olanzapine-treated patients with schizophrenia or related psychoses // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 61. – P. 742–749.

77. Mir S., Taylor D. Atypical antipsychotics and hyperglycemia // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2001. – Vol. 16. – P. 63–73.

78. Mc Evoy J.P., Meyer J.M., Goff D.C. et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from CATIE schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P. 19–32.

79. McIntyre R.S., Mancini D.A., Basile V.S. Mechanisms of antipsychotic-induced weight gain // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62, Suppl. 23. – P. 23–29.

80. McQuade R.D., Stock E., Marcus R. et al. A comparison of weight change during treatment with olanzapine or aripiprazole: results from a randomized, double-blind study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65, Suppl. 18. – P. 47–56.

81. Mukherjee S., Decina P., Bocota V. et al. Diabetes mellitus in schizophrenic patients // *Compreh. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 37. – P. 68–73.

82. Newcomes J.W., Haupt D.W. The metabolic effects of antipsychotic medications // *Can. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 51, N 8. – P. 480–491.

83. Newcomes J.W., Haupt D.W., Fucetola R. et al. Abnormalities in glucose regulation during antipsychotic treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 337–345.

84. NCEP. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III) final report // *Circulation.* – 2002. – Vol. 106. – P. 3143–3421.

85. Peuskens J. Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: a multi-national, multi-centre, double-blind, parallel-group study versus haloperidol // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 166. – P. 121–126.

86. Pigott T.A., Carson W.H., Saha A.R. et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64. – P. 1048–1056.

87. Pollmacher T., Haack M., Schuld A. et al. Effects of antipsychotic drugs on cytokine networks // *J. Psychiatr. Res.* – 2000. – Vol. 34. – P. 369–382.

88. Rak I.W., Jones A.M., Raniwalla J. et al. Weight changes in patients treated with Serquel (quetiapine) [abstract] // *Schizophr. Res.* – 2000. – Vol. 41. – P. 206.

89. Reynolds G.P., Zhang X.B. Association of antipsychotic drug-induced weight gain with a 5-HT_{2C} receptor gene polymorphism // *Lancet.* – 2002. – Vol. 359. – P. 2086–2087.

90. Sernyak M.J., Leslie D.L., Alarcon R.D. et al. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 561–566.

91. Small J.G., Hirsch S.R., Arvanitis L.A. et al. Quetiapine in patients with schizophrenia: a high- and low-dose double-blind comparison with placebo // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 54. – P. 549–557.
92. Tabata H., Kikuoka M., Kikuoka H. et al. Characteristics of diabetes mellitus in schizophrenic patients // *J. Med. Assoc. Thai*. – 1987. – Vol. 70, Suppl. 2. – P. 90–93.
93. Thonnard-Neumann E. Phenothiazines and diabetes in hospitalized women // *Am. J. Psychiatry*. – 1968. – Vol. 124. – P. 978–982.
94. Tohen M., Jacobs T.G., Grundy S.L. et al. Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania: a double-blind, placebo-controlled study. The Olanzapine HGGW Study Group // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 57. – P. 841–849.
95. Umbricht D.S., Pollack S., Kane J.M. Clozapine and weight gain // *J. Clin. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 55, Suppl. B. – P. 157–160.
96. Weiden P.J., Mackell J.A., McDonnell D.D. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance // *Schizophr. Res.* – 2004. – N 66. – P. 51–57.
97. Weiden P.J., Mackell J.A., McDonnell D.D. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance // *Schizophr. Res.* – 2004. – N 66. – P. 51–57.
98. Willett W.C., Dietz W.H., Colditz G.A. Guidelines for healthy weight // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – Vol. 314. – P. 427–434.
99. Wirshing D.A., Wirshing W.C., Kysar A.J. et al. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60. – P. 358–363.
100. Wirshing D.A. Schizophrenia and obesity: Impact of antipsychotic medications // *J. Clin. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65, Suppl. 18. – P. 13–26.
101. Wozniak K.M., Linnoila M. Hyperglycemic properties of serotonin receptor antagonists // *Life Sci*. – 1991. – Vol. 49. – P. 101–109.
102. Yanovski J.A., Yanovski S.Z. Recent advances in basic obesity research // *JAMA*. – 1999. – Vol. 282. – P. 1504–1506.
103. Zhang Z.J., Yao Z.J., Mou X.D. et al. Association of –2548G/A functional polymorphism in the promoter region of leptin gene with antipsychotic agent-induced weight gain [in Chinese] // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. – 2003. – Vol. 83. – P. 2119–2123.

