

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

№ 3 (23), 2009 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, 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. Кузнєцов (Україна), Н. О. Марута (Україна), О. М. Морозов (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. Табачников (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 ДЦ № 947 від 12.05.1995р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 1999, № 4)

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, сел. Перемоги. 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

Рекомендовано до друку Вченою радою ДонНМУ (протокол засідання № 8 від 16.12.2009 р.)

УДК: 616.895.8:615.821-08.168

*Г.Г. Пуятин***ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
ГОСПИТАЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм, реабилитация, эффективность

Современный этап развития реабилитационной методологии в психиатрии характеризуется значительным повышением роли активного участия в реабилитационном процессе самого пациента и отношением к методам психосоциального вмешательства как к приоритетным и обязательным при оказании психиатрической помощи (1, 2).

Важнейшей клинической предпосылкой низкого качества жизни и социальной компетентности больных шизофренией, ограничивающей их реабилитационный потенциал, является формирующееся при этом заболевании состояние малообратимого психического дефекта, затрагивающего все стороны функционирования и жизнедеятельности. Выраженность этого состояния, помимо патогенетических механизмов шизофренического процесса, определяется длительностью пребывания пациента в ограничительных, социально дестимулирующих условиях психиатрического стационара, способствующих нарастанию тяжести дефицитарной симптоматики и регрессу индивидуально-личностных особенностей (3-5).

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала отделения и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков. По существу, для многих больных шизофренией со сформировавшимся синдромом госпитализма, среда их длительного обитания (психиатрический стационар) и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается прогрессирующее снижение «эмоциональной силы» и личностного ресурса, форми-

руется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Агрессивная по отношению к ним социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Наиболее оптимальной формой профилактики и коррекции госпитализма у больных шизофренией является реализация стратегии деинституционализации с расширением альтернативных форм внебольничной психиатрической помощи с наименее стигматизирующими условиями ее оказания и центров по социальной интеграции пациентов.

Однако неизбежность в современных условиях длительного пребывания больных шизофренией в психиатрических стационарах и повышенная вероятность формирования у них синдрома госпитализма ориентирует на оптимизацию реабилитационных возможностей в рамках существующей системы оказания психиатрической помощи.

Исходя из этого, нами разработана система превенции и коррекции госпитализма у больных шизофренией в период их пребывания в психиатрическом стационаре, которая включала три аспекта:

1. Создание условий для удовлетворения жизненно важных потребностей больных.
2. Улучшение эмоциональной и социальной поддержки больных в том числе на семейном уровне.
3. Создание системы преодоления проблем.

Для достижения положительного клинического результата и улучшения социальной адаптации больных с охватом как можно большего количества реабилитационных целей осуществлялось адекватное сочетание различных реабилитационных вмешательств. Основными критериями отбора конкретных методов (или их эле-

ментов) являлись объективно зафиксированные индивидуальные уровни функционального психосоциального дефицита, социальных навыков и семейной поддержки пациента.

Логика построения программы психосоциальной реабилитации определялась как движение от реализации когнитивных и информаци-

онных задач к нормализации самооценки (личностной и социальной идентификации) и функционирования пациентов.

Основные мишени реабилитационно-профилактического вмешательства на различных этапах формирования госпитализма у больных шизофренией показаны на рис. 1.

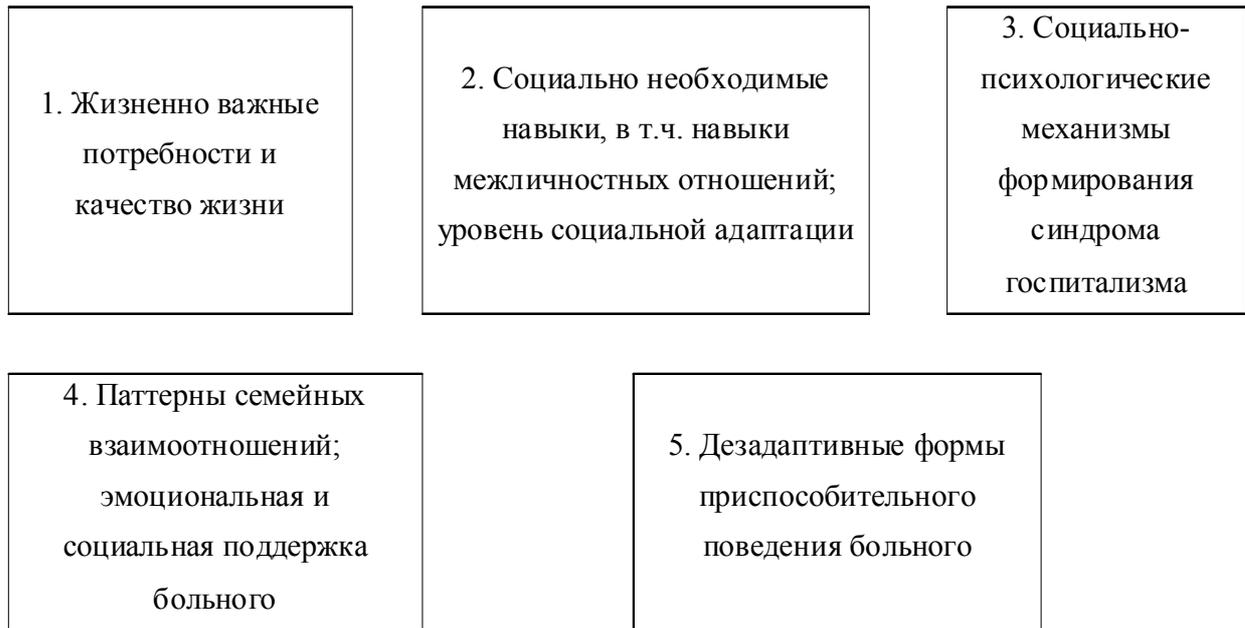


Рис. 1. Основные мишени реабилитационно-профилактического вмешательства на различных этапах формирования госпитализма у больных шизофренией.

В процессе реабилитационного вмешательства решались следующие задачи:

1. Уменьшение стигматизации и аутостигматизации больных путем наделения их определенными полномочиями.

2. Создание минимально ограничительных условий оказания психосоциальной помощи с целью «смягчения» проявлений социальной депривации.

3. Формирование межличностных отношений пациентов и медперсонала на принципах взаимного доверия и партнерства.

4. Улучшение возможностей самореализации и удовлетворения общечеловеческих потребностей.

5. Преодоление или предупреждение кризиса идентичности.

6. Преодоление дезадаптивных форм приспособительного поведения (самоизоляция) и расширение социальных контактов пациентов.

Для реализации реабилитационно-профилактических задач использовались следующие методы (реабилитационные техники):

1. Создание в отделении адекватной терапев-

тической среды.

2. Терапия занятостью.

3. Когнитивно-поведенческая терапия с элементами тренинга социальных навыков.

4. Психообразовательные занятия.

5. Семейная терапия.

Терапевтическая среда. Цель создания терапевтической среды (ТС) предусматривала создание динамической системы межперсональных взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, позволяющей свести к минимуму изоляционно-ограничительные эффекты от пребывания в нем пациентов и достичь лечебно-реабилитационных и профилактических целей.

Реабилитационная направленность терапевтической среды обеспечивалась двумя функциональными векторами, способствующими доступу к социально ценным ролям, возможности участвовать в деятельности, обеспечивающей их жизнь, формирования широкого спектра добровольных отношений и независимого функционирования:

1) особым микроклиматом в отделении, ори-

ентированном на признание и удовлетворение потребностей пациента и оптимизацию их жизнедеятельности;

2) комфортным партнерским взаимоотношением всех участников реабилитационного процесса.

Основной предпосылкой функционирования ТС являлось создание терапевтического коллектива, предусматривающего проведение комплекса терапевтических мероприятий, специально ориентированных на объединение пациентов вокруг общей цели и выполнение общественно значимой деятельности, имеющей личностный смысл для каждого из них. Формой организации терапевтического коллектива служили так называемые функциональные группы, в которых пациенты взаимодействовали в течение всего периода госпитализации. Такие группы использовались для поиска путей самопомощи и оптимальной реализации их реабилитационного потенциала. Совместная деятельность пациентов функциональных групп обеспечивала достаточно быстрое вовлечение их в индивидуальную реабилитационную программу, более продуктивное участие в ее реализации, а также развитие эффективных стратегий совладания с болезнью и сложившейся ситуацией.

Основным принципом работы в условиях терапевтической среды являлась последовательная реабилитационная ориентация всех участников лечебного процесса, включая пациентов. При этом, если традиционные условия длительного пребывания больных в отделении развивают у них инфантильные формы поведения и пассивность, а также поощряют ожидание «специального» ухода и зависимость от медперсонала, то создание терапевтической среды предусматривало использование навыков эмпатических контактов и принципов сотрудничества с пациентами с созданием атмосферы, способствующей расширению их полномочий.

В качестве наиболее конструктивной модели взаимоотношений в системе «врач-пациент» мы использовали коллегиальную модель, основанную на взаимном доверии и равноправных партнерских отношениях. Естественно, мы воздерживались от довольно распространенной в психиатрической практике патерналистской модели отношений между врачом и пациентом (директивно-сопереживающий стиль межличностного общения со стороны врача), основным недостатком которой является не всегда обоснованное лишение пациента возможности активно участвовать в лечебном процессе и перекла-

дывание всей ответственности за его здоровье на врача.

Правильно организованная ТС способствовала выполнению комплекса организационных, лечебно-реабилитационных функций, созданию «защитающей» базы, предполагающей мульти-модальную стратегию ведения больных, направленную на улучшение межличностных отношений и приспособительного поведения.

Терапия занятостью. Этот метод заключался в использовании социально подобранных видов деятельности с целью помочь пациентам максимально восстановить свои функции во всех аспектах повседневной жизни. Сущность терапии занятостью (ТЗ) заключалась в том, чтобы посредством наполненной смыслом деятельности и вовлечения больных в решение повседневных задач в отделении способствовать формированию у них способности межличностного взаимодействия, планирования деятельности, приобретения навыков. При этом ТЗ была структурирована с ориентацией на выполнение организационных, лечебно-реабилитационных и профилактических функций, имеющих специфические особенности у больных с синдромом госпитализма.

Нами использовались следующие типы групповых методов терапии занятостью:

- деятельность, разработанная на основе реально выполнимых физических упражнений;
- деятельность, направленная на развитие социальных взаимодействий и уменьшение изоляции;
- деятельность, основанная на самообслуживании и навыках жизнедеятельности.

Физическая активность и группы для занятий физическими упражнениями были тщательно структурированы, чтобы пациенты могли выдержать достаточное напряжение и нагрузку. Физическая активность, групповые игры, занятия под музыку способствовали повышению общей подвижности, улучшению циркуляции крови и ослаблению скованности.

Деятельность, направленная на развитие социальных взаимодействий и уменьшение изоляции предусматривала модификацию (адаптацию) окружающей среды с целью максимально возможного удовлетворения потребностей пациентов. Чаще всего нами использовались коммуникативные и творческие механизмы арт-терапевтических подходов.

Наконец, деятельность, основанная на восстановлении навыков самообслуживания, заключалась в выполнении заданий, связанных с орга-

низацией работы и поддержанием порядка в отделении: уход за собой, прием пищи, накрывание на стол, полив растений, мытье посуды, общение с членами семьи и т.п.

Когнитивно-поведенческая терапия. Эта структурированная психотерапевтическая процедура ориентирует пациента на активное сотрудничество с врачом и самостоятельные усилия в решении конкретных задач. Исходя из этого, когнитивные подходы являются адекватным методом коррекции госпитализма у больных шизофренией.

При разработке модели когнитивно-ориентированной терапии мы исходили из концепции, декларирующей наличие взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита с расстройствами социального познания и нарушениями социальной компетентности больных. Глубина когнитивной коррекции определялась с учетом когнитивного профиля конкретного пациента, позволявшего предположить, какого рода трудности он будет испытывать в обыденной жизни и какие факторы будут ограничивать его социальное и профессиональное функционирование.

Когнитивно поведенческая терапия состояла из нескольких основных направлений, объединяющим моментом которых являлось особое внимание к процессам переработки информации и связанным с ним поведению и социальному функционированию больных. Применялись интервенции, использующие модели нарушений социального познания у больных шизофренией, направленные преимущественно на восстановление социального функционирования и превенцию рецидивов, в т. числе изменяя отношение к болезни и проводимому лечению.

Диагностически – обучающие сессии групповой когнитивной психотерапии с максимальным вовлечением пациента проводились в несколько этапов:

1. Идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка.
2. Осознание, вербализация неадекватных когнитивных, искажающих восприятие реальности.
3. Обучение пациента объективному анализу своих иррациональных (автоматических) мыслей, дистанцированию от них.
4. Изменение правил регуляции поведения, выработка новых, более гибких и реалистических правил.

Программа когнитивной психотерапии включала в себя элементы тренинга социальных навыков, облегчавших пациентам решение проблем повседневной жизни, взаимоотношений и

досуга. Тренинговые занятия способствовали формированию у пациентов мотивации к общепринятым нормам поведения, целенаправленных социальных навыков и образа жизни, максимально приближенного к социальным нормам. Каждый тренинговый цикл включал в себя ряд тренингов по всем сферам жизнедеятельности пациентов, необходимым для самостоятельного социального функционирования (принятия решений, межличностного взаимодействия, соблюдения гигиены, общественных навыков и т.п.). В качестве наиболее оптимальных для данного контингента больных использовались тренинги «Вовлечение в совместную деятельность» и «Психологическая поддержка пациента», направленные на коррекцию гипобулических тенденций в поведении. Они включали следующие тренинговые направления:

- тренинг общения и вовлечения пациента в процесс интервью;
- минимизация или устранение «бегства в болезнь», «вторичной выгоды от болезни»;
- сдерживание тенденций, ведущих к «освобождению нормативной ответственности социальной роли»;
- преодоление мотивации к социальному уходу и формирование стратегий адекватной оценки поведения;
- создание приемлемых ниш социальной жизни;
- обучение структурированию «чувства времени»;
- создание адекватных представлений о себе и своих возможностях;
- преодоление стигматизирующих влияний болезни, повышение стрессоустойчивости и самооценки;
- формирование критического отношения к собственным действиям и навыков самоконтроля.

Когнитивная терапия, проводившаяся в индивидуальном формате, включала такие компоненты как вовлечение больного в совместную работу, нормализацию их самооценки, развитие навыков совладания со стрессом, самоконтроля мышления.

Психообразование. Психообразовательное пациент – центрированное направление реабилитационной тактики заключалось в удовлетворении информационных нужд пациента, касающихся понимания сущности болезни и сложившейся ситуации, вопросов повседневной жизни в обществе, отношения к себе и взаимоотношений с другими. Основные образовательно-обучающие задачи сводились к следующим:

1. Восполнение имеющегося у больных и членов их семей дефицита медицинских знаний.

2. Повышение осведомленности о подлинных правах, потребностях и возможностях пациентов.

3. Выработка у пациента осознания личной ответственности за свое поведение и понимание его последствий.

4. Развитие способности активного участия в реабилитационной программе.

5. Коррекция процесса усвоения роли пациента.

6. Формирование навыков совладания с болезнью и инвалидностью.

7. Снижение у пациентов и членов их семей уровня самостигматизированности и стигматизированности.

8. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.

Психообразовательные занятия с родственниками пациентов фокусировались на проблемах семьи, связанных с наличием в ней психически больного человека, социальными и бытовыми проблемами, построении наиболее адаптивной модели семейных отношений. Обсуждались вопросы оказания психиатрической помощи, проблемы психофармакотерапии и соблюдения предписанного режима лечения, возможности для оказания поддержки больного и членов его семьи со стороны экстрамуральных психиатрических учреждений, а также социальных и других служб в сообществе.

Семейная терапия. Вовлечение семьи в процесс психосоциальной реабилитации больных шизофренией с симптомами госпитализма было обусловлено необходимостью нормализации внутрисемейных отношений, нередко приобретающих дисгармоничные формы, усиления семейного сопротивления болезни, повышения ответственности семьи в вопросах всесторонней поддержки пациента. Эти цели формулировались в виде конкретных задач:

1) снижение стресса у членов семьи, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания у родственника;

2) формирование у членов семьи правильного представления о заболевании, адекватного отношения к длительной лекарственной терапии и эмоциональной поддержке больного;

3) улучшение внутрисемейных коммуникаций, обучение членов семьи навыкам проблемно-решающего поведения;

4) восстановление и усиление социальных связей семьи;

5) минимизация длительно существующих разногласий, вызывающих эмоциональное напряжение в семье.

Для реализации этих задач использовались универсальные формы вмешательств в виде информирования, тренинга навыков и поддержки.

Таким образом, разработанный нами реабилитационно-профилактический комплекс представлял собой интегрированную программу, включающую элементы различных психосоциальных методов, с предпочтительным выбором техник, фокусируемых на индивидуальных проблемах пациентов. Индивидуальная психотерапевтическая работа осуществлялась на протяжении всего периода реабилитации. Групповые психосоциальные вмешательства проводились в интерактивной форме в закрытых группах (5-10 человек) с частотой 2-3 раза в неделю на протяжении двух месяцев.

Медикаментозная терапия была ориентирована на максимальное использование психотропных средств последних поколений (атипичных антипсихотиков), позволяющих, помимо воздействия на продуктивные расстройства, влиять на негативную симптоматику, и обладающих ресоциализирующим эффектом, что создавало предрасположенность для включения пациентов в различные программы психосоциального лечения.

Стандартизованная оценка эффективности реабилитационных мероприятий была проведена у 40 больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма (основная группа). В группу сравнения были включены 25 больных с сопоставимыми гендерно-возрастными и клинико-динамическими особенностями на завершающем этапе формирования госпитализма. Эти больные получали только медикаментозное лечение, специального реабилитационного вмешательства им не проводилось.

В качестве критериев оценки эффективности психосоциальной реабилитации больных сравниваемых групп использовались:

1. Показатели динамики клинического состояния больных.

2. Показатели динамики межличностных отношений.

3. Показатели динамики психосоциальной адаптации больных.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий осуществлялась на завершающем этапе реабилитации; группа сравнения также обследовалась перед выпиской больного из стационара.

Для стандартизованной оценки клинической

эффективности разработанного нами реабилитационного комплекса была использована шка-

ла PANSS. Полученные при этом результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения и стандартные отклонения клинических показателей по критериям PANSS в сравниваемых группах больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма

Негативные симптомы	Клинические показатели			P
	Исходные данные	Реабилитационная группа	Группа сравнения	
N1 Уплотнение аффекта	5,57±0,6	3,06±0,28	4,15±0,17	0,0016*
N2 Эмоциональная отстраненность	5,78±1,03	3,16±0,31	3,69±0,22	0,201
N3 Недостаточный раппорт (контакт)	5,15±1,13	1,77±0,24	3,33±0,25	0,00003*
N4 Пассивно-апатический социальный уход	5,53±0,36	1,50±0,21	3,41±0,26	10 ⁻⁶ *
N5 Недостаток спонтанности и плавности беседы	4,96±1,24	1,33±0,17	3,08±0,24	10 ⁻⁶ *
G7 Двигательная заторможенность	4,28±0,73	2,17±0,29	2,41±0,25	0,276
Когнитивные симптомы				
P2 Концептуальная дезорганизация	5,40±1,3	4,76±0,20	4,54±0,15	0,418
N6 Трудности абстрактного мышления	5,40±1,21	3,86±0,27	3,77±0,21	0,804
N7 Стереотипность мышления	5,71±0,71	4,89±0,31	2,36±0,25	10 ⁻⁶ *
G11 Трудности концентрации внимания	5,36±0,6	2,57±0,23	3,10±0,21	0,106
G12 Недостаточность суждений и критики	5,23±0,41	5,84±0,21	4,44±0,15	10 ⁻⁵ *
G13 Волевые нарушения	5,59±0,54	4,21±0,34	4,23±0,18	0,964
G16 Активный уход от социальных контактов	5,57±0,47	1,48±0,18	3,31±0,28	10 ⁻⁶ *

* показатель достоверности различий между сравниваемыми группами больных

В сравнении с пациентами, получавшими традиционное лечение, больные основной группы демонстрировали меньшую степень ($p=0,016$) уплотнения аффекта. Установленное различие в степени уплотнения аффективности не сказывается, вместе с тем, на уровне эмоциональной отгороженности пациентов сравниваемых групп, о чем свидетельствуют фактически одинаковые средние значения по этому симптому. Качество контакта с пациентом более высоко оценивается в реабилитационной группе больных ($p=0,00003$). Впечатление большей адекватности общения возникает, скорее всего, в связи с улучшением их коммуникабельности под влиянием тренинговых групповых занятий.

Пассивная (апатическая) социальная отгороженность более свойственна пациентам, получающим традиционное лечение нейролептиками ($p=10^{-6}$). Большая социальная отгороженность указанной группы больных объясняется более выраженной редукцией мотивационной

составляющей их поведения в условиях отсутствия внешних стимулов, направленных на активацию социального функционирования.

Пациенты обеих групп обнаруживают практически одинаковый, незначительный уровень двигательной заторможенности. Как уже указывалось выше, низкий уровень значений показателя по этому пункту отражает не только отсутствие у пациентов выраженных ступорозных нарушений, но и, прежде всего, признаков тяжелой нейролепсии, что говорит об адекватности дозировки нейролептиков.

Нарушения процесса абстрагирования в обеих сравниваемых группах расцениваются как выраженные на одинаковом уровне. Отсутствие достоверных различий в данном случае говорит, главным образом, об одинаковой представленности органического радикала психопатологии (с которым ассоциируется снижение способности к абстрагированию) и одинаковом уровне интеллектуальных особенностей.

Пациенты группы сравнения рассматриваются как в большей степени утратившие способность к поддержанию беседы и проявлению самостоятельной инициативы, спонтанности в поведении и общении ($p=10-6$). Более оживленная манера поведения в процессе общения и меньшая степень эмоциональной отгороженности в реабилитационной группе также, по нашему мнению, могут быть связаны с участием пациентов в групповых тренинговых занятиях и активацией межперсонального взаимодействия.

Стереотипность мышления оценивается как более выраженный симптом у больных основной группы ($p=10-6$). Такое различие по этому признаку ставит под сомнение реальную значимость описанных выше меньшей уплощенности, эмоциональной отгороженности, живости контакта и пр. для поддержания информационного баланса и эффективности идеаторного контура регуляции поведения. Большая коммуникативная активность этих больных имеет стереотипный, однообразный характер и обычно связана с желанием скорейшей выписки как самоцели. Однако, с другой стороны, стереотипность мышления может рассматриваться как платформа для формирования терапевтически позитивных стереотипов, связанных с совладанием симптомами болезни и достижением лучшего взаимодействия с медицинским персоналом.

По пункту G12 – утрата критики – достоверно более высокая оценка оказалась у больных, включенных в реабилитационную программу. Подобное различие может показаться, на первый взгляд, несколько неожиданным: ведь до этого практически по всем пунктам о пациентах основной группы складывалось впечатление как о более сохранных и благополучных. Отсутствие у них, однако, сколько-нибудь неформальной критики к своему психическому состоянию, перенесенным нарушениям, подтверждает представление о фасадном характере благополучности их состояния, о существовании своеобразной патологической адаптированности, блокирующей глубокую личностную проработку больными их экзистенциальной ситуации.

Нарушения воли в обеих группах в среднем расцениваются как практически одинаковые, отражающие единообразный тип дефицитарных расстройств. В то же время пациенты группы сравнения внешне оцениваются как достоверно более импульсивные в своем поведении ($p=10-6$). Такое впечатление связано прежде всего с тем, что эти больные большую часть времени

предоставлены сами себе, а внешне направляющих адекватных стимулов их поведения в период стационарного лечения крайне недостаточно. Напротив, более упорядоченное поведение пациентов основной группы определяется постоянной насыщенностью реабилитационными мероприятиями, создающими предпосылки для более или менее устойчивых форм целенаправленной активности.

Уровень социальной отгороженности у пациентов группы сравнения представляется тоже существенно большим ($p=10-6$). Меньшая включенность во внутриотделенческую жизнь у таких больных, по сравнению с реабилитационной группой, может быть объяснена однообразием окружающей обстановки в отделении, патерналистским стилем отношений медицинского персонала, не востребоваанностью личной активности пациентов, отсутствием в работе медицинского персонала методов, побуждающих пациентов к более продуктивным социальным контактам.

Резюмируя стандартизированную характеристику клинической картины проявлений шизофрении у пациентов реабилитационной группы следует отметить, что ее своеобразие предопределяется как определенными биологическими особенностями болезненного процесса, так и своеобразными социально-психологическими реабилитационными факторами, структура и взаимодействие которых обеспечивает большую гармонизацию психического состояния по сравнению с пациентами, получающими только биологическую терапию.

Динамика межличностных отношений в процессе оказания больным медицинской помощи как критерия видоизменения их приспособительного поведения изучалась при помощи опросника межличностных отношений (ОМО) В. Шутца. Ее особенности в сравниваемых группах представлены в табл. 2.

В целом показатели межличностных отношений как критерия приспособительного поведения больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма имели тенденцию к улучшению в двух сравниваемых группах. Однако по ряду показателей больные, включенные в реабилитационную программу, характеризовались достоверно более высоким уровнем восстановления социальных интеракций. Это прежде всего относится к объему межличностных взаимодействий с более значительным уменьшением дистанцирования от социального окружения ($p=0,024$), блокирования попыток реально улуч-

шить условия своего существования ($p=0,00364$), отказа от активного самоутверждения и предоставления контроля за собой со стороны окружа-

ющих ($p=0,0324$), непривлекательности Я-концепции ($p=0,002$), а также с увеличением объема интеракций поведения ($p=0,0007$).

Таблица 2

Показатели межличностных отношений больных шизофренией в сравниваемых группах

Показатель ОМО	Исходные данные	Показатели реабилитационной группы	Показатели группы сравнения	P
Ie	2,9±0,24	3,41±0,24	3,12±0,29	0,123
I _w	2,73±0,18	3,58±0,27	3,31±0,21	0,121
Ie + _w	5,44±0,34	8,31±0,44	6,01±0,32	0,024*
Ie- _w	1,9±0,27	0,56±0,02	1,46±0,09	0,00364*
Ce	3,08±0,3	13,24±0,56	6,37±0,34	0,00062
C _w	3,63±0,3	6,29±0,37	4,01±0,27	0,0324*
Ce + _w	6,7±0,45	2,23±0,19	0,36±0,14	0,0007*
Ce- _w	-0,57±0,39	1,12±0,24	0,14±2,6	0,213
Ae	3,0±0,27	6,31±0,39	5,4±0,31	0,241
A _w	2,75±0,23	5,93±0,26	3,01±0,14	0,0002*
Ae+ _w	5,32±0,49	8,31±0,28	7,86±0,31	0,002*
Ae- _w	0,45±0,21	1,68±0,27	-0,71±0,29	0,004*

Ie – выраженное поведение включения; I_w – требуемое поведение включения; Ie +_w – объем интеракций поведения включения; Ie-_w – противоречивость межличностного поведения включения; Ce – выраженное поведение контроля; C_w – требуемое поведение контроля; Ce +_w – объем интеракций поведения контроля; Ce-_w – противоречивость поведения контроля; Ae – выраженное поведение аффекта; A_w – требуемое поведение аффекта; Ae+_w – объем интеракций поведения аффекта; Ae-_w – противоречивость поведения аффекта.

Таким образом, больные, прошедшие курс психосоциальной реабилитации, по сравнению с пациентами, получавшими только биологическое лечение, в значительно меньшей мере испытывали боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, боязнь отношений контроля (восприятие себя как некомпетентного и безответственного), боязнь аффекции, проявляющейся в отношении к себе как к неприятной и непривлекательной личности. Больные группы сравнения отличались большей дефицитарностью поведения во всех областях межличностного общения: они не предпринимали адекватных и достаточных попыток удовлетворить хотя бы одну из потребностей межперсонального поведения.

Динамика количественных показателей приспособительной активности больных шизофренией со сформированным синдромом госпитализма в процессе реализации реабилитационного вмешательства была изучена при помощи методики определения способности к психосоциальной адаптации (EAPS). Полученные ре-

зультаты в двух сравниваемых группах больных представлены в табл. 3 и 4.

У 22 из 40 больных со сформированным синдромом госпитализма (55%) под влиянием реабилитационного вмешательства наблюдалась положительная динамика социальной адаптации, выразившаяся в значительном сокращении числа больных с очень низкой и полной дезадаптацией. В группе сравнения положительная динамика социальной адаптации отмечена только у 20,0% больных, причем на уровне менее выраженных показателей.

В реабилитационной группе достоверное улучшение социальной адаптации коснулось таких сфер как «жизнедеятельность и работоспособность», «проведение досуга», «семейные взаимоотношения» «межличностные взаимоотношения», «интерес к познанию окружающей информации», «внешний вид пациента». Интактными по отношению к 2-х месячной продолжительности психосоциальной реабилитации оказались сферы внесемейных отношений, общественной и социальной жизни, финансовых

навыков и условий жизни, что делает обоснованным проведение более пролонгированного и выходящего за рамки психиатрического стаци-

онара курса реабилитации. В группе сравнения достоверных положительных сдвигов не было ни по одному показателю социальной адаптации.

Таблица 3

Показатели способности психосоциальной адаптации больных сравниваемых групп

Рубрики	Показатели психосоциальной адаптации		
	Исходные	Реабилитационная группа	Группа сравнения
Жизнедеятельность и работоспособность	2,35±0,18	4,21±0,19*	2,44±0,13
Проведение досуга	2,16±0,14	4,63±0,25*	2,27±0,16
Семейные взаимоотношения	2,51±0,17	4,96±0,17*	2,7±0,21
Внесемейные (дружеские) взаимоотношения	1,90±0,07	2,11±0,08	1,9±0,07
Общественная и социальная жизнь	1,72±0,06	1,86±0,04	1,9±0,071
Межличностные взаимоотношения	2,12±0,12	5,37±0,29*	2,86±0,14
Интерес к незнанию окружающей информации	2,48±0,14	4,74±0,24*	2,74±0,15
Деньги и финансы	2,07±0,18	2,68±0,2	2,4±0,16
Внешний вид пациента	2,33±0,17	6,34±0,13*	3,1±0,18
Условия жизни. Место проживания. Питание	1,80±0,09	1,9±0,1	1,8±0,09

Таблица 4

Распределение больных сравниваемых групп по уровню снижения психосоциальной адаптации

Уровень способности ПСА	Исходные данные	Реабилитационная группа	Группа сравнения
Высокая	-	-	-
Ограниченная	-	4 (10,0%)	-
Низкая	-	18 (45,0%)	5 (20,0%)
Очень низкая	45 (69,2%)	11 (27,5%)	14 (56,0%)
Полная дезадаптация	20 (30,8%)	7 (17,5%)	6 (24,0%)
Всего	65	40	25

Таким образом, проведенное исследование показало достаточно высокую эффективность комплекса психосоциальных реабилитационных мероприятий у больных шизофренией с синдромом госпитализма. В отсутствие развернутых деинституционализационных подходов к организации психиатрической помощи этому контингенту больных, использование реабилитационных методов и техник в условиях стационара является сравнительно эффективным средством противодействия ограничительно-изоляционным условиям содержания больных, уменьше-

ния явлений госпитализма и повышения приспособительных возможностей больных в различных сферах жизнедеятельности.

Исходя из биопсихосоциальной модели шизофрении использование интегративных психосоциальных подходов к лечению, дифференцированных в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, позволяет достичь повышения уровня социального функционирования, невозможного при терапии, ограничивающейся только медикаментозными средствами.

Г.Г. Путятін

ПСИХО-СОЦІАЛЬНА І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ГОСПІТАЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті були наведені дані дослідження психо-соціальної та психотерапевтичної корекції госпіталізму у хворих на шизофренію. Були обстежені 40 хворих із сформованим синдромом госпіталізму – головна група – та 25 хворих на завершальному етапі формування госпіталізму, котрі отримали тільки медикаментозне лікування (група для порівняння). В дослідженні була надана оцінка клінічної ефективності реабілітаційного втручання, проаналізована ефективність реабілітаційних заходів щодо критерію міжособистісних відношень та здатності до психо-соціальної адаптації. Було встановлено, що використання інтегративних психо-соціальних підходів до лікування даного контингенту хворих дозволяє досягнути підвищення рівня соціального функціонування, що неможливо тільки при медикаментозній терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 3-12).

G. G. Putyatin

THE PSYCHO-SOCIAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF HOSPITALISM BY SCHIZOPHRENES AND ESTIMATION OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION THERAPY

Donetsk State Medical University

Research data on psycho-social and psychotherapeutic correction of hospitalism by schizophrenes are presented in this article. 40 patients with formed syndrome of hospitalism – the main group – and 25 patients with hospitalism at the closing stage of hospitalism forming, which have got the medical treatment (comparison group). In research there is estimation of the clinical effectiveness of rehabilitation therapy, of effectiveness of rehabilitation measures on criteria of interpersonal relationships and ability for psychological adaptation. It was stated, that the use of the integrative psychosocial approaches to the treatment of such groups of patients ensures the achievement of the higher level of social functioning, which is impossible only by the medical treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 3-12).

Литература

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. – Донецк: Каштан, 2009. – 583 с.
2. Подкорытов В. С. Социально-психологическая реабилитация психически больных в условиях стационара / В. С. Подкорытов, Е. В. Петрович // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (додат.). – С. 225.
3. Чуркин А.А. Социальные аспекты организации

- психиатрической помощи и охраны психического здоровья / А.А.Чуркин // Руководство по социальной психиатрии / [под ред. Т.Б. Дмитриевой]. – М., Медицина, 2001. – С. 479 – 496.
4. Психиатрическая реабилитация / [под ред. В. Энтони]. – Киев: Сфера, 2001. – 278 с.
5. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / Карлинг П. Дж.; пер. с англ. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.

Поступила в редакцию 28.05.2009

УДК 616.89:616.8-009.836.15

*О.С. Чабан, О.О. Хаустова***ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЛЮДИНИ В УМОВАХ СУСПІЛЬНОЇ КРИЗИ: НОВІ СИНДРОМИ ТА НАПРЯМКИ ЇХ ПОДОЛАННЯ**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ України

Ключові слова: синдром, суспільство, культура, адаптація, психосоматичні розлади, життєстійкість

Важливість поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини в одну категорію, зазначена ВООЗ, отримала вагоме підтвердження в багатьох наукових дослідженнях [1–3, 13–15, 20]. На сучасному етапі розвитку науки людина розглядається як біопсихосоціальна система, що існує в складному мінливому соціумі. В термінології перекликаються описання біопсихосоціальної та діатез-стресової моделі [12–15, 20]. За цією моделлю, біологічний діатез або біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та соціально-психологічних факторів. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації, що деякі автори називають цивілізаційним впливом або футурошоком. Генетично обумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін оточуючого людину середовища. Саме це є важливим чинником розвитку «хвороб цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів [12].

На думку П.Анохіна [14], психосоматичні розлади є способом «компенсації» патологічної зміни біологічної матриці емоції тривоги, що виявляється психічними, вегетативними і соматичними (органними) порушеннями. У сучасній культурі існують досить специфічні психологічні фактори, що сприяють росту загальної кількості пережитих негативних емоцій у виді туги, страху, агресії й одночасно утрудняють їхню психологічну переробку. Ці особливі цінності й установки заохочуються в соціумі і культивуються в багатьох родинах як відображення більш широкого соціуму. Вони стають надбанням індивідуальної свідомості, створюючи психологічну схильність або уразливість до психосоматичних розладів. Можна сказати, що емоційні порушення тісно зв'язані з культом успіху і досягнень, культом сили і конкурент-

ності, культом раціональності і стриманості. Ці цінності переломлюються потім у сімейних та інтерперсональних відносинах, в індивідуальній свідомості, визначаючи стиль мислення людини і хворобливі симптоми.

Більше того, існує феномен ефекту зворотної дії надцінної установки, особливо за умови її недосягнення (наприклад, внаслідок соціально-економічної кризи): культ успіху і досягнення, при його завищеній значимості, веде до депресивної пасивності, культ сили – до тривожного уникання і відчуття безпорадності, культ рацію – до нагромадження емоцій і розростання їхнього фізіологічного компонента до формування психосоматичних розладів. Людина у стані цивілізаційного стресу демонструє сполученість незахищеності перед агресивним соціумом з власною внутрішньою нестійкістю. Вона тривожна, недовірлива, піддана страхам з одного боку, а з іншого – у неї вичерпано кризу співчуття, вона тотально байдужа та сповнена страхів і агресії.

Ситуація соціально-економічної кризи фруструє людину з її глибинним прагненням стабільності й впевненості в завтрашньому дні. Втрачено традиційні життєві опори, що дають людині змогу задовольняти свої базисні потреби не тільки фізіологічні, а й бути затребуваною, належати до певного співтовариства, чинити в звичних обставинах у звичний спосіб і т.п.

В період кризи конфліктність інтересів і конфліктність соціальних ідентичностей посилюється через загострене почуття відмінності та протидіювання групових інтересів, загальної невизначеності. Нормою стає стан маргіальності, що має наслідком руйнацію раніше сформованих соціальних зв'язків, соціальну апатію (яка несподівано може перетворитися на бурхливу активність, навіть агресивність), зниження мотивації цілеспрямованої групової діяльності, домінування інстинкту самозбереження як головного принципу поведінки. Життя розумі-

ється як виживання, а виживання висуває перед людиною завдання, абсолютно відмінні від самореалізації особистісного потенціалу. За умов соціальної кризи захисні функції домінують над функціями самовираження і самореалізації особистості [19].

Саме такий стан суспільства характеризує синдром Холлідея («синдром хворого суспільства за Холлідеем») – суспільство, що перебуває у кризи та характеризується рядом негативних показників. За Холлідеем суспільство яке є хворим, неконструктивним, застійним має певні закономірні характеристики в т.ч. соціальні та культуральні: в економіці: ріст захворюваності, ріст кількості прогулів, падіння виробництва, безробіття, ріст кількості страйків; ріст злочинності; у культурі: домінування вісцерального і примітивного мистецтва, сексуалізація, ріст експанізму – азартних ігор, падіння впливу традиційної релігії, ріст інтелектуалізації та все планування; в політиці: соціальне дроблення, масова міграція.

На цьому тлі фіксується синдром соціального регресу (синдром «натовпу») – поведінка натовпу під впливом певних неконструктивних чинників з проявами у вигляді масової агресії, погромів, вбивств. Соціальний феномен формується під впливом збігу кількох чинників:

- наявності неформального лідера з заниженим інстинктом самозбереження, часто з ознаками розладу особистості, в основному експлозивного типу, абсолютно віруючого в свої ідеї та дії;

- специфіки натовпу та оточення цього моменту: різких рухів лідера та, так званої, індукованої хвилі цих рухів та жестів, надпороговою дією подразників (шум натовпу, вигуки, маршова музика, скандування), інтенсивних подразників (в основному звуків, але можуть бути і невербальні стимули), які свідомо та позасвідомо сприймаються як тривожні та небезпечні сигнали (звук розбитого скла, завивання сирени, спалахи, звуки взриву, скрежіт металу та ін.), які самі по собі стимулюють до регресивного об'єднання з оточенням, несформованої різниці індивідуальності більшості членів зібрання, зниженого інтелекту більшості членів зібрання. миттєвого інтелектуального регресу (поглинання «ідеєю»), без критичного її усвідомлення;

- масової готовності до регресу у вигляді : позасвідомої готовності до агресії внаслідок соціального незадоволення, недовіри, позасвідомої готовності долучитися до „правдивої” ідеї, на фоні масового нігілізму та безідейного прожи-

вання. До цих проявів відноситься і синдром Йозефа К.– прихований масовий нігілізм, який спостерігається у всіх вікових групах, проявляється в кризових суспільствах у вигляді непрямих нігілістичних дійх, часто асоціюється з поняттям «соціальна депресія», але на відміну від останнього, носить прихований характер і не характеризується адинамічними проявами.

Пік соціальної кризи характеризують найсильніша аномія, зростання песимістичних оцінок і настроїв, відмова від планування майбутнього, відчуження від багатьох колективних форм життя, гостре переживання втрати сенсу щодо найважливіших життєвих цінностей. Ми бачимо прояви синдрому аномії («теорія аномії Дюркгейма») (в буквальному розумінні означає розбалансованість, розрегульованість) – негативна переоцінки людиною ідеалів та мотивів діяльності та життя в цілому. Виникає в ситуації кризи суспільства, зміні цінностей та культуральному шоку, що приводить до переоцінки людиною своїх мотивів діяльності, життєвих цінностей, прероритетів та стратегії життя. При слабості резервних можливостей та психологічного захисту може розрішитися суїцидом. Синдром також може стимулювати виникнення психосоматичних, девіантних та психічних розладів, синдрому неповноцінності.

Отже, психопатологія в кризових суспільствах має певні особливості. Специфіка цих психічних розладів полягає в психогенному чиннику соціальних катастроф, знижених можливостях адаптації та спадковій схильності до психічних розладів. Страх у людей нині перетворився в тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, що набагато гірше небезпеки реальної. До цього приєднується неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. В українському менталітеті дуже висока чутливість до морально-етичних проблем. Почуття образи, несправедливості генерує поле негативних емоцій, що провокують «генетично» адаптаційний невроз. На передній план виходять інтереси, спрямовані на забезпечення й підтримку власного благополуччя і благополуччя своєї родини. В цей період саме тут, у найближчому оточенні, людина прагне знайти співчуття і підтримку [16, 17, 21]. За нашими спостереженнями, починаючи з кінця 2008 року в Україні спостерігається ріст умовно нових психічних розладів:

- «альтруїстична» депресія – відсуття вини, пустки, незадоволення, аж до параноїдальних включень у деяких багатих людей, які усвідом-

люють власні можливості порівняно з можливостями більшості людей;

- депресія «кредитна» – неможливість повернути кредити, як психогенний чинник призводить, або актуалізує класичний ендогенний депресивний розлад;

- тривога безробіття – соціальна тривога яка поступово переходить у клінічну внаслідок постійної уяви та роздумів про можливе безробіття та наслідки цього. Частим для цієї тривоги та її переходу в клінічну форму є специфічна тривожно-сензитивна особистість людини та недостатні захисні можливості її;

- інформаційні неврози – психічні розлади невротичного спектру внаслідок неможливості справитися з психологічним тягарем відсутності, чи нехватки життєво важливої інформації;

- тривога соціалізована – не психічний, субклінічний прояв, який зводиться до підняття індивідуальної тривоги (як феномену) на фоні тривожного стану та негарздів у суспільстві в цілому. Важливою умовою цієї предхворобливої реакції є постійне нагнітання психологічного пресінгу в мас медіа в вигляді жахливої перспективи майбутнього, катастрофи, ріст злочинності та ін. Може бути фоном виникнення тривоги, як розладу, при приєднанні індивідуально значимих травм та відсутності психологічної амортизації;

- делінквентна поведінка та психічні розлади непсихотичного спектру (неврози, розлади особистості, алкоголізація та наркотизація) у дітей в неповних сім'ях. Деприваційна ситуація зумовлена виїздом батька чи матері на тривалий час на заробітки за кордон.

Всупереч прагненню людини до екзистенціальної безпеки, вона піддається насильницькому впливу суспільної кризи. Остання набуває глибоко внутрішній, особистісний характер, породжуючи так звану «кризову свідомість» з такими ознаками, як: занепокоєння, тривожність, страх, аномія, невпевненість у завтрашньому дні, песимістичне сприйняття дійсності. Ці характеристики індивідуальної свідомості розглядаються як ознаки деморалізації суспільства, особливо небезпечної у вигляді симптому «далекодіючих» негативних ефектів. Сприйняття життєвих умов як катастрофи (життєвий простір, непридатний для життя) виступає кульмінаційною крапкою кризи свідомості. Це так званий деприваційний підхід до кризи - «відчуття катастрофи».

До нових психосоціальних феноменів як підгрунтя психічних та психосоматичних роз-

ладів, на наш погляд, відносяться також наступні стани. Деприваційний синдром – відрив, відсутність повноцінності, та достатнього наповнення в житті людини. В останій час термін почав часто вживатися в розумінні проживання, виховання в неповній сім'ї (в основному без батька). Є однією з характеристик сучасного суспільства орієнтованому на особистісний ріст, але за рахунок втрати традиційно сімейних цінностей. По суті є проявом виховання, егоїстичної поведінки та поверхневості контактів, відсутності та страх глибоких емоцій, інфантилізації суспільства та зменшенні соціалізації підлітків.

Кризові веселоці (веселоці в кризовому суспільстві) – підвищений запит на відвідування розважальних закладів в ситуації загального соціального кризу та погіршення якості життя. Позасвідомий та свідомий аспект такої поведінки пояснюється пошуком зняття надмірної напруги та негативних емоцій в ситуації соціальної тривоги.

Синдром когнітивного дисонансу («Теорія когнітивного дисонансу Фестінгера») - теорія поведінки людей, яку можна охарактеризувати фразою «знаю, розумію, впевнений, але не роблю, або роблю навпаки». Леон Фестінгер (Leon Festinger) у 1951 році запропонував теорію, згідно якої поведінка людини, не дивлячись на її знання та власну позицію, може кардинально помінятися під впливом директивного впливу на неї оточуючих, що поступово міняє спочатку думку та уяву про себе цієї людини, а потім і її поведінку. Соціальні психологи вважають що «життєвість» теорії забезпечується поєднанням кількох факторів: проживання в ситуації директивного керівництва, реакцією обєднання в ситуації дії «синдрому примітивного угруповання», домінування синдрому виживання, хвостизм.

Мексиканський синдром („синдром серіалів”, „синдром мильних опер”) – залежність від серіалів. Суть – тяга до відкритих відносин та неприхованих емоцій в надмірно рамкових суспільствах. За даними Joshua Fogel та фахівців з Brooklyn College of the City University of New York синдром серіалів у людей похилого віку стимулює інтелектуальне зниження.

Фінансове тугодумство - психосоматичний комплекс, як варіант страху неможливості контролювати свої фінансові справи (описаний в Великобританії. Симптоми: важкість в диханні, розлади кишківника, діарея, безсоння). Проявляється в успішному суспільстві. Вивчався Роджером Хендерсоном (Roger Henderson), вперше описав хворобу, яка отримала назву “фінансове

тугодумство” (money thickness).

Синдром кароші (від назви японського міста Кароші, де вперше смерть від інсульту признали не особливостями організму людини та її хворобами, а наслідком великої психологічної перегрузки в умовах офісної роботи) – варіант трудоголізму з крайнє негативним виходом в хворобу, або смерть. Синдром є варіантом типового найбільш негативного прояву «синдрому менеджера» та «синдрому д'Артаньяна». Часто поєднується з метаболічним синдромом та іншими розладами адаптації. Причини синдрому: гіподинамія, постійно ненормований робочий день, відсутність повноціної відпустки, розлади харчування, постійне вживання стимуляторів (в основному кави), психологічні фактори: велика відповідальність, надмірна сумлінність, психологічний захист адикції роботою від якихось проблем життя. Соматичні катастрофи внаслідок синдрому кароші: інфаркти та інсульти.

Синдром проблеми часу («життя у цейтноті», «ургент адикція») – життя у жорсткому ритмі дефіциту часу. Є однією з характеристик стимулювання та заохочення зі сторони суспільства успішних людей до досягнення та самореалізації в рамках конкуренції та нівелювання глибоких емоційних звязків, алекситимії. Є варіантом екзистенціальної проблеми у вигляді «життя на майбутнє» (Людина проживає ілюзію типу «досягну (побудую, куплю, зароблю, «назбираю») і тоді заживу»). По суті в невизначеності, або підміні мети життя, за формами та стилем життя заперечується, чи виявляється боязнь мети власного життя. Ситуація феномену є, шахматною термінологією, патовою. Тому часто проявляється психосоматичними розладами та захворюваннями, а також депресією (аналітичне розуміння депресії, як форми позасвідомого захисту – коли при дефіциті часу, він (час) нарешті появляється, але в деструктивному варіанті (депресія).

Синдром емігранта – специфічна поведінка емігрантів та людей які переїхали на постійне місце проживання у великі міста, в основі якого лежить поведінка направлена на „виживання”: підвищене насторожене та недовірливе ставлення до оточуючих, бажання більше ніж інші працювати, доказувати свою потрібність, значимість. Одночасно для даного синдрому властиві відчуття самотності та тривоги, які, при ситуації нереалізації людини, можуть призвести до психосоматичних розладів, або психічних порушень. В той же час прояви синдрому при благоприємних обставинах можуть бути реалі-

зовані у доброму карєрному рості та самореалізації. В деяких розвинутих країнах працівники заохочуються до мотивованих змін місця роботи та місця проживання, що по суті є використання синдрому для карєрного росту та більш ефективних функціонувань компаній. Синдром емігранта, по суті, відноситься до адаптативних проявів людини.

Синдром ізоляції великого міста («синдром ізоляції мегаполіса», «синдром самотності в великому місті») – втрата соціальних контактів з сусідами та друзями по мірі росту ступеня урбанізації (чим більше місто проживання, тим менше близьких відносин між людьми). Теорія, яку розробляв Греєр в 70-х роках 20-го століття продовжена в роботах Уоррена, Фішера відноситься до особливостей соціальної інтеграції, субкультур та етно-культуральних особливостей. Може мати відношення до «синдрому самотності» Може бути одним з факторів невротичного розладу, або «екзистенціального кризу», які вже самі по собі можуть мати психосоматичне розрешення.

Синдром самотності («синдром самотності у натовпі») – відчуття людини власної недоречності та непотрібності, яка усвідомлює, що проживає в жорсткому та агресивному світі. Може бути проявом депресивного розладу, «екзистенціального кризу», або «синдрому емігранта». І перший (маскована депресія) і інші варіанти можуть мати психосоматичне розрешення.

Синдром імітації діяльності («псевдоробота», «імітація бурхливої діяльності») – робота з запрогнозованим відсутнім результатом. Може проявлятися на будь якому соціальному рівні. Характеризується зовнішньо вираженими атрибутами діяльності (часті засідання, велика кількість ділових паперів, планів, контролю діяльності та ін) без суттєвої продукції. Для синдрому характерна швидка втрата мотивів діяльності. Це може викликати внутрішнє незадоволення працівників, а при їх вимушеному дотриманні правил «псевдороботи» – психосоматичне відреагування та хвороби. Фраза: «сама важка роботи – це імітація роботи» пояснює суть конфлікту.

Етнометодологія – вивчення правил, які приймаються людьми на віру. Область науки невербальної взаємодії людей. При невідповідності вербальних та невербальних стимулів у людини в процесі спілкування може виникнути позасвідоме відчуття тривоги, стурбованості та незадоволення. При постійному дисонансі подібних стимулів у людини можуть появилися невротичні

реакції, чи психосоматичні відреагування та розлади. Дауншифтинг – різка та ззовні незрозуміла зміна життя успішної людини з відходом від звичної діяльності успішного бізнесу, чи управління у великому місті в натуральне господарство в село, чи хутір. При цьому, як правило, в цей соціальний рух включається вся сім'я лідера. Є проявом «екзистенціального кризу».

Синдром втоми від життя («ангедонія»). Термін ангедонія запозичений з психіатрії і означає неотримання задоволення від звичної діяльності. По суті є еквівалентом депресивного розладу. В даний час термін набув розширеного тлумачення. Вживається для пояснення «покоління «Ні», «екзистенціального кризу». В соціо-економічному розумінні є наслідком «синдрому Холлідея», в психологічному – особливостю конституції та неможливістю справитися з ситуаціями життя (проблема резервних можливостей та психологічного захисту).

Екстремальне проведення часу («екстремальний спорт», «екстремальний відпочинок») – проведення вільного часу та відпочинку з елементами ризику для життя, переборенням труднощів, відчуття пережитої ситуації на межі загибелі. До екстремального спорту відносять: гірські лижі (деякі варіанти), парашутний спорт (деякі варіанти), скейт (деякі варіанти), гірський ровер, дайвінг, гострейдерство, дигерство, спалеологію (деякі варіанти) та ін. По суті - прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі – реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. Гострейдер - нічні гонки по міським дорогам. Синтезований вид екстремального часу проведення та нехімічної адикції. По суті - прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі – реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. Стрітрейсер (переклад з англ. – вуличні гонки) – гонки по вулицям міста. Синтезований вид екстремального часу проведення та нехімічної адикції. По суті - прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі – реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. Синдром споріднений з «гострейдер». Дигерство – настирливе відвідування, «подорожі» по підземним колекторам та каналізаційним системам. По суті – прояви акцентуації характеру та делінквентної поведінки. По формі - реакція протесту проти рутинного життя та рамкових відносин у суспільстві. З позиції глибинної психології в основі дигерства окрім проблем самоідентифікації лежить акти-

візація синкритичного мислення.

Синдром маленької людини – поведінка та дії людини, яка відчуває себе чужою в середовищі людей, як правило великого міста. Термін почав вживатися після виходу у прокат фільмів Чарлі Чапліна. З середини 50-х років термін набув розширення та почав розумітися як специфічна поведінка та сприймання оточуючими людини, яка не може самореалізуватися, виглядає комічно і недоречно в меркантильному та прагматичному суспільстві. На сьогоднішній день людина з цим синдромом часто сприймається як романтичний тип, але невлаштована та постійно потерпаюча.

Різноманітні невротичні симптоми, що спостерігаються в суспільстві в період кризи – результат перетинання суцільно індивідуального і суспільного. Показниками кризисності свідомості виступають соціальна незадоволеність і відчуття незатребуваності для більшості населення. Порушення структурних ґрат здоров'я відбувається в усіх його складових: психічній, біологічній, психологічній, соціологічній. Проблема співвідношення соціального й індивідуального неврозу полягає в тому, що соматизація індивідуального неврозу обумовлена присутністю клініки соціального адаптаційного неврозу. На тлі адаптаційного неврозу додаткове стресорне навантаження виявляє “вичерпаність (виснаженість) резервів невротизації, вимагає адекватної відповіді особистості в межах трикомпонентного особистісного реагування на стресову ситуацію з невротичною, соматичною та біхевіоральною складовими.

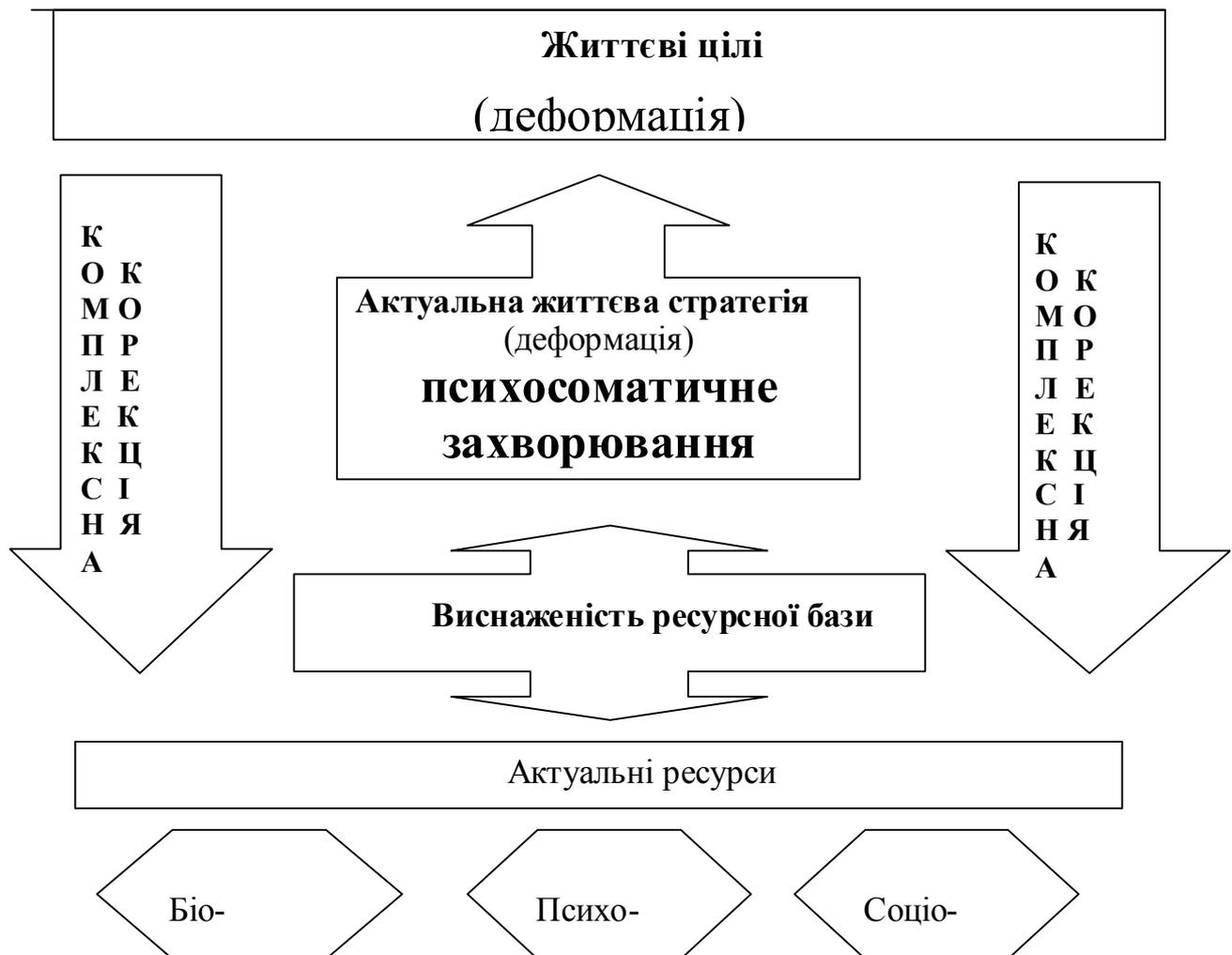
Підхід до захворювань з позиції адаптаційних проявів (неспецифічного адаптивного синдрому) Г.Сельє надав можливість вийти на новий рівень усвідомлення психічних розладів. Парадигма, побудована на цій теорії, ґрунтувалася на розумінні психопатологічного відреагування (саме відреагування, а не захворювання) на первинну патогенну дію як захистний механізм з ціллю встановлення гомеостазу, доцільність яких в кінці кінців призводило до встановлення патологічного гомеостазу. Було навіть введено таке поняття, як біо-психо-духовний гомеостаз (цит.за 1). Опанування травми – coping, тоді травма виступає як процес у динамічному розвитку - травматичної послідовності – traumatic sequence.

Враховуючи стратегії подолання травми по Мертону (інноваційна – прийняття (зміна положення); ретреатизм (смирненість), провіденціалізм (очікування), ритуалізм (традиційні образи поведінки), бунт – неприйняття) та осо-

бистісні риси, психотерапевт підводить хворого до конструктивного вирішення нагальної соціально-особистісної проблеми. Показником успішності роботи виступає стабілізація психічного та соматичного стану, поява життєвої перспективи, формування нової життєвої стратегії. Загалом можна вирізнити дві життєві стратегії залежно від спрямованості особистісних очікувань: одна з них стратегія виживання (численніша), інша, менш численна, стратегія досягнення.

В свою чергу, спроможність вибрати та реалізувати адаптивну життєву стратегію залежить від актуальних ресурсів людини. Умовно ресурсна база людини, згідно біопсихосоціальної парадигми, розділена на окремі складові, при чому частина «біо-» відображає здоров'я тіла, «психо-» – психічне благополуччя, «соціо-» – міру соціальної активності (рис. 1). Ці складові взаємопов'язані, змінення рівню однієї з них при-

зводить до зміни інших: наявність соматичної хвороби певною мірою пригнічує психічний стан та зменшує соціальну активність; наявність окремих психопатологічних феноменів (наприклад: страху, агресивності, алекситимії та тривоги як відчуття відсутності екзистенціальної безпеки) пригнічує фізичне здоров'я та деформує соціальну активність; негативні зміни у соціальній активності (розлучення, безробіття, соціальні обмеження і т.і.) сприяє виникненню та подальшому розвитку психосоматичного захворювання. Причому, збереження більш значимої для особи сфери стосунків на тлі руйнування менш значимої практично не виснажує цілісну ресурсну базу (родинні або інші (робота, навчання, відпочинок) стосунки). Натомість, руйнування сталого комунікативного поля пацієнтів призводить до швидких змін психосоматичного здоров'я та прогредієнтності.



Центральна проблема – невідповідність життєвих цілей ресурсній базі

Рис. 1. Модель формування психосоматичного захворювання та його комплексної корекції

На думку Д. Леонт'єва, особистісний потенціал людини сприяє подоланню особистістю несприятливих умов її розвитку, що можуть бути задані генетичними особливостями, соматичними захворюваннями, а також зовнішніми соціально-психологічними факторами [18]. Феноменологію, що відбиває різні аспекти особистісного потенціалу, відповідно до методологічних різних підходів, позначали такими поняттями, як воля, сила Его, внутрішня опора, локус контролю, орієнтація на дію й ін. Найбільше цьому поняттю відповідає термін “hardiness” – “життєстійкість”, уведені С. Мадді [6].

За С. Мадді, першим компонентом “hardy”, є “включеність” (commitment) – важлива характеристика у відношенні себе і навколишнього світу та характеру взаємодії між ними, що дає сили і мотивує людини до реалізації, лідерства, здорового напрямку думок і поведінки. Вона дає можливість почувати себе значимим і досить цінним, щоб цілком включатися в рішення життєвих задач, незважаючи на наявність стресогенних факторів і змін. Другий компонент “hardy”, умовно названий “контролем” (control), мотивує до пошуку шляхів впливу на результати стресогенних змін, у протигагу впадінню в стан безпорадності і пасивності. На протигагу почуттю переляку від цих змін, третій компонент “hardy”, позначений як “виклик” (challenge), допомагає людині залишатися відкритою до навколишньому середовищу і суспільства. Він складається з сприйняття особистістю події життя як виклику й іспиту особисто себе. Підсумовуючи, можна сказати, що “hardiness” – це особливий патерн установок і навичок, що дозволяють перетворити зміни в можливість. Крім вищеозначених компонентів, “hardiness” містить у собі такі базові цінності, як кооперація (cooperation), довіра (credibility) і креативність (creativity) [1, 6].

Причому, не варто ототожнювати “hardiness” з копінг-стратегіями, спрямованими на подолання життєвих труднощів. “Hardiness” є установкою на виживаність - рисою особистості, що дозволяє справлятися з дистресом ефективно і завжди в напрямку особистісного росту. В той же час, копінг-стратегії (прийоми, алгоритми дій, звичних і традиційних для певної особистості) можуть мати як продуктивну, так і непродуктивну форму, навіть вести до регресу.

За даними наукової літератури [1-5, 7-11], була проведена низка досліджень, присвячених взаємовідносинам між “hardiness”, копінг-стратегіями та рівнем здоров'я людини. Існує тісний взаємозв'язок між поведінкою, спрямованою на

профілактику хвороб і “hardiness” [7]. Особи, що володіють більш вираженими якостями “hardy”, мають тенденцію менше відчувати стреси і сприймати дрібні неприємності як менш стресогенні. Якість “hardiness” [2], є складовою частиною відчуття повноти життя і якості життя.

Більш низький рівень психофізичного здоров'я можна прогнозувати на основі таких показників, як: висока напруженість діяльності, виразність рис характеру типу А, низький рівень соціальної підтримки, неефективні копінг-стратегії і низький рівень когнітивного компонента hardiness у людини. Показник когнітивного hardiness виявився найбільше тісно зв'язаний з гарним загальним здоров'ям і низьким рівнем стресу на роботі [11]. Респонденти, що показали більш високий рівень виразності рис “hardiness”, відчують себе більш здоровими психічно і соціально, але не фізично [5].

Особи з низькою тривожністю і високим показником hardiness демонстрували більш слабкі фізіологічні реакції при зіткненні із ситуацією стресу. Більш високі показники варіабельності серцевого ритму, виявлені в людей з високим рівнем самоконтролю, з погляду дослідників, указали на збільшення спроб опанування ситуацією (застосування копінг-стратегій) [9].

Компоненти “hardiness” (включеність і контроль) також виявилися позитивно прогностичними у відношенні психічного здоров'я. Позитивний вплив включеності був у зменшенні оцінки погрози і використання сфальцьованих на емоціях копінг-стратегій, збільшенні ролі вторинної переоцінки подій. Показник виразності контролю сприяв зниженню оцінки погрози події, сприяв переоцінці події і стимулював до використання копінг-стратегій, орієнтованих на вирішення проблем і пошук підтримки [3].

„Hardiness” може виступати буфером у подоланні повсякденного стресу, тому що впливає на ресурси опанування через підвищення самоефективності. Люди з високими показниками “hardiness” мають більше відчуття компетентності, більш високу когнітивну оцінку, більш розвинуті стратегії опанування і відчують менше стресів у повсякденному житті [10]. Соціальний інтерес зв'язаний із включеністю у взаємини з іншими й у навколишнє середовище, що є складовою частиною психологічної якості “hardiness”, і цей же соціальний інтерес заохочує людини до використання активних копінг-стратегій і розвиткові якостей “hardy” [4]. Вплив “hardiness” є значимою альтернативною силою у відношенні впливу фактора примуса до змін на наміри пер-

соналу перемінити вид діяльності [8].

В цілому, не зважаючи на те, що в біопсихосоціальних дослідженнях з проблем психосоматичної медицини увага приділяється всім складовим актуальних ресурсів людини, динаміка їх взаємозв'язку ще до кінця не осмислена та їх превентивний ресурс не вичерпаний. Наприклад, розвиток поняття "hardiness" в психосоматичній превентології могло б стати основою для підвищення якості життя людини, перетворення перешкод і стресів у джерело росту і розвитку.

Нові соціальні техніки та технології мають ґрунтуватися на принципі суспільного розвитку, що передбачає радикальний поворот суспільства до особистості, захисту її життєвих (псих-

ічний та фізичних) сил. Соціальне конструювання, спроби широкого запровадження відповідних соціальних технологій залишатимуться на рівні примітивного маніпулювання доти, доки в повному обсязі не будуть задіяні ірраціональні чинники регуляції та саморегуляції. Майбутнє за тим суспільством, яке зможе надати всім особистостям, котрі його складають, соціально рівні стартові умови, різноманіття життєвих виборів, оптимальні умови самореалізації у різних ролях і функціях. Кожен член суспільства має самостійно обирати свої ролі та функції, знаходити себе у них. Суспільство лише створює можливість вільного здійснення таких виборів і допомагає кожній людині гідно пройти власний життєвий шлях.

О.С. Чабан Е.А. Хаустова

ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ КРИЗИСНОГО ОБЩЕСТВА: НОВЫЕ СИНДРОМЫ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

Проведено исследование синдромов из области социальной психологии и социальной психиатрии, которые появились в последние десятилетия. Обращено внимание на культуральные и аналитические аспекты трансформации некоторых социальных явлений в контексте психологии, патопсихологии и психосоматики, в том числе жизнестойкости как предиктора психических и психосоматических заболеваний. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 13-21).

O.S. Chaban, E.A. Khaustova

HUMAN DESADAPTATION IN CRISIS SOCIETY: NEW SYNDROMES AND THEIR CORRECTION WAY

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Kyiv,

Research of syndromes from an area social psychology and psychiatry, which appeared in the last decades, is conducted. Paid regard to culture and analytical aspects of transformation of some social phenomena in the context of psychology, pathopsychology and psychosomatics including hardiness as mental health predictor. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P.13-21).

Література

1. Aleksandrova L.A. Motivation, personal calculus of probability and modeling of the future // 8th International Conference on Motivation. Abstracts - Moscow, 2002 -p. 4-5.
2. Evan, D.R., Pellizzari J.R., Culbert B.J., Metzen M.E. Personality, marital, and occupational factors associated with quality of life // Journal of Clinical Psychology. — 1993. — Jul. — Vol. 49. — N 4. — P. 477 — 485.
3. Florian V., Mikulincer M., Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping // Journal of Personality and Social Psychology. — 1995. — Apr. 68. — 4. — P. 687 — 695
4. Leak G.K., Williams D.E. Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness. Individual Psychology // Journal of Adlerian Theory Research and Practice. — 1989. — Sept. — N 3. — P. 369 — 375.
5. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults // Research in Nursing and Health. — 1991. — Oct. — Vol. 14. — N 5. — P. 351 — 359
6. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. — 1994. — Oct. — Vol. 63. — N 2. — P. 265 — 274
7. Nagy St., Nix Ch.L. Relations between preventive health behavior and hardiness // Psychological Reports. — 1989. — Aug. — Vol. 65. — N1. — P. 339 — 345.
8. Rush M.C., Schoael W.A., Barnard S.M. Psychological resiliency in the public sector: "Hardiness" and pressure for change // Journal of Vocational Behavior. — 1995. — Feb 46(1). — P. 17 — 39.
9. Solcava I., Sykora J. Relation between psychological Hardiness and Physiological Response // Homeostasis in Health & Disease. — 1995. — Feb. — Vol. 36. — N 1. — P. 30 — 34.
10. Solcova I., Tomanek P. Daily stress coping strategies: An effect of Hardiness // Studia Psychologica. — 1994. — Vol 36. — N 5. — P. 390 — 392.
11. Sharpley Ch.F., Dua J.K., Reynolds R., Acosta A. The direct and relative efficacy of cognitive hardiness, a behavior pattern, coping behavior and social support as predictors of stress and ill-health // Scandinavian Journal of Behavior Therapy. — 1999. — 1. — P. 15 — 29.
12. Uexkuel T. (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. -Muenchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996.
13. WHO Traditional Medicine Strategy.WHO, 2002. — 74 p.
14. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы.- М.: Наука, 1980.- 197 с.
15. Битенский В.С., Годлевский А.Г., Левинский М.В. и др. Психосоматическая и соматопсихиатрическая медицина в Украине: дефиниции, проблемы и перспективы развития // Весник психологического здоровья. — 1999. — №2. — С. 6–8.
16. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие: история, теория и современная практика.- К.: Абрис.- 1994.
17. Донченко Е., Овчаров А. Адаптационный невроз социума как следствие управленческого кризиса // Социология: теория, методы, маркетинг.-1999.-№1.-с.173-190.
18. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный

потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В.Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С.Братуся, Д.А.Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – С. 56 – 65.

19. Попова И. Повседневное сознание в переходном обществе: симптомы кризиса // Социология: теория, методы, маркетинг-

1991.-№1.-с.5-21.

20. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств // Соц. и клин. психиатрия.– 2002. – № 3. – С. 97–104.

21. Штомпка П. Социальные изменения как травма // Социс. – 2001. – №1. – С. 6–16.

Поступила в редакцию 14.12.2009

С.М. Расин, В.С. Подкорытов, А.В. Саник, Н.С. Пилипенко, М.С. Расин

МОРФОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАННИХ СЕНИЛЬНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО ТИПА

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (Харьков), Украинская медицинская стоматологическая академия (Полтава)

Ключевые слова: когнитивные нарушения, болезнь Альцгеймера, морфофизиологический анализ

Современные методы терапии сенильной деменции альцгеймеровского типа (ДАТ) наиболее эффективны на самой ранней ее стадии, называемой легким когнитивным расстройством или «мягким когнитивным снижением» (МКС) [1,3]. Основой диагностики ДАТ является клиническое психопатологическое обследование, дополняемое психометрическими тестами. Это позволяет достоверно диагностировать до 90-95% ДАТ [7]. Однако в общей клинической практике показатель ее правильной диагностики снижается до 55%. [8]. Поэтому поиск дополнительных объективных показателей нарушений мозговой деятельности при ДАТ является актуальным. К таковым относятся исследования концентрации бета-амилоида и тау-протеина в спинномозговой жидкости, что, как и биопсия мозговой ткани, возможно лишь в научных исследованиях. Дорогостоящими и малодоступными в широкой практике являются методы позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), отражающие интенсивность обмена глюкозы в различных регионах мозга и нарушений в них кровотока по данным ОФЕКТ и ряд других [2]. В настоящее время относительно широкодоступными явля-

ются методы компьютерной или магниторезонансной томографии (МРТ), а также компьютерной электроэнцефалографии (КЭЭГ). Однако, в большинстве случаев, эти методы применяются лишь для исключения грубой органической или функциональной патологии мозга. Между тем, они несут в себе важные данные о локальных нарушениях: МРТ - о диффузной и локальной атрофии мозговой ткани и других нарушениях структуры, а КЭЭГ – один из немногих диагностических инструментов, позволяющих выявить топографию функциональных нарушений высших отделов ЦНС [4-13]. Однако возможности визуализаций мозга больного в трех измерениях и количественной оценки распределения в нем мощности волновых потоков, отражающих течение психических процессов, до настоящего времени используются в диагностике ДАТ еще недостаточно [5].

Цель работы: изучить корреляцию между данными нейропсихологического анализа и психометрического тестирования с количественными показателями МРТ и КЭЭГ у женщин старшей возрастной группы с начальными стадиями деменции альцгеймеровского типа.

Материал и методы исследования

Были обследованы две возрастные группы женщин. Первую составили 49 женщин в возрасте $80 \pm 1,4$ лет, проживавших от 1 до 7 лет в Горбаневском гериатрическом пансионате для ветеранов войны и труда (Полтава). Вторую - 9 женщин в возрасте $46 \pm 2,3$ лет, проживающих в семьях и считающих себя полностью здоровыми. С целью диагностики ДАТ все женщины прошли клинико-психопатологическое, патопсихологическое, нейропсихометрическое, неврологическое и МРТ-обследования. Кроме того, им было проведено углубленное общеклиническое и лабораторное обследование.

Диагноз ДАТ устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 [1,3]. Основными данными для его постановки служили жалобы женщин на прогрессирующее в течение последних 1-5 лет ухудшение памяти и других когнитивных функций (трудности в произношении, в понимании речи, в планировании повседневной деятельности, в распознавании предметов и лиц и другие). Эти жалобы, как правило, подтверждались и дополнялись родственниками, знакомыми или медперсоналом пансионата, длительно наблюдавшими за ними. Учитывались также результаты психопатологического обследования

и психометрического тестирования: минимальный тест психического состояния (MMSE), тест клинической оценки деменции (CDR), тест оценки общего снижения (GDS). При обследовании соматического статуса у 28 женщин первой группы была выявлена подтвержденная артериальная гипертензия (АГ) легкой степени, у 21 - средней степени. В связи с этим такие больные постоянно или периодически получали гипотензивную терапию (каптоприл, адельфан). Ишемическая болезнь сердца в форме стенокардии напряжения 1-2 функционального класса была отмечена у 12 из них. То есть, во многих случаях у лиц с когнитивными нарушениями нельзя было исключить сочетание ДАТ с деменцией сосудистого генеза. Больные с тяжелой АГ, перенесшие обширный инсульт или инфаркт миокарда в исследование не включались.

МРТ проводили на современном томографе фирмы SIGNA PROFILE EXCITE (США) с использованием импульсных последовательностей быстрого спинного эхо для получения T1-взвешенных изображений (T1ВИ) и T2-взвешенных изображений (T2ВИ), выполненных в аксиальной (АКС), корональной (КР), сагиттальной (СГ) проекциях: Ax+SagT2 FRESE ВИ, Cor T1 FLAIR + Cor T1 ВИ, Ax T2 FLAIR ВИ, Ax DWERI ВИ. Тонкие (2-мм) коронарные срезы T1ВИ, полученные в проекции, ортогональной длинной оси гиппокампа, использовали для оценки степени атрофии медиальных отделов височных долей мозга и гиппокампа. Измеряли также длину, ширину и толщину гиппокампа для получения объемных индексов. Проводилась количественная оценка степени расширения субарахноидальных пространств и желудочков мозга, силвиевых, лакунарных и хориоидальных щелей, конвексиальных борозд, желудочковой системы мозга, ширины передних и задних рогов боковых желудочков. Полученные при этом данные, свидетельствовали об отсутствии у обследованных грубой очаговой патологии мозга.

Для КЭЭГ был использован электроэнцефалограф DX-4000 PRACTIC. Запись показателей биоэлектрической активности мозга производилась при постоянном времени 0,3 с и верхней частоте пропуска 30 Гц. Во время записи

КЭЭГ обследуемые сидели в кресле с закрытыми глазами. Контролировался уровень их бодрствования, проводились пробы с открыванием глаз и гипервентиляцией. 16 хлорсеребряных электродов Ag/AgCl помещали в соответствии с международной схемой 10–20 в следующих областях: O2 (14), O1(13), P4(10), P3 (9), Pz(15), C4(4), C3(3), Fp1(1), Fp2(2), F7(5), F8(6), T6 (12), T5 (11), T4 (8), T3 (7), Oz(16). В качестве референтного использовали центральный электрод – F7. Сопrotивление в областях регистрации не превышало 10 кОм. Анализ ЭЭГ проводили с помощью компьютерной системы анализа и картирования DX-SYSTEM (Харьков). После окончания обследования записи КЭЭГ просматривались и периоды артефактов из них удалялись. С помощью быстрого преобразования Фурье обрабатывались 60 с свободной от артефактов КЭЭГ. Программа измеряла среднюю амплитуду (мкВ) и относительную плотность мощности (% общей спектральной мощности) для каждого из четырех диапазонов: дельта (1,00–3,99 Гц), тета (4,00–6,99), альфа (7,00–12,99), бета (13,00–30) в каждой из 16 точек, а также среднюю амплитуду и среднюю частоту (Гц) суммарно и межполушарную асимметрию (когерентность) в % по каждому частотному диапазону. Кроме того, визуально и графически в цвете определялась дисперсия амплитудно-частотной характеристики и относительной спектральной мощности КЭЭГ в указанных диапазонах.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась на персональном компьютере с использованием лицензированной статистической программы «Статистика», США (STATIST.4_5). Достоверность различий средних параметров КЭЭГ и другие количественные показатели в группах обследованных после изучения графическим методом соответствия их нормальному распределению оценивали по t-критерию Стьюдента. Данные КЭЭГ предварительно логарифмировались в соответствии с рекомендациями [7]. Коррелятивные связи - по коэффициенту корреляции (r). Непараметрические данные - по критерию χ^2 точным методом Фишера.

Результаты исследований и их обсуждение

В процессе исследования нами были выделены три группы женщин. В первую группу («здоровые молодые») вошли 9 психически здоровых женщин (35 - 52 лет, средний возраст - $46 \pm 3,2$ лет), во вторую - 12 женщин $80 \pm 1,2$ лет без явных ког-

нитивных нарушений («возрастная норма». В третью, основную группу – 37 женщин $80 \pm 0,9$ лет с диагнозом начальной стадии ДАТ. Женщины с установленной ДАТ набрали в тесте MMSE в среднем $18,2 \pm 1,1$ балла и соответствовали по шкале

Clinical Dementia Rating (CDR) оценке – 1,0 и Global Deterioration Scale (GDS) - 4-ой стадии.

Результаты изучения количественных параметров КЭЭГ приведены в таблице 1. Они демонстрируют закономерное снижение мощности альфа ритма с возрастом и ухудшением когнитивных функций. Так, у 2-ой группы обследованных, по сравнению с 1-ой имело место снижение альфа-ритма на 15%. А у 3-ей группы по сравнению со второй, - еще на 31%.

Плотность мощности дельта- и тета-ритмов при этом возрастала соответственно на 14 % и 45% между 1-ой и 2-ой группами и дополнительно на 21% и 26% между 2-ой и 3-ей группами. Средняя частота КЭЭГ была у них снижена на 5% и 7%, соответственно. Коэффициент средней мощности дельта/альфа был меньше на 46% и 72%, а тета/альфа на 44% и 80%. Показатели бета-мощности, по нашим данным, не отличались ни в одной из групп.

Таблица 1

Основные количественные параметры КЭЭГ у здоровых лиц и больных ДАТ

Группа/ показатель	n	Средний индекс плотности мощности (% от общей плотности мощности)				Частота, Гц	Коэффициент средней мощности (амплитуды) (мкВ)	
		альфа	бета	дельта	тета		дель- та/альфа	тета/альфа
Здоровые «молодые»	9	46±3,9	19±2,9	21±3,3	13±1,9	8,9±0,44	0,46±0,07	0,28±0,07
«Возрас- тная норма»	12	39±4,0	18±4,1	24±2,1	19±1,2	8.5±0.46	0,62±0.05	0,49±0,08
P1		0.012	0,86	0,29	0.002	0,011	0,0014	0,012
ДАТ	37	27±4,5	20±4,7	29±1,6	24±1,1	7,9±0,46	1,1±0,02	0,88±0,045
P1		0,0048	0.94	0,0013	0,012	0.0022	0,0001	0,00015
P2		0,011	0.76	0,014	0,001	0,0011	0,0017	0,0016

Примечание: в таблице приведены усредненные показатели, суммированные по всем 16 точкам КЭЭГ. P1 – вероятность случайности различий от показателей в группе «здоровые молодые». P2 – то же с показателями в группе «возрастная норма».

Полученные данные свидетельствуют об общем снижении частоты ритма КЭЭГ с возрастом, причем более значительном у лиц с ДАТ. При этом с возрастом, особенно в случаях ДАТ, также имеет место снижение плотности мощности и амплитуды альфа-активности и повышении медленноволновой дельта- и тета- активности. Кроме того, отмечается увеличение межполушарной асимметрии: у здоровых 6,1±2,5% у больных ДАТ - 20±10% (p=0,00032).

Показатели КЭЭГ обследованных также свидетельствуют о рассеянии мощности биоэлектрической активности мозга у больных ДАТ между всеми частотными диапазонами. В то же время у лиц без когнитивных нарушений эта мощность была сосредоточена преимущественно в альфа-диапазоне.

У здоровых лиц старшей возрастной группы дельта- и тета-активность преобладала в левом полушарии (у 8 из 11 человек), тогда как у больных ДАТ такого преобладания не отмечалось (ч2=7,12, p=0,004).

Таким образом, данные КЭЭГ указывают на однонаправленные церебральные изменения, связанные с возрастом и, особенно, с наличием

церебрального дементирующего процесса. Наиболее отличающимися ее показателями в разных группах обследованных являются коэффициенты мощности (амплитуды) дельта/альфа и тета/альфа и индексы альфа- активности, особенно в затылочных отведениях O1,O2,OZ.

Нами была изучена и корреляция между некоторыми показателями КЭЭГ и психометрическими показателями в тесте MMSE в обоих старших возрастных группах испытуемых. Были обнаружены слабая отрицательная корреляция между средней плотностью мощности альфа-активности (r= -0,38. p=0,0045) и отрицательная корреляция между средней частотой и баллом в тесте MMSE (r=0,29, p=0,0012).

МРТ-исследование головного мозга в 2х случаях выявило кисты головного мозга до 1 см в диаметре, вероятно, постинсультного характера. Как в контрольной группе («возрастная норма»), так и в группе с ДАТ отмечались достаточно типичные изменения. Ими являлись: уменьшение ширины серого вещества мозга в височных областях до 1-3 мм (при показателях в молодом возрасте – 5-6 мм), расширение подпаутинных пространств над полушариями большого мозга

и мозжечка до 6-8 мм (при нормальных показателях 2-4 мм), расширение силвиевых щелей до 8 мм (норма 2-3 мм), лакунарных щелей до 7 мм (норма до 2-3 мм), уменьшение размеров гиппокампа. У всех обследованных этих групп желудочковая система мозга была расширена. Ширина передних рогов боковых желудочков слева и справа в среднем достигала 10-12 мм, задних рогов - 15 мм, нижних рогов слева - 15-20 мм, справа - 12-15 мм. Ширина III желудочка была увеличена до 16-25 мм. В белом веществе височных, заднелобных и теменных долей обеих гемисфер,

мозжечке, в мосту мозга у них визуализировались множественные гиперинтенсивные на T2-ВИ сигналы до 2-4 мм в диаметре, обусловленные расширенными периваскулярными пространствами (пространства Вирхова-Робина) и зонами лейкоареоза. Обнаруживались выраженные зоны глиозной энцефаломалации в височных областях и мозжечке. Это коррелировало выраженной атрофией у них коры в височных областях и атрофией гиппокампа с обеих сторон.