Поступила в редакцию 3.09.2010

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ**50 ЛЕТ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ
Г. ЖДАНОВКА ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

В 60-е годы XX столетия приоритетным направлением в развитии здравоохранения страны стало открытие специализированных лечебных учреждений. Это коснулось и такой отрасли медицины, как психиатрия.

Так на медицинской карте Донецкой области в поселке Ново-Ждановка появилась психоневрологическая больница.

Решением исполкома областного совета народных Депутатов было передано облздравотделу 10 зданий типа ДЩ – 51 в пос. Ново-Ждановка Харцызского района для организации областной психоневрологической больницы. К исполнению обязанностей первого главного врача организуемого лечебного учреждения 1 августа 1960 года приступил Трубочанин И.И.

Первые годы после организации больницы были тяжелые для всего коллектива. Из воспоминаний первой главной медицинской сестры больницы Барковой Нины Сергеевны: «Первое впечатление о больнице гнетущее. Больница располагалась на территории бывшей тюрьмы. Двор больницы был ужасный, кое-где росли чахлые деревья. По периметру стояли одноэтажные бараки – окна выбиты, двери разбиты. На месте современного административного корпуса стояла кинобудка, высокое каменное здание».

Однако уже с первых дней были начаты мероприятия по проведению ремонтов, благоустройству территории, организации работы отделений. Вначале был сделан ремонт административного корпуса, затем был отремонтирован один лечебный корпус, в котором разместилось 1-е женское отделение. Первыми пациентами в нем стали 30 женщин, которые были переведены из областной психоневрологической больницы г. Сталино, Киселевской трудпсихколонии.

Первыми сотрудниками, на плечи которых легла вся сложность организации нового лечебного учреждения, были: врачи Сергиенко Александр Яковлевич, Меловицкая Елена Николаевна, Недоступенко Надежда Никифоровна, старшая медсестра Баркова Нина Сергеевна, зам. главного врача по хозяйственной части Болтенков В.В., Литвинов Н.П., бухгалтер Голубова Н.Ф., кассир Кирушок Л.П., медсестры Литвинова Н.Ф., Лакеева Г.П., Трубочанина Г.А.

К 1963 году в больнице было уже 6 отделений:

ний:

- 1-е женское отделение, заведующий Никитин Анатолий Михайлович.
- 1-е мужское отделение, заведующий Никитина Марта Михайловна.
- 2-е женское отделение, заведующий Кравец Семен Аронович.
- 2-е мужское отделение, заведующий Клочков Владимир Александрович.
- 3-е мужское отделение, заведующий Сергиенко Александр Яковлевич.
- детское отделение, заведующий Бугрин Виктор Григорьевич.

В те времена лечение больных не отличалось разнообразием. Из воспоминаний первых сотрудников: «Условия содержания больных были ужасные, отделения располагались в бараках. В лечении применяли капли опия, «укутывания» больных». В 1967 году впервые получили аминазин. Инъекции проводили в масках, перчатках, над открытой проточной водой. Манипуляторы за вредность получали молоко».

В 1967 году больница была переименована в Харцызскую психоневрологическую больницу (по территориальной принадлежности). В этом же году принят на работу врач Сабельников Владимир Яковлевич, работавший в должности заместителя главного врача по медицинской части, а с 1969 года возглавивший больницу в должности главного врача. За время работы главным врачом Сабельников В.Я. проявил себя опытным организатором. В памяти сотрудников Сабельников В.Я. запомнился как человек неординарный, яркий, высокообразованный врач. Обладал редким обаянием, клиническим мышлением, прекрасно знал психиатрию. Под его руководством были улучшены показатели деятельности больницы, проведена организация ряда служб и отделений, построены новые двухэтажные корпуса и пятиэтажное блочное здание. Коллектив врачей под его руководством широко внедрял в практику новые методы обследования и лечения больных, внедрялись элементы НОТ: инсулино-шоковая терапия, электросудорожная терапия. В это время начинает уделяться внимание качеству условий пребывания больных, интерьеру отделений. В больнице начинают организовываться смотры-конкурсы

отделений. Была создана художественная самодеятельность.

В дальнейшем увеличилось количество общепсихиатрических отделений, были открыты санаторное отделение, подростковое отделение, физиотерапевтический, гинекологический, рентгенологический кабинеты, лаборатория, кабинет функциональной диагностики, геронтологическое отделение.

В апреле 1970 года было организовано наркологическое отделение на 60 коек. Располагалось отделение в 2-х этажном здании. Отделение было открытого типа, пациентам оплачивались больничные листы. До организации наркологического отделения психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, в основном алкогольные психозы, лечили в «острых» мужских отделениях. Из методов лечения во вновь организованном отделении применяли условно-рефлекторную терапию апоморфином, отваром баранца. Проводили алкоголь-тетурамовые провокации. В наркологическом отделении был организован гипнотарий.