Результаты изучения этих показателей в каждой группе представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели МРТ головного мозга у больных ДАТ и МКС, мм

Показатель/ группа	Толщина височной коры	Размеры гиппокампа			Ширина подпаут.простр.	Ширина передних рогов
		Гор.	Верт.	Саг.		
Здоровые «молодые» n=9	6,2±1,1	16±2,4	8,1±0,9	14±0,8	4,2±0,4	6,1±0,3
«Возрастная норма» n=8	2.8±1,2	12±1,0	6,1±0,6	11±0,3	9.5±2,1	8,5±0,3
P1	0,001	0,043	0,053	0,022	0,045	0,031
ДАТ n=29	2,1	11±0,9	5,3±0,4	10±0,3	15.4±0.4	16.5±2,3
P1	0,001	0,002	0,014	0,012	0,0002	0,0023
P2	0.32	0,23	0.05	0.22	0,0032	0,0051

Примечание: обозначения те же, что и в таблице 1.

Анализ количественных показателей, как и в случае с КЭЭГ, указывает на однонаправленные изменения возрастного характера, особенно у лиц с деменцией. Так толщина височной коры в группе возрастного контроля уменьшилась на 55%, а в группе ДАТ - дополнительно еще на 33%. Объем уменьшения гиппокампа - соответственно на 57% и 28%. Ширина подпаутинного пространства при этом увеличилась в 1,3 и 2,7 раза, а передних рогов - на 39% и 109%, соответственно.

Была выявлена отрицательная корреляция между возрастанием коэффициентов дельта/альфа и тета/альфа волн и уменьшением толщины височной коры ($r = 0,45$ и $0,47$, $p = 0,021$), а также - объема гиппокампа ($r = 0,32$ и $0,35$. $z = 0,042$).

Полученные данные, в целом, совпадают с результатами большинства других исследователей, рассматривающих наступление деменции как, главным образом, следствие корково-подкорковой атрофии мозга. Лейкоареоз и другие изменения его белого вещества, наблюдавшиеся нами, указывают на существенную роль в этом процессе сосудистой патологии [2].

Физиологической основой анализа КЭЭГ в проведенном исследовании являлось представление о комплексной гомеостатической системе мозга, регулирующей мощность и спектр его электрической активности [5]. Считается, что задающие альфа-ритм нейроны, расположенные в таламусе, играют у здоровых людей доминирующую роль. Ретикулярное ядро с помощью гамма-оксибутирата в качестве медиатора может тормозить пейсмейкерные нейроны таламуса до уровня тета-ритма, что замедляет прохождение информации в корковые нейроны. Медленная дельта-активность, возникающая в глубоких слоях коры и таламусе, в норме тормозится активирующей ретикулярной системой среднего мозга. А быстрая бета-активность отражает таламокортикальные и кортико-кортикальные информационные потоки. Кора мозга может прямо активировать ретикулярное ядро глутаматэргическим путем и ингибировать ретикулярную формацию среднего мозга через полосатое ядро допаминэргическими путями, регулируя интенсивность подачи информации. Таким образом, в формировании спектра и мощности КЭЭГ уча-

ствуют многие мозговые структуры и основные медиаторные системы мозга, что вызывает изменения КЭЭГ при многих психических заболеваниях. И хотя эти изменения неспецифичны, клиничко-КЭЭГ корреляции могут выступать подспорьем в диагностике и контроле за лечением многих психических заболеваний, в том числе, болезни Альцгеймера [1, 5, 8-13].

По данным ряда исследователей, ЭЭГ является умеренно чувствительным, неспецифическим индикатором мозговых дисфункций, достаточно информативным при диагностике болезни Альцгеймера (БА). Она сопровождается повышением медленноволновой активности и снижением ее средней частоты. Выраженность последних обычно коррелирует с когнитивными нарушениями и тяжестью БА [5, 8-13].

При БА или деменции альцгеймерского типа (ДАТ) у больных со значительными психическими нарушениями характерные изменения КЭЭГ фиксируются в подавляющем числе случаев. Большинство авторов отмечает у них снижение частоты и мощности альфа- и бета-активности и увеличение мощности дельта- и тета-ритмов во фронтальных зонах мозга. А также нарушение у таких больных когерентности [11, 12] между полушариями как в покое, так и при различных стимуляциях [4, 5-7]. При этом имеет место корреляция между содержанием тау-протеина в спинномозговой жидкости и соотношением частот альфа/тета и альфа/дельта ритмов [9]. Эпилептиформные нарушения типа трехфазных волн находят чаще у больных БА, чем у здоровых того же возраста [4, 7]. КЭЭГ согласуется с обычной ЭЭГ и выявляет у больных повышение мощности дельта- и тета-волновой активности, снижение основной частоты биоэлектрической активности мозга, как и мощности бета- волн. А также со снижением доминирующей в затылочной области частоты биоэлектрической церебральной активности [4,5,7]. Многие исследователи указывают на повышение у таких больных медленноволновой активности мозга, предшествующие снижению альфа-ритма, как наиболее ранние электрофизиологические проявления при БА [10, 14, 16]. Увеличение тета- активности в наибольшей степени коррелирует с когнитивными нарушениями и прогнозом при долгосрочных наблюдениях [5, 9]. На ранних стадиях БА и ДАТ и в периоде «мягкого когнитивного снижения», рассматриваемого многими учеными как их пред стадия [2], изменения КЭЭГ в настоящее время еще недостаточно изучены [2,4,7].

Особенный интерес представляет изучение корреляций между нейропсихологической, психометрической оценкой статуса больных и количественными показателями КЭЭГ и МРТ, что может помочь в объективной диагностике ранних когнитивных нарушений [6, 14-17].

Увеличение дельта- и тета-активности больше в передних отделах свидетельствует о нарушении холинэргической медиации [13], нарушение когерентности в альфа-, бета- и дельта- диапазонах, а также - показателей биоэлектрической активности мозга, особенно в темпоро-парието-окципитальных зонах, свидетельствует о расстройстве кортико-кортикальных (альфа- и бета- волны) и подкорково-кортикальных взаимоотношений (дельта-волны) [13]. Коэффициенты альфа/дельта и альфа/тета- активности мозга коррелируют с уровнем тау-протеина в ликворе [9]. Снижение альфа- и бета- активности, по мнению ряда исследователей, отражает нарушение холинэргических процессов – утрату холинэргических нейронов или синаптических связей. Увеличение мощности медленноволновой тета- и дельта- активности может быть связано со снижением тормозящего влияния холинэргической ретикулярной формации среднего мозга. Возможно также, что нарушение глутаматэргической регуляции функциональной активности ретикулярного ядра коры мозга также играет определенную роль в этих процессах.

Согласно данным В.Н. Казакова с соавт. (1999), с возрастом имеет место снижение спектральной мощности световызванных потенциалов в диапазоне альфа, бета и тета ритмов [6].

При этом у больных в покое БА наблюдается меньшая межполушарная когерентность, чем у лиц возрастного контроля в диапазонах бета-1, бета-2 альфа- 1 и альфа- 2 частот. При их фотостимуляции наибольшие различия выявлялись в затылочной области мозга [6, 15].

Н.П. Волошина (2002), изучавшая ЭЭГ у 224 больных дегенеративными и сосудистыми деменциями, обнаружила у них значительную межполушарную асимметрию и дизритмию с достоверным уменьшением альфа- и бета-ритмов с пароксизмальными нарушениями по типу эпилептиформных.

J.Wada с соавт. (1998), в свою очередь показали, что когерентность ЭЭГ является мерой функциональной корреляции между двумя ЭЭГ сигналами [16].

M.Lehtovirta с соавт (2000) в двойном плацебо-контролируемом исследовании 137 пациентов с когнитивными нарушениями установлена

прямая корреляция между абсолютной мощностью низкочастотной активности (тета-, дельта- и альфа- в покое) и степенью психопатологических расстройств по данным всех специфичных для деменции психометрических тестов. При одновременном проведении им тестов и КЭЭГ была отмечена корреляция между высокой исходной тета-активностью и незначительным ее приростом при тестировании. При этом было показано, что больные БА с наличием Э4 аллеля гена АпоЕ имеют более выраженную медленноволновую активность, что, возможно связано с более выраженным снижением у них холинэргической медиации [10].

В отличие от случаев фронтотемпоральной деменции (ФТД), у больных БА повышены показатели дельта- и тета- активности и снижена альфа-активность. При этом показатели АДАС-ког выше при ФТД (12).

Yong Tae Kwak (2006) было отмечено снижение у больных БА всех четырех стадий пиковой мощности биоэлектрической активности мозга в окципитальных его отделах по сравнению с возрастным контролем. У пациентов с мягким когнитивным снижением (МКС) имело место снижение дельта- активности в правой задней центротемпоральной дельта- и левой передней центротемпоральной области мозга КЭЭГ данные отражают объективную динамику прогрессирования деменции [17].

По данным R.Schelbenbery (1995) БА в сочетании с церебро-васкулярными нарушениями характеризуется повышением низкочастотной

активности мозга при неизменных показателях его активности. Это отличает таких больных от пациентов с «чистой» БА, при которой снижалась и высокочастотная составляющая КЭЭГ. По мнению автора низкочастотные составляющие КЭЭГ отражают больше субкортикальную патологию, а высокочастотные – кортикальную. [14]

В работе G.Rodriguez (2002) указывается, что в группе больных БА, получавших донепезил в течение года, ММСЕ тесты и отношение альфа/тета+дельта-- активности во фронтальных и правой париетотемпоральной зоне снизились меньше, чем в контрольной группе [13].

Таким образом, количественные показатели МРТ и КЭЭГ являются объективными данными, свидетельствующими о морфологических и функциональных нарушениях коры головного мозга у больных с БА и ДАТ. Характерными изменениями КЭЭГ при ДАТ являются: замедление средней частоты, повышение мощности медленноволновой (дельта- и тета-) активности при снижении мощности альфа-активности и нарушения когерентности. Эти изменения являются однонаправленными с возрастными. Они более выражены при БА, которая сочетается с сосудистой деменцией. При этом имеет место их корреляция со степенью атрофии височной коры и гиппокампа (по данным МРТ) и с показателями психометрических тестов. Результаты КЭЭГ могут быть использованы для анализа факторов, влияющих на когнитивные функции, а также для контроля за эффектом профилактических и лечебных мероприятий.

С.М. Расін, В.С. Підкоритов, А.В. Санік, Н.С. Піліпенко, М.С. Расін

МОРФОФІЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ РАНИХ СЕНІЛЬНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСЬКОГО ТИПУ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України (Харків), Українська медична стоматологічна академія (Полтава)

У роботі приведені кількісні показники МРТ і КЕЕГ, отримані у 20 здорових осіб молодого (46±2,3 років) і старечого (80±1,4 року) віку і 38 хворих хворобою Альцгеймера у поєднанні з судинною деменцією. Характерними змінами КЕЕГ при деменції альцгеймеровського типу є: уповільнення середньої частоти, підвищення потужності повільноволнової (дельта- і тета-) активності при зниженні потужності альфа-активності і порушення когерентності. Ці зміни є одно напрямленими з віковими, але виражені при БА у поєднанні з судинною деменцією в значно більшому ступені. Вони корелюють із ступенем атрофії скроневої кори і гіпокампу за даними МРТ і показниками психометричних тестів. Показники КЕЕГ можуть бути використані для аналізу чинників, що впливають на когнітивні функції, і контролю за ефектом профілактичних і лікувальних заходів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 22-28).

MORPHOPHYSIOLOGICAL ANALYSIS OF EARLY SENILE COGNITIVE IMPAIRMENT ALZHEIMER TYPE

Institution of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine (Kharkov), Ukrainian medical stomatological academy (Poltava)

The quantitative indexes of MRT and qEEG were got at 20 healthy young (46 ± 2 , 3 years) and senile (80 ± 1 , 4) patients with Alzheimer disease in combination with vascular dementia. Characteristic of qEEG by Alzheimer type dementia (DAT) are: deceleration of midfrequency, increase of power of slow wave (delta- and theta-) activity at decreases in power of alpha- activity and violation of coherentness. These changes by DAT in combination with vascular dementia are the same as age-dependent, but it is expressed in a considerably greater degree. They correlate with MRT date of the degree of temporal cortex and hippocampus atrophy and psychometric tests. The qEEG can be utilized for the analysis of factors, influencing on cognitive functions, and control after the effect of prophylactic and treatment measures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 22-28).

Литература

1. Бачинская Н.Ю. Болезнь Альцгеймера (основные подходы к лечению и уходу за больным) / Н.Ю. Бачинская, Е.В. Демченко, С.В. Литовченко, А.А. Шулькевич // Журнал практичного лікаря. -2005. -N2. - С. 37-44 .
2. Божко О.В. Роль методов нейровизуализации в диагностике болезни Альцгеймера (обзор литературы) / О.В. Божко, Т.А. Ахадов // Медицинская визуализация. -М, 2006. -N1. - С. 39-44.
3. Гаврилова С.И. Мягкое когнитивное снижение – доклиническая стадия болезни Альцгеймера? / С.И. Гаврилова // Consilium Medicum. - 2004. -№ 2. -С. 153-6. 4. Докукина Т.В. Картирование ЭЭГ в выявлении признаков органического поражения головного мозга у больных с психическими заболеваниями / Т.В. Докукина, Н.Н. Мисюк // Журнал неврологии и психиатрии. - 2000. -N 5- С.39-44.
5. Івнев Б.Б. Топографічна організація і спектральна структура ЕЕГ при фізіологічному старінні та хворобі Альцгеймера / Б.Б. Івнев // Український вісник психоневрології, 2001. -N3. - С. 82-84.
6. Казаков В. Н. Возрастные особенности когнитивных слуховых вызванных потенциалов мозга / В. Н. Казаков, А. Г. Снегирь, П. Я. Кравцов, Б. Б. Івнев // Арх. клин. эксп. мед. 1999. Прил. - Т.8. -№ 2. -С. 20-25.
7. Пономарева Н.В. Электроэнцефалограмма предикторы эффективности холинергической и глутаматергической терапии при болезни Альцгеймера / Н.В. Пономарева, Н.Д. Селезнева, О.В. Пендюрина, С.И. Гаврилова // Психиатрия и психофармакотерапия. -2003. - Т. 05. -№ 1.
8. Hughes J. R. Conventional and Quantitative Electroencephalography in Psychiatry / Huges J.R., John E.R. // J. Neuropsychiatry Clin Neurosci. -1999. -№ 11- P.190-208.
9. Jelic V, Blomberg M, Dierks T. EEG slowing and cerebrospinal fluid tau levels in patients with cognitive decline. Neuroreport. Jan 5 1998;9(1):157-60.
10. Lehtovirta M, Partanen J, Kononen M, et al. A longitudinal quantitative EEG study of Alzheimer's disease: relation to apolipoprotein E polymorphism. Dement Geriatr Cogn Disord. Jan-Feb 2000;11(1):29-35.
11. Locatelli T, Cursi M, Liberati D. EEG coherence in Alzheimer's disease. Electroencephalogr Clin Neurophysiol. Mar 1998;106(3):229-37.
12. Lindau M. Quantitative EEG Abnormalities and Cognitive Dysfunctions in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease / M. Lindau, V. Jelic, S.-E. Johansson at al. // Dement Geriatr Cogn Disord. - 2003. -v.15. -P.55-66.
13. Rodriguez G. Quantitative EEG Changes in Alzheimer Patients during Long-Term Donepezil Therapy / Guido Rodriguez, Paolo Vitali, Caterina De Leo at al. // Neuropsychobiolog. - 2002. -v.46. - P.49-56.
14. Schellenberg R. Pathophysiology and Psychopharmacology of Dementia - A New Study Design I. Diagnosis Comprising Subjective and Objective Criteria / Schellenberg R., A. Todorova, W. Dimpfel, F. Schober // Pharmacopsychiatr. -1995. -v. 32, No. 2/
15. Schreiter Gasser U. Alzheimer disease versus mixed dementias: an EEG perspective / Schreiter Gasser U, Rousson V, Hentschel F, Sattel H, Gasser T // Clin Neurophysiol. -2008. - v.119(10)- P. 2255-9.
16. Wada Y, Nanbu Y, Koshino Y. Reduced interhemispheric EEG coherence in Alzheimer disease: analysis during rest and photic stimulation. Alzheimer Dis Assoc Disord. Sep 1998;12(3):175-81.
17. Yong Tae Kwak. Quantitative EEG findings in different stages of Alzheimer's disease / Yong Tae Kwak // Journal of clinical neurophysiology. -2006. -v. 23, n 5, pp. 456-461.

Поступила в редакцию 12.10.2009

УДК 616.895.8-085

*Т.Л. Ряполова***КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, реабилитационный потенциал

Современную психиатрию характеризует интегративное понимание психических расстройств, основанное на взаимодействии биологических, психологических и социальных аспектов любого психического заболевания. Это находит отражение не только в мультидисциплинарном подходе к организации психиатрической помощи, но и в многоосевой диагностике психических расстройств, декларируемой международными требованиями [1, 3].

В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и реабилитационном потенциале имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. Они рассматриваются как составные элементы единого процесса способности больных приспособляться к тем или иным условиям жизни [4, 11].

Возникающая у многих больных психосоциальная дезадаптация понимается как дефицит адаптации, в основе которого лежит неспособность больного противостоять давлению социальных требований и обеспечить хотя бы удовлетворительный уровень функционирования в современной жизни [2, 11].

Суть ранней реабилитации состоит не только в сохранении у больного доболлезненного уровня социальной адаптации, но и в оптимизации приспособительных механизмов, адаптивных ресурсов и реабилитационного потенциала. Нарушения социальной адаптации, проявляющиеся в трудностях решения interpersonalных проблем, являются ключевым аспектом социального функционирования при шизофрении [2, 9].

Реабилитационный потенциал - способность выбора адекватной функциональной стратегии, направленной на достижение жизненно важных целей, которая определяется совокупностью механизмов и форм психологической компенсации, их количественными и качественными

параметрами [2].

Адекватная оценка функциональных возможностей больного, его реабилитационного потенциала, а также отбор методов реабилитационного, в том числе психотерапевтического вмешательства, невозможны без клинического изучения индивидуальных механизмов психологической защиты на разных уровнях ее психологической иерархии. Касаясь проблемы ранней реабилитации больных с инициальными формами шизофрении, можно отметить, что на изначально низкий уровень их социальной компетентности накладываются возникающие при манифестном психотическом эпизоде неблагоприятные формы социальной адаптации и дезадаптивной психологической защиты, обуславливающие искажение процессов переработки информации. Эти искажения приводят к отклонениям в самооценке, восприятии окружающих и характерным дезадаптивным поведенческим реакциям. Цель психологической защиты заключается в снижении эмоциональной напряженности и предотвращении дезорганизации поведения, сознания и психики в целом [8, 12, 15].

Представления об этиопатогенезе шизофрении в рамках модели «уязвимость – стресс – болезнь» [17] предполагают в качестве необходимого условия для развития заболевания наличие индивидуально непереносимого стрессового воздействия, а также низкую способность защитно-совладающего поведения или использования эффективных копинг-стратегий, направленных на сознательное совладание со стрессом.

Понятие копинг-поведение интерпретируется исследователями этой проблемы как совладающее поведение или психологическое преодоление. Определение «coping» подразумевает индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее

значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Дополнительным основанием для изучения особенностей копинг-поведения у больных шизофренией является то, что преобладающие стратегии поведения оказывают существенное влияние на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания, вероятность рецидивов. Доказано, что способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями значительно снижается у пациентов с дефицитом навыков социального и проблемно-решающего поведения, они часто применяют неадаптивные варианты копинг-поведения [14, 16].

Успешность адаптации зависит не столько от особенностей и объективных характеристик ситуации, сколько от наличия и особенностей индивидуальных психологических ресурсов, адекватности и эффективности стратегий их использования. Общими критериями успешности социальной адаптации являются субъективная оценка уровня адаптивности, положительное эмоциональное состояние, наличие возможностей для дальнейшего развития. Оптимальным для социальной адаптации является принятие себя и других в сочетании со стремлением реализовать собственные ресурсы и уверенностью в самоэффективности и адекватности собственной жизнедеятельности.

Материал и методы исследования

Стандартизованная оценка приспособительного поведения была проведена у 143 больных с впервые установленным диагнозом параноидной шизофрении (основная группа). Были обследованы пациенты в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст $24 \pm 3,45$ года). Мужчин было 79 чел. (55,45%), женщин – 64 чел. (44,55%). Все обследованные больные прошли курс антипсихотической терапии в стационаре, средняя продолжительность продуктивного этапа болезни составляла $35 \pm 0,45$ дней. Пациенты были обследованы перед выпиской из стационара. В группу сравнения были включены 173 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением с сопоставимыми гендерно-возрастными особенностями (группа сравнения). 94 пациента (54,07%) перенесли 2 психотических эпизода, 79 (45,93%) – 3 эпизода болезни. Давность заболевания у пациентов данной группы не превышала 5 лет. Состояние ремиссии у них было достигнуто в процессе нейрорепитивной терапии.

Многочисленными исследованиями [2, 12, 15, 16] было показано, что у больных шизофренией нарушается социальное функционирование, в частности, адекватность социального восприятия, вербальные коммуникации, способность к разрешению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций. Они проявляют повышенную тревогу по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам, их деятельность легко дезорганизуется под влиянием эмоциональных нагрузок. Как правило, ухудшается способность к взаимодействию с другими людьми, снижается социальная мотивация к достижениям и интерес к деятельности. При этом срыв социального функционирования или снижение уровня достижений проявляется уже в фазе продрома, то есть задолго до первого контакта пациента с психиатрической службой.

Целью настоящего исследования было изучение реабилитационного потенциала больных шизофренией для определения мишеней раннего реабилитационного вмешательства. Оценка реабилитационного потенциала включала исследование уровня психической адаптации (спектра и напряженности механизмов психологической защиты и стратегий копинг-поведения), а также уровня психосоциальной адаптации (способности к психосоциальной адаптации и уровня личностной приспособляемости).

Клинический метод включал в себя сбор анамнеза, обследование психического статуса и верификацию диагноза по критериям МКБ-10

Клинико-психологический метод включал в себя:

- оценку уровней напряженности механизмов психологической защиты с использованием опросника «LIFE STYLE INDEX (LSI)» Келлермана-Плутчика [7, 10, 13].

- оценку копинг-стратегий с помощью опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой) [10, 14].

- оценку социально-психологической адаптации с помощью методики К.Роджерса и Р.Даймонда [6].

- оценку способности к психосоциальной адаптации с помощью методики EAPS [1].

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Защитные механизмы у обследованного нами контингента больных играли не только дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают восприятие реальности, но и способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение человека, но и помогая ему справиться с жизненными трудностями. В связи с этим защитные механизмы, функционирующие в рамках манифестного приступа шизофрении, определяющие способность личности адаптироваться к психотическому регистру психопатологической симптоматики, были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор – компенсирующий клинические проявления психического расстройства и являющийся благоприятным прогностическим критерием, способствующим фор-

мированию качественного терапевтического ответа и 2) декомпенсирующий набор – усугубляющий симптоматику комплекс защитных стратегий, идентифицируемый как неблагоприятный прогностический критерий.

Компенсаторный набор включает относительно зрелые механизмы психологической компенсации: рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация; декомпенсирующий набор состоит из незрелых (примитивных) механизмов: вытеснение, отрицание, проекция и регрессия.

Усредненные показатели напряженности механизмов психологической защиты у больных с манифестным приступом и хронической динамикой заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика защитных механизмов больных шизофренией с различной давностью заболевания

Показатель	Основная группа $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения $\bar{X} \pm m$ (n=173)	Статистическая значимость различия, p
Вытеснение	43,077±1,67	45,954±1,54	0,23
Регрессия	25,257±1,26	34,784±1,16	<0,001*
Замещение	24,406±1,27	26,474±1,08	0,11
Отрицание	18,450±1,27	22,596±1,34	0,04*
Проекция	24,883±1,21	26,782±1,40	0,74
Компенсация	14,965±1,09	17,341±1,10	0,20
Гиперкомпенсация	27,832±1,32	22,370±1,16	0,002*
Рационализация	27,331±1,41	16,570±1,30	<0,001*
ОНЗ	25,676±0,42	26,973±0,47	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

У всех обследованных больных шизофренией как основной группы, так и группы сравнения, выявлен выраженный дисбаланс МПЗ при достоверно более высоких показателях ОНЗ ($p < 0,001$) у больных с переходом к хронической динамике заболевания. В обеих группах больных наибольшей напряженностью отличались показатели вытеснения при относительно низкой напряженности компенсации и отрицания.

Особенности психологической защиты у больных основной группы характеризуются сочетанием высокой напряженности зрелых и, в

меньшей мере, примитивных механизмов. Так, профиль МПЗ у этих больных представлен высокой напряженностью вытеснения (43,077±1,67), гиперкомпенсации (27,832±1,32) и рационализации (27,331±1,41). В группе сравнения, в отличие от основной группы, достоверно преобладает напряженность исключительно незрелых МПЗ: вытеснения (45,954±1,54), регрессии (34,784±1,16), отрицания (22,596±1,34), а также общая напряженность защиты (26,973±0,47).

Приведенные данные об особенностях МПЗ

у больных шизофренией с различной длительностью заболевания важны не только сами по себе, но и с точки зрения отбора наиболее целесообразных психотерапевтических методов на основе адекватной оценки иерархического уровня мишеней. В частности, высокая напряженность рационализации у больных с манифестным психотическим эпизодом предполагает в качестве коррекционной тактики сравнительный анализ множественных ситуаций, позволяющий выйти на стержневые побуждения, скрываемые рационализацией, смену ракурсов видения реальности (взаимооценка, нормативные данные, свой взгляд на себя со стороны), что дает возможность пациенту увидеть разницу между объективной и искаженной рационализацией действительностью, осознать защитную природу рационализации, скрываемые побуждения, осуществлять поиск альтернативных способов самоутверждения. В то же время высокая напряженность отрицания у больных группы сравнения требует использования приемов, направленных на осознание значимости отрицаемых содержаний для приспособительного поведения больного, на осознание причинной связи отрицаемого материала с дефицитом приспособительного поведения, на осознание целостного механизма дезадаптации.

В группе больных, перенесших манифестный приступ шизофрении выявлены достоверные корреляции напряженности вытеснения и регрессии ($r=0,260233$), рационализации ($r=0,537322$), компенсации ($r=-0,421266$) и гиперкомпенсации ($r=-0,697487$). Несмотря на связь с достаточно большим количеством защитных механизмов, вытеснение не является защитой, которая играет ведущую роль в общей напряженности защитных механизмов (достоверная отрицательная корреляция напряженности вытеснения и ОНЗ, $r=-0,219655$).

Напряженность компенсации и гиперкомпенсации достоверно положительно коррелируют между собой ($r=0,461488$), что подтверждает единую схему образования этих механизмов защиты: компенсаторное поведение с целью достижения или поддержания определенного социального статуса (компенсация), утрированное или неоправданное стремление достичь результатов или совершенства в какой-либо области (гиперкомпенсация). Однако именно эти механизмы участвуют в формировании адаптационно-компенсаторного поведения, о чем свидетельствует наличие достоверных положительных корреляций напряженности компенсации и ги-

перкомпенсации с общей напряженностью защиты ($r=0,192676$ и $r=0,282467$ соответственно).

Наиболее конструктивными защитными механизмами при манифестном присупе шизофрении, по результатам корреляционного анализа, являются компенсация (достоверные отрицательные корреляции с эскапизмом ($r=-0,452437$), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ($r=-0,255109$) и копингом, ориентированным на избегание ($r=-0,197210$)) и гиперкомпенсация (достоверные отрицательные корреляции с эскапизмом ($r=-0,608493$), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ($r=-0,294995$) и копингом, ориентированным на избегание ($r=-0,265668$)).

В целом, у больных после первого эпизода шизофрении защитные механизмы играют весьма значительную роль в формировании более адаптивных форм поведения. Это подтверждается наличием отрицательных корреляций между ОНЗ и эскапизмом ($r=-0,253548$), условно конструктивным копингом, ориентированным на эмоции ($r=-0,268285$), неконструктивным копингом, ориентированным на избегание ($r=-0,576183$), а также положительными корреляциями между ОНЗ и психосоциальной адаптацией (суммарный показатель ПСА ($r=0,181232$), а также в сферах «Проведение досуга» ($r=0,225892$), «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения» ($r=0,214006$)).

Несмотря на наличие корреляционных связей между отдельными защитными механизмами и уровнями ПСА в различных сферах, в целом, по мере нарастания симптомов заболевания, роль механизмов защиты в адаптации пациентов ослабевает даже в сравнении с их незначительной активностью у больных основной группы. На основании проведенного анализа можно думать о том, что более интенсивное использование защитных механизмов будет препятствовать формированию избегающего поведения (достоверная отрицательная корреляция между ОНЗ и копинг-стратегией, ориентированной на избегание, $r=-0,198563$) и способствовать психосоциальной адаптации в сферах «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=0,153368$) и «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,168062$).

Методический подход, использованный в настоящем исследовании для оценки копинга у больных шизофренией, позволил выделить три основных типа копинг-стратегий: а) копинг, «сфокусированный на разрешении проблем», направленный на устранение стрессовой связи

между личностью и средой; б) копинг, «сфокусированный на эмоциях», направленный на управление эмоциональным стрессом; в) копинг, «сфокусированный на избегании» - отказ от решения проблем, уход в болезнь. Перечисленные стратегии преодоления характеризуются определенным набором когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов переживания стресса, образующих различные комбинации.

Весь спектр возможных копинг-стратегий у больных шизофренией был разделен на конструктивные, условно конструктивные и неконструктивные варианты. Как конструктивный рассматривался копинг, ориентированный на разрешение проблем, как условно конструктивный – ориентированный на эмоции и как неконструктивный – ориентированный на избегание.

В таблице 2 приведены данные об интенсивности использования различных копинг-стратегий больными шизофренией на этапе манифестного психотического эпизода и при первых рецидивах заболевания.

Больные основной группы, в отличие от больных группы сравнения, достоверно чаще использовали конструктивные варианты копинга ($p < 0,001$), как разновидности более или менее успешного адаптивного поведения, направленного на преодоление трудностей. В то же время в группе сравнения преобладали неконструктивные варианты копинга, при которых предпочтение отдавалось «активному избеганию» или дезадаптивному поведению, предполагающему изоляцию от окружающих, избегание совместной деятельности в преодолении возникших трудностей.

Таблица 2

Сравнительная характеристика копинг-стратегий больных шизофренией с различной давностью заболевания

Показатель	Основная группа, $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения, $\bar{X} \pm m$ (n=173)	Статистическая значимость различия, p
I - копинг, ориентированный на решение задач	42,15±0,93	33,86±0,61	<0,001*
II - копинг, ориентированный на эмоции	51,94±0,95	38,32±0,67	<0,001*
III - копинг, ориентированный на избегание	38,45±0,83	46,1±0,91	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

О такой же закономерности свидетельствуют и показатели интенсивности использования стратегий совладания в сравниваемых группах. У больных с манифестным эпизодом шизофрении в достоверно большей степени ($p < 0,001$) задействованы механизмы рационального преодоления проблем и управления эмоциональным стрессом, а в группе больных с рецидивной динамикой – механизмы избегания. Низкое развитие копинг-ресурсов в этих случаях является отражением формирования у больных с первыми рецидивами заболевания пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции

($p < 0,001$).

На основании проведенного корреляционного анализа можно предположить, что у больных с манифестным приступом шизофрении копинг, ориентированный на эмоции, существенно не препятствует уровню адаптации больных в социуме (показатель копинга достоверно положительно коррелирует с индексом адаптации, $r=0,281134$), являясь достаточно приемлемым для личности больного и его эмоциональной сферы (показатель копинга достоверно положительно коррелирует с индексом эмоционального комфорта, $r=0,165817$), контролируется сознанием пациента (показатель копинга достоверно

положительно коррелирует с индексом интернальности, $r=0,166454$). В то же время использование данной копинг-стратегии способствует и сопровождается заниженной самооценкой и перекалыванием ответственности с себя на окружающих (достоверная отрицательная корреляция с индексом доминирования как показателем психосоциальной адаптации больных, $r=-0,181749$). Данный вариант копинга свидетельствует о слабости защитных психологических механизмов как бессознательного процесса, регулирующего уровень эмоционального напряжения, главным образом, тревоги, что подтверждается наличием достоверных отрицательных корреляций с общей напряженностью механизмов защиты ($r=-0,268285$).

Несмотря на неконструктивный характер копинга, ориентированного на избегание, для пациентов основной группы данная стратегия является достаточно эмоционально комфортной (показатель копинга достоверно положительно коррелирует с индексом эмоционального комфорта, $r=0,184830$), осознанной и контролируемой (достоверная положительная корреляция с индексом интернальности, $r=0,167490$), что может быть связано с формирующимся уже на начальных этапах эмоционально-мотивационным снижением больных шизофренией. В данной группе копинг, ориентированный на избегание, достоверно положительно коррелирует с защитными психологическими механизмами вытеснения ($r=0,209256$) и рационализации ($r=0,165522$). Рационализация - защитный механизм, основанный на «чрезмерно умственном» способе преодоления конфликтной ситуации без переживания. Иными словами, личность пресекает переживания в ответ на неприятную или субъективно неприемлемую ситуацию при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного (уход из мира импульсов и аффектов в мир слов и абстракций). При рационализации личность создает логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые она не может признать из-за угрозы потери самоуважения. Привлекается общепринятый, так называемый здравый смысл для оправдания и рационального поведения, установок, представлений. Вытеснение - наиболее частый и главный способ незрелой психологической защиты, характеризующийся удалением из сознания конфликтогенной эмоционально болезненной информации,

как правило, потенциально угрожающей самооценке, чувству собственной ценности. Другими словами, вытеснение - это механизм защиты, посредством которого неприемлемые, вызывающие тревогу для личности мысли, чувства становятся бессознательными. Копинг, ориентированный на избегание, неизбежно проявляется уходом от проблем (достоверная положительная корреляция с эскапизмом, $r=0,207376$) и нежеланием брать на себя ответственность за происходящие события (достоверная отрицательная корреляция с индексом доминирования, $r=-0,196992$).

Для обеих сравниваемых групп больных оказалась достоверной отрицательная корреляция копинга, ориентированного на избегание, с общей напряженностью механизмов защиты. Однако в группе сравнения данная корреляция является более тесной ($r=-0,198563$), нежели в основной группе ($r=-0,576183$). Это говорит об ослаблении роли защитных механизмов в формировании конструктивных копинг-стратегий по мере прогрессирования заболевания.

С помощью методики оценки социально-психологической адаптированности К.Роджерса и Р.Даймонда были исследованы такие критерии адаптированности как принятие себя, чувство собственного достоинства, принятие и умение уважать других, открытость реальной практике деятельности и отношений, эмоциональный комфорт, наличие внутреннего самоконтроля, умение мыслить и действовать самостоятельно, не пасовать перед трудностями, а также характеристики дезадаптированности, выражающиеся в непринятии себя и других, наличии защитных барьеров в осмыслении своего актуального опыта, эмоциональном дискомфорте, неумении самостоятельно решать проблемы.

Оценка уровня социально-психологической адаптации представлена в виде сравнительного анализа индексов социальной адаптации (таблица 3).

На основании результатов исследования индексов личностной адаптированности можно сделать заключение о том, что больные с впервые установленным диагнозом шизофрении на этапе «вызревания» ремиссии более или менее активно и осознанно стремятся к общению, относительно легко вступают в контакт, не теряют инициативы, рассчитывая в то же время на поддержку окружающих, главным образом, семьи, стремятся к устройству личной жизни, материальному благополучию.

Сравнительная оценка индексов социальной адаптации больных шизофренией с различной давностью заболевания

Показатель	Основная группа, $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения, $\bar{X} \pm m$, (n=173)	Статистическая значимость различия, р
А-«адаптация»	37,3±0,33	28,1±0,27	<0,001*
S-«самоприятие»	48,68±0,47	40,11±0,45	<0,001*
L-«приятие других»	39±0,48	29,14±0,43	<0,001*
Е-«эмоциональная комфортность»	39,53±0,34	24,65±0,35	<0,001*
I-«интернальность»	42,09±0,4	30,68±0,43	<0,001*
D-«стремление к доминированию»	37,55±0,37	20,24±0,53	<0,001*
Эскапизм	18,84±0,17	21,81±0,16	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Несмотря на проявленную активную регуляцию и присутствие положительных эмоций в процессе общения, пациенты достаточно часто все-таки надеются на других, внешние обстоятельства и т.д. и испытывают астенические эмоции смущения, растерянности, беспокойства, приводящие к эмоционально-личностным трудностям. Некоторое снижение желаний контактировать с окружающими возникает у части из них из-за переживаний отрицательных эмоций в связи с госпитализацией в психиатрическую больницу, снижения уверенности в собственных силах, недостатка приемов реализации общительности, ее эгоцентрической мотивации.

Уровень адаптивности больных с манифестным приступом шизофрении тесно связан с самооценкой больных, их способностью принимать окружающих, состоянием эмоциональной сферы и способности к самоконтролю, о чем свидетельствуют достоверные корреляции индекса адаптивности и индексов самоприятия ($r=0,397799$), принятия других ($r=0,375203$), эмоциональной комфортности ($r=0,361827$) и интернальности ($r=0,328437$). Больные этой группы обнаруживают известную зависимость между отношением к окружающим и самому себе и состоянием эмоциональной сферы (достоверные корреляции между индексом самоприятия и индексами принятия других ($r=0,172878$) и эмоциональной комфортности ($r=0,418391$)). Так, заниженная самооценка делает больных неуверенными в себе, они начинают подозревать

окружающих в настороженном отношении к себе, что, соответственно снижает уровень эмоционального комфорта и провоцирует состояния депрессии или эмоциональной неустойчивости. Напротив, сохранность самооценки, принятие себя и уважение к себе помогает больным и окружающим воспринимать более дружелюбно, и сохраняет состояние эмоциональной комфортности. Помимо этого, принятию других способствует достаточный уровень внутреннего контроля (достоверные корреляции с индексом интернальности, $r=0,370920$) и умение в определенных ситуациях подчинить себя воле других людей, отказаться от излишних амбиций (достоверные отрицательные корреляции с индексом стремления к доминированию, $r=-0,278108$). Более того, не всегда оправданное стремление к лидерству у больных основной группы нередко являлось попыткой сопротивления излишнему контролю со стороны окружающих (достоверные корреляции с индексом интернальности, $r=-0,255281$) и сопровождалось эмоциональным дискомфортом (достоверные корреляции с индексом эмоциональной комфортности, $r=-0,478571$).

Такая социально-психологическая характеристика личности больных с манифестными формами шизофрении как уход от проблем, формировалась при участии защитных механизмов вытеснения ($r=0,626509$) и рационализации ($r=0,475389$). Защитные механизмы компенсации и гиперкомпенсации препятствовали разви-

тию эскапизма (достоверные отрицательные корреляции с напряженностью этих защитных механизмов, $r=-0,452347$ и $r=-0,608493$). Более того, чем активнее работали адаптационно-компенсаторные защитные механизмы, тем более активными были больные в разрешении проблем (достоверная отрицательная корреляция уровня эскапизма и общей напряженности защиты, $r=-0,253548$). Уход от проблем положительно коррелировал с копинг-поведением, ориентированным на избегание ($r=0,207376$). Помимо этого, отказ от проблемно-решающего поведения способствовал как общей психосоциальной дезадаптации (достоверные отрицательные корреляции уровня эскапизма и суммарного показателя психосоциальной адаптации, $r=-0,169737$), так и проблемам во внутрисемейных отношениях (достоверные отрицательные корреляции уровня эскапизма и показателя адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения», $r=-0,175896$).

В случае неблагоприятной динамики заболевания и возникновении первых рецидивов ухудшаются интегральные показатели социально-психологической адаптации по всему спектру изучавшихся показателей. Это является существенным критерием снижения адаптивных ресурсов личности и ограничивает возможности лечебно-реабилитационного вмешательства. В свою очередь, относительно сохраненный уровень адаптированности больных на этапе первого психотического эпизода является надежной предпосылкой для эффективного использования реабилитационной тактики.

У больных группы сравнения были выявлены достоверные положительные корреляции индекса адаптивности и индексов самоприятия ($r=0,551540$) и эмоциональной комфортности ($r=0,376686$). Больные с рецидивирующей шизофренией являются более адаптированными в случае адекватной самооценки, умения принять собственные качества и новый статус больного, не испытывая при этом эмоционального напряжения и дискомфорта. Эмоциональная уравновешенность этих больных в значительной степени определяется степенью внутреннего контроля над эмоциями и поведенческими проявлениями (достоверные положительные корреляции с индексом интернальности, $r=0,251192$). Выявленные достоверные положительные корреляции между индексом принятия других и уровнем эмоционального комфорта ($r=0,234286$) и индексом интернальности ($r=0,446050$) обнаруживают прямую взаимосвязь между состоянием эмоционально-волевой сферы больных и их

отношением к окружающим людям. Взаимоотношения с окружающими, адекватная оценка их поведения и отношения к больному с одной стороны, зависят от эмоционального состояния пациента, который сознательно контролирует свое поведение, с другой стороны, пациенты этой группы при позитивной оценке окружающих, восприятию их как принимающих больных с их достоинствами и недостатками, испытывают большую комфортность в эмоциональной сфере и лучше контролируют свое поведение. Наличие прессинга или непонимания со стороны окружающих приводит к формированию пассивных форм поведения с нарастанием эмоциональной неудовлетворенности с возможными эмоциональными и поведенческими взрывами.

Наличие отрицательных корреляций между индексом принятия других и уровнем адаптации в сферах «Проведение досуга» ($r=-0,156374$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=-0,155118$) и «Деньги и финансы» ($r=-0,173429$) может свидетельствовать о существенной роли социальных взаимоотношений в психосоциальной адаптации больных, перенесших несколько психотических эпизодов шизофрении. Аутизация больных с настороженным отношением к окружающим приводит к формированию самоизолирующих увлечений и хобби, нередко высокоинтеллектуального (при большей сохранности в когнитивной сфере) или околофилософского характера, основная цель которых – достичь определенного уровня адаптации при минимальном количестве контактов с окружающим миром. Неприятие окружающих, ограничение и избегание контактов с другими людьми может быть источником затруднений не только в зарабатывании денег, но и в способности распоряжаться ими, вкладывать деньги в новое делопроизводство.

Уход от проблем (эскапизм) больных с рецидивным течением шизофрении в значительной мере обусловлен активностью (напряженностью) защитных психологических механизмов. Более выраженные проявления эскапизма связаны с напряженностью вытеснения ($r=0,394421$), регрессии ($r=0,197695$) и рационализации ($r=0,259787$). В случаях с включением защитных механизмов проекции (приписывание другим собственных отрицательных свойств и качеств), компенсации или гиперкомпенсации (взятие на себя социально более приемлемой роли взамен осознаваемого или плохо осознаваемого дефекта) уход от проблем становился менее выраженным, по крайней мере, в самооценке больных (достоверные корреляции с напря-

женностью проекции ($r=-0,341589$), компенсации ($r=-0,326552$), гиперкомпенсации ($r=-0,445690$). Однако уход от проблем вне зависимости от участвующих в его формировании механизмов не способствовал выработке конструктивных копинг-стратегий (достоверные отрицательные корреляции с копингом, ориентированным на решение проблем, $r=-0,154925$).

Проведение исследования психосоциальной адаптации (ПСА) у 316 больных шизофренией

на различных стадиях заболевания ни у кого из них не выявило ни очень высокой способности адаптироваться к различным сферам жизнедеятельности, ни крайних степеней ее снижения, включая полную дезадаптацию. Вместе с тем, в сравниваемых группах больных установлены существенные достоверные различия уровней снижения способности приспосабливаться и взаимодействовать с микросоциальным окружением (таблица 4, таблица 5).

Таблица 4

Распределение больных шизофренией исследуемых групп в зависимости от уровня способности к психосоциальной адаптации

Уровень способности к психосоциальной адаптации	Основная группа (абс. (%))	Группа сравнения (абс. (%))
Высокий (80-100 баллов)	12 (8,4%)	1 (0,6%)
Умеренный (70-80 баллов)	81 (56,6%)	16 (9,3%)
Ограниченный (60-70 баллов)	48 (33,6%)	45 (26,1%)
Пониженный (50-60 баллов)	2 (1,4%)	66 (38,4%)
Низкий (менее 50 баллов)	-	44 (25,6%)
Всего	143 (100%)	172 (100%)

У больных основной группы процесс приспособления психической деятельности (системного функционирования многих биологических и психологических подсистем) к условиям и требованиям окружающей среды, позволяющий им, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками, устанавливать оптимальные отношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять свои актуальные потребности, соответствовал или умеренной СПА (56,6% больных), или нерезко выраженному ее ограничению (33,6% больных). Количественные показатели адаптации по 10-балльной системе располагались в диапазоне 6-8 баллов (средняя оценка 7,4 балла) и отражали следующие качественные характеристики приспособительного поведения больных: 1) снижение инициативы в трудовой деятельности, ограничение способности к определенной работе; 2) сокращение времени проведения досуга из-за неудовлетворенности и снижения мотивации; 3) ограничение способности к гармоничным семейным отношениям из-за отсутствия разнообразия и инициативности со стороны пациента; 4) ограничение способности к внесемейным отношениям из-за снижения их количества; 5) ограничение общественной и со-

циальной жизни; 6) ограничение способности к гармоничным межличностным отношениям; 7) ослабление стремления к познанию новой информации; 8) посредственная способность зарабатывать деньги, управлять и распоряжаться ими; 9) ограниченный интерес к некоторым компонентам своей внешности; 10) удовлетворительные условия проживания и питания.

У больных группы сравнения наблюдалось более выраженное нарушение ПСА: у 16 больных (9,3%) умеренная, у 45 больных (26,1%) – ограниченная, у 66 больных (38,4%) – пониженная и у 44 больных (25,6%) – низкая способность к психосоциальной адаптации. Количественные показатели по различным рубрикам снижались до 4 – 6 баллов (5,67 балла). Качественные нарушения ПСА у этого контингента больных преломлялись в таких характеристиках: 1) ограниченная способность к определенной работе, необходимость находиться под чьим-то руководством; 2) выраженное сокращение досуга с непостоянством и навязыванием занятий в свободное время, неудовлетворенность проведением досуга; 3) ограниченная способность к гармоничным семейным отношениям из-за отсутствия разнообразия и инициативности со стороны пациента; 4) выраженный дефицит внесемейных

отношений с ограничением их числа, трудности в завязывании новых отношений, плохое качество отношений с тенденцией к конфликтным ситуациям; 5) плохая приспособляемость к общественной и социальной жизни из-за трудностей в понимании «социальной нормы» и соответствия ей, низкого и непоследовательного участия в общественной жизни; 6) выраженный дефицит в межличностных взаимоотношениях с низкой возможностью адаптации к личностным качествам других людей, отсутствием эмо-

ционального разнообразия при социальных контактах; 7) эпизодический интерес к познанию окружающей информации с недостаточным ее знанием и пониманием; 8) ограниченная способность зарабатывать и использовать финансы, отсутствие работы, неоправданные траты денег; 9) внешний вид с недостаточной чистотой кожных покровов и неухоженной прической; 10) недостатки в условиях жизни в виде плохого ухода за местом проживания и нарушений режима питания.

Таблица 5

Сравнительная оценка уровней ПСА у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Показатель	Основная группа, $\bar{X} \pm m$ (n=143)	Группа сравнения, $\bar{X} \pm m$ (n=173)	Статистическая значимость различия, p
Жизнедеятельность и работоспособность	7,75±0,07	6,36±0,08	<0,001*
Проведение досуга	7,02±0,07	5,54±0,1	<0,001*
Семейные взаимоотношения	7,03±0,06	6,04±0,1	<0,001*
Внесемейные (дружеские) взаимоотношения	6,81±0,05	4,61±0,1	<0,001*
Общественная (социальная) жизнь	6,79±0,06	4,94±0,1	<0,001*
Межличностные отношения	6,74±0,05	4,72±0,1	<0,001*
Интерес к познанию окружающей информации	7,12±0,07	5,98±0,1	<0,001*
Деньги и финансы	7,01±0,06	5,62±0,1	<0,001*
-Внешний вид	8,02±0,06	6,17±0,11	<0,001*
Условия жизни. Место проживания. Питание	8,14±0,07	6,05±0,11	<0,001*
Суммарный показатель	72,43±0,44	56,03±0,77	<0,001*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Использование больными основной группы конструктивных копинг-стратегий способствует более успешной психосоциальной адаптации, о чем свидетельствуют положительные корреляции с копинг-стратегиями, ориентированными на решение проблем в большинстве исследованных сфер: «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=0,436117$), «Проведение досуга» ($r=0,200454$), «Общественная (социальная) жизнь» ($r=0,227225$), «Межличностные отношения» ($r=0,233651$), «Интерес к познанию окру-

жающей информации» ($r=0,333256$), «Деньги и финансы» ($r=0,247441$), «Внешний вид» ($r=0,283986$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,221280$), суммарный показатель ПСА ($r=0,336550$). Формированию адаптивных форм поведения у этих больных способствует достаточно высокая напряженность защитных психологических механизмов, так, положительные корреляции с общей напряженностью защитных механизмов обнаружены в сферах «Проведение досуга» ($r=0,225892$), «Внесемейные

(дружеские) взаимоотношения» ($r=0,214006$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,184175$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,181232$), суммарный показатель ПСА ($r=0,183685$). При этом проведенный корреляционный анализ не позволяет абсолютизировать роль рационализации как защитного механизма, помогающего справляться с разнообразными жизненными ситуациями, особенно в жизненных сферах «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=-0,199542$), «Деньги и финансы» ($r=-0,185221$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=-0,216061$), суммарный показатель ПСА ($r=-0,116832$). Достоверная отрицательная корреляция между напряженностью защитного механизма замещение и уровнем адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения» ($r=-0,252078$) подтверждает достаточно высокий уровень проблем в семьях больных с впервые диагностированной шизофренией, которые отчасти связаны с формирующейся у этих пациентов способностью выплескивать накопившиеся отрицательные эмоции на членов семьи как более зависимых и представляющих меньшую опасность в сравнении с остальным окружающим миром, который в восприятии больного является потенциально враждебным и не принимающим его проблемы. Такая социально-психологическая характеристика личности как эскапизм (уход от проблем) вносит весьма ощутимый вклад в уровень ПСА, причем эти влияния прослеживаются как на уровне отдельных сфер ПСА («Проведение досуга» ($r=-0,208870$), «Семейные взаимоотношения» ($r=-0,175896$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=-0,169737$)), так и на уровне суммарного показателя ПСА ($r=-0,136782$), т.е. уже после первого перенесенного эпизода шизофрении больные стараются избегать ответственности и дистанцируются от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем.

Большая выраженность психосоциальной дезадаптации у больных, перенесших несколько приступов шизофрении, сопровождается значительно меньшим числом достоверных корреляционных связей с различными психологическими и социально-психологическими личностными характеристиками больных в сравнении с пациентами основной группы. В то же время наличие положительных корреляций с общей напряженностью защитных механизмов свидетельствует об активности адаптационно-компенсаторных механизмов в отдельных сферах ПСА:

«Жизнедеятельности и работоспособности» ($r=0,153368$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,168062$). В случае включенности защитных механизмов замещения и компенсации больные группы сравнения оказываются более адаптированными в сфере проведения досуга ($r=0,157232$ и $r=0,183294$ соответственно). Действие замещения проявляется в разряде подавленных отрицательных эмоций на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, которые вызвали отрицательные эмоции. В этой ситуации повышается вероятность совершения больными неожиданных, подчас бессмысленных действий, которые разрешают внутреннее напряжение и высвобождают время и желание заполнить свободное время более или менее конструктивными видами деятельности. В случае напряженности защитного механизма компенсации пациенты находили в способах проведения свободного времени возможность замены субъективно переживаемого в большей или меньшей мере дефекта, что помогало им в фантазиях или в принятии на себя роли социально более активной личности уменьшать внутренний дискомфорт, возникающий в результате ощущения эмоционально-личностной недостаточности. Помимо этого, напряженность замещения проявлялась в создании необычных, подчас с элементами агрессии, увлечений или хобби, которые сами по себе являются объектом разрядки негативных эмоций больных.

При наличии защитного механизма проекции объективное наблюдение позволяло выявить в поведении пациентов именно те черты, которые они подвергали отрицательной оценке, проецируя их на окружающих. Данный факт подтверждался наличием достоверных положительных корреляций между напряженностью защитного механизма проекции и адаптацией в сферах «Деньги и финансы» и «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,156234$ и $r=0,180272$ соответственно).

Более выраженные аутистичность и отстраненность от социальной жизни и окружающих у пациентов с рецидивирующей шизофренией нашли отражение в достоверных отрицательных корреляциях между такой характеристикой личностной адаптации как принятие других и психосоциальной дезадаптацией в сферах «Проведение досуга» ($r=-0,156374$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=-0,155118$), «Деньги и финансы» ($r=-0,173429$), а также эскапизмом и психосоциальной дезадаптацией в

сфере «Деньги и финансы» ($r=-0,191376$).

Таким образом, социальная сохранность в сфере «Проведение досуга» выше при включенности защитных механизмов замещения и компенсации, социальная отгороженность с нежеланием общаться с другими людьми приводит к дефицитарности в этой сфере. Напряженность защитного механизма проекции заставляет больных принимать на себя роль более адаптированных в сферах «Деньги и финансы» и «Условия жизни. Место проживания. Питание», но нарастание эскапизма сопровождается дезадаптацией в финансовой сфере социальной активности. В сфере «Интерес к познанию окружающей информации» нарастание аутистичности и нежелание общаться с другими людьми (индекс «Принятие других» в методике К.Роджерса и Р.Даймонда) приводят к снижению познавательной активности.

Выводы:

1. У пациентов, перенесших манифестный приступ шизофрении, более высокий уровень ПСА обеспечивается успешным использованием конструктивных копинг-стратегий, направленных на решение проблем. Однако, уже после первого перенесенного эпизода шизофрении больные стараются избегать ответственности и дистанцируются от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем.

2. Защитные психологические механизмы играют значительную роль в психосоциальной адаптации больных шизофренией, однако после первого психотического эпизода их напряженность оказывается не только более высокой, но и оказывает более выраженное влияние на фор-

мирование более адаптивных форм поведения больных в различных сферах психосоциальной адаптации.

3. Одним из факторов, способствующих психосоциальной дезадаптации, в том числе и во внутрисемейных отношениях, уже на начальных стадиях заболевания является экапизм (уход от проблем).

4. В формировании эскапизма как на начальных стадиях заболевания, так и после нескольких эпизодов шизофрении, участвуют защитные механизмы вытеснения и регрессии при протективной роли компенсации и гиперкомпенсации.

5. Пациенты, перенесшие несколько приступов шизофрении, характеризуются меньшим числом достоверных корреляционных связей между различными психологическими и социально-психологическими личностными характеристиками больных и уровнем психосоциальной адаптации в сравнении с пациентами основной группы.

Таким образом, комплексное исследование реабилитационного потенциала у больных шизофренией выявило сохранность на начальных этапах заболевания более конструктивных моделей поведения, а также снижение реабилитационного потенциала по всем направлениям психической и психосоциальной адаптации при повторных рецидивах шизофрении. Полученные данные являются обоснованием целесообразности раннего реабилитационного вмешательства, направленного на поддержание сохраненных механизмов адаптации и коррекцию дезадаптивных механизмов поведения у больных шизофренией.

Т.Л. Ряполова

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Комплексне дослідження реабілітаційного потенціалу біля 316 хворих на шизофренію на різних стадіях захворювання виявило збереження на початкових етапах більш конструктивних моделей поведінки, а також зниження реабілітаційного потенціалу по всіх напрямках психічної та психосоціальної адаптації при рецидивній динаміці шизофренії. Отримані дані є обґрунтуванням доцільності раннього реабілітаційного втручання, спрямованого на підтримку збережених механізмів адаптації і корекцію дезадаптивних механізмів поведінки у хворих на шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 29-41).

COMPLEX ESTIMATION OF REHABILITATION POTENTIAL OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT THE DIFFERENT STAGES OF THE DISEASE

Named after M.Gorkiy Donetsk national medical university

The complex investigation of rehabilitation potential of 316 patients with schizophrenia at the different stages of the disease discovered the security of more constructive models of the behaviour at the initial stages of schizophrenia and reduction of rehabilitation potential in all directions of psychic and psychic social adaptation at the repeated relapses of schizophrenia. Findings are the ground of expediency of early rehabilitation directed at the support of survived mechanisms of adaptation and correction of disadaptive mechanisms of behaviour for patients with schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 29-41).

Литература

1. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
2. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова – Донецк : Каштан, 2009. – 583 с.
3. Гурович И. Я. Психосоциальные лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 1. – С. 81-86.
4. Коцюбинский А. П. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 103-107.
5. Лях Ю. Е. Анализ результатов медикобиологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8, № 1. – С. 155-167.
6. Налчаджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян – Ереван : Издательство АН Армянской ССР, 1988. – 263 с.
7. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов) / [под ред. Л.И. Вассермана]. – СПб. : ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1999. – 49 с.
8. Различия в напряженности механизмов психологической защиты при шизофрении у мужчин и женщин: «адаптационная» проекция схизиса? / Е. С. Молчанова, В. Карагаполов, Н. Рыбина, Р. Кислов [и др.] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2003. – № 7. – С. 62-65.
9. Ряполова Т. Л. Обоснование ранней реабилитации больных шизофренией / Т. Л. Ряполова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – №1(18). – С. 16-21.
10. Табачников А. Е. Основы клинической психологии / А. Е. Табачников, Ц. Б. Абдрахимова – Донецк : ДонГУЭТ, 2008. – С. 162-172.
11. Anthony W. Psychiatric Rehabilitation, 2nd edition / William A. Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas, Cheryl Gagne – Boston : Forward by Courtenay Harding, 2002. – 432 p.
12. Cullberg J. First-episode schizophrenia / J. Cullberg // Schizophr. Rev. – 2000. – Vol. 7, № 1. – P. 21-22.
13. Development of a Scale for the Measurement of Symptom Change in an Outpatient Clinic / R. Plutchik, H. R. Conte, W. Spence [et al.] // Compr. Psychiatry. - 1990. - V.31, N 1. - P.1-6.
14. Pearlin L. I. The structure of coping / L.I. Pearlin, C.Schooler // Journal of Health and Behavior. – 1978. – Vol. 19, № 1. – P. 2-21.
15. Thompson K. N. Recovery style and outcome in first-episode psychosis / K. N. Thompson, P. O. McGorry, S. M. Harrigan // Schizophr. Res. – 2003. – Vol. 62, № 1-2. – P. 31-36.
16. Turkington D. Cognitive behavior therapy for schizophrenia / D. Turkington, D. Kingdom, P. J. Weiden // Am. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 163, № 3. – P. 365-373.
17. Zubin J. Vulnerability: a new view of schisofrenia / J. Zubin, B. Spring // J. Abnorm. Psychol. – 1977. – Vol. 86, № 2. – P. 103-126.

Поступила в редакцию 12.11.2009

УДК 616.89:351-006.6

*С.И. Табачников, А.Ю. Васильева***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Ключевые слова: качество жизни, непсихотические психические расстройства, злокачественные новообразования

Достижения современной онкологии позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и ставят вопрос о качестве жизни больного. В онкологической практике принято оценивать результаты лечения по трем критериям: «ответу опухоли», безрецидивной выживаемости (трех- и пятилетней) и критерию «качества жизни» (КЖ), причем именно критерий КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и более важным, чем первичный «опухолевый ответ» [1].

Официально понятие качества жизни больного было признано в медицине в 1977 г., когда появилось в качестве рубрики Cumulated Index Medicus [2]. Хотя общепринятого определения КЖ не существует, большинство исследователей сходятся в том, что понятие тесно связано с определением здоровья, данным ВОЗ. Поэтому под качеством жизни понимают интегральную оценку физического, психического и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии [2]. Оценка КЖ позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного с

учетом как связанных, так и не связанных с заболеванием факторов. Уникальное свойство КЖ – возможность наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, учесть мнение самого больного, составить максимально полную и объективную картину болезни и ее последствий [1].

Кроме того, качество жизни является независимым и весьма значимым прогностическим фактором для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению и выживаемости [3, 4]. Следует отметить, что влияние качества жизни на выживаемость являлось прогностическим фактором независимо от метода лечения [5]. Интересные результаты были получены в исследованиях, убедительно продемонстрировавших расхождение в оценке КЖ больным и лечащим врачом [6], – именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью [7], чем общеизвестные клинические данные о стадии заболевания и первичном «опухолевом ответе» [1, 8, 9].

Целью нашего исследования явилось оценить качество жизни пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации.

Материал и методы исследования

В исследование вошли пациенты с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта (новообразования желудка, ободочной и прямой кишки) – 138 пациентов (30,6±2,2%), онкогинекологической (новообразования органов женской половой сферы – матки и яичников) – 210 пациенток (46,7±2,4%) и онкоурологической патологией (новообразования почек, мочевого пузыря и предстательной железы) – 102 пациента (22,7±1,9%).

Распределение пациентов, включенных в исследование, в зависимости от тяжести основного онкологического заболевания было следующим: у 39 пациентов (8,7±1,3%) онкологами

была выявлена I стадия заболевания, у 183 пациентов (40,7±2,3%) – II стадия, у 221 пациента (49,1±2,4%) – III стадия и у 7 пациентов (1,5±0,6%) – IV стадия.

234 пациента (52,0±2,4%) страдали злокачественными новообразованиями менее 1 года, у 125 пациентов (27,8±2,1%) длительность онкологического заболевания составила от 1 года до 3-х лет, у 76 пациентов (16,9±1,7%) – 3-5 лет и у 15 пациентов (3,3±0,8%) – более 5 лет.

В соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра, выявленные эмоциональные расстройства у онкологических больных представлены депрессивными наруше-

ниями в рамках симптоматических депрессивных расстройств (F 06.32) (138 пациентов, 44,1±2,8%), а также расстройств адаптации – пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21) (34 пациента, 10,9±1,7%) и смешанной тревожно-депрессивной (F 43.22) реакции (46 пациентов, 14,7±2,0%). Преимущественно анксиозные нарушения представлены симптоматическими тревожными расстройствами (F 06.4) (33 пациента, 10,5±1,7%) и расстройствами адаптации в виде реакций с преобладанием тревоги (F 43.23) (62 пациента, 19,8±2,5%). У 137 пациентов (30,4±2,1%) эмоциональные нарушения не достигали клинического уровня, что позволило отнести их к группе условной психиатрической нормы (Z 85).

Для изучения КЖ у больных применяли русскую версию общего опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey-36) [10, 11].

MOS SF-36, созданный J.E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США), обеспечивает количественное определение качества жизни по шкалам:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование: работу, выполнение будничной деятельности. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья: оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Vitality (VT) – жизненная активность (подразумевает ощущение себя полным сил и энер-

гии или, напротив, обессиленным). Низкие баллы свидетельствуют об утомлении больного, снижении жизненной активности.

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование (определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность – общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья (характеризует настроение – наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Низкие показатели свидетельствуют о психическом неблагополучии.

Все шкалы формируют два интегральных показателя: «физический компонент здоровья» (Physical health – PH 1) и «психологический компонент здоровья» (Psychological health – PH 2). «Физический компонент здоровья» составляют шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли и общее состояние здоровья. «Психологический компонент здоровья» состоит из следующих шкал: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование и жизненная активность [12].

При этом показатели по каждой шкале могут варьировать от 0 до 100 баллов (большее число баллов соответствовало более высокой оценке по избранной шкале).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете MedStat с использованием стандартных методов, а также рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса и множественных сравнений (критерий Данна).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе полученных нами данных обнаружено, что качество жизни пациентов, страда-

ющих злокачественными новообразованиями различной локализации, оказалось значительно

сниженным по всем шкалам опросника MOS SF-36 (табл. 1). При анализе структуры КЖ у пациентов, страдающих онкологической патологией ЖКТ, выявлены наиболее низкие показатели по шкалам «интенсивность физической боли» (35,0±1,2 балла), «жизненная активность» (35,0±0,8 балла) и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (25,0±0,7 балла). В структуре КЖ пациенток с онкогинекологической патологией существенно сниженными оказались показатели по шкалам «социальная активность» (20,0±1,2 балла) и «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (25,0±1,0 балла). Таким образом, наиболее низ-

кие показатели КЖ, касающиеся преимущественно физической сферы, были у пациентов, страдающих онкологической патологией ЖКТ – физический компонент здоровья составил 40,0±1,2 балла. Наличие физических проблем (в т.ч. боли) способствовало формированию ограничительного поведения в повседневной деятельности. У пациенток, страдающих онкогинекологической патологией, снижение качества жизни отмечалось в большей степени за счет психологического компонента здоровья (32,5±1,2 балла), в частности – резкого снижения социальной активности и роли эмоциональных проблем (20,0±1,2 и 25,0±1,0 баллов соответственно).

Таблица 1

Показатели качества жизни онкопациентов с различной локализацией опухолевого процесса

SF-36	Онкологическая патология ЖКТ (n=138)	Онкогинекологическая патология (n=210)	Онкоурологическая патология (n=102)	Уровень значимости различия, p
PF	44,0±0,7	46,0±0,8	48,0±0,8	<0,001*
RP	40,0±0,7	45,0±0,9	40,0±0,7	<0,001*
BP	35,0±1,2	50,0±0,4	55,0±1,4	<0,001*
GH	45,0±0,9	40,0±0,8	40,0±0,5	<0,001*
VT	35,0±0,8	40,0±0,9	45,5±0,5	<0,001*
SF	40,0±1,1	20,0±1,2	40,0±0,9	<0,001*
RE	25,0±0,7	25,0±1,0	40,0±0,5	<0,001*
MH	50,0±0,9	45,0±0,9	40,0±0,6	<0,001*
PH 1	40,0±1,2	45,5±1,1	45,5±1,5	<0,001*
PH 2	37,5±2,3	32,5±1,2	41,5±1,3	<0,001*

Примечание. PF – физическая активность; RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; BP – интенсивность физической боли; GH – общее восприятие здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальная активность; RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; MH – психическое здоровье; PH 1 – физический компонент здоровья; PH 2 – психологический компонент здоровья.

Нами также была проведена оценка качества жизни онкопациентов, у которых были выявлены непсихотические психические расстройства (табл. 2). Наихудшим восприятие КЖ оказалось онкопациентами с симптоматическими депрессивными и тревожными расстройствами, что объясняется, по нашему мнению, сочетанием факторов соматогенного и психогенного характера. Во-первых, наличие онкологического заболевания: стадия и локализация опухолевого процесса, основные клинические проявления способствовали довольно существенным ограничениям практически во всех сферах жизни пациентов, которые в свою очередь в некоторых случаях оказались более значимыми для пациента, чем даже само физическое неблагополучие. Во-вторых, значительно влияло на КЖ ощущение жизненного неблагополучия в социальном и эмоциональном аспектах. Большинство пациентов волновала необходимость длительного противоопухолевого лечения (курсы полихи-

мио- и лучевой терапии), проведения диагностических инструментальных исследований, неблагоприятные изменения внешности, связанные с проявлениями как самого заболевания, так и специального лечения. Существенное влияние на КЖ пациентов оказали и такие факторы, как наличие поддержки со стороны семьи, родственников, друзей и медицинского персонала противоопухолевого центра.

Как видно из табл. 2, существенное снижение качества жизни пациентов с симптоматическими расстройствами носило диффузный характер за счет низких показателей, касающихся как физической (PH 1 F 06.32 – 23,5±0,9 балла; PH 1 F 06.4 – 39,5±0,4 балла) (роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности и интенсивность физической боли), так и эмоциональной сфер жизни (PH 2 F 06.32 – 23,5±1,3 балла; PH 2 F 06.4 – 32,5±0,8 балла) (жизненная активность и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности).

Показатели качества жизни онкобольных с непсихотическими психическими расстройствами

	F 06.32 (n=138)	F 06.4 (n=33)	F 43.21 (n=34)	F 43.22 (n=46)	F 43.23 (n=62)	Z 85 (n=137)	Уровень значимости различия, p
PF	28,0±0,5	42,0±0,7	35,0±0,9	42,5±0,5	50,0±0,4	65,0±0,6	<0,001*
RP	20,0±0,5	35,0±0,7	30,0±1,2	40,0±0,9	50,0±1,3	70,0±1,4	<0,001*
BP	20,0±0,6	30,0±1,2	35,0±1,0	40,0±0,5	50,0±0,6	65,0±2,2	<0,001*
GH	25,0±0,6	50,0±0,9	30,0±0,9	40,0±0,6	45,0±0,4	60,0±0,7	<0,001*
VT	20,0±0,4	30,0±0,8	44,0±0,8	50,0±0,8	52,0±0,5	68,0±1,5	<0,001*
SF	30,0±1,0	40,0±1,1	45,0±0,9	50,0±0,7	50,0±0,5	65,0±0,7	<0,001*
RE	20,0±0,5	20,0±0,7	55,0±0,4	60,0±1,4	65,0±0,8	65,0±1,3	<0,001*
MH	25,0±0,8	40,0±0,9	45,0±0,8	45,0±0,5	50,0±0,4	70,0±0,8	<0,001*
PH 1	23,5±0,9	39,5±0,4	32,5±0,7	40,7±1,3	48,7±0,5	65,0±1,5	<0,001*
PH 2	23,5±1,3	32,5±0,8	47,5±1,2	51,3±0,6	54,2±0,9	67,0±1,3	<0,001*

Примечание. PF – физическая активность; RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; BP – интенсивность физической боли; GH – общее восприятие здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальная активность; RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; MH – психическое здоровье; PH 1 – физический компонент здоровья; PH 2 – психологический компонент здоровья.

Несколько выше оказался уровень КЖ у онкобольных с тревожно-депрессивными нарушениями в рамках расстройств адаптации, чем в группе пациентов с симптоматическими расстройствами. Пациенты с расстройствами адаптации отмечали неудовлетворенность преимущественно физическим компонентом здоровья (PH 1 F 43.21 – 32,5±0,7 балла; PH 1 F 43.22 – 40,7±1,3 балла; PH 1 F 43.23 – 48,7±0,5 балла).

Качество жизни онкологических больных, эмоциональные нарушения которых не достигли клинического уровня, оказалось сниженным, но в достоверно меньшей степени, чем у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (PH 1 Z 85 – 65,0±1,5 балла; PH 2 Z 85 – 67,0±1,3 балла).

Интегральные показатели КЖ онкопациентов с непсихотическими психическими расстройствами, в зависимости от локализации опухолевого процесса представлены в таблице 3. Анализируя

эти данные, следует отметить, что наихудшее восприятие как физического, так и психологического компонентов здоровья в структуре КЖ в группе больных с онкогинекологической патологией оказалось у пациенток с симптоматическими депрессивными расстройствами (PH 1 – 23,5±0,9 балла; PH 2 – 20,3±0,6 балла) и пролонгированными депрессивными реакциями в рамках расстройств адаптации (PH 1 – 27,5±0,7 балла; PH 2 – 42,5±0,4 балла). Значительное снижение КЖ в группе больных с онкологической патологией ЖКТ было выявлено у пациентов с тревожными расстройствами в рамках симптоматических (PH 1 – 36,5±0,4 балла; PH 2 – 32,1±0,9 балла) и адаптационных расстройств (PH 1 – 46,8±1,4 балла; PH 2 – 50,3±0,6 балла). Наибольшее снижение КЖ в группе пациентов с онкоурологической патологией отмечено у лиц СС смешанными тревожно-депрессивными реакциями (PH 1 – 40,3±0,4 балла; PH 2 – 45,2±1,3 балла).

Таблица 3

Интегральные показатели качества жизни онкопациентов с непсихотическими психическими расстройствами в зависимости от локализации опухолевого процесса

		Онкологическая патология ЖКТ (n=138)	Онкогинекологическая патология (n=210)	Онкоурологическая патология (n=102)
F 06.32 (n=138)	PH 1	25,2±0,8	23,5±0,9	28,0±0,4
	PH 2	23,3±1,3	20,3±0,6	25,5±0,8
F 06.4 (n=33)	PH 1	36,5±0,4	37,5±1,3	41,5±0,5
	PH 2	32,1±0,9	34,5±0,8	38,0±0,9
F 43.21 (n=34)	PH 1	34,2±0,3	27,5±0,7	38,5±1,2
	PH 2	45,7±1,2	42,5±0,4	49,0±1,4
F 43.22 (n=46)	PH 1	40,8±0,7	42,6±1,3	40,3±0,4
	PH 2	52,4±1,4	50,3±0,6	45,2±1,3
F 43.23 (n=62)	PH 1	46,8±1,4	48,7±0,5	50,3±0,6
	PH 2	50,3±0,6	54,2±0,9	56,6±0,8
Z 85 (n=137)	PH 1	66,5±0,7	68,1±1,3	72,5±0,8
	PH 2	60,5±1,3	65,3±1,5	70,0±1,6

Примечание. PH 1 – физический компонент здоровья; PH 2 – психологический компонент здоровья.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что качество жизни пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, значительно снижено. Наиболее низкими оказались следующие показатели: роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность физической боли и роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, что в свою очередь резко ограничивает жизненную активность пациентов и, как следствие, обуславливает низкий уровень социальной адаптации онкобольных.

Снижение качества жизни у онкобольных с непсихотическими психическими расстройствами носит диффузный характер, затрагивая в равной степени как физический, так и психологический компонент здоровья пациентов. Степень снижения качества жизни в субъективном восприятии онкобольных зависит не только от степени выраженности проявлений основного он-

кологического заболевания, но и от сопутствующих эмоциональных расстройств.

Оценка качества жизни пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями различной локализации, является информативным методом, позволяющим охарактеризовать показатели здоровья пациентов как на групповом, так и на индивидуальном уровне, количественно оценить изменения КЖ в процессе проведения противоопухолевой терапии и выделить составляющие, вносящие наиболее весомый вклад в обусловленные как онкологическим заболеванием, так и специализированным лечением изменения качества жизни больных. Аутомониторинг качества жизни позволяет обеспечить активное участие больного в комплексной оценке своего состояния и составить индивидуальную программу медико-психологической реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах.

С.І. Табачніков, А.Ю. Васильєва

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ

УкрНДІ соціальної судової психіатрії та наркології МОЗ України

В роботі представлені дані оцінки якості життя хворих із злоякісними новоутвореннями, що страждають на непсихотичні психічні розлади. Проведений аналіз ЯЖ в залежності від виду психо-емоційних розладів та від локалізації пухлини. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 42-46).

S. Tabachnikov, A. Vasylyeva

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF THE CANCER PATIENTS

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and addictology

In work are given ratings of quality of life of the patients with non-psychotic psychic disorders, who suffer from cancer. The analysis QL is carried out depending on a kind of psycho-emotional frustration and from cancer localization. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 42-46).

Литература

1. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. — 2000. — Т. 2. — № 1-2. — С.25-28.
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине.— Санкт-Петербург.— ЭЛБИ.— 1999.— С.139.
3. Browman G. P., Berrang T., Smith S. Prognostic Tools for Cancer Survival: A Secondary Role for Quality-of-Life Measurement // J. Clin. Oncol. — 2009. — Vol. 27(18). — P. 2902 - 2904.
4. Earlam S., Glover C., Fordy C. et al. Relation between tumor size, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases // J. Clin. Oncol. — 1996. — Vol. 14. — P. 171-175
5. Loprizini C.L., Laurie A., Wieand H.S. et al. Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires // J. Clin. Oncol. — 1994. — Vol. 12. — P. 601-607.
6. Slevin M.L., Plant H., Lynch D. et al. Who should measure quality of life, the doctor or patient // Brit J Cancer. — 1988. — Vol. 57. — P. 109-112.
7. Coates A., Gebski V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // J. Clin. Oncol. — 1992. — Vol. 10. — P. 1833-1838.
8. Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small lung cancer, limited disease // Radiother Oncol. — 1989. — Vol. 15L. — P. 235-242.
9. Sedman A.D., Portney R., Yao T.J. Quality of life in Phase II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer // J Natl Cancer Inst. — 1995. — Vol. 87. — P. 1316-1322.
10. Ware J.E., Sherbourne C.D.. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Medical Care. — 1992. — Vol. 30. — P. 473-83.
11. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1993.
12. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.

Поступила в редакцию 10.11.2009

УДК 616.12.-008.9-079.4-085

О.О. Хаустова

СУЧАСНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X: БАГАТОРІВНЕВА ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: психосоціальні фактори, психосоматичні розлади, метаболічний синдром X, багаторівнева програма курації, діагностика, психофармакотерапія, психотерапія

Сучасні дослідження різних захворювань підтверджують їх біопсихосоціальну природу. В сучасній термінології перекликаються описання біопсихосоціальної та діатез-стресової моделі [2, 7, 8]. За цією моделлю, біологічний діатез або біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних та соціально-психологічних факторів. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації, що деякі автори називають цивілізаційним впливом або футурошоком. Генетично обумовлена норма реакції має еволюційно-історичний пристосувальний характер, вона може «не встигати» за новими темпами змін оточуючого людину середовища. Саме це є важливим чинником розвитку «хвороб цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів. Регістр психосоматичного реагування останніми роками значно розширився за рахунок включення в нього захворювань серцево-судинної та ендокринної систе-

ми, великого числа шкірних і урогенітальних захворювань, мігрені й ін.

Серед багатьох психосоматичних розладів, у виникненні та розвитку яких вагомими є психологічні травми з дитинства і протягом життя, агресія, тривога, страх, останніми роками увагу дослідників привертає симптомокомплекс метаболічний синдром X (МСХ). Еволюція цього стану пройшла від суто соматичних визначень, а саме: «синдром інсулінорезистентності» за S. Haffner та E. Eschwege, «смертельний квадрат» за N.M Kaplan, «смертельний секстет» за G. Enzi, до комплексних психосоматичних, таких як хвороба «західного способу життя» за G. Reaven, або «занадто розвинутої цивілізації» за E. Giannini, «синдром порушеного способу життя» за T.O. Cheng, «ефект снігової кулі» за L. Keltikangas-Jarvinen, «вулиця з двобічним рухом» за K. Raikonen [16, 18-23, 27, 28]. Взагалі, дедалі більше спрацьовує так звана «концепція айсбергу» (рис. 1).

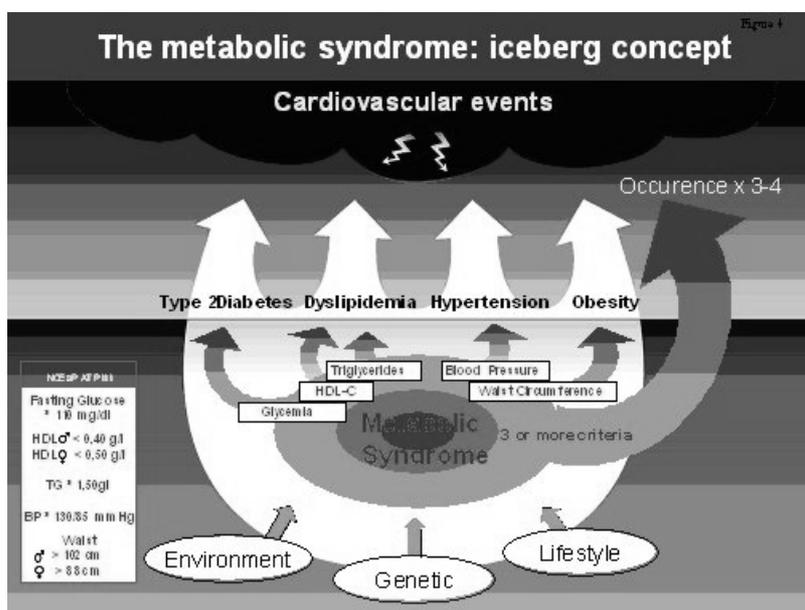


Рис.1 Метаболічний синдром: концепція айсбергу

Страждає від симптомів метаболічного синдрому Х більше 35 % молодого населення західних країн, а після 60 років частка хворих складає вже понад 45 % [1, 2, 11-13, 18, 24]. Причому, хвороба настільки серйозна, що в даний час є однією з пріоритетних проблем медицини.

МСХ звичайно починає розвиватися після 30 років, але зараз діагностується також у підлітків та дітей [17]. Соматичними проявами МСХ, згідно з діагностичними критеріями [3, 10, 15], є насамперед абдомінальне ожиріння, а також підвищення артеріального тиску, рівня глюкози крові (ймовірність розвитку цукрового діабету 2-го типу) та показників холестеринових фракцій крові, що приводять до розвитку атеросклерозу.

У захворілих також знижується імунітет та стійкість до інфекцій, виникає ризик розвитку онкологічних захворювань, настає передчасне старіння [6, 9, 11, 24].

Діагностика. Існують різні варіанти діагностичних критеріїв метаболічного синдрому: запропоновані Adult Treatment Panel III (АТР III), робочою групою Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), Американською асоціацією клінічних ендокринологів (IDF) [6, 15, 26]. Останні два перекриваються критеріями АТР III, але відрізняються від нього тим, що для діагностики метаболічного синдрому вимагають прямого підтвердження наявності резистентності до інсуліну (табл. 1).

Таблиця 1

Соматичні діагностичні критерії метаболічного синдрому Х для дорослих

Компоненти синдрому	WHO	NCEP-АТР III	IDF
Артеріальна гіпертензія	Антигіпертензивна терапія і/або АТ > 140/90	Терапія або АТ > 130/85	САТ > 130 ДАТ > 85 або терапія ГХ
Загальне ожиріння	ІМТ > 30	–	–
Абдомінальне ожиріння	ОТ/ОС > 0,90 для чол. та > 0,85 для жінок	ОТ > 102 для чол. та ОТ > 89 для жінок	Для європейців ОТ > 94 для чол. та ОТ > 80 для жінок
Порушення вуглеводного обміну	Цукровий діабет 2 типу	Глюкоза натще 6,1 ммоль/л	Глюкоза натще 5,6 ммоль/л або діабет 2 типу
Дисліпідемія	Тригліцериди > 1,7 ммоль/л та/або ХС ЛПВЩ < 0,9 ммоль/л для чол. та < 1,0 ммоль/л для жінок	Тригліцериди > 1,69 ммоль/л та/або ХС ЛПВЩ < 1,04 ммоль/л для чол. та < 1,29 ммоль/л для жінок	Тригліцериди > 1,7 ммоль/л, або ХС ЛПВЩ < 1,03 ммоль/л для чол. та < 1,29 ммоль/л для жінок або терапія дисліпідемії
Мікроальбумінурія	> 20 мкг/хв.	–	–
Вимоги до діагнозу	Цукровий діабет 2 типу + 2 інших фактори	Сполучення 3-х факторів	Абдомінальне ожиріння + 2 інших фактори

Дитинство і юність виявляються найбільш впливовими етапами на формування актуальних життєвих стратегій людини, бо це періоди збільшеної мозкової пластичності. Хронічна активація системи відповіді на стрес включається у патологічний цикл збільшення гіперглікемії, гіперхолестеринемії і потреб в інсуліні, що клінічно проявляється у вигляді метаболічного синдрому Х. Потрібність у безпеці зберігається на протязі всього життя, а отримані в дитинстві психосоціальні травми стають підґрунтям для хвороби. Утрата, або навіть потенційна втрата любові, звичайно сприймається мозком як погроза й активізує ті ж самі механізми, як при реакції на інші стресорні фактори з подальшим формуванням метаболічного синдрому Х. Вва-

жаючи на поширеність метаболічного синдрому Х у дітей і підлітків, фахівці затвердили також діагностичні критерії для цих вікових контингентів (табл. 2) [30].