Конец 60-х – начало 70-х годов XX столетия характеризуются подъемом общественной и профессиональной жизни больницы.

В эти годы открылось, и было единственное в Украине отделение «голода». Отделение было смешанным, на 40 коек, где активно внедрялась методика разгрузочной терапии. При помощи данной методики лечили различные психические заболевания: неврозы, психические расстройства в результате черепно-мозговых травм, сосудистые психозы, шизофрению, резистентную к нейролептикам, алкоголизм. Благодаря методике РДТ были получены положительные результаты. При отделении была сауна, много цветов, зооуголок.

В 1978 году больница уже на 850 коек, в ее структуре 13 отделений (главный врач Довгань Николай Маркович).

В 1986 году в больнице было открыто отделение на 70 коек для лечения наркомании. Была проведена реконструкция 2-х этажного здания: 1-этаж – хозяйственные службы, филиал ЛТМ, на 2-м этаже находились пациенты. Построено одноэтажное здание КПП милиции. До 90-х годов XX ст. проблема наркомании в обществе остро не поднималась, поэтому персонал отделения впервые столкнулся с «ломками», «перебросами» - характерологическими особенностями наркоманов. Пришлось много учиться и обучать персонал. Ездили в города Николаев, Горловку, где уже были открыты такие отделения.

Это были трудные и интересные годы работы, учебы, обобщения накопленного опыта. В октябре 1990 года оно было перепрофилировано в отделение для принудительного лечения с усиленным наблюдением психических больных, совершивших общественно опасные деяния на 60 коек. В 1995 году количество коек увеличилось до 70; в 1998 году – до 80; в 1999 году – до 90; в 2001 году – до 110 и впервые в Украине было открыто 20 женских коек. Увеличение числа койкичной сети было связано с ростом общественно опасных деяний со стороны пациентов, страдающих психическими расстройствами. С марта 2004 года отделение функционирует на 95 коек, обслуживает Донецкую и Луганскую области. Сегодня в штатном расписании отделения 3 врача, 27 медсестер, 12 из которых имеют высшую квалификационную категорию, 7- первую, 5-вторую, 33 младших медицинских работников, психолог. С 1 октября 1992 года отделением заведует врач высшей категории Лунин Александр Николаевич.

На 1 января 1991 года больница функционировала на 760 коек, в структуре было 12 отделений. Работают кабинеты: рентгенологический кабинет, приемное отделение, архив, физиотерапевтический кабинет, кабинет массажа, терапевтический кабинет, неврологический кабинет, стоматологический кабинет, клинично-диагностическая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, гинекологический кабинет, административно-хозяйственная часть, швейная мастерская, ЛТМ, гараж, пищеблок, библиотека, бухгалтерия.

Середина 90-х – сложный период не только для медицины, но и для всей страны в целом. 1996 год стал переломным в судьбе больницы. Бедственное положение с финансированием: задолженность по зарплате, отсутствие финансирования на питание, медикаментозное обеспечение, не говоря уже о выделении средств на проведение ремонтов. В 1996 году на питание на 1-го больного в сутки выделялось - 0.73 грн., на лечение - 0.30 грн. Ко всему еще плюс суровая зима, «разморозилась» отопительная система. В аварийном состоянии находился пищеблок, в двух пятиэтажных корпусах текли крыши. Встал остро вопрос: будет ли существовать больница? Некоторые из сотрудников покидали ее, не видя перспективы. Но только не Никифоров Юрий Васильевич, который возглавил лечебное учреждение в январе 1996 года, такое трудное, сложное во всех отношениях время. Как человек неординарный, целеустремленный, ве-

ликопепный организатор, лидер от рождения, Никифоров Ю.В. собрал весь коллектив, поставил четкие и понятные всем задачи, наметил мероприятия по преодолению кризиса, сумел сплотить коллектив, мобилизовать все резервы каждого сотрудника и стал самоотверженно трудиться, показывая пример для всего медицинского персонала. Несмотря на то, что сотрудники нерегулярно получали зарплату, не было такого человека, который бы не поддерживал больных: медицинские работники приносили пациентам продукты питания, кто что мог – хлеб, овощи, картофель... По собственному волеизъявлению перечисляли однодневный заработок на приобретение хлеба для больных. Главный врач обращался к различным организациям, промышленным предприятиям, религиозным конфессиям, колхозам, совхозам с просьбой о помощи. И эту помощь оказывали: продуктами питания, одеждой, строительными материалами. Весной больница взяла землю в аренду, которую обрабатывали и сотрудники и пациенты, выращивали овощи (морковь, свеклу, фасоль). Кроме этого ездили в подшефные колхозы, совхозы на прополку овощей, подсолнечника, за что колхозы рассчитывались с больницей растительным маслом, картофелем, другими овощами. Тогда был сделан первый запас овощей на зиму. Своими силами и благодаря спонсорской помощи построили капитальное овощехранилище, отремонтировали пищеблок, начались капитальные ремонты в отделениях. Только за 1996 год было привлечено безвозмездно внебюджетных средств на сумму 65 тыс. 317 грн. (получено продуктов питания, мягкого инвентаря, стройматериалов), что по ценам того времени являлось колоссальной суммой.