Отже, діагностика метаболічного синдрому в даний час усе більш спирається не на симптоми порушення обміну глюкози, а на збільшення окружності талії або на індекс маси тіла. Необхідність зрушення до візуальної діагностики обумовлена тим, що до появи клінічних ознак порушення вуглеводного обміну профілактичні можливості уже значно обмежені. Наприклад, N. Sattar зауважив на тому, що при застосуванні візуальної діагностики виявляються групи пацієнтів, у яких зміна способу життя може надати істотний профілактичний ефект [цит. за 6].

Соматичні діагностичні критерії метаболічного синдрому Х для дітей та підлітків

Вік (роки)	6 до <10	10 до <16	> 16
Ожиріння (об'єм талії) – облігатний симптом	> 90 % від норми	> 90 % від норми або показники для дорослих, якщо вони менші	Для європейців ОТ > 94 для чол. та ОТ > 80 для жінок
Дисліпідемія	Тригліцериди > 1,7 ммоль/л ХС ЛПВЩ < 1,03 ммоль/л		Тригліцериди > 1,7 ммоль/л, ХС ЛПВЩ : < 1,03 ммоль/л для чол. та < 1,29 ммоль/л для жінок або терапія дисліпідемії
Артеріальна гіпертензія	САТ > 130 або ДАТ > 85		САТ > 130 або ДАТ > 85 або терапія ГХ
Порушення вуглеводного обміну	Глюкоза натще > 5,6 ммоль/л або діабет 2 типу		

Поява МСХ у людей зрілого, найбільш активного в соціальному плані віку, негативно впливає на психологічний стан даного контингенту: знижується фізична активність, блокуються актуальні потреби та плани, зростає підозрілість та ворожість, домінує тривожна оцінка перспектив і т.п. Порушення психічної адаптації у пацієнтів з МСХ розгортаються на багатофакторній (системній) основі біопсихосоціальної взаємодії.

Негативна динаміка ресурсної бази під впливом макро- та мікрочинників супроводжується деформацією актуальних життєвих стратегій і приводить до маніфестації МСХ. Виснаження цілісної ресурсної бази починається зі зменшення окремих її складових, при чому частина «біо-» відображає здоров'я тіла, «психо-» – психічне благополуччя, «соціо-» – міру соціальної активності. Ці складові взаємопов'язані, тому що змінення рівня однієї зі складових призводить до зміни інших.

Поява соматичної хвороби в межах МСХ певною мірою пригнічує психічний стан та змен-

шує соціальну активність. Наявність психічних феноменів (страху, агресивності, алекситимії та тривоги) стає підґрунтям соматизації та подальшої деформації соціальної активності.

В той же час негативні зміни у соціальній активності (розлучення, безробіття, соціальні обмеження) сприяють появі МСХ. Причому, збереження більш значимої для пацієнта сфери стосунків на тлі руйнування менш значимої сприяє меншому виснаженню цілісної ресурсної бази, а руйнування сталого комунікативного поля пацієнта призводить до швидких змін психічного та соматичного здоров'я. Виснаженість ресурсної бази призводить до змін у способі життя пацієнтів, до деформації актуальної життєвої стратегії (необґрунтоване розширення зони хвороби/звуження потреб), а зміна життєвої стратегії пацієнта деформує його життєві цілі.

За результатами обстеження 316 пацієнтів з ознаками повного та неповного метаболічного синдрому ми визначили наступний розподіл психопатологічних синдромів (рис. 2).

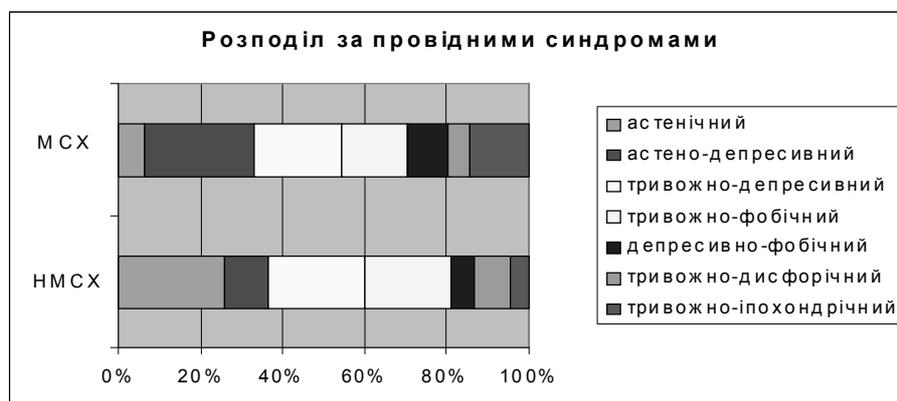


Рис. 2. Синдромальна структура психічних та психосоматичних розладів у пацієнтів з МСХ

Він обумовлений тим, що на тлі тривалого хронічного плину метаболічного синдрому Х у пацієнтів спостерігається стабілізація невротичної симптоматики, подальший розвиток та ускладнення структури патологічного синдрому, а також формування нозологічно окреслених психічних розладів. В свою чергу, це обумовлено взаємодією актуальних життєвих ресурсів пацієнта з біопсихосоціальними факторами оточуючого середовища: психотравмуючими факторами, особливостями особистісного реагування, закономірностями плину соматичного патологічного процесу.

Тяжкість психічних та психосоматичних розладів позитивно корелює з тяжкістю МСХ

($r_s=0,643$, $p<0,01$), а їх патоморфоз полягає у збільшенні тривоги, алекситимії, ворожості, а також депресії, маскованої цими феноменами (рис. 3). Депресивними розладами зі зниженням соціального функціонування у пацієнтів з НМСХ найчастіше були змішані тривожно-депресивні реакції розладів адаптації, а у пацієнтів з МСХ – короткотривалі та пролонговані депресивні реакції.

Афект тривоги у пацієнтів з МСХ почасти є замаскованим, проявляється переважно на соматичному рівні, відзначається прагненням пацієнтів до підконтрольності почуття занепокоєння, придушенням ними тривожних спонукань до конкретних вчинків або афективної розрядки.

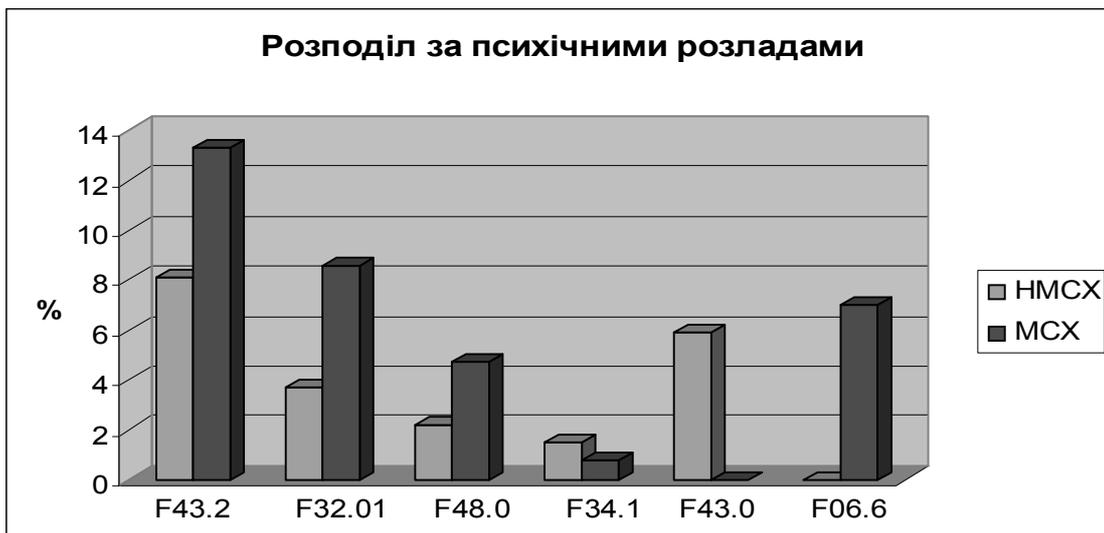


Рис. 3. Структура психічних розладів у пацієнтів з МСХ та НМСХ

Пацієнти намагаються замаскувати прояви тривоги дратівливістю та спалахами гніву. Для порівняння: у пацієнтів з ССЗ більш виразним є психічний компонент тривоги, причому, у пацієнтів з артеріальною гіпертензією найчастіше виявляються панічні розлади, а у пацієнтів з ішемічною хворобою серця – переважно тривожно-депресивні розлади. Існує тенденція до накопичення серед пацієнтів з МСХ осіб з генералізованими тривожними розладами та відносно зменшення осіб з панічними розладами в порівнянні з пацієнтами з ССЗ.

В процесі формування МСХ за відсутності чітко окресленої соматичної патології (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця і т.і.) існує високий рівень психологічного дискомфорту саме на реактивному рівні. Реактивна тривожність як результат суб'єктивного реагування емоціями напруження, занепокоєння, заклопотаності з відповідною активацією симпатико-адреналової системи, сприяє по-

дальшому розвитку МСХ. Наявність у пацієнта з МСХ соматичної хвороби збільшує особистісну тривогу (побоювання щодо стану здоров'я, майбутнього), але частково дезактуалізує плінні події в його уяві.

У пацієнтів також спостерігається поєднання психопатологічних феноменів тривоги та страху, причому при НМСХ страхи в основному відносяться до сфери інтерперсональних відносин, а при МСХ – безпосередньо до стану здоров'я. Пацієнти з НМСХ найчастіше вказують на страх самотності, некомпетентності, зради близьких людей, тяжкої хвороби, для пацієнтів з МСХ притаманні страх самотності, безпорадності, тяжкої хвороби, смерті.

Досить суттєвою є тенденція до маскуванню депресивних розладів. Часто пацієнти не усвідомлюють і навіть заперечують наявність симптомів депресії за основними ознаками, але додаткові її симптоми в вигляді зниження самооцінки, втомлюваності, порушень сну, збільшення

ваги, обмеження комунікації та зниження інтересів переконливо свідчать на користь її наявності.

Терапія. Розуміння генезу психосоматичних захворювань визначає основні принципи їх лікування. Терапевтичний вплив спрямований на причини, що викликали захворювання (етіологічна терапія); на патогенетичні механізми, що обумовили плин захворювання (патогенетична терапія); на компенсаторні механізми (симптоматична терапія). Вибір терапевтичної рецептури програми лікування в кожному окремому випадку спирається на індивідуальні особливості етіопатогенезу захворювання та стан компенсаторних механізмів у кожного окремого пацієнта.

Співвідношення психотерапії і психофармакотерапії при психосоматичних захворюваннях визначається роллю біологічних і психосоціальних факторів у їх етіопатогенезі. У співвідношенні психотерапевтичного і психофармакологічного впливу необхідно враховувати ланки участі патофізіологічного компонента в розвитку цих захворювань: ситуаційну (первинно-психогенну), особистісну і психопатологічну.

Важливо виважено оцінювати можливості різних засобів лікування на різних етапах становлення НМСХ та МСХ. У функціональній, початковій стадії захворювання НМСХ психотерапія і психофармакотерапія виконують функцію основних патогенетичних, а нерідко і єдиних методів лікування. Формування органічного соматичного дефекту (ожиріння, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету 2 типу, ішемічної хвороби серця, атеросклерозу в межах МСХ) створює умови для аутокінезу патологічного процесу й обмежує ефективність психотропної терапії, покладаючи на неї стримування подальшого розвитку захворювання. Психотерапевтичні методи в цьому випадку відіграють здебільшого симптоматичну роль. Це означає, що вони в більшому ступені спрямовані безпосередньо на функціональні «нашарування», динамічні симптоми й у меншому на патогенетичні механізми розвитку МСХ, враховуючи його інституалізацію як сталої системи.

В комплексному лікуванні НМСХ та МСХ своє чільне місце займають психофармакологічних засоби. Вони використовуються для корекції особистісних реакцій, зменшення питомої ваги емоційних розладів і профілактики дезадаптаційних порушень психічної діяльності в умовах психоемоційного напруження, причому варто ретельно вибирати психотропні препара-

ти і чітко визначати їхні оптимальні дози.

Вирішення проблеми адекватності психофармакотерапії у пацієнтів з психічними та психосоматичними розладами у пацієнтів з метаболічним синдромом Х полягає в дотриманні наступних положень. При призначенні психотропних препаратів мають бути враховані їх клініко-терапевтичні хаарктеристики, а саме:

- власна психотропна дія як характерний для кожного препарату вплив на афективний стан пацієнтів;
- індивідуальний спектр психотропної активності, що відображає тропізм дії препарату до психопатологічних проявів (синдромів);
- елективна антиневротична (антипсихотична) активність, яка забезпечує диференційований вплив терапії на симптоми «мішені»;
- соматотропна дія;
- нейротропна дія.

Враховуючи переважання тривожно-депресивних проявів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х, а також той факт, що наявність депресії (а не лікування антидепресантами) є незалежним чинником збільшення смертності у пацієнтів з ССЗ майже на 33% [29], оптимальна тактика психофармакотерапії, передбачає призначення антидепресантів, що впливають на обидва психопатологічних феномени. Тим більше, наприклад, ризик виникнення інфаркту міокарду в пацієнтів з ІХС, які приймають антидепресанти є нижчим, ніж у тих, хто не лікувався цими препаратами. Цікаво, що цей запобіжний ефект антидепресантів не діє щодо пацієнтів з ІМ без попереднього ІХС анамнезу [25].

Очевидно, що для успішного лікування необхідні нові антидепресанти з більш високою ефективністю і/або поліпшеною переносимістю. Найбільш уживаною в даний час є група селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), представниками якої є есциталопрам, циталопрам, флувоксамін, флуоксетин, сертралін та пароксетин. Відповідно до принципів доказової медицини СІЗЗС розглядаються як стандарт при терапії усіх тривожно-фобічних розладів.

Після певного накопичення даних про механізми дії і клінічні ефекти СІЗЗС стало очевидно, що крім пригнічення реаптейку серотоніну вони мають і інші, так названі вторинні фармакологічні властивості. Виявилось, що СІЗЗС можуть також пригнічувати реаптейк норадреналіну і дофаміна, стимулювати серотонінові 2С-рецептори (СТ2С), пригнічувати мускаринові холінорецептори (МХР), взаємодіяти із сігма-

рецепторами, пригнічувати нітроксидсинтезу (НОС), а також пригнічувати цілу низку ізоферментів цитохрому Р-450 (1А2, 2D6, 3А4), що беруть участь у метаболізмі лікарських засобів [4]. Причому, кожний препарат має індивідуальний набір вторинних фармакологічних властивостей, що відрізняють один СІЗЗС від іншого та пояснюють індивідуальну для пацієнтів ефективність і переносимість. Так, наприклад, флуоксетин крім основної дії стимулює СТ2С, пригнічує реаптейк норадреналіну та ізоферменти 2D6, 3А4 цитохрому Р-450 (ЦТХ Р-450). Вторинними фармакологічними властивостями пароксетину є пригнічення МХР (холінолітична дія), НОС, ЦТХ Р-450 2D6 і реаптейку норадреналіну.

Наявність у пароксетину холінолітичної дії приводить до того, що при його прийомі відбувається швидка редукція тривоги і безсоння, при цьому менш виражені такі побічні ефекти, як блювота або понос. Відповідно, пароксетин є кращим при лікуванні тривожно-фобічних розладів, тривожних депресій, а також депресивних станів, що протікають з порушенням апетиту. Меншою є ефективність терапії депресивного розладу з ідеаторним і моторним гальмуванням. Крім того, холінолітичні властивості антидепресанту потенційно сполучені з розвитком закрепів, збільшенням маси тіла, сухістю в роті, затримкою сечі, сексуальними порушеннями і проявами реакції відміни.

На відміну від додаткового помірному седативного ефекту пароксетину, при прийомі флуоксетина, що стимулює СТ23-рецептори, підсилюється стимулюючий ефект. При цьому можливо посилення тривоги, порушення сну, зниження апетиту і маси тіла. Цей антидепресант кращий при лікуванні депресій, що протікають з моторною загальмованістю і гіперсомнією, він також є ефективнішим за інші СІЗЗС при булімії і переїданні. У той же час флуоксетин погано переноситься пацієнтами з психомоторним збудженням, тривогою і безсонням.

Зрозуміло, що використання антидепресантів у пацієнтів з соматичною патологією сполучено з можливими проявами їх побічної дії, яке утруднює досягнення терапевтичного ефекту, а поєднання психічних і соматичних розладів (в межах МСХ, наприклад) може взаємообумовлювати негативну динаміку стану пацієнта. В той же час, ефективна терапія означає не тільки редукцію депресії та тривоги, але й значне покращення фізичного стану пацієнта. Це підтверджує положення С. Мосолова [5], що ефективність терапії залежить не тільки власне від фармакотерапії, а і

від сполучення суб'єктивних факторів з коморбідною психічною та соматичною патологією. Саме тому при призначенні СІЗЗС пацієнтам з МСХ треба враховувати можливу переоцінку ними ступеню виразності побічних явищ, тому лікарю варто починаючи з титрування доз та бути обережним при їх підвищенні.

У багатьох дослідженнях, присвячених МСХ та його окремим складовим (ожиріння, гіпертонія, цукровий діабет, атеросклероз) наголошується на тому, що навіть безперервне медикаментозне лікування недостатнє для підтримання високої якості життя пацієнтів. Головним у лікуванні таких пацієнтів, за думкою спеціалістів різного медичного профілю, є зміна способу життя. Модифікація способу життя є основним способом корекції метаболічних факторів ризику (за L. Blonde (2005) [12], модифікація способу життя - терапія першої лінії). З цієї метою до схеми лікування приєднується психотерапевтична інтервенція, яка передбачає корекцію психічних проявів, що виникали як реакція організму на соматичну хворобу.

Наприклад, канадські вчені розробили програму модифікації способу життя, що містила заповнення карт профілю ризику і телефонне консультування, та показали її ефективність навіть щодо первинної профілактики ССЗ. Втім, поза залежністю від пріоритету тієї або іншої мети у психосоматичного пацієнта, будь-які лікувальні програми включають три типових задачі. Обов'язковою спрямованістю усіх програм є розвиток соціальної й особистісної компетентності; вироблення навичок самозахисту; попередження виникнення проблем.

Рішення першої комплексної задачі припускає рішення ряду часток: навчання навичкам ефективного спілкування, критичного мислення, прийняття відповідальних рішень, вироблення адекватної самооцінки. Друга задача реалізується через навчання умінню постояти за себе, уникати невиправданого ризику, робити правильний, здоровий вибір. Третя задача вирішується за допомогою формування навичок регуляції емоцій, уникнення стресів, вирішення конфліктів, опору зовнішньому тиску.

Можна говорити про дві основні мети психотерапії пацієнтів із МСХ: підвищення ефективності управління пацієнтом власним життям і розвиток його здатності вирішувати проблемні ситуації та розвивати наявні можливості. Перелік психотерапевтичних підходів, елементи яких, на думку багатьох дослідників, можна використовувати в лікуванні МСХ і його окремих

складових, досить великий. До них відносяться гуманістичні підходи: особистісно-центрована терапія, гештальт-терапія, трансактний аналіз, терапія реальністю (консультування по реалізму); екзистенціальні підходи: екзистенціальне консультування, логотерапія; психоаналіз; когнітивні і когнітивно-поведінкові підходи: раціонально-емотивна поведінкова терапія, когнітивна терапія; афективні підходи: основна терапія, переоцінна терапія, біоенергетика. Особливо варто відзначити еkleктичні і інтегративні підходи: мультимодальна терапія, еkleктична терапія, терапія життєвих умінь. Поширилися також такі підходи, як гіпноз по М. Еріксону, психосинтез, нейролінгвістичне програмування, орієнтована на рішення проблеми короткострокова психотерапія й ін.

Деякі автори вважають, що з методологічної точки зору доцільно виділяти три базових підходи – психодинамічний, когнітивно-біхевіористський і гуманістичний, які найбільше фундаментально відрізняються один від одного за своїми поглядами на людину і природу її емоційних та поведінкових проблем [6, 8, 9]. Але на сучасному етапі розвитку медицини досить складно представити психотерапію єдиною науково обґрунтованою системою лікувального впливу. Навпаки, вона відрізняється еkleктизмом в використанні різних підходів, терапевтичних прийомів та технік з орієнтуванням на ефективність результатів. В межах цієї тенденції все виразніше формується поняття «психотерапевтичної культури» як системи багатомірних уявлень, направлених на природні процеси самокомпенсації пацієнта та залучення резервних можливостей організму.

На сучасному етапі розвитку психотерапії в межах інтегруючого підходу все більше поширення мають так названі «транстеоретичні» конструкти, тобто підходи, в яких була зроблена спроба розробити такі психотерапевтичні механізми і процедури, що не вписувалися б у жодну з існуючих моделей [9]. Найбільш яскравими прикладами транстеоретичного підходу в створенні нових концептуальних моделей психотерапії є модель «умілого помічника», що здійснює «менеджмент проблем», розроблена G. Egan (1994), модель «самоствердження» J. Andrews (1991) і когнітивно-аналітична терапія A. Ryle (1990, 1992). Серед вищеназваних моделей найбільш уживаною виявилася модель «менеджменту проблем», тобто управління проблемами, а не їх вирішення, оскільки не всі проблеми можуть бути остаточно вирішені. В ній виді-

ляється 9 стадій надання допомоги, з яких три є центральними. Перша стадія психотерапії присвячена певному проясненню проблеми. Вона передбачає допомогу пацієнту в викладенні його історії, фокусування на певних проблемах та активізацію витіснених комплексів. Успішним завершенням першої стадії є встановлення довірчих відносин і ясної картини поточного дезадаптивного сценарію, який відображає проблемні ситуації на підсвідомому та тілесному рівнях. Друга стадія присвячена формуванню цілей, а саме розробку нового сценарію і набору цілей, оцінку цілей, вибір цілей для конкретних дій. На цій стадії формується новий адаптивний сценарій життя пацієнта, зокрема, як повинно виглядати життя пацієнта в «поліпшеному» варіанті. На третій стадії відбувається здійснення дій: вибір, розробка і реалізація стратегій дій. Ця стадія зв'язана зі стратегіями досягнення цілей і орієнтована на розвиток і реалізацію дій, необхідних для переходу від «поточного сценарію» до «бажаного».

Нами була створена багаторівнева програма біопсихосоціальної корекції для пацієнтів з МСХ, для якої прототипами постали вищеописана модель психотерапевтичної інтервенції, а також мультимодальна терапія А.Лазаруса BASIC-ID. За нашою програмою, мінливість особистості пацієнта, її адаптація до змін середовища досягалася не насильницьким або патерналістським шляхом, а шляхом емпатичної співпраці на рівні суб'єкт-суб'єктних відносин. Емоційна підтримка означала для пацієнтів з МСХ прийняття його оточенням, визнання їх цінності та значимості. Конструктивна переробка змісту зворотнього зв'язку, становлення адекватного саморозуміння сприяли прийняттю пацієнтами нової інформації про себе, яка відрізнялась від старих уявлень. Причому, низька самооцінка, емоційно неблагополучне відношення до себе заважало сприйняттю пацієнтами нової інформації, загострюючи дію захисних механізмів; більш позитивна самооцінка, навпаки, знижувала рівень уявної психологічної загрози, зменшувала спротив, робила пацієнта більш відкритим для отримання нової інформації та набуття нового досвіду

В комплексну лікувану програму «Сана» (назва програми була обумовлена першими літерами в назвах «мішеней» терапії – страх, агресія, небезпеки відчуття, алекситимія) були залучені стандартна соматична терапія, психофармакотерапія, а також поєднання індивідуальних та групових психотерапевтичних методів (рис. 4).

М Е Т А Б О Л І Ч Н И Й	С И Н Д Р О М Х	СТРАХ	С А Н А	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Стандартна соматична терапія ➤ Психофармако-терапія ➤ Індивідуальна психотерапія ➤ Групова психотерапія
		Ожиріння		
		АГРЕСІЯ		
		Серцево-судинні захворювання		
		НЕБЕЗПЕКИ відчуття		
		Цукровий діабет 2 типу		
		АЛЕКСИТИМІЯ		

Рис. 4. Психосоматичні «мішені» та зміст програми лікування МСХ «Сана»

Прогресивною рисою багаторівневої програми комплексної курації було намагання активізувати власну позицію пацієнтів з МСХ щодо своєї хвороби за рахунок зміни патерналістської позиції лікаря на партнерську, тому що запровадження суб'єкт-суб'єктних відносин між лікарем і пацієнтом сприяло вірному розумінню хвороби пацієнтом, його самоконтролю та активному звертанню до лікаря. Другою прогресивною рисою програми було об'єднання сомато- та психофармакотерапії з

психотерапією не тільки метою, а й шляхом одужання – трансформацією сталих життєвих стратегій пацієнтів з МСХ, які не передбачали змін способу життя.

Таким чином, успішне вирішення проблеми діагностики та лікування соматичних, психічних та психосоматичних розладів, асоційованих з метаболічним синдромом Х, можливе при поєднанні в комплексну програму медичних, медико-соціальних та соціальних заходів охорони здоров'я.

О.О. Хаустова

СОВРЕМЕННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х: МНОГОУРОВНЕВАЯ ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины

Было исследовано 316 пациентов с полным и неполным метаболическим синдромом. В ходе исследования на основании клинического эксперимента была предложена альтернативная теоретическая модель патогенеза МСХ и доказана необходимость определения психосоциальных факторов его формирования. Проведен комплексный клинико-феноменологический анализ психических и психосоматических расстройств у пациентов с МСХ и системный анализ дезадаптации в семье и на производстве и личностных девиаций. Научно обоснована, разработана и внедрена многоуровневая программа биопсихосоциальной коррекции психических и психосоматических расстройств у пациентов с МСХ, которая учитывает трансформационный подход ее формирования, объединяя принципы экзистенциальной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 47-55).

О.О. Khaustova

MODERN MANAGEMENT OF METABOLIC SYNDROME X: MULTILEVEL PROGRAM OF COMPLEX DIAGNOSTICS AND THERAPY

Ukrainian research institute of social, forensic psychiatry and drug abuse

Here were probed 316 patients with complete and incomplete metabolic syndrome X. The alternative theoretical model of pathogeny of MSX was offered and the necessity of determination of psychosocial factors of his forming was proved on the basis of clinical experiment during the research. The complex clinical phenomenological analysis of psychical and psychosomatic disorders, system analysis of labour and family dysadaptation and personality deviations was conducted for patients with MSX. Here was scientifically grounded, developed and established the multilevel curative program of psychical and psychosomatic disorders for patients with MSX, which is based on the change of patients' actual vital strategies with life upgrading. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 47-55).

Література

1. Лишнева В.Ю. Метаболический синдром в клинике врача общей практики // Кровообіг та гомеостаз. – 2005. №2. – С. 18-28
2. Маньковский Б.Н. Метаболічний синдром: розповсюдженість, діагностика, принципи терапії // Мистецтво лікування. – 2005. – №9. – С.30-33.
3. Митченко Е.И. Метаболический синдром: состояние проблемы и лечебные подходы // Практична ангіологія. – 2005. – №1(01). – С. 14-18
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 568 с.
5. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М.: Восток, 1996. – 288 с.
6. Хаустова О.О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). – К.: Мед книга, 2009. – 125 с.
7. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств // Соц. и клин. психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97-104.
8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. и др. Концепция соматизации: история и современное состояние: обзор // Соц. и клин. психиатрия. – 2000. – № 4. – С. 81-97.
9. Чабан О.С, Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник. – Київ: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
10. Aguilar-Salinas C.A., Rojas R., Gomez-Perez F.J., et al. Analysis of the agreement between the World Health Organization criteria and the National Cholesterol Education Program-III definition of the metabolic syndrome: results from a population-based survey // Diabetes Care. – 2003. – Vol. 26 (5). – P.1635.
11. Balkau B., Charles M.A., Drivsholm T. et al. Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome // Diabetes Metab. – 2002. – Vol.28. – P.364-376.
12. Blonde L., Ray S., Carson W., L'italien G.J. Metabolic syndrome predicts cardiovascular disease and new onset diabetes – a systematic review of the literature // Program and abstracts of the 65th Scientific Sessions of the American Diabetes Association. – 2005; San Diego, California. Abstract 2449-PO.
13. Bonora E., Kiechl S., Willeit J. et al. Metabolic syndrome: epidemiology and more extensive phenotypic description. Cross-sectional data from the Bruneck Study // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 2003. – Vol.27. – P.1283-1289.
14. Brotman D.J., Girod J.P. The metabolic syndrome: a tug-of-war with no winner // Cleve Clin. J. Med. – 2002. – Vol. 69 (12). – P. 990-994.
15. Cheal K.L., Abbasi F., Lamendola C. et al. Relationship to insulin resistance of the Adult Treatment Panel III diagnostic criteria for identification of the metabolic syndrome // Diabetes. – 2004. – Vol. 53. – P. 1195-1200.
16. Cheng T.O. The metabolic syndrome, formerly called metabolic «syndrome X» // Am. J. Cardiol. – 2004. – Vol. 94 (1). – P.148-149.
17. DeFerranti S.D., Gauvreau K., Ludwig D.S., Neufeld E.J., Newburger J.W., Rifai N. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // Circulation. – 2004. – Vol.110. – P.2494-2497.
18. Enzi G. *Obesità*, Liviana editrice. – 1994. – P. 29-39.
19. Eschwege E. The dysmetabolic syndrome, insulin resistance and increased cardiovascular (CV) morbidity and mortality in type 2 diabetes: aetiological factors in the development of CV complications // Diabetes Metab. – 2003. – Vol. 29. – P.19-27.
20. Giannini E., Testa R. The metabolic syndrome: all criteria are equal, but some criteria are more equal than others // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol.163 (22). – P. 2787-2788.
21. Haffner S., Taegtmeier H. Epidemic obesity and the metabolic syndrome // Circulation. – 2003. – Vol. 108 (13). – P. 1541-1545.
22. Kaplan N.M. The deadly quartet: upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension // Arch. Intern. Med. – 1989. – Vol.149. – P. 1514 – 1520.
23. Keltikangas-Jarvinen L., Ravaja N., Raikkonen K. et al. Relationships between the pituitary-adrenal hormones, insulin, and glucose in middle-aged men: moderating influence of psychosocial stress // Metabolism. – 1998. – Vol.47 (12). – P. 1440-1449.
24. Kereiakes D.J., Willerson J.T. Metabolic syndrome epidemic // Circulation. – 2003. – Vol.108 (13). – P.1552-1553.
25. Koponen H. Metabolic Syndrome a Possible Risk Factor for Depression // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 69. – P. 178-182.
26. Pladevall M., Singal B., Williams L. et al. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis // Diabetes Care. – 2006. – Vol.29 (1). – P. 113-122.
27. Raikkonen K., Matthews K.A., Kuller L.H. The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: antecedent or consequence? // Metabolism. – 2002. – Vol. 51 (12). – P.1573-1577.
28. Reaven G.M. Banting Lecture 1988: role of insulin resistance in human disease // Diabetes. – 1988. – Vol.37. – P.1595-1607.
29. Soufer R. et al. Cerebral cortical hiperactivation in response to mental stress in patients with coronary artery disease // Neurobiology. – 1998. – V. 95. Issue 11. – P. 6454-6459.
30. Zimmet P, Alberti K.G.M.M., Kaufman F. et al. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report // Pediatric Diabetes. – 2007. – V.8. – P.299-306.

Поступила в редакцию 16.12.2009

УДК: 616.89-008-053.8 + 615.851

*М.М. Пустовойт***ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХОЗІВ У ЖІНОК**

Одеський державний медичний університет

Ключові слова: психопатологія, інволюція, особистість

Дана робота є фрагментом поглибленого вивчення біо-психо-соціальних (психосоматичних) патогенетичних зв'язків, притаманних інволюційним психозам, з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на синдромальну форму й динаміку названих розладів [1, 2]. Виходячи з попередньої гіпотези, що особистісний фактор, при умові його значимості у генезі інволюцій-

ного психозу, мав би опосередковано виявлятися у клінічних проявах, ми поставили перед собою мету: провести детальний клінічний аналіз синдромальної структури інволюційних психозів у генеральній сукупності із виділенням окремих типів розладів; та з'ясувати чи в отриманих нами даних виявляються факти, що можуть свідчити про задіяність особистісної структури пацієнтів у генезі інволюційного психозу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось на базі Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ.

Усього за період з січня 2003 року по грудень 2007 року сформовано вибірку з 234-х пацієнтів. У вибірку включалися усі хворі інволюційного віку (45-60 років), які поступили у психіатричний стаціонар вперше або повторно

(за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом "інволюційний психоз".

Провідним методом дослідження, на якому у даній статті будуються висновки, був клініко-психопатологічний, який дає можливість визначити психопатологічні прояви в структурі переживань, а відтак, виділити основні кластери симптомів і визначити регістр захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Виходячи з клінічних проявів було виявлено певні симптомокомплекси, які дозволили окреслити чотири основні клінічні форми психічних розладів з дебютом в інволюційному віці, а також ряд симптомів, що є спільними для усієї когорти пацієнок і могли свідчити про задіяність особистісного фактору у генезі інволюційного психозу та його патопластичне оформлення.

Маячний розлад (36 спостережень). До маніфесту хвороби у житті цих жінок можна було виявити постійно діючий «хронічний психотравмуючий» фактор (тривалий сімейний конфлікт, напружені стосунки по місцю роботи / проживання, вимушена самотність тощо), що спочатку мало позначалось на їх соціальній активності. Загострення маячного стану переважно було спровоковане «умовно патогенними» факторами, понижуючими загальну резистентність організму (фізичним виснаженням, соматичною хворобою, тощо). У клінічній картині переважа-

ли різноманітні види кататимно заряджених персекуторних переживань «малого розмаху» із включенням осіб найближчого оточення та маячною інтерпретацією реальних подій, а також елементи еротичного маячення, об'єктами якого зазвичай ставали реальні особи, наділені владою та іншими атрибутами «соціального статусу». Поряд з маячними ідеями мали місце також розлади настрою, що проявлялась похмурістю, почуттям образи і невдоволення, та соматоформна симптоматика, якій пацієнтки надавали маячних інтерпретацій. Розладу був властивий ундулюючий перебіг з поверненням критики до власного стану у періоди ремісії.

Іпохондричний депресивний розлад (67 спостережень). Маніфестації розладу часто передували чітко окреслені у часі стресові моменти (від'їзд з батьківського дому дорослих дітей, погіршення стосунків з чоловіком, конфлікти на роботі тощо). Початок захворювання характери-

зувався дратівливістю, слізливістю, короткочасними спалахами гніву, неспокійним переривчастим сном. Поступово на перший план виходив похмуро-пригнічений настрій із втратою притаманної досі енергійності, звуженням кола інтересів, значним обмеженням кола спілкування і видів діяльності, змінювався звичний ритм сну і неспання, наростала астенична симптоматика. Поступово з'являлись думки про важку невиліковну хворобу, які поступово набували характеру надцінної іпохондрії з яскраво вираженим чуттєвим компонентом, формуючи «точку кристалізації» нового «сенсу життя». Спостерігався пасивний опір намаганням близьких чимось допомогти. Суїцидальна ідея проявлялась переважно у бажанні «заснути і не прокинутись», спроби самогубства у цій клінічній групі зустрічались досить рідко та були переважно демонстративними.

Тривожна депресія (73 спостереження). Зазвичай розвиткові хвороби передували психотравмуючі моменти у вигляді зміни звичного життєвого укладу, в основі яких лежало болісне переживання наростаючої втрати контролю над власним життям. В найбільш типових випадках цей клінічний варіант проявлявся спочатку зниженням настрою, загальною пригніченістю, втратою апетиту, порушенням сну (важкість засинання, ранне пробудження). Поступово наростала тривожність, постійне очікування якоїсь біди, ажитація. На висоті тривожно-депресивного афекту, могли формуватися голотимні маячноподібні переживання «провини» і «покарання», посилювалося рухове збудження, яке чергувалось зі станами загальмованості, рухового заціпеніння з афектом страху і відчаю. Часто спостерігались імпульсивні суїцидальні спроби (нанесення собі порізів, спроби викинутись з вікна, тощо). Після редукції гострого стану у пацієнок зберігався постійно знижений настрій з тенденцією до повернення симптоматики у відповідь на будь-які суб'єктивно неочікувані події.

Змішаний депресивно-маячний розлад (58 спостережень). Психотичному зриву передували зниження професійного і соціального статусу, погіршення матеріального становища. Початок захворювання характеризувався дратівливістю, втратою звичної впевненості у собі, тривожними побоюваннями. Аморфне, невизначене переживання загрози змінювалося ідеями переслідування конкретними людьми, найчастіше з ближнього оточення (родичі, сусіди, колеги по роботі) або організаціями (міліція, податкова інспекція, релігійна секта). Ці епізоди заз-

вичай були короткочасними, поступаючись місцем постійно похмурому настрою, небажанню з ким-небудь спілкуватись, порушенням сну і апетиту. Хворі постійно думали про збитки, яких вони зазнали, почувались усіма покинутими, непотрібними, відстороненими від життя; картали себе за те, що не передбачили і не попередили зміни на гірше у своєму житті. Тобто, у даній формі психотичного розладу перетинались кататимний та голотимний механізми формування маячних переживань, зі спільною тенденцією до парафренізації. Постпсихотичні зміни у вигляді зниження активності, збільшення невпевненості у собі (або, навпаки, зверхності та підкресленій самодостатності), свідомого обмеження соціальних контактів при цьому клінічному варіанті виглядали найбільш рельєфно, різко контрастуючи з типовим для пацієнтів преморбідним стилем надмірної діяльності та соціальної заангажованості

Серед спільних ознак, притаманних усім клінічним типам інволюційних психозів, виявлено дві групи симптоматики: (1) афективні розлади від невдоволення і відносно незначної похмурості, пояснюваних утисками і переслідуваннями, зокрема – отруєнням, з боку близького оточення у пацієнок з маячним розладом до вираженої туги аж до тривожно-тужливої несамовитості у пацієнок з тривожною депресією; (2) розлади у сфері суджень від надцінної фіксації на неприємних подіях та власному самопочутті до яскраво виражених маячних ідей з оманами сприйняття (частіше у вигляді інтерпретативних ілюзій), від типових для депресивного маячення іпохондричних та нігілістичних ідей до чітко окресленого персекуторного маячення (при інволюційному параноїді).

Отже, поряд із виділенням чотирьох підгруп інволюційного психозу і клініко-психопатологічного дослідження специфіки кожного типу названого розладу, ми могли констатувати наявність: 1) двох протилежно направлених психопатологічних континуумів (депресивного і маячного); 2) психопатологічну складність маячного та змішаного депресивно-маячного розладів та більшу «его-дистонність - псевдоневротичність» іпохондричної та тривожної депресій.

Присутність двох психопатологічних континуумів (афективного та розладів у сфері суджень) в усіх чотирьох виділених нами формах психотичних розладів з дебютом в інволюційному віці, наближали клінічні прояви цих розладів як до реактивних так і до ендогенних пси-

хозів, бо депресивний та параноїдний вектори переживань з одного боку відіграють важливу роль в опрацюванні травматичних подій, а з іншого присутні у клінічних проявах ендогенних форм реагування. З точки зору психопатологічної парадигми, це опосередковано вказувало на задіяність «особистісного ґрунту» [3] у патологічний процес, адже психологічною (психіатричною) категорією, яка об'єднує в собі ендогенний (вроджений / генетично обумовлений / закладений природою) та психогенний (обумовлений впливами оточуючого середовища / історією життя людини) фактори та є безпосереднім результатом їх тісної взаємодії є особистість, в якій гармонійно (або дисгармонійно) поєднується індивідуальне та загальне [4] (С. 522, 746).

Окрім континууму «депресія-параноїд» ми могли спостерігати ще одну дихотомічну вісь, за ознакою «псевдоневротичності – психотичності». З клінічної практики відомо, що велика кількість інволюційних пацієнтів залишається у полі зору пограничної психіатрії, тому що іпохондричні та тривожно-депресивні переживання часто виглядають природними та психологічно зрозумілими в контексті психо-фізіологічної кризи інволюційного віку. Натомість інша група, інволюційних пацієнтів виявляє очевидні формальні ознаки психозу, які на параноїчному полюсі мають кататимний механізм формування, а в депресивному полюсі є переважно голотимними. Це може означати, що окрім задіяності «особистісного ґрунту» у генез захворювання, мова йде ще про преморбідний особистісний дефіцит [5], який в кінцевому рахунку обумовлює здатність-нездантість опрацювати влас-

тиву інволюційним розладам патологічну тривогу, і в результаті зберігати «умовну невротичність реагування» чи «провалюватися» у маніфестні психотичні форми.

Таким чином, вищесказане дозволяло стверджувати, що згідно з багатовекторним підходом до розуміння діагностики та розвитку психічної патології Е. Кречмера [6] і К. Бірнбаума [7], «особистісному ґрунту» належить роль як предиспонуєчого, так і сприяючого фактору у генезі інволюційного психозу. У період інволюції, коли втрачається здоров'я, привабливість, працездатність, знижується когнітивна та емоційна пластичність у зв'язку з суто біологічними змінами, запускається процес глибокої психічної дезадаптації.