И больница выстояла, не потеряв в те трудные годы, ни одного пациента от голода.

Постепенно жизнь в больнице стала налаживаться. Не снижая темпов, коллектив больницы стал стремиться к поставленной задаче – сделать свое лечебное учреждение одним из лучших не только в Донецкой области, но и в Украине. В этот период времени активно проводятся ремонты во всех отделениях и структурных подразделениях больницы, благоустраивается территория, осуществляется замена всех крыш лечебных корпусов, пищеблока. Главный врач активно продолжает работу по привлечению внебюджетных средств, в связи, с чем больница ежегодно дополнительно получает до полумиллиона гривен. Только за 10 лет в больницу было привлечено безвозмездно 392 334 грн., внебюджетные поступления составили 1 701 592 грн.,

высажено зеленых насаждений на сумму около 10 000 грн.

В больнице были открыты кабинеты предварительных и периодических психиатрических и наркологических осмотров, расширена структура клиничко-диагностической лаборатории, в состав которой вошли иммунологический и бактериологический отделы, организован и оборудован реанимационный блок в наркологическом отделении, открыт православный больничный храм св. Козьмы и Дамиана, мини-пекарня на пищеблоке, что позволяет обеспечивать больных собственным хлебом. В настоящее время все структурные подразделения и отделения больницы по своему оснащению и проведенным ремонтам соответствуют современным европейским стандартам.

Никифоров Ю.В. одним из первых главных врачей проникся идеей создания оптимальных условий для осуществления реабилитационных мероприятий с пациентами, т.к. опыт работы показывал, что применение только лекарственных препаратов не дает положительных, стабильных результатов в лечении больных. Процесс создания такой организационной структуры был длительным: изучалась литература, опыт лечебных учреждений других областей, а также зарубежных больниц. Кроме того, все создавалось на личном энтузиазме, собственными силами с привлечением спонсорской помощи. Все помещения были отремонтированы, оснащены необходимым для проведения тех или иных мероприятий инвентарем, удобной мебелью, аудиовидеотехникой, компьютерной техникой. Проведено озеленение помещений с целью создания терапевтической среды. Первые реабилитационные программы, а также система оценки социального функционирования пациентов с психическими расстройствами были разработаны заместителем главного врача по лечебной работе Малтапар О.К. И вот в 2006 году в больнице произошло важное событие – открылся реабилитационный центр. В настоящее время в структуру реабилитационного центра входят: больничный православный храм Козьмы и Дамиана, шахматно-шашечный клуб, компьютерный класс, комната музыкальной терапии, библиотека, комнаты для проведения групповых психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий, для проведения терапии занятостью и развлечений пациентов; художественная студия, швейная мастерская, зооуголок, выставочный зал центра. Отделение для лечения лиц с невротическими, соматоформными и связанны-

ми со стрессом расстройствами было реорганизовано в отделение медико-социальной реабилитации.

На сегодняшний день в больнице используются современные реабилитационные технологии, программы:

- Тренинги (дыхательно-релаксационный, коммуникативный, тренинг по профилактике наркомании и алкоголизма, позитивного самовоспитания и уверенного поведения, социально-психологический тренинг «Внимание: конфликт», индивидуальный и групповой поведенческий тренинг, тренинг жизненных навыков, тренинг по аутогенной тренировке, тренинг компьютерных навыков и др.)

- Индивидуальная, групповая психотерапия
- Музыкаотерапия
- Арт-терапия (лепка, рисунок, флористика, роспись по стеклу, вышивка, вязание и др.)
- Ландшафтотерапия
- Библиотерапия (вечера поэзии, литературные вечера и утренники, викторины)
- Терапия духовностью
- Трудотерапия, терапия занятостью
- Терапия творческим самовыражением (театрализованные представления)
- Психообразовательные программы
- Программы психосоциальных воздействий
- Спортивные игры, физ. зарядка.

Кроме того, в больнице проводится психообразовательная и образовательная терапия с пациентами и их семьями, в рамках которой осуществляется психологическое консультирование, групп-аналитическая психотерапия, тренинг внутрисемейного общения и поведения.

Благодаря энтузиазму главного врача территория больницы превращена в Сад терапии. Все это создано руками сотрудников и больных, которые также стремятся к благоустройству территории (занимаются строительством и ремонтом площадок, беседок, обустройством клумб и альпинариев, высаживают деревья, кустарники и цветы, ухаживают за ними). Благодаря им территория больницы стала похожа на ботанический сад. Эта красота радует не только больных и сотрудников, но и гостей. Заключен договор о сотрудничестве с Донецким ботаническим садом, руководство которого (Глухов А.З.) оказывает безвозмездную помощь больнице, как посадочным материалом, так и консультациями по ландшафтному дизайну, за что весь коллектив психиатрической больницы безраздельно благодарен ему вот уже на протяжении ряда лет.

В последние 10 лет сотрудники больницы

активно занимаются не только лечебно-диагностической, но и научной работой. Лидером в этой работе также является главный врач больницы Никифоров Ю.В., который является кандидатом медицинских наук, защитил кандидатскую диссертацию, тема которой непосредственно связана с оказанием медицинской помощи, в том числе реабилитационной, пациентам, находящимся на принудительном лечении с усиленным наблюдением. Врачи и психологи больницы имеют печатные работы в научных изданиях, начиная с 2001 года, опубликовано более 20 научных работ. В больнице неоднократно проводились научно – практические конференции различного уровня:

- 11 – 12 июня 1999 года состоялась областная научно-практическая конференция, посвященная 150 - летию со дня рождения Кандинского В. Х.

- 26 – 27 июня 2000 года состоялась региональная научно-практическая конференция на тему «Принудительное лечение психически больных: современные проблемы».

- 1 июня 2007 года состоялась межрегиональная научно-практическая конференция на тему «Актуальные вопросы реабилитации психически больных».

- 21 – 22 мая 2009 года состоялась республиканская научно-практическая конференция, включенная в реестр съездов, пленумов, симпозиумов, научно-практических конференций Министерства здравоохранения Украины, на тему: «Психосоциальная реабилитация и фармакотерапия психически больных: конкуренты или партнеры?»

За последние годы больница полностью компьютеризована. Функционируют 30 единиц персональных компьютеров, сеть Интернет, электронная почта, собственный сайт, 4 лицензионных программы, обученный персонал, что позволило внедрить в 2010 году автоматизированную систему обработки и учета медицинских данных. Данное программное обеспечение разработано с учетом особенностей работы психиатрического стационара, современных требований оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия», ведения медицинской документации, современных подходов к постановке реабилитационного диагноза. созданную при техническом руководстве к.м.н. томатизированную систему медицинских данных.

В канун 50-летнего юбилея в больнице открыт музей истории больницы.

В 2010 году юбиляр не только больница, но и

первичная профсоюзная организация, они ровесницы, им – по 50. Архивные документы донесли до нас имена первых председателей профкома: Спиридонова Т.П., Попенко В.Г., казначей – Минаева З. И. Большой вклад в профсоюзное движение внесла ветеран труда, ветеран профсоюзного движения Никитина М.М. 15 лет возглавляла первичку Ждановской психбольницы заведующая 9-м отделением Трофанчук П.М. Сегодня профорганизацию КЛПУ «Областной клинической психиатрической больницы г. Ждановка» возглавляет сестра милосердия Макарова В.В., продолжающая и бережно хранящая имеющиеся традиции. В больнице возродилась художественная самодеятельность, спортивная жизнь. Ежегодно ко Дню медицинского работника профком совместно с администрацией проводит различные смотры-конкурсы: на лучшее отделение, лучший пост, лучшую реабилитационную палату. Коллектив активно участвует в городских смотрах-конкурсах, спортивных соревнованиях, сотрудники занимают призовые места. Наши спортсмены: Никифоров Ю.В., Онищенко В. П., Баран В. И., участвовавшие в футболе; Лукина Н.В., Лескова Н.В., Бондаренко Т. А., принимавшие участие в волейболе; Данно Н.А. Шеремет О.Д. – шашкисты; Верниченко Ю.Е., Фетисов Ю. В., участвовавшие в играх в теннис и шашки; Довгань Н.М., Боримская Р.И. - шахматисты. В этом году сборная команда КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница г. Ждановка» заняла 1-е место в городской спартакиаде, завоевав переходящий кубок, посвятив победу юбилею больницы. В больнице организован мини – театр «Коллеги и Я», молодежная команда КВН «Беглые Монашки», которая неоднократно занимала призовые места в городе, хоровой коллектив «Веснянка». Сегодня радуют своих коллег прекрасным пением Колодкина В.Н., Серпецова Е.Н., Котова Л.Г., Луговая А.В, Баран В.И.