Висновки.

1. Типологія інволюційних психозів у жінок представлена чотирма основними формами: маячний розлад, іпохондрична депресія, змішаний депресивно-маячний розлад та тривожна депресія.

2. Психопатологічне дослідження специфіки чотирьох форм психозу, дозволяє констатувати: а) наявність двох протилежно направлених психопатологічних континуумів: депресивного і у сфері суджень; б) психопатологічну складність маячного та змішаного депресивно-маячного розладів та більшу «его-дистонічність - псевдоневротичність» іпохондричної та тривожної депресій.

3. Згідно з багатовекторним підходом до розуміння діагностики та розвитку психічної патології, «особистісному ґрунту» належить роль як предиспонуєчого, так і сприяючого фактору у формуванні інволюційного психозу.

М.М. Пустовойт

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХОЗОВ У ЖЕНЩИН

Одесский государственный медицинский университет

В данной работе осуществлен подробный клинический анализ синдромальной структуры инволюционных психозов с выделением четырех основных типов расстройств: бредового, смешанного депрессивно-бредового, ипохондрической и тревожной депрессий. Психопатологическое исследование специфики указанных форм психоза позволяет констатировать: а) наличие в их структуре двух противоположно направленных психопатологических континуумов: депрессивного и расстройств в сфере суждений; б) сложную психопатологическую структуру бредового и смешанного депрессивно-бредового расстройств и большую «эго-дистоничность - псевдоневротичность» ипохондрической и тревожной депрессий. Автор констатирует, что «личностной почве» принадлежит роль как предиспонирующего так и способствующего фактора в формировании инволюционного психоза. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 56-59).

PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN'S INVOLUTION PSYCHOSES

Odessa state medical university

Detailed clinic analysis of involution psychoses syndrome structure is made in this article. The next four main types are distinguished: delusion, mixed depressive-delusive, hypochondriac and anxious depression psychoses. Psychopathological investigation of this psychosis types lets author to state: a) the existence of two conversely directed psychopathological continuums: depressive one and opinion sphere one; b) psychopathological difficulty of delusive and mixed depressive-delusive disorders and its greater "ego-distonity – pseudoneuroticity" of hypochondriac and anxious depressions. The author states that "personality base" takes both roles as predisposing and contributing factor of involution psychosis forming. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 56-59).

Література

1. Битенский В.С. Психосоматична модель патогенезу інволюційного психозу / В.С. Битенский, М.М. Пустовойт, Ю.Я. Мединська // Вісник психіатрії та психофармакотерапії № 2 (16). – 2009. – С. 7-27.

2. Пустовойт М.М. Інтегральна модель психопатологічних ознак особистості жінок з інволюційним психозом. / М.М. Пустовойт // Таврический журнал психиатрии. – V13, 1 (46). – 2009. – С. 63-88.

3. Шайдер К. Клінічна психопатологія. / К. Шайдер – К: Сфера. 1999. – 236 с.

4. Ясперс К., Общая психопатология. / К. Ясперс; перевод с нем., - М.: «Практика» – 1997.

5. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.

6. Kretschmer, E., Der sensitive Beziehungswahn. – Berlin: „Springer“, 1927.

7. Birnbaum, K., Der Aufbau der Psychose. – Berlin: „Springer“, 1923.

Поступила в редакцию 16.12.2009

УДК 616.899.2 – 053.2/.5+159.922.73

*Н.Г. Міхановська***КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ВІКОМ 1,5-3 РОКІВ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

ДУ»Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м.Харків

Ключові слова. діти раннього віку, діагностика психопатологічних розладів

В сучасних умовах значної актуальності набувають дослідження особливостей психічних розладів у ранньому дитячому віці. Ці проблеми, внаслідок, з одного боку, різноманітності і низької диференційованості проявів, а з другого, значущості для подальшого розвитку всіх психічних функцій, здатності до навчання, соціальної адаптованості тощо на всіх етапах дозрівання дитини, вивчаються фахівцями в галузі психології розвитку, спеціальної і корекційної педагогіки, логопедії. Медична парадигма порушень нервово-психічного розвитку обмежується в значній мірі узагальнюючими висновками в кваліфікації розладу, що не може задовольняти потреби щодо надання мультидисциплінарної допомоги дитині і сім'ї, що її виховує. Недостатність медичної ланки відносно психопатології раннього віку обмежує своєчасне і адекватне втручання в розвиток дитини з порушеннями розвитку. Саме тому використання підходів, що враховують площину психологічного напрямку в дослідженнях особливостей розвитку в поєднанні із медичною кваліфікацією їх феноменології, може значуще впливати на розробку цієї проблеми [1].

Діагностична класифікація порушень психічного здоров'я і розвитку в немовлячому і ранньому дитинстві - Diagnostic Classification 0-3 [2,3] до цього часу не набула поширеності серед

фахівців дитячих психіатрів, але ця класифікація описує ряд діагностичних категорій, які не виділяються в інших класифікаційних системах і фокусує увагу клініцистів на специфічних проблемах раннього дитячого віку.

Метою дослідження була розробка клініко-психопатологічної оцінки порушень психічного розвитку дітей віком від 18 місяців до 3-х років життя з перинатальним ураженням нервової системи.

Цей вік передбачає сформованість перших трьох організаторів психіки, а саме наявності соціальної посмішки, страху стороннього дорослого і комунікативних здібностей у вигляді жесту «ні», які характерні для нормативного розвитку в ранньому віці.

Об'єктом дослідження була феноменологія проявів викривлення формування психічних функцій у дітей, які складають вісь основного діагнозу в Diagnostic Classification 0-3 із використанням методу клінічного спостереження з виділенням градацій проявів за шкалою загального клінічного враження (Clinical Global Impression, CGI), а також з використанням скарг батьків та їх спостереженнями вдома. Кожна діагностична процедура займала від 1 до 1,5 годин, протягом яких при необхідності здійснювалося годування дитини, надання їй можливості до сну або вільного пересування, гри тощо.

Результати дослідження та їх обговорення

Досліджувану групу (132 дитини) склали діти з перинатальним ураженням нервової системи у віці від 1,5 до 3-х років, батьки яких звернулися по допомогу в зв'язку з порушеннями розвитку дітей. За ознаками глибини проявів моторної недостатності всі діти були поділені на дві категорії. До першої увійшли малюки із незначним ступенем рухових розладів або без останніх (78 дітей), другу склали діти із вираженими моторними обмеженнями, що проявлялися у не-

спроможності до самостійної ходи і підтримання балансу тіла (54 дитини).

Під час прояснення з батьками вікових особливостей формування психічних функцій їх дітей було з'ясовано, що тип поведінки дітей мав певні відхилення від нормативного у вигляді порушення пізнавальної активності, що демонструвало 21,79% малюків із першої групи і 74,07% досліджуваних із 2-ї групи. Причому біля половини (48,15%) дітей 2-ї групи мали значний

ступінь цього прояву.

Недостатність допитливості до вивчення навколишнього середовища в якості формування мотиваційної складової розвитку демонструвало 16,66% і 83,33% малюків відповідно в 1-й і 2-ї групах. Обмеженість репертуару щодо сенсорного досвіду, спрямованість до рудиментарних засобів до отримання навколишньої інформації за допомогою облизування, мацання об'єктів проявляли 11,54% і 10,26% та 37,04% і 33,33% дітей обох груп відповідно. Це свідчило про викривлення когнітивного розвитку дітей з перших місяців життя, і воно серед дітей з тяжкими руховими порушеннями спостерігалось імовірно частіше, ніж у дітей з транзиторними ліквородинамічними розладами. Ці прояви ідентифікувалися як низько реактивний тип регуляторних розладів підтипу «запобігаючі діти, що важко залучаються».

Діти, які не привертали уваги особливостями поведінки, тим не менш також мали низьку активність у забезпеченні зорово-моторної координації, але здатні були до використання різноманітного сенсорного досвіду і при наполегливості батьків демонстрували деякі успіхи в освоєнні навколишнього середовища.

За спогадами батьків, діти в перші місяці життя демонстрували низький рівень здатності залучення до взаємодії, малодиференційовану посмішку і слабку реакцію пожвавлення у 6,4% і 38,88% випадків в обох групах спостереження, що також відповідало регуляторним розладам «низько- реактивних, запобігаючих дітей, що важко залучаються».

До важливих складових, що надали змогу стверджувати про відхилення психічного розвитку дітей на першому році життя, увійшли характеристики домовленевого періоду. Маловиразні лепет і гуління, велика кількість малодиференційованих звуків, які були проявами фізіологічних змін і напружень, але не мали комунікативної наповненості, спостерігали батьки у 19,23% і 17,95% та 68,52% і 64,81% дітей обох груп відповідно. До завершення періоду формування мови, оволодіння кількома словами в якості апарату комунікації, вже суттєво більше дітей мали прояви викривлення мовного розвитку.

Розлади поведінки, які спостерігалися у 42,3% і 31,48% дітей обох груп відповідно, були сполучені із різноманітними симптомами порушень фізіологічних процесів, сенсорики, психомоторики, уваги і емоційного реагування – труднощів організації. Серед них погана організованість фізіологічного репертуару була представ-

лена у вигляді труднощів годування у 56,41% і 79,63% дітей обох груп відповідно. Ознаками цих проблем були обмеженість здатності до жування (23,08% і 51,85% досліджуваних обох груп відповідно), румінації (15,38% і 18,52% відповідно), поганий апетит (38,46% і 42,59% відповідно), вибірковість і настороженість до нової їжі (32,05% і 42,59%; 24,34% і 12,96% відповідно). Давилося під час годування 10,26% і 35,18% дітей відповідно. Обмеження до введення нових продуктів харчування і розширення раціону із зменшенням гомогенності їжі спостерігалось в 11,54% і 7,4% сім'ях дітей обох досліджуваних груп відповідно.

Розлади сну спостерігалися у 78,38% і 64,81% дітей відповідно. Ці порушення складали утруднення при засинанні (65,38% і 55,55% відповідно), занепокоєність, збудженість, фрагментарний сон із частими пробудженнями, «пошук» матері під час сну (28,2% і 25,92%; 17,95% і 20,37%; 26,92% і 20,37%; 41,02% і 24,07% відповідно в обох групах). Компенсуючою поведінкою при наявності диссомнічних розладів можна було вважати потребу до сну протягом ночі поруч з матір'ю (38,46% і 33,33% відповідно), засинання поруч з нею (53,85% і 44,44%), жування соски, пальців, інших предметів (15,38% і 11,11%; 3,7% дітей 2-ї групи; 2,56% і 5,55% відповідно в обох групах). У 20,51% і 3,7% дітей обох груп досліджуваних був сформований перехідний об'єкт. Інші потребували смоктання грудей матері або заспокоювалися при фізичному торканні до її тіла (7,69% дітей 1-ї групи; 20,51% і 12,96% відповідно).

До проявів категорії «труднощі організації» також були віднесені сенсорні розлади (43,59% і 64,81% відповідно в обох досліджуваних групах), емоційні розлади (73,08% і 83,33% відповідно), розлади уваги, що спостерігалися із різним ступенем проявів у всіх досліджуваних, недостатність афективної регуляції, порушення настрю.

Так, гіперчутливість до звукових подразників більш ніж вдвічі частіше спостерігалася у дітей із значним неврологічним дефіцитом (21,79% і 57,4% в обох групах відповідно). Звертало на себе увагу те, що діти 2-ї групи досліджуваних значно частіше із занепокоєнням реагували на звуки музики, що відповідало гіперсенситивному типу регуляторних розладів у занадто обережних і боягузливих дітей. Але досліджувані 1-ї групи проявляли вибірковість до деяких мелодій, які звучали переважно в музичних телевізійних рекламних роликах (6,41% і 18,52%

відповідно). Тактильна гіперчутливість спостерігалася без значної переваги у представленості в обох групах спостереження (26,92% і 31,48% відповідно).

До показників, що характеризували порушення уваги, було віднесено випадки, коли діти зовсім не зосереджувалися навіть при наполегливій участі дорослих (10,26% і 33,33% досліджуваних відповідно). Із сторонньою допомогою на короткий термін могли зосередитися 32,05% і 44,44% дітей відповідно, обмежено зосереджувалися 67,95% і 66,66% дітей, при цьому вдвічі частіше успішними були діти 1-ї групи досліджуваних (64,1% і 37,04% відповідно) і втричі рідше серед них зустрічалися випадки значних труднощів у зосередженні (3,85% і 24,07% відповідно). Значний відсоток дітей обох груп не демонстрував важливої адаптуючої здібності до звернення по допомогу і підтримку власної діяльності (20,51% і 33,33% відповідно).

При спостереженні за поведінкою дітей було встановлено, що діти 2-ї групи імовірно частіше мали прояви порушення контакту (30,77% і 68,52% відповідно), зовсім не мали зацікавленості у контакті, не шукали його 11,54% і 44,44% дітей відповідно. Надавали сигнали щодо прийняття взаємодії, пасивно приймали контакт 29,49% і 42,59% досліджуваних відповідно. Активно шукали і ініціювали контакт значно частіше діти 1-ї групи досліджуваних (62,82% і 24,07% відповідно). Боязкість, апатичність, низький рівень проявів дослідницької діяльності частіше були характерні для дітей 2-ї групи досліджуваних (23,08% і 53,7%; 11,54% і 42,59%; 14,10% і 35,18% відповідно), що кваліфікувалося як «низькореактивний» тип регуляторних розладів з підтипом «запобігаючі діти, що важко залучаються». При цьому без суттєвої різниці діти обох груп демонстрували схильність до патологічних звичайних дій, але в 1-й групі вони скоріше формувалися в якості засобів зменшення збудження, а в другій – як аутостимуляції (30,77% і 31,48% відповідно).

Спостереження за особливостями емоційних реакцій дітей та переважними модальностями настрою виявило деякі розбіжності в представленості симптомокомплексів, що їх представляли в обох групах досліджуваних. Так, недиференційованість емоційних реакцій, низький рівень емоційного відгуку на стимуляції значно частіше демонстрували діти 2-ї групи (11,54% і 38,88%; 11,54% і 42,59% відповідно). Серед них імовірно частіше спостерігалися скигнення і переважно поганий настрій (6,41% і 37,04%;

11,54% і 24,07% відповідно в обох групах). Ці розлади були віднесені до – «низькореактивного» типу розладів регуляції з підтипом «запобігаючі діти, що важко залучаються». Між тим серед досліджуваних в обох групах, але переважно в 1-й, зустрічалися випадки порушень настрою у вигляді підвищеної дратівливості, схильності до афективних реакцій, частого занепокоєння (35,9% і 18,52%; 30,77% і 18,52%; 44,87% і 31,48% відповідно в обох групах). Діти багато безутішно плакали, кричали без наявності будь-якого соматичного дискомфорту (17,95% і 9,26%; 17,95% і 7,4% відповідно). Лабільність настрою поза часом сну та ввечері, перед засинанням частіше демонстрували діти 1-ї групи (33,33% і 11,11%; 25,64% і 12,96% відповідно). Капризність зустрічалася без суттєвої різниці в обох групах. Крім того, звертало на себе увагу те, що вдвічі частіше серед дітей 2-ї групи зберігався страх стороннього дорослого пролонгований поза строки нормативного прояву, а також байдужість до уходу і відсутність реакції радості у відповідь на повернення матері в якості важливих діагностичних проявів порушень прив'язаності (26,92% і 57,4%; 12,82% і 22,22% ; 15,38% і 7,4% відповідно в обох групах). Такі розлади емоційної сфери і настрою були віднесені до розладів афекту в зв'язку з тим, що вони демонстрували підвищену чутливість дітей з перинатальним ушкодженням мозку на зовнішні подразники, які в звичайних обставинах можуть долатися без значних психопатологічних симптомів. До таких зовнішніх провокуючих обставин було віднесено відсутність з боку батьків сформованих ритуалів при спілкуванні із дітьми, соціальних жестів, що супроводжують зустрічі і розставання (26,92% і 22,22% спостережень відповідно), а також ситуацій сепарації із матір'ю протягом першого року життя, пов'язаних із поверненням її до роботи, навчання, госпіталізації тощо, залучення до нагляду за дитиною сторонніх дорослих (29,49% і 50% досліджуваних відповідно). Було з'ясовано, що у 14,1% випадків в сім'ях дітей 1-ї групи досліджуваних були прийняті «фізичні засоби виховання».

Під час нагляду за поведінкою дітей були виділені патерни, які характеризували їх здібності щодо адаптації до змін і розширення кола зовнішніх подразників. Розлади пристосування до змін демонструвало 37,18% і 64,81% досліджуваних обох груп. При цьому 44,87% і 50% дітей відповідно в обох групах довго озиралися, проявляли тривогу і зниження моторної активності. Такі прояви дозволили віднести їх до

гіперсенситивного типу регуляторних розладів, у занадто обережних і боягузливих дітей. Без суттєвої різниці в обох групах (11,54% і 12,96% відповідно) спостерігалися діаметрально протилежні прояви порушень адаптації – діти довго кричали, були збудженими і не реагували на будь-які засоби заспокоєння протягом довгого часу, втішалися тільки, коли їх брала на руки і обіймала матір, «ховаючи» від сторонніх. Такі прояви були ідентифіковані за рубриками як гіперсенситивний тип регуляторних розладів категорії «негативних і неслухняних».

Деякі діти демонстрували якості поведінки, які за своїми характеристиками відповідали категорії моторно дезорганізованих і імпульсивних. Ці діти поряд з низькою реактивністю, нестійкістю уваги і здібності до зосередження проявляли хаотичну рухову активність, хапали іграшки, оточуючі предмети, закривали-відкривали двері і шухляди, стукали ними, не зупинялись ані на хвилину, не реагували на спроби до заспокоєння або запрошення до взаємодії (20,51% і 33,33% відповідно в обох групах досліджуваних).

При наявності особливостей поведінки і розладах регуляції діти із затримкою нервово-психічного розвитку організували свої ресурси до розвитку і пристосування. Якість реалізації дитиною своїх здібностей була представлена у інтегральному показнику – рівні функціональної організації поведінки (РФОП). Серед досліджуваних 1-ї групи високий РФОП спостерігався у 48,72% випадків, середній – у 34,61%, низький – у 16,66% дітей. У 2-й групі лише 9,26% дітей мали високий РФОП, половина з них (51,85%) демонструвала середній і 38,88% - низький рівень досягнень.

Таким чином, узагальнюючи результати дослідження, можна вважати, що діти із перинаталь-

ним ураженням нервової системи мають різноманітні прояви психопатологічних відхилень, які відповідають діагностичним рубрикам 1 осі (вісь основного діагнозу) Diagnostic Classification 0-3. Серед дітей досліджуваних груп ми не спостерігали тривожних розладів немовлячого і раннього дитинства, посттравматичних розладів, деприваційного реактивного порушення прив'язаності тощо. Було з'ясовано, що діти 1-ї групи досліджуваних демонстрували прояви розладів адаптації, але імовірно частіше відповідали першому типу регуляторних розладів – «гіперсенситивних», категорії «негативних і неслухняних». Крім того, для цієї когорти більш характерними були розлади афекту. В цілому, серед них імовірно частіше спостерігався високий рівень функціональної організації поведінки.

Діти з тяжким неврологічним дефіцитом із значними моторними порушеннями імовірно частіше відповідали підтипу «занадто обережних і боягузливих» «гіперсенситивних» в діагностичній рубриці «регуляторні розлади», другому типу регуляторних розладів – «низькорективних», «запобігаючих дітей, що важко залучаються», а також категорії моторно дезорганізованих і імпульсивних. Серед них імовірно частіше спостерігався низький рівень функціональної організації поведінки.

Підхід до діагностики психопатологічних порушень у ранньому віці, що був використаний в роботі, надає можливість формування єдиного діагностичного алгоритму психічних розладів, ідентифікації на сучасному рівні етіопатогенетичних факторів у ранній дитячій психопатології, а також створює підґрунтя для диференційованих програм втручання і супроводу дітей з порушеннями розвитку і сімей, що їх виховують.

Н.Г. Михановская

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ 1,5-3-Х ЛЕТ ЖИЗНИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г.Харьков

В работе представлены результаты собственных исследований относительно проявлений и структуры психопатологических нарушений у детей 1,5-3-х лет жизни с перинатальным поражением нервной системы. Обследовано 132 ребенка, выделены паттерны поведенческих нарушений, расстройств организации, регуляции и адаптации, идентифицированные в соответствии с рубриками Международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 60-64).

THE CLINICOPSYCHOPATOLOGICAL STRUCTURE OF PSYCHIC DISORDERS IN CHILDREN, AGED 1,5 TO 3 YRS, WITH THE NERVOUS SYSTEM PERINATAL DAMAGE

SE “Institute for children and adolescents health care, affiliated to the AMS of Ukraine”, Kharkiv

The results of a study concerning manifestations and structure of psychopathological disorders in children, aged 1,5 – 3 yrs, with the nervous system perinatal damage are presented in the article. In 132 examined children there were distinguished some patterns of behavioural disorders and disturbances in organization, regulation and adaptation, which were classified according to the headlines of the International Classification of Diseases (ICD) of mental health disorders in early childhood. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 60-64).

Литература

1. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. – 8-е междунар. изд. – СПб.: Питер, 2002.- 640 с.: ил.- (Серия «Мастера психологии»).

2. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs 2000 14th Street North, Suit 380, Arlington, VA 22201 –2500, Library of Congress Catalog Card Number 94 – 061486.

3. О международной диагностической классификации нарушений психического здоровья в первые годы жизни (часть 1)/Г.В. Скобло, М.А.Белянчикова/ Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков» (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин).- №2, Москва.- 2002.- С.45-51.

Поступила в редакцию 16.11.2009

УДК 616.89-008.441.1-07.08

*А.І. Герасименко***УЯВЛЕННЯ ПРО ТРИВОЖНО-ФОБІЧНІ РОЗЛАДИ З ТОЧКИ ЗОРУ СУЧАСНИХ
КЛАСИФІКАЦІЙНИХ СИСТЕМ**

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1

Ключові слова: тривожно-фобічні розлади, фобії, тривога, DSM-IV, МКХ-10

Останні десятиліття сучасного розвитку суспільства характеризуються значним поширенням межових психічних розладів [11, 16, 18, 26, 31]. У структурі цих розладів значну питому вагу становлять невротичні фобії [13, 23, 25, 29, 32]. За даними різних авторів ці цифри складають від 15% до 44% [4, 6, 7, 19, 24, 36, 37, 39, 44]. У загальній популяції тривожно-фобічні розлади (ТФР) невротичного кола, за даними Б.Д. Карвасарського (1990), зустрічаються у 8 - 9% населення. А D.Goldberg, S.Benjamin, F.Greed (1993) наводять дані- 3 - 6% , а за інформацією R. Noyes та співавт. (1980), на тривожно-фобічні розлади страждають 5 % людей [7, 40, 43]. При цьому більшість пацієнтів спостерігаються в загальномедичній мережі, де показник їхньої розповсюдженості досягає 11,9 % [29, 38, 42, 45].

Одночасно зростає кількість невротичних фобій резистентних до терапії, з затяжним типом перебігу, ускладнених вегетативними проявами та схильних до рецидивування. Все це призводить до значного порушення індивідуального життя хворого як в соціальному, так і у професійному планах, до тимчасової та стійкої втрати працездатності у даного контингенту хворих, а також до великих економічних затрат [1, 7, 14, 35].

Не дивлячись на велику кількість досліджень подальшого вивчення потребують деякі аспекти психопатології, динаміки та виходів ТФР, коморбідні прояви, механізми етіопатогенезу та преморбідні особистісні характеристики хворих на тривожно-фобічні розлади з інтеграцією результатів цих досліджень в існуючі класифікаційні системи [10, 20].

Термін «фобії» застосовував ще Гіппократ: саме слово «фобія» походить від грецького «фобос», що означає панічний страх, жахіття. Нав'язливий страх смерті був описаний на початку XVII в. [Burton R., 1621]. В медичних журналах XVIII сторіччя були представлені відомості про гострі напади тривоги і страху з кардіологі-

чними і дихальними симптомами. Для їхнього опису використовувалися такі терміни, як «солдатське серце», «нейроциркуляторна неврастенія», «гіпервентиляційний синдром» і багато інших. Детальний опис одного з видів фобій (агорафобії) К. Вестфалем [Westphal C, 1871] в 1871 році поклав початок детальному їх вивченню в психіатричній клініці, особливо в клініці неврозів. Він вказав, що фобії спливають у свідомості людини мимо її волі при незачепленому в інших стосунках інтелекті і не можуть бути довільно «вигнані» зі свідомості. Westphal гадав, що в основі нав'язливих страхів лежить розлад мислення, у той час як Morel причиною їх вважав порушення емоцій.

Лише на стику XIX-XX вв. (1895-1903) завдяки дослідженням учнів J. Charcot Z. Freud і P. Janet, що виходили з різних теоретичних установок, були початі спроби об'єднання тривожно-фобічних розладів у самостійне захворювання тривожний невроз (Z. Freud), психастенію (P. Janet). Зараз термін P. Janet «психастенія» вживається в основному для позначення одного з типів конституціональних психопатій. Трохи пізніше P. Janet (1911) об'єднав агорафобію, клаустрофобію, транспортні фобії терміном «фобії положення». Автором було висунуте уявлення про бінарну структуру фобій, що включає поряд зі страхом певних ситуацій симптомокомплекси, що відображають реакцію хворого на цей феномен. [7, 29, 32].

В 1914 році Г.С. Хол /Hall G.S./ представив список з 135 видів фобій [42]. У сучасному американському словнику медичних термінів їх налічується вже понад 400.

Широке використання психіатрами терміну « фобія » при описі страху певних предметів, станів і явищ відноситься до другої половини XIX століття, а саме поняття трактується досить різноманітно. Так, О.В. Кербиков (1971) дає досить коротке визначення: «Фобія є нав'язливий страх» [8]. А.В.Снежневський (1968) визначає

фобії як «нав'язливий страх, що відрізняється інтенсивністю й непереборністю, незважаючи на його безглуздість та зусилля його здолати» [30]. С.М.Давиденков (1963) розглядає фобії як «випадково пережиті хворим життєві побоювання, які непропорційно розролись до ступеня важкого патологічного симптому» [3]. Б.Д.Карвасарський (1990) дає наступне визначення: «Фобія - це нав'язливе переживання страху із чіткою фабулою, що загострюється в певних ситуаціях при збереженні достатньої критики до свого стану» [7]. М.В.Коркіна (1995) розуміє фобії як «дуже болісне переживання страху, який викликається різними предметами та явищами» [9]. За А.М.-Свядошем (1997), «фобія - це страх, пов'язаний з певною ситуацією або групою уявлень і не виникаючий за їх відсутності» [28]. Оригінальне визначення фобій зустрічається у Н.І.Kaplan і В.І.Sadock (1994): «фобія являє собою настирливо існуючий ірраціональний страх, у результаті якого має місце усвідомлене уникання специфічного, викликаючого страх об'єкта, діяльності або ситуації» [5].

Підходи до класифікації фобічних розладів з моменту становлення сучасного етапу психіатричної науки теж досить розмаїті. Різні автори використовують індивідуальні базові критерії та алгоритми щодо систематики та класифікації цих розладів. Нижче наведені основні з них.

Класифікація по фабулі нав'язливого страху:

1. Страх простору й переміщення в ньому:

- агорафобія (страх відкритих великих просторів, наприклад, широких площ, вулиць, полів);
- клаустрофобія (страх замкнутих просторів: ліфт, вузькі вулиці, замкнені кімнати);
- гіпсофобія (страх висоти);
- страх глибини;
- страх поїздок у транспорті.

2. Соціофобії (страхи, пов'язані зі знаходженням у суспільстві інших людей):

- петтофобія (страх суспільства);
- страх публічних виступів;
- страх перед іспитами;
- ерейтофобія (страх почервоніти в значимій для хворого ситуації);
- страх через неможливість здійснити яку-небудь дію в присутності сторонніх (проковтнути їжу, помочитися, ін.);
- страх відвідування громадських туалетів;
- страх блювоти (гикавки), яка мимоволі виникає у суспільстві;
- антропофобія (страх юрби, страх задихнутися в ній, унеможливлення з неї вибратися);
- монофобія (острах самотності).

3. Нозофобії (страх занедужати яким -небудь захворюванням):

- кардіофобія (страх за стан свого серця);
 - інфарктофобія (страх занедужати інфарктом міокарда);
 - страх занедужати сказом, сапом та іншими інфекційними захворюваннями;
 - лісофобія (страх божевілля);
 - сифілофобія (страх заразитися сифілісом);
 - канцерофобія (страх занедужати раком).
4. Страх за здоров'я близьких..
5. Танатофобія (нав'язливий страх смерті).
6. Сексуальні страхи:

- страх перед неможливістю здійснити статевий акт;
- онанофобія (острах уявних наслідків онанізму);
- страх втрати ерекції;
- страх передчасної еякуляції;
- страх неможливості переживання оргазму при статевому акті;
- страх вагітності;
- страх болі при статевих зносинах..

7. Обсесивно - компульсивні страхи:

- мізофобія (страх забруднення);
- страх вчинити самогубство (наприклад, викинутися з вікна, кинутися у воду з мосту, нанести собі поранення гострим предметом);
- страх нанесення каліцтва своїм близьким (наприклад, побити свою дитину, убити свого родича);
- айхмофобія, оксифобія - страх гострих предметів (страх поранити ножом, сокирою або іншим гострим предметом себе або своїх близьких).

8. «Контрастні» нав'язливі стани (страх зробити вчинок, що суперечить морально - етичним установкам особистості):

- страх голосно вимовити нецензурні слова в суспільстві у вихованої людини;
- страх «зробити щось непристойне, брудне» у священика під час богослужіння й ін.

9. Нав'язливий страх тварин (змій, павуків, тарганів, мишей, пацюків, собак і ін.):

10. Пантофобія - генералізований нав'язливий страх.

11. Фобофобії (страх повторення нападу на в'язливого страху, «страх страху»).

Класифікація по кількості об'єктів нав'язливого страху:

- монофобії (виявляється один об'єкт страху, наприклад, страх темряви);
- поліфобії (є кілька об'єктів страху, наприклад, нав'язливий страх павуків, мишей і страх

божевілля).

Класифікація за часом виникнення нав'язливих страхів:

-первинні (наприклад, страх їзди на автобусах);

-вторинні (приєднання страху їзди на тролейбусах, трамваях, машинах, фобофобії).

Класифікація за ознакою «спрямованості» нав'язливих страхів:

-фобії «зовнішнього стимулу» (причина страху перебуває в зовнішньому середовищі (наприклад, страх простору й переміщення в ньому, соціофобії);

-фобії «внутрішнього стимулу» (причина страху перебуває в самому хворому; наприклад, нозофобії, страх самогубства, танатофобія).

«Прямі» страхи й страхи наслідків:

- «прямі» страхи мають на увазі острах конкретного об'єкта або ситуації (агорафобія, нав'язливий страх павуків, ерейтофобія й ін.);

-страхи наслідків ситуації (наприклад, онанофобія являє собою страх перед уявними негативними, хворобливими наслідками мастурбації).

Класифікація по генезу нав'язливих страхів:

- «елементарні фобії» - виникають безпосередньо за дією надсильного подразника, який їх викликав, коли причина їх виникнення очевидна, хворі усвідомлюють те, що викликало їхнє захворювання. Сюди відносяться, наприклад, страх їзди на залізниці, що розвинувся після залізничної катастрофи, острах собак у дітей, наляканих або покусаних собаками, страх гоїдатися на гоїдалці після падіння з неї та ін.;

- «криптогенні фобії» (від грець. «kriptos» - прихований) – виникають, на перший погляд, без зовнішнього приводу, причина їх виникнення прихована і не усвідомлюється хворим. Амнезія психічної травми, що викликала нав'язливий страх, частіше спостерігається при істеричному неврозі. При неврозі нав'язливих станів і неврастенії в багатьох випадках справа не в тому, що хворі не пам'ятають психотравмуючої ситуації, а в тому, що вони не можуть установити зв'язки між цією подією й нав'язливим страхом..

Класифікація по спрямованості домінуючого впливу на певний рівень структури особистості: -біологічні (страхи, безпосередньо пов'язані із загрозою життю або здоров'ю людини); -соціальні (острахи й побоювання за зміну свого соціального статусу); -екзистенціальні (страхи, пов'язані із глибинною сутністю людини й характерні для всіх людей незалежно від конкрет-

них ситуацій).

Класифікація, яка враховує розвиток (гострий, підгострий), протікання (хвилеподібне, хронічне) та наслідки (зворотній розвиток, одужання, ускладнення симптоматики) фобічних проявів [7, 14, 27, 28, 33].

У Міжнародній класифікації психічних хвороб фобії отримали окремий діагностичний знак в 1947 році, у номенклатурі американської психіатричної асоціації - в 1952 році..

В Міжнародній класифікації хвороб 9-го перегляду, яка була опублікована ВООЗ у 1977 р., виділяли невроз тривоги (300.0) та фобії невротичні (300.2).

Сучасні уявлення про тривожно-фобічні розлади викладені в МКХ-10 та DSM-IV [15, 34]. МКХ-10 об'єднує всі фобічні розлади (агорафобія, соціальні фобії, специфічні фобії) в одну групу (F 40) [41], для якої характерні наступні загальні ознаки:

А. Стани тривоги, обумовлені виключно або переважно певними ситуаціями або об'єктами (зовнішніми по відношенню до пацієнта), які в цей момент не становлять об'єктивної загрози.

В. Фобічні ситуації звичайно уникаються або переносяться з почуттям страху.

С. Суб'єктивно, фізіологічно, поведінково фобічна тривога не відрізняється від інших типів тривоги й може варіювати від легкого занепокоєння до жаху.

Д. Характерна концентрація пацієнтів на індивідуальних симптомах з розвитком вторинних страхів (смерті, втрати самоконтролю, божевілля).

Е. Тривога не знижується від усвідомлення того, що інші люди не вважають дану ситуацію небезпечною.

Ф. Характерна тривога очікування потрапити в ситуацію, яка визиває страх [15].

До т.з. інших тривожних розладів (F 41) належать панічний розлад, генералізований тривожний розлад, а також змішаний тривожно-депресивний розлад. Характерним для них є те, що прояви тривоги являються головними симптомами і не обмежуються особливою ситуацією. Також можуть бути присутні депресивні та обсесивні симптоми й навіть деякі елементи фобічної тривоги, але вони є чітко вторинними і менш тяжкими.

Агорафобія (F40.0). Під агорафобією розуміється страх перед такими місцями або ситуаціями або їх уникання, втеча з яких у випадку виникнення сильних, схожих з панічними симптомів, що викликають у тому числі й почуття

незручності, була б утруднена й у яких не може бути надана допомога. У МКХ-10 проводиться диференціація між агорафобією з панічними розладами (F40.00) та без них (F40.01). В DSM-IV, навпаки, комбінація діагнозів «агорафобія» і «панічний розлад» звучить як «панічний розлад з агорафобією».

Соціальні фобії (F40.1). Під соціальними фобіями розуміються клінічно значимі, послідовні тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням із соціальними ситуаціями або ситуаціями, у яких оцінюється успішність і які ведуть, як правило, до уникаючої поведінки.

Специфічні фобії (F40.2). Як специфічні фобії визначаються послідовно виникаючі, клінічно значимі тривожні реакції, які викликаються фактичним або передбачуваним зіткненням з певним загрозливим об'єктом або певною ситуацією і найчастіше призводять до уникаючої поведінки. Особи зі специфічними фобіями звичайно усвідомлюють їхню неадекватність.

Панічні атаки. Панічні атаки хоча й не мають власного кодування, все-таки мають велике значення для диференціальної діагностики, являючись основним психопатологічним синдромом, і тому докладно розглядаються в DSM-IV [21].

Панічною атакою називають фіксований часовий проміжок, під час якого раптово з'являється сильна й всепоглинаюча тривога, побоювання або переляк, найчастіше супроводжувані почуттям нещастя, що швидко насувається. Під час цих атак виникають такі симптоми, як задишка, прискорене серцебиття, болі в грудях або фізичний дискомфорт, почуття задухи, страх збожеволіти або втратити над собою контроль [21, 34].

Панічні розлади (F41.0). Основна ознака панічних розладів це несподівані й не пояснені для самого індивіда панічні атаки, що повторюються. З панічними атаками пов'язане виникаюче згодом тривале почуття заклопотаності тим, що атака може повторитися й викликати неприємні наслідки. Люди, що страждають такими нападами тривоги, найчастіше не можуть собі пояснити їхні причини, оскільки такі атаки не завжди пов'язані з певними ситуаціями. Без послідовного лікування майже неминуче розвивається уникаюча поведінка, в результаті якої люди обмежують свій стиль життя й оминають ті місця і ситуації, у яких може початися новий напад тривоги.

Генералізований тривожний розлад (F41.1). Генералізований тривожний розлад характеризується перебільшеними й не адекватними ре-

альності страхами та занепокоєністю, які тривають протягом кількох місяців (за DSM-IV-наймні 6 місяців). Як правило, вони пов'язані з повсякденними ситуаціями і проблемами. При цьому виникає характерний кластер м'язових, вегетативних та когнітивних симптомів.

Змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2). Ця змішана категорія використовується, коли присутні симптоми як тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші окремо не є чітко домінуючими або вираженими настільки, щоб виправдати діагноз. Мають місце деякі вегетативні симптоми (такі як тремор, серцебиття, сухість у роті, бурління в животі та ін.), навіть якщо вони непостійні. Пацієнти з такою сумішшю порівняно легких симптомів часто спостерігаються при первинному зверненні, але їх набагато більше існує в населенні, яке не потрапляє під увагу медиків [12, 15, 21].

Найважливішою умовою класифікації тривожно-фобічних розладів є, з одного боку, найбільш тонка диференціація тривоги як первинної емоції з її афективними, фізичними й когнітивними компонентами, тривожності як властивості особистості та диференціальна діагностика різних форм патологічної тривоги, а з іншого боку, проведення грані між патологічною тривоگوю й іншими видами психічних розладів [2, 21, 32]. Основними ознаками патологічної тривоги є наступні: 1) тривожна реакція та уникаюча поведінка переживаються людьми, що страждають цим захворюванням, як необґрунтовані, неадекватно сильні й занадто часто виникаючі, 2) хворі починають уникати ситуацій, що викликають тривогу, і втрачають контроль над тривоگوю, 3) тривожні реакції виникають послідовно й тривають довше звичайного, 4) тривога призводить до порушення якості життя.

Відмежування нормальної тривоги й тривожності від різних форм патологічної тривоги в останні роки стало проводити значно легше завдяки введенню чітких діагностичних критеріїв і алгоритмів постановки діагнозу. Для цих цілей зараз у всьому світі використовують дві класифікаційні системи, тепер добре погоджені одна з одною і зручні для вирішення як дослідницьких, так і практичних завдань, МКХ-10 ВООЗ (World Health Organization, 1992), доповнену однозначно сформульованими діагностичними критеріями дослідження (World Health Organization, 1993), і четверту версію DSM Американської психіатричної асоціації (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994, 1996), що містить значно більш диференційовані, ніж у

МКХ, ознаки розладів.(АРА) Табл. 1. дає уявлення про структуру класифікації цих систем

стосовно тривожних розладів та про деякі розходження між ними [21].

Таблиця 1

Класифікація тривожних розладів за МКХ-10 і DSM-IV

Класифікація МКХ-10	Класифікація DSM-IV	Основні відмінності
F4 Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	Тривожні розлади	В DSM-IV всі розглянуті захворювання, за винятком поміщених у дужках, класифікуються як тривожні розлади
F40 Тривожно-фобічні розлади		
F40.0 Агорафобія		
.00 без панічного розладу	Агорафобія без панічного розладу	В DSM-IV дані більш докладні критерії й більше вказівок для диференціальної діагностики
.01 з панічним розладом	Панічний розлад з агорафобією	
F40.1 Соціальні фобії	Соціальна фобія	В DSM-IV виділено більше підтипів, особливо для фобій
F40.2 Специфічні (ізолювані фобії)	Специфічна фобія	
F40.8 Інші фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F40.9 Неуточнені фобічні розлади	Неуточнений тривожний розлад	
F41 Інші тривожні розлади		
F41.0 Панічний розлад .00 середньої важкості .01 важкий	Панічний розлад без агорафобії	Якщо розлад задовольняє критеріям як агорафобії, так і панічного розладу, то симптоматична картина класифікується в МКХ-10 як агорафобія, а в DSM як панічний розлад
F41.1 Генералізований тривожний розлад	Генералізований тривожний розлад (змішаний тривожний і депресивний розлад)	
F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад		
F41.3 Інші змішані тривожні розлади		
F41.8 Інші уточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F41.9 Неуточнені тривожні розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42 Нав'язливі розлади		
F42.0 Нав'язливі думки або міркування	Нав'язливий розлад	В DSM розлад далі не класифікується замість цього виділяються підтипи по здатності до інсайту
F42.1 Нав'язливі дії або ритуали		
F42.2 Змішані нав'язливі думки й дії		
F42.8 Інші нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F42.9 Неуточнені нав'язливі розлади	Неуточнені тривожні розлади	
F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації		
F43.0 Гостра реакція на стрес	Гострий стресовий розлад	Порушення адаптації утворюють в DSM окрему групу розладів, що не входить у тривожні розлади
F43.1 Посттравматичний стресовий розлад	Посттравматичний стресовий розлад (порушення адаптації)	
F43.2 Порушення адаптації		
F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес		В DSM тільки одна резидуальна категорія «неуточнений тривожний розлад»
F43.9 Неуточнені реакції на тяжкий стрес		

В обох класифікаційних системах як у МКХ-10, так і в DSM-IV підкреслюється необхідність розглядати специфічні тривожні розлади більш диференційовано, ніж це було в минулому, причому залучаючи не тільки актуальні дані, але й

інформацію про все життя пацієнта в цілому. Якщо це необхідно, повинні бути поставлені кілька діагнозів з розділу тривожних розладів, а також і діагнози з інших груп розладів (= коморбідність). При цьому варто враховувати дані

сучасних наукових досліджень, які показали, що фобічні розлади, які рано почалися (наприклад, у дитячому віці), можуть передувати іншим психічним розладам і впливати на їхній перебіг, що, природно, повинно враховуватися й при виборі належної стратегії лікування [17, 22, 35]. Обидві системи використовують скоріше описовий феноменологічний підхід. При цьому для кожного розладу детально описуються або встановлюються ті ознаки, які повинні бути присутніми, щоб міг бути поставлений той або інший діагноз. Традиційні етіологічні моделі, наприклад концепція неврозів, пішли в минуле.