В настоящее время больница, возглавляемая главным врачом Никифоровым Юрием Васильевичем, кандидатом медицинских наук, депутатом областного Совета двух созывов, депутатом Ждановского городского совета, имеющего благодарность от Президента Украины Л.Кучмы в 1999 году, награжденного в 2004 году Почетной грамотой областного Совета за личный вклад в развитие здравоохранения, в 2007 году Грамотой Верховного Совета Украины за заслуги перед украинским народом, Почетной грамотой Министерства здравоохранения Украины в 2008 году, трижды награжденного грамотами Ждановского городского головы в 2005, 2006, 2010 годах за весомый вклад в социальное развитие города и охрану здоровья в регионе, победителя Всеукраинского конкурса на звание «Лучший работодатель года» в 2001 году, конкурса «Признание» в номинации «Руководитель года» в 2006 году, функционирует на 405 коек.

В своей структуре имеет службы, кабинеты (рентгенологический кабинет, клиничко-диагностическая лаборатория, стоматологический кабинет, неврологический кабинет, гинекологический кабинет, физиотерапевтический кабинет, кабинет функциональной диагностики, кабинет предварительных и периодических психиатрических и наркологических осмотров, приемное отделение, ЦСО, архив, бухгалтерия, гараж, пищеблок) и 9 отделений.

Сегодня КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница г. Ждановка» – это грамотный высококвалифицированный коллектив профессионалов врачей и медицинских сестер. Больница имеет высшую категорию по итогам аккредитации. В 2010 году больнице присвоен статус клинической. В год своего 50–летнего юбилея коллектив сотрудников больницы под руководством главного врача Никифорова Ю.В. уверенно идет вперед, с энтузиазмом и надеждой смотрит в будущее.

О.К. Малтапар

Поступила в редакцию 14.09.2010



**Михайлов Борис Владимирович.
К 60-летию со дня рождения.**

Михайлов Борис Владимирович, родился 19 июня 1950 года в семье врачей. Окончил с отличием лечебный факультет Курского государственного медицинского института в 1974 году. С 1974 г. на протяжении 20 лет работал в Украинском НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова (Харьков). С 1995 по 2000 год работал проректором по научной работе Харьковского института усовершенствования врачей (ХИУВ). С 1999 года по настоящее время является заведующим кафедрой психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования. В 1982 году защитил кандидатскую, в 1994 году – докторскую диссертации.

Б.В. Михайлов внёс значительный вклад в разработку широкого круга проблем психотера-

пии, психиатрии, нейрофизиологии, медицинской психологии. Им разработана клиническая психотерапия соматоформных расстройств, создана система психотерапии для работников МВД и МО Украины, изучены нейробиологические механизмы реализации психотерапии, разработаны проблемы психофармакотерапии, исследованы клиничко-патофизиологические механизмы и терапия расстройств сна, разработаны основы психотерапии в спорте, биоинформационная концепция патогенеза психических расстройств; создана концепция образования медицинских психологов. За цикл научных работ он стал лауреатом премии им. В.П. Протопопова научно-практического общества неврологов, психиатров и наркологов Украины.

Работая более 10 лет главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения Украины по специальностям «Психотерапия» и «Медицинская психология», Б.В. Михайлов сделал большой вклад в организацию психотерапевтической сети Украины, издание отраслевых приказов, введение новой специальности – медицинской психологии.

Под редакцией Б.В. Михайлова издан первый в Украине учебник по психотерапии. Он является автором более 450 научных работ в отечественных и зарубежных научных изданиях по различным проблемам психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, наркологии, в том числе 15 монографий и учебных пособий.

Профессор Б.В. Михайлов имеет опыт международных связей, неоднократно представлял Украину за рубежом. В 1986-1988 гг. работал главным врачом советских лечебно-профилактических учреждений в Ливии. В 1989-1991 гг. стажировался по проблемам алкогольной и химической зависимости в США. Был участником I и II Всемирных конгрессов по психотерапии в Вене, XII Всемирного съезда психиатров в Гамбурге, XVII Европейского конгресса по психиатрии в Мюнхене, членом правительственной делегации Украины в Хельсинки.

Б.В. Михайлов принимал непосредственное участие в организации I, II и III Национальных Конгрессов неврологов, психиатров и наркологов Украины, многочисленных научно-практических конференций по проблемам психотерапии, психиатрии, медицинской психологии, сексологии и др. Он является членом редакционных коллегий 8 профессиональных медицинских изданий.