Розкладання колишніх широких категорій «неврози тривоги» та «фобії» (у МКХ-9 у розділі, відведеному для неврозів (розділ 300) виділялися: 300.0 -невроз тривоги (страху); 300.2 - фобії невротичні) на різні конкретні діагнози ґрунтується на різноманітних даних теоретичних і прикладних досліджень, які, наприклад, довели, що генералізований тривожний розлад і панічний розлад (колись поєднувані під кодом 300.0 «невроз тривоги») необхідно розглядати як окремі діагнози внаслідок їхніх принципових розходжень в етіології, патогенезі, прогнозі й показань до терапії.

В якості деяких релевантних розходжень між МКХ-10 і DSM-IV необхідно назвати наступні:

1) DSM-IV розглядає тривожні розлади значно ширше, ніж МКХ-10, оскільки включає в цей розділ нав'язливі розлади, посттравматичні стресові розлади і тривожні розлади в дитячому й підлітковому віці.

2) У МКХ-10 агорафобія ієрархічно розташована вище, ніж панічні розлади. На практиці це означає, що по DSM-IV частіше ставлять діагноз «панічний розлад», а по МКХ-10 «агорафобія з панічним розладом».

3) По МКХ-10 діагноз «генералізований тривожний розлад» ставиться відповідно до довгого списку з 22 симптомів; розлад повинен задовольняти мінімум 4 критеріям, мінімум один із яких повинен бути вегетативним. Система DSM-IV вимагає для постановки діагнозу задоволення від трьох до шести симптомів. Імовірно тому такі діагнози частіше ставляться по МКХ-10, ніж по DSM-IV.

4) На відміну від DSM-IV, МКХ-10 відмовляється від специфічних психосоціальних критеріїв розмежування і замість цього найчастіше пропонує невизначене формулювання розладу як «клінічно значимого».

5) МКХ-10 особливо виділяє різні, не строго чіткі змішані діагнози (наприклад, змішаний

тривожний і депресивний розлад), які в DSM-IV приводяться тільки як критерії дослідження. Тут пропонується діагностувати стани, які ніколи протягом життя хворого не відповідали всім критеріям специфічного тривожного розладу або депресії, але є клінічно значимими.

6) DSM-IV підкреслює значення тривожних синдромів, обумовлених органічними порушеннями або вживанням психоактивних речовин, і надає більше простору для диференціальної діагностики тривожних розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин або пов'язаних із соматичною хворобою, ніж МКХ-10 [21].

Кожний тривожний розлад операціоналізується в обох класифікаційних системах за допомогою відносно однозначно описаних критеріїв і діагностичних алгоритмів.

Безперечно прогресивними та передовими в порівнянні з попередніми класифікаційними системами тривожно-фобічних розладів є досягнення і нововведення МКХ-10 та DSM-IV у вигляді високої стандартизації та уніфікації клінічної діагностики, зрозумілих і валідних діагностичних критеріїв психічних розладів, багатоосової системи діагностики, що значно допомагає в практичній, дослідницькій та статистичній роботі [20]. Разом з тим, подальшої інтеграції в розвиток сучасних класифікаційних систем, на наш погляд, потребують деякі аспекти етіопатогенетичних механізмів виникнення фобій, структурно-динамічних особливостей прояву захворювання (дебют, перебіг, наслідки). Насьогодні нагальними питаннями щодо ТФР є: розробка клініко-психопатологічних маркерів прогнозу, орієнтованих на нозологічну і типологічну диференціацію фобій, пошуки шляхів адекватної організації лікувально-реабілітаційного процесу, побудованного на функціонально-структурних підходах, урахування принципів системогенезу при проведенні психо- і фармакотерапевтичних, а також соціально-реабілітаційних заходах.

Подібно до того, як нема єдиного розуміння етіопатогенезу тривожно-фобічних розладів в цілому, на нинішній день немає і єдиних та чітких клініко-діагностичних критеріїв для підтипів і варіантів цих розладів, відсутня узгодженість наукової спільноти відносно предикторів ТФР, неоднозначні та неузагальнені погляди щодо кореляції з коморбідною патологією. Ці питання потребують подальшого дослідження та інтеграції в нинішні класифікаційні системи.

Вищезазначене і обумовлює актуальність дослідження.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ СИСТЕМ

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1

В статье изложены представления о тревожно-фобических расстройствах с точки зрения современных классификационных систем: DSM-IV и МКБ-10. Показана общность базисного построения обеих систем касательно тревожных расстройств, их скоординированность в виде относительно однозначно описанных критериев и диагностических алгоритмов. Также представлены некоторые релевантные различия между ними. Освещен историко-терминологический аспект учения о фобиях. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 65-72).

A.I. Gerasimenko

IMAGINARY ANXIOUS PHOBIA DISORDERS FROM THE POINT OF VIEW OF MODERN CLASSIFICATION SYSTEMS

Municipal clinical psychoneurological hospital of Kyiv № 1

The article editorializes the overview about anxious phobia disorders from the point of view of modern classification systems: DSM-IV and ICD-X. It shows commonality of basic formation between two systems concerning anxious phobia disorders, and their coherence in it's kind with regard to unambiguously described criterias and diagnostic algorithms. The article also introduces some germane differences between them. Historically-terminological aspect of learning about phobias is also highlighted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 65-72).

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1993. - 400 с.
2. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А. Абессоновой, Д. Полтавца. Киев: Сфера, 1999. 304 с.
3. Давиденков С.Н. Неврозы. Л.: Медгиз, 1963. — 269 с.
4. Дмитриева Л. Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1996. - 24 с.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. В 2т. -М.: Медицина, 1994. - 672 с.
6. Карандашева Э. А. Фобический синдром при неврозах (клинико-психологический, биохимический аспекты и лечение): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1976. - 23 с.
7. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1990. - 448с.
8. Кербиков О.В. Избранные труды. - М.: Медицина. - 1971. - 312 с.
9. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. К 66 Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1995. 608 с.
10. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / Під ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачникова, О. К. Напресенка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. Харків, 2003. Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.
11. Кузнецов В. М. Психіатрична допомога дитячому і підлітковому населенню України // Історія Сабурової дачі. Успехи психіатрії, неврології, нейрохірургії та психології і наркології: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харьков, 1996. Т. 3. С. 238-239.
12. Кутько І.І., Напресенко О.К., Козидубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напресенка. - К.: Здоров'я, 2001. - С. 353-372.
13. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности (клиника и лечение).- М.: Медицина, 1994.- 192 с.
14. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза // Арх. психіатрії.- 2003.- Т.9, N.4.- С.35-40.
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клас-сификация психических и поведенческих расстройств (клинико-ские описания и указания по диагностике).- ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994.- 304 с.
16. Михайлов Б. В., Табачников С. І., Марута Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. І. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні // Українській медичний альманах. 2004. Т. 7, № 4. С. 99-102.
17. Мишиев В.Д. Дифференциальная психофармакотерапия депрессивных состояний различной этиологии. Журн психиат и мед психол 1998; 1: 78-87.
18. Мишиев В.Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 207 с.
19. Мосолов С. Н., Калинин В. В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А. Б. Смулевича. М., 1998. С. 217-228.
20. Напресенко О.К., Логановский К.М. Сучасні психіатричні класифікації: спроба об'єднання // Укр. мед. часопис. - 2002. - № 2.- С.5-12
21. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем.- СПб.: Питер, 2006.- 1312 с.
22. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2002. № 1. С. 118-124.
23. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. Руководство для врачей. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.
24. Полиенко Ю.Н. Респираторно-ориентированная психотерапия в лечении невротических фобий: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - К., 2001. - 20 с.
25. Портнов А. А., Федотов Д.Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии.- М., 1957.- 125 с.
26. Психіатрія / О.К. Напресенко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін. За ред. проф. О.К.Напресенка. – К.: Здоров'я, 2001.- 584 с.
27. Ревенко О.А., Жабокрицький С.В. Характеристика фобій в осіб, які перенесли гостру променевою хворобу // Арх. Психіатрії.- 2000.- №1-2(20-21). – С. 22- 27.
28. Свядоц А. М. Неврозы: Руководство для врачей. - СПб.: Речь, 1997. - 356 с.
29. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения. - М.: Проспект, 2001. – 264 с.
30. Снежневский А. В. Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А. Психиатрия. 2-е изд. М.: Медицина, 1968. 448 с.
31. Табачников С. І., Михайлов Б. В., Марута Н. О. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні // Форум психіатрії та психотерапії. 2004. Т. 5, спец. випуск. С. 34-40.
32. Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика : Монография. - Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005. - 348с.
33. Ю.В. Щербатых. Проблемы классификации экзистенциальных страхов личности // Нац. проекты как фактор созидания современной России: Сб. научн. трудов регион. межвуз. научн. конф. Воронеж: ВФ МГЭИ, 2006. С. 176-178.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
35. Bloch, S. An Introduction to the Psychotherapies. 3rded. Oxford University Press, 1996.
36. de Beurs E, van Balkom AJ, Lange A, et al. Treatment pf panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of

exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry*. 1995;152:683-691.

37. Eaton, W.W. (1995) Progress in the epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiologic Reviews*, 17,32-38.

38. Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., & Magee, W.J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151:413-420.

39. Emmelkamp, P. M. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders. New York: Plenum Press.

40. Goldberg D., Benjamin S., Greed F. *Psychiatry in medical practice*. 1994.

41. Magee, William J.; Eaton, William W.; Wittchen, Hans-Ulrich; McGonagle, Katherine, and Kessler, Ronald (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey.

Arch Gen Psychiatry. 53159-168

42. Marks I. M., Gelder. M. A Controlled Retrospective Study of Behavior Therapy of Phobic Patients // *Brit. J. Psychiat.* - 1965. - V. 111. - P. 561.

43. Noyes R. Jr., Clancy J., Hoenk P. R., Slimen D. J. (1980) The prognosis of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 173 – 178.

44. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord* 1996; 10: 219–42.

45. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153:213-218.

Поступила в редакцию 11.12.2009

УДК: 616.28-008.14:616.89-008.1]-036.1

И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов, А.Е. Николенко, Т.Й. Шустерман, Д.А. Бобовников, А.М. Дьячук

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Днепропетровская медицинская академия

Ключевые слова: органические психические расстройства, нейросенсорная тугоухость, клиника, патопсихологические особенности

В Украине последние годы характеризуются значительным ростом количества лиц социально и соматически детерминированных непсихическими расстройствами, как у взрослого населения, так и у детей [1, 2, 3]. В то же время, отмечается постепенное нарастание количества лиц, страдающих хроническими заболеваниями и поражениями органа слуха, причем 65-93% из них страдают хронической нейросенсорной тугоухостью (ХНСТ), при которой терапевтические мероприятия по восстановлению и нормализации слуховой функции малоэффективны [4, 5]. Важной особенностью пациентов с ХНСТ является полиморфизм клинических проявлений, обусловленный различиями этиологии заболевания, степенью слуховой и вестибулярной дисфункции, сочетающийся с органическим поражением головного мозга, что создает предпосылки для формирования разнообразных пограничных психических расстройств [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей и патопсихологических механизмов формирования органических психических расстройств у лиц с хронической нейросенсорной тугоухостью и разработка принципов терапии и реабилитации данного континента больных.

Для реализации поставленной цели в работе использован комплекс методов, включающий клинико-психопатологический метод (клиническая беседа, сбор клинического анамнеза, клиническое наблюдение за невербальными проявлениями психической деятельности в динамике) и психодиагностические методики (стандартизированный многофакторный метод исследования личности [7], цветовой тест Люшера [8], методика оценки уровня тревожности Спилбергера Ханина [9], шкала депрессии Зунге [10], Торонтская шкала алекситимии G. J. Taylor [9],

Личностный опросник Айзенка (EPI) [9], Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [11], Теппинг-тест [12], счет по таблицам Шульце [13], тест неоконченных предложений Сакса и Леви [14]), а также методы статистической обработки полученных данных [15].

В основу настоящего исследования положены материалы изучения психического состояния 66 больных с ХНСТ, осложненной органическими психическими расстройствами. Контрольная группа состояла из 53 больных ХНСТ без признаков психической патологии.

На момент обследования все больные имели диагноз ХНСТ, установленный врачами-оториноларингологами и подтвержденный аудиографическим обследованием.

В группе наблюдавшихся больных преобладали мужчины в соотношении 1,6 к 1 (41 мужчина и 25 женщин) в возрасте от 18 до 67 лет.

Анализ уровня образования показал, что 39 обследованных (59,1%) имели среднее образование, 15 чел. (22,7%) - средне специальное, 12 чел. (18,2%) - высшее и незаконченное высшее образование. По мнению большинства обследованных больных, причиной отсутствия у них высшего образования были трудности с усвоением материала во время учебного процесса в связи с тугоухостью.

Ранее ни один из обследуемых не обращался за помощью ни к психиатру, ни к психотерапевту. Все обследуемые лечились у оториноларингологов и принимали терапию, направленную на улучшение слухового восприятия, а также обладающую нейропротекторным действием, в частности назначался мемоплант-форте по 80 мг два раза в сутки на протяжении 6-8 недель.

У обследованных нами 66 больных ХНСТ основной группы органическое тревожное расстройство (F 06.4) отмечалось у 27 чел. (40,9%),

органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) у 39 чел. (59,1%).

Следует отметить, что явно выраженной связи между степенью тугоухости и наличием выраженности органических психических расстройств нами не выявлено. Так у 21,2% больных (14 чел.) с органической психической патологией, определялась I (легкая) степень тугоухости, у 25,8% больных (17 чел.) - II (умеренная) степень тугоухости, у 28,8% (19 больных) отмечалась тугоухость III степени, у 24,2% больных (16 чел.) - IV степень тугоухости. Из этого количества больных 46 чел. (69,7%) пользовались слуховыми аппаратами.

Для больных ХНСТ, осложненной органическими психическими расстройствами, были характерны следующие общие клинические особенности:

1) у всех больных было выявлено наличие органического повреждения головного мозга вследствие перенесенных детских инфекций, менингита, арахноидита, черепно-мозговой травмы, сосудистого поражения мозга и другой патологии;

2) у всех больных была отмечена связь между формированием органического поражения головного мозга и развитием психических расстройств;

3) течение органического поражения мозга оказывало непосредственное влияние на течение психической патологии. При этом ухудшение течения органического расстройства головного мозга обязательно сказывалось на усилении психических расстройств и наоборот.

Для больных с органическим тревожным расстройством (F06.4) были характерны следующие психопатологические проявления.

У 19 обследуемых (70,4%) тревожность носила генерализованный и стойкий характер. У 8 обследуемых (29,6%) органическая тревожность приняла эпизодический (панический) характер.

Генерализованная тревожность у большинства больных носила немотивированный и бессодержательный характер. "В течение дня я испытываю тревогу и не могу понять чего я боюсь" - констатировало большинство пациентов этой группы. Часто больными отмечалось ожидание что, что-то случится, произойдет какое-то несчастье.

У 22 обследуемых (81,5% выборки больных F06.4) тревожность усиливалась в ситуациях социально значимого общения, при смене стереотипного течения жизни, при появлении новых требований к ним со стороны близких или руководства. Такие больные постоянно ощуща-

ли чувство неуверенности в себе, боялись не справиться на службе с поставленными задачами, считали, что к ним относятся либо с жалостью, либо с пренебрежением. Свою тревогу больные связывали с дефектом слуха.

Важно отметить, что в отличие от расстройств адаптации, протекающих с тревожным компонентом, у таких пациентов тревога не ослабевала после удачной коммуникации или удачно выполненного задания.

У 16 больных (59,3% выборки F06.4) отмечалось избегание ситуаций общения из-за страха оказаться в нелепой ситуации "говорения невпопад" вследствие снижения разборчивости речи. Подобное поведение постепенно приводило к социальной дезадаптации, которая наряду с расстройством слуха являлась причиной снижения качества жизни больного.

В связи с доминированием чувства тревоги и страха у 19 больных (70,4% выборки F06.4) отмечались трудности в сосредоточении внимания, повышенная возбудимость, аффективная неустойчивость, расстройства сна, снижение полового влечения.

У 9 больных (33,3% выборки F06.4) отмечались ипохондрические переживания, связанные с сопутствующими вегетативными расстройствами: головокружением, тахикардией, тремором, удушьем, потливостью, тошнотой, онемением конечностей, болью или дискомфортом в груди. Ипохондрические переживания формировались только при сочетании выраженной тревоги и вегетативного приступа.

У 12 пациентов (44,4% выборки F06.4) отмечалось постоянное мышечное напряжение в форме суетливости, невозможности расслабиться. Подобный физический дискомфорт мешал больным в работе и в общении.

У 8 обследуемых (29,6% выборки F06.4) органическая тревожность носила эпизодический (панический) характер.

Первые приступы паники у этого контингента больных возникали спонтанно и, как правило, в процессе важного для больного общения. В данной ситуации больные внезапно ощущали скованность, внутреннее напряжение, которые в еще большей степени снижали у них качество слуха. Пациентам казалось, что они говорят невпопад, что к ним относятся с недоверием или снисхождением, как к инвалидам, не доверяют в решении важных профессиональных задач. Подобное состояние, по принципу замкнутого круга, приводило к еще большему психофизическому напряжению, усилению вегетативной

дисфункции и снижению порога слышимости.

Первый приступ паники возникал как в помещениях, так и на открытых пространствах. Приступ развивался в течение 10 минут, появлялся чрезвычайный страх, чувство надвигающейся катастрофы, затруднения в концентрации внимания, тахикардия, отдышка, потливость и другие вегетативные расстройства. Приступы паники у этих больных длились от 15 мин. до 30 мин. У 75% этих больных (6 чел.) отмечались явления деперсонализации и дереализации. У всех больных между приступами была озабоченность своим состоянием и ожидание следующего приступа.

После одного или двух панических приступов больной еще мало осознавал суть возникающих приступов, но после последующих приступов патологические проявления полностью поглощали пациента. Частота приступов не превышала 1-2 раз в месяц.

У 4 больных (50% выборки больных с паническим расстройством) сформировались различные ритуальные действия, направленные на снижение тревоги и предотвращение очередного панического страха. Эти ритуальные действия некоторое время помогали больным преодолеть панический страх и продолжать профессиональное общение.

У 22 больных (81,5% выборки F06.4) из-за выраженной тревоги, панических приступов, физического дискомфорта отмечались трудности в контактах, выражающиеся в нежелании заво-

дить новые знакомства, ограничения, избегания и прекращения общения со старыми знакомыми и друзьями. При этом отмечалась парадоксальная закономерность - больные вначале с трудом устанавливали новые контакты, но после установления доверительных отношений, общение становилось тесным.

У всех больных этой группы отмечалась рассеянная неврологическая микросимптоматика резидуального характера в виде недостаточности конвергенции (78,8%), частичного страбизма (62,1%), тремора век и пальцев рук (74,2%), пошатывания в позе Ромберга (83,3%), легкой сглаженности носогубной складки (50,0%), девиации кончика языка (59,1%), повышения сухожильных рефлексов (95,5%).

У большинства больных с органическими психическими расстройствами отмечены сосудисто-вегетативные нарушения в виде бледности кожных покровов (69,7%), усиления сосудистого рисунка (56,1%), ярко-красного стойкого дермографизма (78,8%), акроцианоза (60,6%), локального и общего гипергидроза (74,2%), лабильности пульса (93,9%), головокружения (77,3%), головных болей (95,5%).

Согласно результатам исследования с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики у обследуемых выявлены обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, генерализованная и фобическая тревожность (табл. 1).

Таблица 1

Выраженность психопатологической симптоматики у больных нейросенсорной тугоухостью, осложненной органической психической патологией

Психопатологическая симптоматика	Больные с органическим тревожным расстройством F06.4 (n=27)	Больные с органическим эмоционально-лабильным расстройством F06.6 (n=39)	Достоверность
Соматизация	0,46±0,22	1,24±0,23	p<0,05
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,34±0,4	0,31±0,12	p<0,05
Межличностная сензитивность	1,28±0,34	1,43±0,27	
Депрессия	0,6±0,32	0,33±0,2	
Тревожность	1,5±0,36	0,80±0,16	p<0,05
Враждебность	0,43±0,12	0,56±0,31	
Фобическая тревожность	1,24±0,14	0,48±0,2	p<0,05
Паранойяльные симптомы	0,36±0,24	0,23±0,13	p<0,05
Психотизм	0,28±0,2	0,35±0,18	p<0,05

При исследовании патопсихологических особенностей формирования органических психических расстройств у больных ХНСТ обнаружено следующее.

Анализ результатов СМИЛ показал высокие результаты по 7-й шкале тревожности в пределах 72 ± 7 Т-баллов; 4-й шкале импульсивности в пределах 68 ± 7 Т-баллов; по 6-й шкале ригидности в пределах 70 ± 8 Т-баллов. Усредненный профиль СМИЛ у этой группы больных свидетельствовал о выраженных эмоциональных расстройствах органического характера с преобладанием тревожных, аффективно-ригидных и импульсивных патопсихологических феноменов, сочетающихся с признаками умеренной социальной дезадаптации.

В личностных особенностях больных этой группы внутренняя дисгармония, выраженная тревожность и неуверенность в себе, высокая чувствительность к социальным влияниям сочетались с упорством, настойчивостью, непредсказуемостью, аффективной ригидностью, невыраженной вспыльчивостью и раздражительностью, враждебностью к ближайшему окружению и коллегам, порой с непредсказуемыми поступками.

Высокие показатели по 6-й шкале отражали склонность к ипохондрическим реакциям, стремление использовать все имеющиеся методы для лечения тугоухости, даже если они были противопоказаны и не рекомендованы врачами.

Показатели 4-й и 7-й шкал теста отражали наличие в поведении больных этой группы вспыльчивости, раздражительности, невыраженной агрессивности, проявляющейся в приступах гнева с последующим раскаянием.

В стрессовой ситуации обследуемые этой группы стремились уйти от контактов, в которых проявлялся дефект их слуха, избегали встреч и общений. В мотивации превалировало избегание неуспеха и потребность в понимании и любви.

При сравнении с контролем пациенты данной группы отличались достоверным преобладанием показателей по шкалам импульсивности, ригидности и тревожности.

Тест Люшера в группе больных ХНСТ с органической психической патологией выявил достоверное ($p < 0,05$) по отношению к другим группам больных преобладание коричневого и синего цветов на первой и второй позициях выбора и желтого и красного - на седьмой и восьмой позициях.

Подобный выбор цветов свидетельствует о

состоянии тревоги, беспокойства, переживании конфликта, усталости, перенапряжения. Имеющиеся проблемы переживаются как труднопреодолимые. Отмечен явный страх перед будущим. Выявлена потребность в понимании и покое и повышенная чувствительность по отношению к окружающим, особенно их мнению, что сочеталось со снижением социальной активности и фрустрированной потребностью в самореализации, а также дистрессом, высоким уровнем притязаний. Потребность в признании у этих пациентов конкурировала с противодействиями, вызывающими неуверенность в возможности успеха. Отмечено вытеснение истинных причин конфликта, стремление переложить ответственность за сложившуюся ситуацию на других.

Результаты теста отчетливо констатировали наличие у больных переутомления, чувства бессилия, развившееся в процессе противодействия неблагоприятным обстоятельствам.

Данные теста Люшера у больных контрольной группы отличались преобладанием реакций ситуативного характера и меньшей выраженностью влияний дистресса.

Анализ самооценки ситуативной и личностной тревожности показал высокий уровень личностной тревожности - 51 ± 7 баллов и средне-высокий уровень ситуативной тревожности - 42 ± 6 баллов.

Столь выраженная личностная и ситуативная тревожность свидетельствует о низких компенсаторных возможностях психики больных ХНСТ, осложненной органической психической патологией.

Данные самооценки депрессии, полученные по шкале Зунге, отражали средне-высокий уровень депрессивных расстройств у этих больных - $SDS = 0,55 \pm 0,19$, иными словами, в группе больных ХНСТ, осложненной органическими психическими расстройствами, выявлена средне-высокая выраженность депрессивной симптоматики.

Результаты, полученные по Торонтской шкале алекситимии больных этой группы свидетельствовали о выраженной алекситимии, уровень которой достигал 85 ± 15 балла (при $p < 0,05$ по отношению контрольной группы).

Эти данные позволяют сделать вывод о низких способностях больных этой группы адекватно выражать свои и идентифицировать чужие эмоции, что затрудняет их социальную адаптацию.

Использование в исследовании опросника Айзенка (EPI) позволило, с достоверностью

$p < 0,05$ по отношению к другим группам больным, определить в 57,6% случаев (38 чел.) интроевертированные личностные особенности и в 42,4% (28 чел.) случаев - экстравертированные личностные качества. При этом в 86,4% (57 чел.) случаев был выявлен средне-высокий уровень нейротизма. Среди обследованных контрольной группы преобладали пациенты с экстравертированными личностными особенностями (81,1%) и средне-низким уровнем нейротизма. Высокий уровень нейротизма, свидетельствует о низком реабилитационном потенциале этих больных, слабых саногенных возможностях их психики.

Личностный опросник Бехтеревского института, использованный у больных ХНСТ с органическими психическими расстройствами позволил выделить у них следующие типы отношений к болезни: гармоничное отношение у 8 чел. (12,1%); тревожное - у 24 чел. (36,4%); меланхолическое - у 12 чел. (18,2%); неврастеническое - у 2 чел. (3,1%); сенситивное - у 20 чел. (30,3%).

Следовательно, у больных данной группы преобладали тревожное (36,4%) и сенситивное (30,3%) отношение к болезни, а гармоничное встречалось лишь в 12,1% (у больных контрольной группы доминирующим был гармоничный тип отношения к болезни - 71,1%, $p < 0,001$).

Анализ результатов теста неоконченных предложений Сакса и Леви показал, что в 83,3% случаев (55 чел.) основным личностным качеством у больных этой группы было внутреннее чувство неполноценности, связанное с дефектом слуха. При этом в 78,8% (52 чел.) случаев больные слабо контролировали свои эмоции и были чувствительны к внешним стимулам, к проявлениям внимания со стороны социально-значимого окружения и не были уверены в позитивном решении своих проблем. В 74,2% (49 чел.) случаев у больных отмечалось выраженное стремление к признанию со стороны значимого окружения, при пассивности в поведении и зависимости от окружения (59,1% случаев). Подобное сочетание мотивов на фоне органической патологии способствовало формированию эмоциональных нарушений. Зоны конфликтов чаще относились к сфере семьи и общения с противоположным полом (72,7%), а также отношений с начальством (34,8%).

Основные цели локализовались в сфере собственного здоровья - в 92,4% (61 чел.) случаев и в улучшении взаимоотношений с противоположным полом - в 68,2% (45 чел.) случаев.

Изучение временной локализации конфликта показало, что у большинства пациентов данной группы (56,1%) зоны конфликта локализовались в прошлом.

Следовательно, у больных с органическими психическими расстройствами, развившимися на фоне ХНСТ, регистрировались зоны конфликта в сфере семьи, отношений с противоположным полом и начальством. При этом конфликты у большей части больных были обращены в прошлое, а цели адресованы лишь в сферы собственного здоровья и общения с противоположным полом.

Теппинг тест показал, что в 80,3% (53 чел.) случаев динамика максимального темпа работы имела либо нисходящий, либо вогнутый тип. Эти типы работы характеризовали нервную систему средне-слабой силы. В 13,6% (9 чел.) случаев регистрировалась нервная система средней силы, в 6,1% (4 чел.) - слабая нервная система.

На поиск чисел по методике Шульте больные тугоухостью, осложненной органическими психическими расстройствами, затратили в среднем 58-64 сек., что выше нормативных данных для здоровых лиц. Подобные результаты подтверждают наличие органического расстройства центральной нервной системы в этой группе больных.

У больных ХНСТ с органическим поражением ЦНС выявлялся комплекс неполноценности, связанный с дефектом слуха, который не выступал основным фактором формирования психических расстройств. Основной причиной формирования психического расстройства являются грубые органические расстройства головного мозга больного ХНСТ. Комплекс неполноценности, специфическая психогения, связанная с дефектом слуха являются только содержательной формой, в которую проецируется органическая патология.

Таким образом, результаты проведенных исследований выявили различные клинические проявления органических психических расстройств у больных ХНСТ:

1. Для больных с органическим тревожным расстройством (F 06.4) характерно преобладание в клинической картине генерализованной (70,4%) и эпизодической (29,6%) тревоги, усиливающейся в ситуациях социально значимого общения, сопровождающейся поведением избегания (59,3%), мышечным напряжением (44,4%) и ипохондрическими переживаниями (33,3%);

2. При эмоционально лабильном расстройстве (F 06.6) ведущими клиническими проявлениями являются эмоциональная лабильность

(97,4%), быстрая утомляемость (92,3%), слабость (84,6%), непереносимость шума (74,3%), жары (64,1%) и когнитивные нарушения (76,9%) в виде рассеянности, забывчивости, трудности сосредоточения внимания и усвоения нового материала.

3. Причиной развития органических психических расстройств у больных ХНСТ являются структурно-функциональные изменения вещества головного мозга. Дефект слуха, являясь специфической психогенией, служит фактором, снижающим компенсаторные возможности при рецидивах заболевания.

4. Фактором predisпозиции формирования органических психических расстройств при

ХНСТ являются личностные особенности в виде доминирующих аффективно-ригидных, импульсивных и тревожных радикалов, которые формируют конкурирующие мотивации в виде высокого уровня притязаний, потребности в успехе, с одной стороны, и сниженной социальной активности, неуверенности в успехе – с другой. Противоборствующие мотивации создавали психологическую основу конфликта, способствующего развитию психического расстройства органического генеза.

5. Полученные результаты явились основой при разработке принципов лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории больных.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов, А.Є. Ніколенко, Т.Й. Шустерман, Д.А. Бобовников, А.М. Дячук

КЛІНІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ НЕЙРОСЕНСОРНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ

Дніпропетровська медична академія

Метою даного дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей та патопсихологічних механізмів формування органічних психічних розладів у осіб з хронічною нейросенсорною приглухуватістю, а також розробка принципів терапії та реабілітації даного контингенту хворих. У роботі використано комплекс методів, що включає клініко-психопатологічний методи і психодіагностичні методи. Встановлено домінуюче значення психопатологічних особливостей у вигляді тривоги, емоційної лабільності, когнітивних розладів, особистісних особливостей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 73-79).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, S.V. Rokutov, A.E. Nicolenko, T.I. Shusterman, D.A. Bobovnikov, A.N. Dyachuk

THE RESUME: CLINIKO-PSYCHOPATHOLOGIC FEATURES ORGANIC ALIENATIONS FOR THE ILL WITH CHRONIC NERVOUS-CENSOR BY A BRADYACUASIA

Dnepropetrovsk medical akademy

By the purpose of the present research was the analysis of cliniko-psychopathologic features and pathopsychology of gears of formation of organic alienations for faces with chronic nervous-censor by a bradyacuasia and also mining of principles of therapy and aftertreatment of the given continent ill. In activity the complex of methods including cliniko-psychopathologic method and psychodiagnostic of a technique utilised. The primary value of psychopathologic features by the way alerts, emotional lability, cognitive of distresses, personal features is established. The obtained outcomes were by the basis at mining principles of treatment-and-rehabilitation measures for the given category of the ill. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 73-79).

Литература

1. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Сарвир И.Н. с соавт. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Материалы научно-практической конференции "Актуальные проблемы сексопатологии и медицинской психологии". - Харьков, 2002. - С. 163-173.

2. Юрєва Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и Украине // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1. - В. 1. - С. 32-33.

3. Гойда Н.Г., Табачников С.І., Домбровська В.В. зі спіавт. Сучасний стан та шляхи оптимізації психіатричної та соціально-правової допомоги населенню України // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т. 9. - В. 1 (26). - С. 8-10.

4. Кліменко Д.І., Марченко В.М., Максименко Ю.П., Фастівець В.О. Актуальні проблеми оптимізації медико-соціальної експертної допомоги інвалідам по слуху // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 75-річчю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем

інвалідності.- Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – С. 157-160.

5. Надеина Н.А., Горустович Л.Н., Кухарук А.Д. и др. Методические подходы к оценке ограниченной жизнедеятельности и составлению программ медико-социальной реабилитации больных с последствиями заболеваний органа слуха / Методические рекомендации МЗ республики Беларусь. - Минск: Б.и., 2000. - 41 с.

6. Заболотний Д. І., Мітін Ю. В., Драгомирецький В. Д. Оториноларингологія / К.: Здоров'я, 1999. 368 с.

7. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. М.: Институт прикладной психологии, 2000. 512 с.

8. Люшер М. Сигналы личности. М., 1993. 171 с.

9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Самара: БАХРАХ-М, 2000. 672 с.

10. Zung W., Durham N. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiat. 1965. V. 12. P. 6370.

11. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.:

Медицина, 1983. 312 с.

12. Ахмеджанов Э. Р. Психологические тесты. Составление, подготовка текста, библиография. М., 1997. 320 с.

13. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 1999. 528с.

14. (Saks D. M., Levi S.) Сакс Д. М., Леви С. Тест «Завершение предложений». В кн. Проективная психология. М.: Эксмо-Пресс, 2000. С. 203-237.

15. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2001. 349 с.

Поступила в редакцию 18.11.2009

УДК 159.9:616.8+616.89]-082.6-032.82

*Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова***ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПОЛОГІЇ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

ДУ „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”

Ключові слова: терапевтичне середовище, психоневрологічний заклад, типологія, психосоціальна реабілітація, психологічна корекція

В сучасних умовах для істотного підвищення ефективності лікування та реабілітації хворих на психоневрологічні захворювання необхідне, крім розробки нових лікувально-реабілітаційних технологій, створення цілісного “лікувально-реабілітаційного простору”, всі чинники якого спрямовані на компенсацію наявних розладів і оптимізацію особистісного і соціального функціонування пацієнта [1]. До теперішнього часу в сучасній медичній психології не існує єдиного концептуального підходу, загальноприйнятої термінології, навіть достатньо повного визначення цього “лікувально-реабілітаційного простору” що виражається в різноманітті термінології: „терапевтичне середовище”, „терапія середовищем”, „лікувальне середовище”, „терапевтичне співтовариство” тощо. В сучасній вітчизняній психіатрії та медичній психології проводяться дослідження різних психологічних аспектів лікувального процесу - внутрішньої картини хвороби, взаємин між пацієнтами і персоналом, системи уявлень та оцінок хворих і медичних працівників стосовно характеристик терапевтичного середовища (ТС) медичного закладу тощо [2-6]. В Україні першою монографією, узагальнюючою досвід створення та комплексного розвитку ТС психіатричного стаціонару, постала книга В.І. Литвиненка [7]. Ним були ретельно проаналізовані структура взаємин, що складається в психіатричній клініці, психологічні аспекти професійної діяльності персоналу, особливості середовищного реагування пацієнтів [7].

Загальноновизнаним є те, що створення ТС виступає важливішим першим етапом в реабілітації, реадaptaції та ресоціалізації пацієнтів. Признається необхідність системного, мультидисциплінарного підходу до організації терапевтичного середовища, дослідженню і підвищенню

його ефективності [8]. Стосовно основних структурних елементів терапевтичного середовища, то до нашого часу вони залишаються невизначеними. Питання про типологію терапевтичного середовища є, на наш погляд, одним з найбільш складних. При оцінці окремих типів ТС враховувались наступні основні характеристики ТС: рівень підготовки персоналу; стан матеріально-технічної бази; санітарно-гігієнічні умови, рівень і характер адміністрування; характер взаємовідносин медичного персоналу з хворими; наповненість життя відділення подіями, організація активного дозвілля пацієнтів й можливості їх самовираження; укомплектованість штату лікарів і психологів, умови їх праці; ступінь комунікаційної й інформаційної відкритості відділення, взаємодія з зовнішніми організаціями; особливості інтер'єра приміщень різного призначення; загальний психологічний клімат у відділенні, розподіл лідируючих ролей, ступінь об'єднання контингенту хворих [9].

Таким чином, основними критеріями діагностики типів терапевтичного середовища сучасного медичного закладу є ступінь реалізації лікувальних, реабілітаційних та профілактичних функцій ТС, форма терапевтичного альянсу між лікарем і хворим, рівень комплайенсу пацієнтів, задоволеність медичних спеціалістів своєю роботою. З урахуванням визначених критеріїв діагностики нами було розроблено наступну класифікацію типів ТС сучасного медичного закладу психоневрологічного профілю, що включає власне терапевтичне, комфортне, нейтральне та несприятливе терапевтичне середовище.

Також в рамках типів терапевтичного середовища було визначено їх окремі варіанти, а саме: комфортний тип ТС включає неповний терапевтичний та адаптуючий варіанти, а несприятливий тип ТС - ізолюючий і травмуючий варіанти.

Матеріал та методи дослідження

Базуючись на приведеній вище класифікації, ми дослідили типологію ТС за оцінками хворих на основні психічні та неврологічні розлади, які проходили лікування в умовах клініки психоневрологічного профілю, а також лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, що працювали в психіатричних та неврологічних стаціонарах..

Для вирішення поставлених завдань нами було створено нову технологію, що спрямована на визначення типів, варіантів і основних характеристик терапевтичного середовища сучасного медичного закладу (№ 0609U000046), а також розроблено авторську методичку „Визначення типу ТС” (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №27194 від 13.01.09).

Авторська методика „Визначення типу ТС”

застосовувалась з метою визначення типології терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю. Обстежуваному (хворому, лікарю, молодшому спеціалісту з медичною освітою) надавалось п2 ять описів різних типів терапевтичного середовища (власне терапевтичний, комфортний, нейтральний, несприятливий) і пропонувалось вибрати один опис, який, на їх думку, найбільше відповідає існуючому у відділенні. Обробка результатів полягала в підрахунку кількості респондентів, що обрали той чи інший тип терапевтичного середовища (у відсотках). Отримані результати було опрацьовано за допомогою математико-статистичних методів (було застосовано ц-критерій Фішера).

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження проводилось на базі медичних закладів психоневрологічного профілю. В процесі дослідження було обстежено 64 хворих на основні психічні та неврологічні захворювання. З них 31 хворий на психічні розлади (ПР) - 17 жінок і 14 чоловіків, які за МКХ-10 мали діагноз „Рекурентний депресивний розлад” (F 33.1, F 33.2) – 10 осіб (32,2%), „Шизофренія”(F 20) – 8 осіб (26,0%), „Органічний розлад особистості” (F 07.0) - 7 осіб (22,6%), „Органічні (афективні) розлади настрою” (F 06.3) – 6 осіб (19,2%). Також було обстежено 33 хворих на неврологічні розлади (НР) - 20 жінок та 13 чоловіків, а саме з діагнозом „Гіпертонічна хвороба (ГБ). Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ)” (I 67.4) – 17 осіб (51,4%), „Вегето-судинна дистонія” (G 90.8) – 8 осіб (24,3%), „Наслідки нейроінфекції” (G 09.0) – 8 осіб (24,3%).

В дослідженні брали участь 30 лікарів – 15 психіатрів і 15 неврологів (8 чоловіків, 22 жінки),

які працюють у психіатричних і неврологічних стаціонарах. Вік обстежуваних становив: до 30 років – у 4 осіб (13,3%), 30-50 років – у 17 лікарів (56,6%), старше 50 років – 9 лікарів (30,0%). Стаж роботи до 5 років - мали 4 лікарів (13,3%), 5-10 років – 10 осіб (33,3%), більше 10 років – мали 16 лікарів (53,4%).

Також було обстежено 20 молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють в психіатричних і неврологічних стаціонарах. Це були жінки віком: до 30 років – 5 осіб (25,0%), 30-50 років – 14 осіб (70,0%), старше 50 років – 1 особа (5,0%). Стаж роботи до 5 років – мали 2 особи (10,0%), 5-10 років – 3 особи (15,0%), більше 10 років – мали 15 медсестер (75,0%).

Дослідження типології ТС за оцінками хворих на основні психічні та неврологічні розлади здійснювались без урахування їх нозологічної приналежності. Дані вивчення типології ТС за оцінками хворих наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Результати визначення хворими типу терапевтичного середовища

Тип ТС	Хворі на ПР n=31		Хворі на НР n=33		Всі хворі n=64	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Власне терапевтичне	3	9,7	10	30,3*	13	20,4
Комфортне	5	16,1	14	42,4*	19	29,6
Нейтральне	19	61,3*	9	27,3	28	43,7
Несприятливе	4	12,9	-	-	4	6,3

* - достовірність відмінностей за ϕ -критерієм Фішера $p < 0,05$ між показниками хворих на психічні та неврологічні розлади

За результатами дослідження, 20,4% пацієнтів (9,7% хворих на ПР, 30,3% хворих на НР ($p < 0,05$)) визначили терапевтичне середовище своїх відділень як „власне терапевтичне”. 29,6% хворих (16,1% хворих на ПР, 42,4% хворих на НР ($p < 0,05$)) назвали його „комфортним”, 43,7% (61,3% та 27,3% відповідно ($p < 0,05$)) - „нейтральним”. Лише 6,3% (12,9% хворих на ПР) вважають ТС „несприятливим”.