Б.В. Михайлов вносит большой вклад в подготовку научно-педагогических кадров. Под его руководством разработаны новые образовательные и аттестационные программы по психотерапии. Лично подготовлено 4 доктора и 24 кандидата медицинских наук, готовится ряд докторских, кандидатских и магистерских работ. Под его непосредственным руководством за последние 10 лет повысили свою квалификацию около 3000 врачей, что в целом улучшило уровень предоставления медицинской помощи в Украине.

Он является президентом Национальной лиги психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, вице-президентом Ассоциации психотерапевтов и психоаналитиков Украины, членом Президиума научно-практического общества неврологов, психиатров и наркологов Украины, академиком АН высшего образования Украины. Б.В. Михайлов отмечен почетными грамотами МЗ Украины, Главного управления здравоохранения Харьковской областной госадминистрации, научно-практического общества неврологов, психиатров и наркологов Украины.

За годы своей трудовой деятельности на протяжении работы в ХМАПО благодаря своему старательному отношению к работе, высокому профессионализму врача-психотерапевта, организационным способностям, высокому педагогическому мастерству, порядочности и щедрости заслужено пользуется авторитетом и уважением сотрудников и врачей города, области и всей Украины.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Абрамов В.А., Путятин Г.Г., Абрамов А.В.** 3 **Abramov V.A., Putyatin G.G., Abramov A.V.**
Влияние стрессогенных факторов на формирование стигмы у больных с первым психотическим эпизодом
Impact of stress-genic factors on the formation of the stigma by patients with the first psychotic episode
- Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Харіна К.В., Токарева С.В., Лакінський Р.В., Сітенко Л.М., Горбунов О.В., Хімчан А.І., Гурджий Т.Ф., Попова М.Ю., Кись А.В.** 10 **Bacherikov A.M., Matuzok E.G., Kharina K.V., Tokareva S.V., Lakins'kiy R.V., Sitenko L.M., Gorbunov O.V., Khimchan A.I., Gurdgiy T.F., Popova M.Yu., Kis' A.V.**
Завершені суїцидальні спроби у популяції психічно хворих
The completed suicidal attempts in the population of mentally ill patients
- Гуменюк Л.Н.** 16 **Gymenyuk L.N.**
Особенности социального функционирования лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя с ограниченной способностью к интеграции в сообщество
Characteristics of social activity of persons who suffer from mental and behavioral disorders in consequence of drinking and have a limited ability to integrate into the community
- Осокина О.И.** 22 **Osokina O.I.**
Психопатологический анализ и трансформация синдрома психического отчуждения на продромальном этапе шизофрении и этапе первого манифестного приступа
The psychopathological analysis and transformation of the syndrome of mental alienation on prodromal stage of the schizophrenia and the stage of the 1st psychosis episode
- Гончаров В.Е.** 30 **Goncharov V.E.**
Сравнительный анализ клинических и патопсихологических особенностей шизофренического психоза, сочетающегося с резидуально-органической патологией, и органического шизофреноподобного расстройства
Comparative analysis of peculiarity clinical and patopsychological schizophrenic's psychosis which combined with residual-organic pathology and organic schizophrenic's similar disorders
- Алексейчук А.И.** 36 **Alekseychuk A.I.**
Гендерные особенности заболеваемости соматоформными расстройствами
Gender features of incidence somatoform disorders
- Пінчук І.Я.** 41 **Pinchuk I.**
Ставлення до пацієнтів похилого віку з вадами психічного здоров'я в українському суспільстві за даними опитування лікарів
The relation to elderly patients with mental disorders in the ukrainian society according to interrogation of doctors
- Сергієні О.В., Кириченко А.Г., Храмова В.В., Кислицька І.І.** 45 **Sergieni E.V., Kirichenko A.G., Hramtsova V.V., Kislitsky I.I.**
Роль когнітивних та психологічних порушень у визначенні інвалідності та реабілітаційного потенціалу у хворих на ішемічну хворобу серця
Role cognitive and psychological impairments in definition of physical inability and their rehabilitation potential at patients with ischemic heart disease
- Демченко В.А.** 51 **Demchenko V.A.**
Клініко-психопатологічний та патопсихологічний зміст психічних та поведінкових розладів у пацієнтів первинній медичній мережі
Clinico-psychopathological and pathopsychological contents of mental and behavioral disorders in patients of primary health network
- Чугунов В.В.** 64 **Chugunov V.V.**
Клініко-психопсихологічний метод в контексті психотерапевтичної діагностики
Clinical psychophenomenological method in the context of the psychotherapeutic diagnostics
- Шестопалова Л.Ф., Лесная Н.Н.** 69 **Shestopalova L.F., Lesnaya N.N.**
Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью
Levels and types of compliance in alcohol dependent patients
- Бабюк И.А., Шульц О.Е., Гашкова Л.А., Рымарь И.Б., Калиниченко О.Б., Найдено С.И.** 75 **Babyuk I.A., Shults O.E., Gashkova L.A., Rymar I.B., Kalinichenko O.B., Naidenko S.I.**
Коррекция аффективных нарушений у больных с синдромом алкогольной зависимости
Affect disorders of patients on alcohol dependence correction
- Овчаренко М.О.** 79 **Ovcharenko M.O.**
Визначення інтенсивності
Determination of

патологічного потягу до наркотиків у хворих на опіоїдну залежність із різними типами особистості

Марценковська І.І. Деякі психіатричні аспекти шкільної дезадаптації **85**

Олефиренко В.Л., Омелянович В.Ю. Влияние специфических социально-психологических факторов на симптоматическую структуру состояний парциальной психической дезадаптации и психосоматических расстройств у курсантов вузов системы МВД **91**

Рыбалка В.В. Психологические особенности и отклонения, развивающиеся у детей в разные периоды туберкулезного процесса **98**

Гуменюк Л.Н., Рослякова В.А. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области **103**

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Бабюк И.А., Горпинченко И.И., Кришталь Е.В., Анищенко А.А., Шульц О.Е., Рымарь И.Б. Актуальные проблемы и задачи полового воспитания подростков **107**

Бабюк И.А., Кришталь Е.В., Анищенко А.А., Абдрыхимова Ц.Б., Шульц О.Е., Гашкова Л.А. Основные принципы полового воспитания в школьной образовательной программе **111**

Савин А.А. Взаимосвязь степени нарушения когнитивных функций и показателей социального функционирования у больных с первым психотическим эпизодом **115**

Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Шанина Т.Г., Витрук Е.Л. Особенности нервно-психического развития детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью 5-9 лет **119**

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Петрюк П.Т. К изучению клиники параноидной формы шизофрении (обзор литературы) **122**

Кочарян Г.С. Психотерапия гомосексуалов, отвергающих свою сексуальную ориентацию: современный анализ проблемы **131**

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. современные теоретико-методологические подходы к изучению ранних стадий шизофрении и психосоциальной реабилитации больных (сообщение 1) **142**

Денисов Е.М. Метаболический синдром у больных шизофренией: роль антипсихотиков. Сообщение 1 **151**

pathological attraction to narcotics intensiveness in opioid dependent patients with different types of personality

Martsenkovska I.I. Some psychiatric aspects of school dysadaptation **85**

Olefirenko V.L., Omelyanovich V.Yu. Influence of the specific socio-psychological factors on the symptomatic structure of the partial psychological deadaption states and psychosomatic disorder by the students of the ministry of internal affairs bodies **91**

Ribalka V.V. Psychological features and deflection, that develop in children in different periods of tuberculosis infection **98**

Gymenyuk L.M., Roslyakova V.O. Biopsychosocial factors of the risk of development of maladjustment among the patients who suffer from malignant tumors of the maxillofacial area **103**

SHORT REPORTS

Babyuk I.A., Gorpichenko I.I., Krishtal Ye.V., Anischenko A.V., Shults O.E., Rimar I.B. Urgent issues and problems of sexual education of the adolescents **107**

Babyuk I.A., Krishtal Ye.V., Anischenko A.V., Abdryahimova Ts.B., Shults O.E., Gashkova L.A. The basic principles of sexual training in the school **111**

Savin A.A. Relationship between the level of cognitive disfunction and the indices of social functioning among the patients who have the first psychotic episode **115**

Filkina O.M., Kocherova O.J., Shanin T.G., Vitruk E.L. Features of psychological development of children with the syndrome of deficiency of attention with hyperactivity 5-9 years **119**

SCIENTIFIC REVIEWS

Petryuk P.T. To the study of clinic of paranoid form of schizophrenia (review of literature) **122**

Kocharyan G. S. Psychotherapy homosexuals which reject their sexual orientation: the modern analysis of the problem **131**

Abramov V.A., Ryapolova T.L. The modern theoretic-methodological approaches to the study of the schizophrenia early stages and patient's psychosocial rehabilitation (part 1) **142**

Denysov E.M. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia: role of antipsychotics. Report 1 **151**

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ANNIVERSARIES

50 лет областной клинической психиатрической больницы г. Ждановка Донецкой области Михайлов Борис Владимирович. К 60-летию со дня рождения. **161**

50 years of regional clinical psychiatric hospital, Zhdanivka Donetsk region Michaylov Boris Vladimirovich. To mark the 60th anniversary of the birth. **166**

СОДЕРЖАНИЕ

168 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