В рамках комфортного типу ТС неповний терапевтичний його варіант визначили 6,4% хво-

рих на ПР та 27,3% хворих на НР, адаптуючий варіант – 9,7% хворих на ПР та 15,1% пацієнтів з НР. В рамках несприятливого типу ТС за оцінками хворих на психічні розлади визначено ізолюючий та травмуючий варіанти (9,7% та 3,2% відповідно).

Отже, за даними методики „Визначення типу ТС” домінуючим типом терапевтичного середовища для хворих на ПР було „нейтральне”, а для хворих на НР - „комфортне”.

Результати дослідження типології ТС за оцінками медичних працівників наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати визначення типу ТС за оцінками медичних працівників

Тип ТС	Лікарі n=30		Медсестри n=20	
	Абс.	%	Абс.	%
Власне терапевтичне	5	16,7	6	30,0
Комфортне	12	40,0	10	50,0
Нейтральне	9	30,0	4	20,0
Несприятливе	4	13,3	-	-

За даними, наведеними в таблиці, 16,7% лікарів та 30,0% молодших спеціалістів з медичною освітою визначили ТС відділень, де вони працюють, як „власне терапевтичне”, 40,0% і 50,0% відповідно – як „комфортне”, 30,0% лікарів та 20,0% медсестер – як „нейтральне”. Лише 13,3% лікарів назвали терапевтичне середовище „несприятливим”.

В рамках комфортного типу ТС неповний терапевтичний його варіант визначили 16,7% лікарів та 30,0% медичних сестер, адаптуючий варіант – 23,3% та 20,0% відповідно. За оцінками 13,3% лікарів мав місце ізолюючий варіант несприятливого типу ТС.

Отже, домінуючим типом терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю за оцінками медичних працівників було „комфортне” ТС.

Таким чином, на підставі результатів проведеного дослідження було визначено представленість в оцінках всіх учасників терапевтичного процесу типів терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю. „Комфортним” терапевтичне середовище назвали 40,0% лікарів, 50,0% медсестер, 29,6% пацієнтів. Визначення „нейтральне” дали 30,0% лікарів, 20,0% медсестер і 43,7% хворих. 16,7%

лікарів, 30,0% медсестер та 20,4% пацієнтів визначили терапевтичне середовище як „власне терапевтичне”. „Несприятливим” ТС назвали 13,3% лікарів та 6,3% хворих.

Домінуючим типом терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю за оцінками медичних спеціалістів був „комфортний”. Хворі на неврологічні розлади домінуючим типом ТС також визначили комфортний тип, а хворі на психічні розлади – нейтральний тип ТС.

В рамках комфортного типу ТС неповний терапевтичний його варіант визначили 33,7% хворих, 16,7% лікарів та 30,0% медичних сестер, адаптуючий варіант – 24,8% хворих, 23,3% лікарів та 20,0% медсестер. В рамках несприятливого типу ТС за оцінками 13,3% лікарів визначено ізолюючий варіант, а за оцінками хворих на психічні розлади - ізолюючий та травмуючий варіанти (9,7% та 3,2% відповідно).

Результати даного дослідження доцільно враховувати при створенні програм організаційних, психоосвітніх та психокорекційних заходів, спрямованих на оптимізацію терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю та підвищення якості лікувально-реабілітаційного процесу в цілому.

Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова

ИССЛЕДОВАНИЕ ТИПОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»

Предложена классификация терапевтической среды (ТС) современного медицинского учреждения психоневрологического профиля. Изучена представленность типов ТС в оценках больных основными психическими и неврологическими расстройствами и разных групп медицинских специалистов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 80-83).

L. Shestopalova, V. Kozhevnikova

STUDY OF THE TYPOLOGY OF THERAPEUTIC ENVIRONMENT MEDICAL INSTITUTION PSYCHONEUROLOGICAL PROFILE

Public Institution “Institute Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine”, Kharkiv

There are presented of types of therapeutic milieu (TM) of modern psycho-neurological institution. It was examined the presence of therapeutic environment types in estimates of patients with main psychic and neurologic disorders as well as of different group of medical workers. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 80-83).

Література

1. Козьявкін В.І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів із дитячим церебральним паралічем // Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод проф. Козьявкіна В.І.). Наукові розробки: під заг.ред.проф. Козьявкіна В.І. – Львів-Трускавець: Інститут проблем медичної реабілітації, 2001. – С. 10-12.
2. Телешевская М.Э. Глазами больного. - Киев, 1985. - 124 с.
3. Шестопалова Л.Ф. Психологія лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження // Медицинская психология. – 2006. – Т.1, № 4. – С. 30-32.
4. Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А. Вивчення системи оцінок та уявлень хворих щодо терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю // Архів психіатрії. - 2008. – Т.14, №. 1(52). - С. 60-63.
5. Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А. Особливості

- сприйняття медичними спеціалістами терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2008. - №. 2. - С.
6. Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А. Терапевтичне середовище медичного закладу психоневрологічного профілю: оцінки та уявлення лікарів і хворих // Медицинская психология. - 2008. – Т. 3, №. 3(11). - С.
7. Литвиненко В.И. Терапевтическая среда психиатрического стационара. - Полтава, 1995. - 114 с.
8. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М.М.Кабанова, К.Вайзе. - М.: Медицина, 1980, - 400с.
9. Луцки В.Л. Динамика представлений о терапевтической среде при параноидной шизофрении // Вісник Харківського університету. Сер. «Психологія». - 2003. - № 599. - С.203-206.

Поступила в редакцию 12.09.2009

УДК 616.83/85-039.1-037

*А. И. Алексейчук***КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ СООТНОШЕНИЯ В ПРОГНОЗЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: соматоформные расстройства, экстраверсия, прогноз, тест Айзенка, СМЛ

Различные «псевдосоматические» расстройства с давних пор привлекали внимание широкого круга исследователей и практиков [1;2], но описывались в научной литературе, в основном, в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых иных проявлений [3].

Имена Авиценны, Фрейда, Павлова и Селье являются символами начала очередных этапов научного проникновения в суть феномена соматоформных расстройств. Но лишь введение в 1980 году понятия «соматоформное расстройство» в DSM-III [4] привело к качественно новому отношению к этому явлению и вызвало быстрый рост количества ежегодных публикаций по обсуждаемому направлению в 4-6 раз.

В настоящее время понятие «соматоформное расстройство» определяется как психопатологическое нарушение, обнаруживающее сходство с соматической патологией, однако эта соматическая патология (или жалобы) не подтверждается убедительными клиническими данными и не может быть объяснена в своем происхождении ни одним из известных физиологических механизмов.

К концу 2009 года количество статей, посвященных исследованию тех или иных аспектов проблемы соматоформных расстройств, в реферируемых медицинских журналах превысило 11 тысяч (из них 1370 обзоров). За один лишь 2008 год было опубликовано 60 обзоров – больше чем их было опубликовано за 15 лет до появления DSM-III. Общий объем украиноязычных и русскоязычных публикаций составляет десятую часть этого информационного потока, что свидетельствует о высоком интересе отечественных исследователей к данной проблеме.

Для объективного сравнения информационных потоков следует отметить, что феномен депрессии исследован более чем в 230 тысячах статей (из них 24 тысячи обзоров), феномен тревоги – более чем в 109 тысячах статей (из них 13 тысяч обзоров), расстройства связанные с наси-

лием в семье - в 12 тысячах статей (из них более 1300 обзоров), а феномен шизофрении – более чем в 86 тысячах статей (из них 10 тысяч обзоров).

Эпистемологическая структура упомянутых направлений подобна – на один обзор приходится не менее 8-9 научных статей. При этом важно учесть, что во всем мире за год публикуется почти миллион статей, половина из которых представляет медико – биологическое направление.

Корпус научных публикаций, посвященных феномену соматоформных расстройств, имеет следующую структуру:

около 50 % научных публикаций освещают проблематику лечения данных расстройств (например [5;6;7;8;9]);

30% - особенности диагностики [10];

20%- эпидемиологию соматоформных расстройств [11];

15% - относятся к описанию структуры данной нозологии, ее места в классификации психических расстройств [12], поиску этиологии и сущности рассматриваемой нозологической единицы [13].

За 70 лет активного изучения феномена соматоформных расстройств (СФР) были изучены десятки зависимостей СФР от различных параметров, например: пола [14], возраста [11], длительности заболевания, образования, вида деятельности, глубины астении, личностной и реактивной тревожности, показателей активности, настроения, самочувствия, различных личностных характеристик пациентов (экстраверсии, нейротизма, стратегий поведения в конфликтных ситуациях и т.п.) [16].

Среди работ, выполненных в Украине по тематике соматоформных расстройств, следует выделить диссертации Пшук Н.Г. (1996 г.) [28], Мирошниченко Н. В. (2006 г.) [15], Чумаченко Е.С. (2006 г.) [16], Скринник О. В. (2008 г.) [26], Самохвалова А. В. (2006 г.) [27], Баженова А. С. (2006 г.) [29].

Все обзоры по обсуждаемой тематике можно расположить на оси между двумя полюсами. На одном полюсе находится образцовый по технике исполнения мета - обзор Engel B.T. [30], охватывающий публикации в журнале «Психосоматическая медицина» (Psychosomatic Medicine) с 1939 года. Этот обзор, опубликованный в 1998 г., содержит описательную статистику более 200 статей, посвященных проблеме артериальной гипертензии. На втором полюсе находится такой же образцовый, но в смысле контент - анализа, обзор К. Ф. Канарейкина и В. Т. Бахур, посвященный эволюции психосоматической медицины [17].

Примером удачного синтеза этих двух подходов (содержательного и формально-технического) является мета – обзор Wittchen H. и Jacobi F. [11]. В их обзоре были проанализированы эпидемиологические данные по широкому диапазону расстройств психики, полученные в социологических исследованиях, выполненных в 16 европейских странах. Авторами была проанализирована база данных, содержащая результаты 27 эмпирических исследований, включающих в общей сложности 150000 данных. По оценкам Wittchen H. и Jacobi F. около 27 % населения стран Европейского союза (около 82 млн. человек в возрасте от 18 до 65 лет) страдают или перенесли как минимум одно психическое расстройство за последние 12 месяцев. При этом каждый третий из них имеет более одного психического расстройства.

Тревожные, депрессивные и соматоформные расстройства, а также зависимости от различных субстанций имеют наиболее высокую частоту встречаемости. Авторы исследования пришли к выводу о том, что культурные и географические различия в величине и структуре заболеваемости выражены слабо. По их оценкам, лишь каждый четвертый из заболевших получает необходимую медицинскую помощь или консультацию.

Следует отметить, что за 70 лет активного изучения феномена соматоформных расстройств неоднократно предпринимались попытки установить однозначную связь между личностными характеристиками пациентов и проявлениями соматоформных расстройств. При этом были получены противоречивые данные.

Так, исходя из классических представлений об экстравертах, следовало ожидать, что большинство действий экстравертов будет приводить к повышению уровня конфликтности их поведения. Многочисленные эмпирические

данные свидетельствовали об этом [19]. Например, сам Г. Айзенк (H.J. Eysenck, 1982) полагал, что интроверты чрезвычайно возбудимы и, следовательно, очень чувствительны к поступающей стимуляции. Поэтому они и избегают ситуаций, чрезмерно сильно действующих на них [20, с.319]. То, что результаты электро-энцефалографических исследований позволяли связать показатель экстраверсии с уровнями корковой активности мозга, давно стало общим местом в учебниках. Так же, как и то, что люди с высоким уровнем нейротизма обычно реагируют на болезненные, непривычные, вызывающие беспокойство стимулы быстрее, чем более стабильные личности. У таких лиц обнаруживаются также более длительные реакции (продолжающиеся даже после исчезновения стимулов) по сравнению с лицами с высоким уровнем эмоциональной стабильности. [20, с.317-322].

В то же время, испанские авторы Garcia-Camprayo J., Sanz-Carrillo C. (1999 г.) [21], проанализировав публикации за 1985 – 1998 г. г., не выявили явных и однозначных зависимостей между личностными характеристиками пациентов и клиническими признаками соматоформных заболеваний. Но иные авторы, выполнившие свои работы в разных странах и в разные годы, подобные зависимости выявляли: Ahmar H. и Kurban A. (1976 г.) [22], Rief W. (1995 г.) [23], Battaglia M. (1998 г.) [24], Чумаченко Е. С. (2006 г.) [16].

Существуют многочисленные теории, пытающиеся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, однако, до настоящего времени, ни одна из них не может претендовать на полное и исчерпывающее объяснение природы этих расстройств. В связи с этим, на данном этапе развития науки, эти заболевания рассматриваются как полиэтиологические, а теории описывают лишь отдельные звенья их патогенеза [18,32]. Механизмы возникновения СФР оказались неоднородными, выделены 4 их основные формы:

- 1) реакции психической дезадаптации;
- 2) соматоформный астенический симптомокомплекс;
- 3) острые невротические расстройства;
- 4) невротические расстройства с затяжным течением.

[16, с.14].

В настоящее время накоплен очень большой объем знаний, позволяющий формулировать не только качественное описание психологических типов и прогнозов СФР для них, но и генерировать количественные закономерности для этих

объектов.

Целью работы было определение количественных характеристик зависимости прогноза возникновения СФР от экстраверсии заболевших.

В работе [16, с.64] был приведен спектр эк-

страверсии у 800 больных СФР (см. табл.1). Но автор ограничилась лишь описательной статистикой, дополнив описание спектра только одним обобщением. Она сообщила о том, что почти 70% из 800 больных СФР были интровертами.

Таблица 1

Доля заболевших СФР в зависимости от их экстраверсии [16]

№ интервала	экстраверсия	Доля в %
1	0-4	7,1
2	5-9	30,5
3	10-13	32,2
4	14-17	24,3
5	18-22	5,4
6	23-24	0,5

В работе [16] адекватная интерпретация экспериментальных данных оказалась невозможной из-за отсутствия точного знания особенностей распределения экстраверсии в генеральной совокупности здоровых людей. Для СНГ эти точные данные ранее отсутствовали в открытой печати. Доступны были лишь данные о медиане распределения и величине среднеквадратичного отклонения от неё для адаптированного варианта ММРІ [31].

Для выполнения целей исследования автором были получены данные об экстраверсии у 1680 условно здоровых людей (1332 женщины и 306 мужчин). Возраст обследованных находился в диапазоне 17-24 лет. Это были студенты первого курса двух высших учебных заведений города Донецка, поэтому почти 80% из них имели

возраст 18 лет.

Определение экстраверсии выполнялось по такой же методике, как и в работе [16] - с помощью стандартного теста Айзенка (Eysenk Personality Inventory). Тест состоял из 48 вопросов, предназначенных для диагностики экстраверсии и нейротизма (по 24 вопроса для определения уровней экстраверсии и нейротизма соответственно) и 9 вопросов для определения искренности - адекватности.

Результаты определения экстраверсии в выборке 1680 здоровых людей приведены в табл. 2 и на рис.1. В табл. 2 приведены оригинальные экспериментальные данные с учетом интервалов экстраверсии, предложенных в работе [16] (см. табл. 1), а рис. 1 построен на основании данных табл. 2, с учетом этих же интервалов.

Таблица 2

Распределение экстраверсии в выборке из 1680 здоровых людей

№ интервала	Экстраверсия	Доля в выборке, %	Количество человек
1	0-4	2,2	37
2	5-9	9,6	162
3	10-13	17,8	299
4	14-17	28,0	470
5	18-22	38,6	648
6	23-24	3,8	64

Закон распределения экстраверсии не зависел от пола, что хорошо согласовывалось с данными по американской выборке [31]. Само распределение было существенно асимметричным с медианой на 17 баллах по экстраверсии.

В табл. 3 приведены результаты расчета относительной вероятности возникновения соматоформного расстройства в популяции здоровых людей, полученные при сопоставлении данных из табл. 1 и табл. 2.

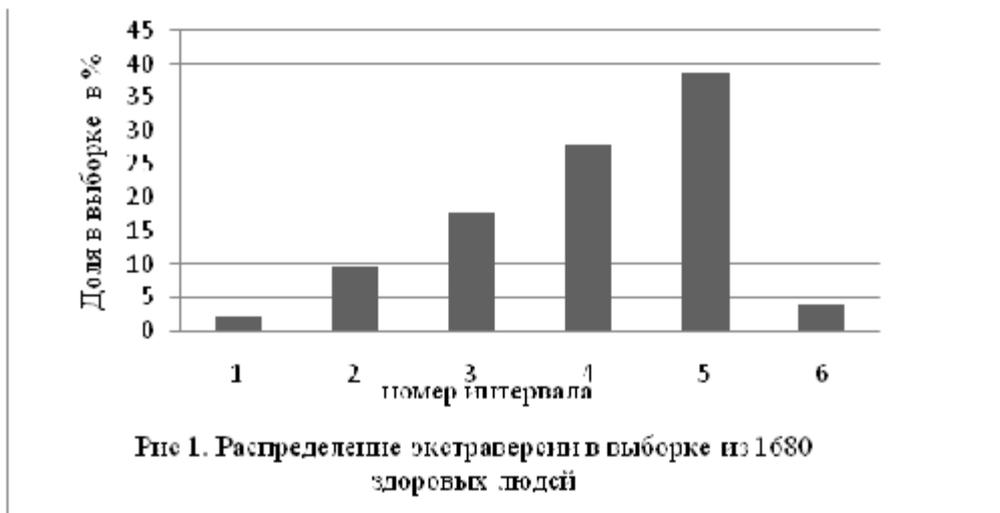


Таблица 3

Относительная вероятность возникновения СФР в популяции здоровых людей, в зависимости от уровня их экстраверсии (экстраверсия определялась тестом Айзенка)

№ интервала	экстраверсия	Доля здоровых людей в популяции, в %	Доля больных СФР, в %	Относительная вероятность возникновения СФР
1	0-4	2,2	7,1	24,54
2	5-9	9,6	30,5	24,16
3	10-13	17,9	32,2	13,68
4	14-17	28,0	24,3	6,61
5	18-22	38,6	5,4	1,06
6	23-24	3,8	0,5	1

Экстраверсия индивидуума является устойчивой характеристикой, которая практически не изменяется в течение жизни. В то же время анализ данных табл. 3 показывает, что незначительной части популяции здоровых людей (интервал №1, доля в популяции – 2,2%) может соответствовать аномально большая доля среди больных СФР - 7,1%. Таковую же долю среди заболевших СФР имеет почти половина популяции, представленная эк-

стравертами и сверх - экстравертами (интервалы № 5 и № 6). Если принять вероятность возникновения СФР среди этих экстравертов за условную единицу, то вероятность возникновения СФР среди сверх – интровертов (интервал №1, экстраверсия в диапазоне от 0 до 4 баллов по тесту Айзенка) будет в 24 раза больше. Общий характер зависимости относительной вероятности возникновения СФР от уровня экстраверсии отражен на рис.2.

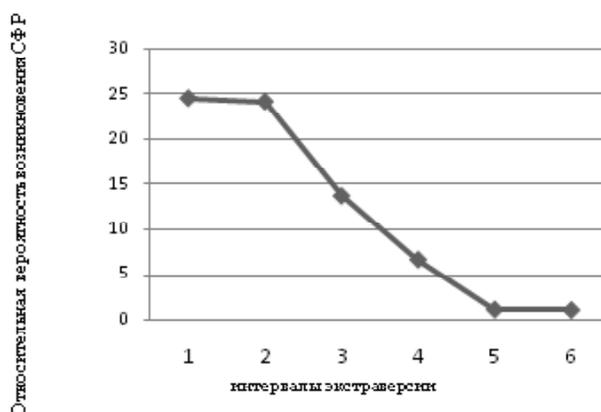


Рис. 2 Относительная вероятность возникновения СФР в популяции здоровых людей, в зависимости от их экстраверсии (экстраверсия определялась тестом Айзенка).

Обсуждение результатов

Отклонения от линейной зависимости в первом (0-4 балла) и шестом (23-24 балла) диапазонах экстраверсии (см. рис.2) могут быть вызваны эффектами, обусловленными интерференцией двух факторов – погрешностью самого метода определения экстраверсии с помощью теста Айзенка и особенностями распределения экстраверсии в популяциях здоровых людей и больных СФР.

Для уточнения полученных собственных выводов и проверки данных, приведенных в работе [16, с.61-68], автором было выполнено исследование архива историй болезней Областной клинической психоневрологической больницы – Медико-психологического центра (г. Донецк). Было отобрано 77 историй болезней (46 женщин и 31 мужчина, возраст больных от 17 до 70 лет, медиана возраста 35 лет.) с диагнозом соматоформное расстройство (рубрика F 45 по МКБ 10). Все 77 больных были обследованы с помощью теста СМИЛ.

Тест СМИЛ [31] имеет более высокую дифференцирующую способность по сравнению с

тестом Айзенка, поэтому ожидалось, что повышение дискриминативной функции теста поможет прояснить природу отклонения от линейного закона, описанного выше. Результаты обследования были сгруппированы в три интервала, в зависимости от показателей интроверсии (см. табл.4): интервал № 1- сверх - интроверты (т.е. в этот интервал включались данные о тех больных, у которых было более 45 «сырых» баллов по шкале «интроверсия» теста СМИЛ, что соответствовало значениям экстраверсии от 0 до 4 баллов по тесту Айзенка);

интервал № 2- амбиверты и примыкающие к ним интроверты и экстраверты (25-45 «сырых» баллов по тесту СМИЛ или от 5 до 17 баллов по тесту Айзенка);

интервал № 3- явно выраженные экстраверты и сверх экстраверты (25 и менее «сырых» баллов по тесту СМИЛ или выше 17 баллов по тесту Айзенка).

Данные, полученные для здоровой популяции, были сгруппированы по тому же принципу.

Таблица 4

Доля больных СФР в зависимости от показателя интроверсии

Номер интервала	Показатель интроверсии в баллах	Количество человек	Доля в выборке, в %	Относительная вероятность возникновения СФР (в относительных единицах)
1	Более 46	13	16,7	17,4
2	45-26	50	64	3,5
3	25-0	15	19,2	1

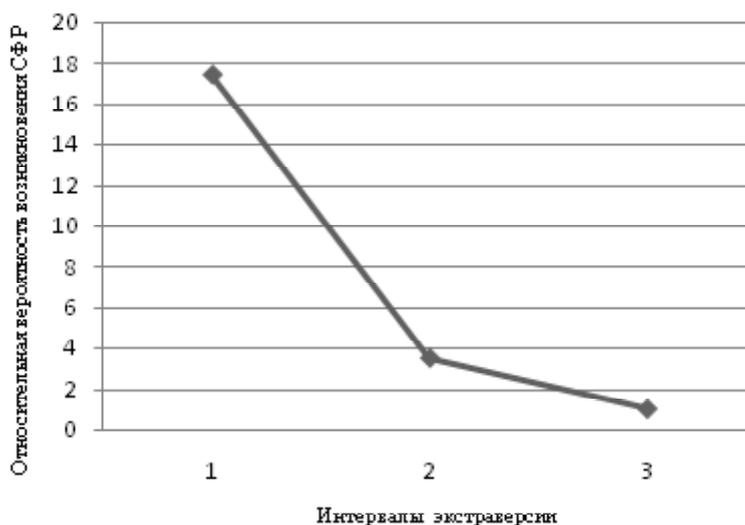


Рис. 3 Относительная вероятность возникновения СФР в популяции здоровых людей (интроверсия определялась тестом СМИЛ)

Доля явно выраженных экстравертов и сверх-экстравертов в общем спектре больных СФР практически такая же, как и доля сверх-интровертов. Но, так как доля сверх-интровертов в популяции здоровых людей может быть оценена в 2,5%, а доля явно выраженных экстравертов и сверх-экстравертов – в 50%, можно сделать вывод о том, что и в этом случае относительная вероятность возникновения СФР у явно выраженных интровертов значительно выше по сравнению с вероятностью возникновения СФР у явно выраженных экстравертов.

Таким образом, анализ полученных результатов подтвердил общие закономерности, приведенные на рис.2.

Следует отметить, что аналогичная зависимость была получена автором ранее при исследовании психологических характеристик 180 победителей предметных олимпиад, проведенных в Донецкой области среди учеников старших классов по 11 школьным предметам [25]. Анализ результатов, полученных, в этой работе и сравнение их с нормативными данными показал, что вероятность победы в предметных олимпиадах повышается по мере снижения экстра-

версии личности учащегося средней школы. Автором была выявлена обратная линейная зависимость относительной вероятности победы в предметной олимпиаде от уровня экстраверсии участника. Было установлено, что вероятность победы в предметных олимпиадах у явно выраженных интровертов в 4 раза выше, чем у явно выраженных экстравертов. Естественно связать эти два феномена (линейное повышение вероятности победы в предметной олимпиаде и аналогичную зависимость для возникновения СФР) с известным фактом повышения активности коры головного мозга при снижении экстраверсии.

На основании сравнительного анализа психологических характеристик более 800 больных соматоформными расстройствами и 1680 здоровых людей выявлена отрицательная линейная зависимость между уровнем экстраверсии и вероятностью возникновения соматоформного расстройства в широком диапазоне значений экстраверсии (от 5 до 22 баллов по шкале теста Айзенка - Eysenk Personality Inventory). Чем выше экстраверсия у здорового человека, тем ниже вероятность возникновения у него СФР.

А.І. Алексейчук

КІЛЬКІСНІ СПІВВІДНОШЕННЯ В ПРОГНОЗІ ВИНИКНЕННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

На підставі порівняльного аналізу більше ніж 800 хворих на соматоформні розлади та 1680 здорових людей виявлена негативна лінійна залежність між рівнем екстраверсії та імовірністю виникнення соматоформного розладу в широкому діапазоні значень екстраверсії (від 5 до 22 балів за шкалою теста Айзенка - Eysenk Personality Inventory). Чим більше екстраверсія здорової людини, тим менша імовірність виникнення у неї соматоформного розладу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 84-90).

A.I. Alekseychuk

QUANTITATIVE RELATIONS IN THE PROGNOSIS OF OCCURRENCE OF SOMATOFORM DISORDERS

Donetsk National medical university

Negative linear dependence between level of extraversion and probability of occurrence of somatoform disorders was revealed in a wide range of values of extraversion (from 5 to 22 points on a scale of Eysenk Personality Inventory). The persons with higher level of extraversion have the lower probability of occurrence of somatoform disorder than persons with lower level of extraversion. This conclusion was obtained on the basis of the comparative analysis more than 800 patients with somatoform disorders and 1680 healthy people. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 84-90).

Литература

1. Абу Али ибн Сина (Авиценна) Канон врачебной науки : Избранные разделы: В 3 частях.- Ташкент : Изд-во МИКО; Изд-во «Фан» АН РУз, 1994, Ч.2.-С.44-45.
2. Морозов В.М. К вопросу о назитой психической инвалидности по П.Б. Ганнушкину // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1990.-т.90, вып.8.-С.101-103.
3. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Триада – X, 2000. – 256 С.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th. ed.).-Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980.-494 P.
5. Fishbain D. A., Cutler R. B., Rosomoff H. L., Rosomoff R. S. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. // Psychosom. Med.- 1998.- 60(4).- P. 503-509
6. Stetter F., Kupper S. Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. // Appl. Psychophysiol. Biofeedback.- 2002.- 27(1).- P.45-98.
7. Kirsch I., Montgomery G., Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. // J. Consult. Clin. Psychol.- 1995.-63(2).- P. 214-220.
8. Ipser J. C., Sander C., Stein D. J. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. // Cochrane Database Syst. Rev.- 2009.- 21;(1).- CD005332.
9. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). // Br. J. Gen. Pract.- 2003.- 53(488).- P. 231-239.
10. Mickisch R., Hahn P. Psychosomatic aspects of cardiac and circulatory disorders (author's transl) // Wien Klin. Wochenschr. Suppl.- 1977.- 77.- P.16-20.
11. Wittchen H. U., Jacobi F., Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies.//Eur. Neuropsychopharmacol.- 2005 Aug.-15(4).-P.357-76
12. Wise T. N. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). // Curr. Opin. Psychiatry.- 2008.-21(2).- P.196-200.
13. Бобров А. С., Петрунько О. В., Иванова Л. А. Интегративная оценка депрессии, тревоги и соматоформных расстройств //Журнал неврологии и психиатрии, 2007.-т.107, №5.- С.24-31.
14. Scheibe S., Preuschhof C., Cristi C., Bagby R. M. Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? // J. Affect. Disord.- 2003.-75(3).- P. 223-235.
15. Мирошниченко Наталия Васильевна. Соматоформные расстройства (клиника, диагностика, патогенетические механизмы, принципы восстановительной терапии): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Харьковская медицинская академия последипломного образования. X., 2006.- 385с.
16. Чумаченко Елена Станиславовна. Медико-психологическая характеристика структуры соматоформных расстройств в амбулаторно-поликлинической практике в условиях крупного промышленного центра: Дис... канд. мед. наук: 19.00.04 / Харьковская медицинская академия последипломного образования. X., 2006. 171с.
17. Канарейкин К.Ф., Бахур В.Т. Эволюция психосоматической медицины // Клиническая медицина, 1989.-т.67, №12.-С.16-21.
18. Дробижев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией // XIII Съезд психиатров России, 10 – 13 окт. 2000г.: Материалы съезда. – М., 2000. – С. 77 – 78.
19. Grant S., Langan-Fox J. Personality and the occupational stressor-strain relationship: the role of the Big Five.// J. Occup. Health Psychol.- 2007/-12(1).-P.20-33.
20. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. - СПб. :Питер, 2005.- 607с.,
21. Garcia-Campayo J., Sanz-Carrillo C. A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care.// Int. J. Psychiatry Med.- 1999.-29(3).-P.337-345.
22. Ahmar H, Kurban AK. Psychological profile of patients with atopic dermatitis. //Br. J. Dermatol.- 1976.-95(4).- P.373-377.
23. Rief W., Hiller W., Fichter M. M. Somatoform symptoms in depressive and panic syndromes. // Int. J. Behav. Med.- 1995.-2(1).- P. 51-65.
24. Battaglia M., Bertella S., Bajo S., Politi E., Bellodi L. An investigation of the co-occurrence of panic and somatization disorders through temperamental variables. // Psychosom. Med.- 1998.-60(6).- P.726-729.
25. Алексейчук А. И. Гендерные особенности научной идентичности. // Гендер. Экология. Здоров'я. Матеріали першої міжнародної науково-практичної конференції (Харківський державний медичний університет, 23-24 жовтня 2007): Наук. зб.- X.,2007.- С. 29-30.
26. Скринник Ольга Вячеславівна. Клініко-психопатологічні особливості хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення та їх комплексне лікування: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / АМН України; Державна установа "Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України". X., 2008. -18с.
27. Самохвалов Андрей Валерьевич. Клинико-психопатологическая характеристика соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста: Дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Харьковский гос. медицинский ун-т. X., 2006. 196с.
28. Пшук Н. Г. Соматизированные депрессии в общесоматической практике: Автореф. дис... докт. мед. наук.- Харьков, 1996.- 42с.
29. Баженов Алексей Сергеевич. Медико-психологическая характеристика различных форм соматоформных расстройств (психодиагностические особенности, патопсихологические механизмы формирования, принципы психотерапевтической коррекции): Дис... канд. мед. наук: 19.00.04 / Харьковская медицинская академия последипломного образования. X., 2006. 172с.
30. Engel V. T. An Historical and Critical Review of the Articles on Blood Pressure Published in Psychosomatic Medicine Between 1939 and 1997.// Psychosomatic Medicine.- 1998.-№60.- P. 682-696
31. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММП). Практикум по психодиагностике.- М: Речь, 2007.- 224с.
32. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 496 С.

Поступила в редакцию 16.12.2009

УДК 616-002.5-053.5:[159.9.072.59:159.942.5]

В.В. Рыбалка

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: дети, вираж, активный туберкулез, метод цветowych выборов, психоэмоциональное состояние, коэффициент вегетативного баланса

Психосоматический подход к исследованию психогенеза туберкулеза ставит задачи более тщательного изучения характерных для больных туберкулезом доминирующих эмоций и поведенческих реакций, возникающих в столкновениях с окружающей социальной средой [6,10]. В результате взаимодействия индивидуальных психологических и средовых факторов появляются специфические формы поведения, обуславливающие психосоциальную адаптацию или дезадаптацию больных туберкулезом к сложившейся жизненной ситуации [3]. Конструктивные поведенческие паттерны характеризуются принятием роли больного, активной жизненной позицией, с высокой приверженностью к лечению, ответственностью перед семьей и обществом за возможную или реальную собственную эпидемическую опасность, верой в благоприятный исход заболевания. Не конструктивные поведенческие паттерны проявляются отрицанием болезни, отказом от обследования и лечения. При экстрапунитивной жизненной позиции больные испытывают дистресс, отвечают на принуждение поведенческими расстройствами. При интрапунитивной жизненной позиции и неадекватном восприятии ситуации возникает интернализация проблемы с пассивным участием в лечебном процессе или отказом от него, отсутствием веры в выздоровление, психологической изоляцией, значительным снижением социальных взаимодействий [7,10].

До настоящего времени психологические проблемы детей, больных туберкулезом, изучены мало [1,4,12,13,16]. Не известен вклад инфекционного (биологического) фактора в характер и силу психологических отклонений, а также взаимодействие этих двух составляющих в динамике туберкулезного процесса.

Цель работы: изучение канвы эмоциональных переживаний, неосознаваемых тенденций, поведенческих реакций, динамики психоэмоционального состояния у детей в разные периоды туберкулезной инфекции.

Психологические особенности, связанные с ростом и развитием детей, т.е. их возрастом, ограничивают возможности того или иного метода обследования [8]. Для изучения психоэмоционального состояния у детей целесообразно проведение модифицированного восьмицветового теста Люшера [11,14].

Существует множество теорий о возможной смысловой нагрузке цвета, а также научных монографий о цветовом символизме и использовании красок. Различные теории интерпретации цвета могут расходиться в плане их трактовки, однако теоретики единодушно признают, что цвет может выражать определенные чувства [9], настроения и даже передавать эмоциональную окраску отношений [18]. Посредством цвета в рисунках могут также проявляться различного рода соматические явления, оказывающие определенное влияние на жизнь ребенка [15].

Материалы и методы исследования

Обследовано 233 ребенка в возрасте 6 – 14 лет. С учетом особенностей возрастной психологии и клинического диагноза все дети были разделены на группы:

1-я группа – 37 детей в возрасте 10 – 14 лет с виражом туберкулиновых реакций, т.е. в начальном периоде туберкулезной инфекции;

2-я группа – 51 ребенок в возрасте от 10 до 14 лет с различными формами активного туберкулеза разной локализации;

3-я группа – 41 ребенок 6 – 9 лет с виражом туберкулиновых реакций;

4-я группа – 34 ребенка 6 – 9 лет с различными формами активного туберкулеза разной ло-

кализации.

Контролем послужили 70 не инфицированных микобактериями туберкулеза детей: 42 человека 10 – 14 лет и 28 детей 6 – 9 лет.

Существенных различий по полу и возрасту в сравниваемых группах не было.

Психоэмоциональное состояние и его динамику изучали с помощью «Метода цветowych выборов – МЦВ» - модифицированного восьмицветового теста Люшера [14] и клинического наблюдения. На основании цветowych выборов рассчитан коэффициент вегетативного баланса (К. Шипош).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате ранговых преобразований цветowych выборов были получены цветowe ряды для каждой исследуемой группы (см. табл.). При описательном анализе цветowych выборов отдавалось предпочтение второму ряду, считающегося более свободным, а соответственно, и более значимым.

В группе не инфицированных детей 10-14 лет цветowe предпочтения свидетельствуют о высокой эмоциональной вовлеченности в текущие события, потребности в действии, в общении, в переменах. Детям свойственны: оптимистичность, эмоциональная неустойчивость, демонстративность, потребность нравиться окружающим, поиск признания и стремление к соприча-

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.

Данные исследования обработаны с помощью метода ранговых корреляций с применением пакета программ SPSS for Windows, версия 13.0. Определена достоверность коэффициента корреляции по t-критерию Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

стности в межличностных контактах. Они проявляют ситуативную скептичность, упорство, противодействие обстоятельствам защитного характера. У них высока потребность в самоуважении и уважении со стороны окружающих. Поведенческие реакции обусловлены стремлением к различным формам деятельности, приносящей удовольствие, тенденциями к избеганию ответственности. В отношении запретов и нежелательных ограничений проявляют протест, эгоцентрическую обидчивость, пассивность в преодолении препятствий. Среднее значение коэффициента вегетативного баланса по группе – 0,92, что свидетельствует о доминировании тропотропных тенденций.

Таблица 1

Ранговые ряды цветowych выборов и их корреляция на разных этапах туберкулезной инфекции у детей

Возраст	Цветовой ряд	Контрольная группа	Ранний период туберкулезной инфекции (выраж)				Активный туберкулез			
			До лечения	Козфф. корреляции Пирсона, r	После лечения	Козфф. корреляции Пирсона, r	До лечения	Козфф. корреляции Пирсона, r	После лечения	Козфф. корреляции Пирсона, r
10 – 14 лет	I	21453067	43215067	0,74*	43215067	0,74*	31452067	0,64* **	13425067	0,76* ###
	II	42153067	43251067	0,84**	42315067	0,93*** ###	34152067	0,69* **	14325067	0,83** #
6 – 9 лет	I	34125067	43512067	0,45	43215067	1	31452076	0,43 ***	34125067	0,47 ###
	II	34125076	45312067	0,78*	42351067	0,81* ##	31402567	0,88** *	34215067	0,94*** ##

Номера, присвоенные цветowym эталонам: 1 – темно-синий, 2 – сине-зеленый, 3 – оранжево-красный, 4 – желтый, 5 – фиолетовый, 6 – коричневый, 7 – черный, 0 – серый.

Значение коэффициента корреляции Пирсона r по шкале Чеддока : до 0,2 – очень слабая корреляция; до 0,5 – слабая корреляция; до 0,7 – средняя корреляция; до 0,9 – высокая корреляция; свыше 0,9 – очень высокая корреляция.

Статистическая достоверность различий по t – критерию Стьюдента:

с контрольной группой – * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

до и после лечения в связанных группах – # - $p < 0,05$; ## - $p < 0,01$; ### $p < 0,001$;

в динамике туберкулезного процесса (выраж – активный туберкулез) – 2 - $p < 0,05$; 22 - $p < 0,01$; 222 $p < 0,001$.

В возрастной категории 10 – 14 лет у детей с выражением туберкулиновых реакций первый и второй цветowe ряды идентичны (табл.). Перемещение красного цвета на вторую позицию, по

сравнению с выбором у здоровых детей, объясняет ситуативно обусловленное стремление преодолеть предубеждение и недоброжелательность окружающих, связанные с диспансерным на-

блюдением и лечебными мероприятиями по поводу инфицирования микобактериями туберкулеза. Появляется настороженность и недоверчивость во взаимоотношениях с окружающими, в связи с тенденцией к преувеличению их мнения, сенситивность к высказываниям и критическим замечаниям. Возрастает упрямство и своеволие, проявляющееся ригидностью разной степени выраженности. Коэффициент вегетативного баланса у детей 10 – 14 лет в раннем периоде туберкулезной инфекции увеличивается до 1,5, что свидетельствует о преобладании эрготропного тонуса.

У детей 10 - 14 лет с различными формами активного туберкулеза проявились более существенные и значимые изменения психоэмоционального состояния по сравнению с виражом туберкулиновых реакций (табл.1). Нарастающая эмоциональная напряженность связана с внутренним конфликтом между потребностью в активности, свободной самореализации, стремлении к деятельности и необходимостью сужения круга общения, ограничением различных видов деятельности, частичной социальной изоляции. Внутренняя тревога и растерянность, вызванные болезнью, объясняют податливость детей влиянию окружающих, изменчивость их настроения в зависимости от реакций находящихся рядом людей. Самооценка больных туберкулезом детей во многом зависит от мнения значимых других. За внешней сдержанностью скрывается обида и неудовлетворенность. Дети пытаются скрывать свою неуверенность, стремятся избегать конфликтов и устанавливать дружеские контакты. Защитный механизм рационализации уменьшает напряженность Коэффициент вегетативного баланса, по цветовому выбору, равен 1.

После проведения профилактического лечения в группе детей 10 – 14 лет с виражом туберкулиновых реакций существенных изменений в психоэмоциональном статусе нет. Сохраняется высокая чувствительность к средовым влияниям. Трудности в межличностных контактах обусловлены настороженностью и недоверчивостью во взаимоотношениях с окружающими, повышенной ранимостью к высказываниям и критическим замечаниям, сосредоточенностью на своих проблемах. Появляется упорство в преодолении трудностей, напряженность и чувство соперничества. Сохраняется ригидность разной степени выраженности. Защитные механизмы избегания и вытеснения позволяют уменьшить внутреннее напряжение. Коэффициент вегетативного баланса равен 1.

После основного курса лечения у детей 10 – 14 лет, перенесших активный туберкулез, возникают выраженные психологические проблемы. Боязнь быть не принятыми значимым социумом из-за перенесенной болезни, выраженная неуверенность в собственных силах, заниженная самооценка вызывают внутреннее напряжение, беспокойство и страхи. Ведущей является потребность в понимании, любви и поддержке со стороны родителей и опекунов. Замкнутость, избирательность в контактах, стремление к покою, инертность в принятии решений приводят к снижению социальных взаимодействий. Всплески активности быстро сменяются фазой пассивности, сопровождаются раздражительной слабостью, быстрой утомляемостью, обусловленной сохраняющимся вегетативным дисбалансом на фоне инволюции туберкулезного процесса [13,16]. Коэффициент вегетативного баланса равен 1.

Выборы цветов в контингенте младшего возраста, 6 – 9 лет, обнаруживают меньшую устойчивость ведущих тенденций и большую подвластность ситуативно обусловленному настроению. В контрольной группе детей 6 – 9 лет цветовые предпочтения характерны для смешанного варианта реагирования по неустойчиво-импульсивному типу. Детям свойственны: активность, наличие стремлений и увлечений с высокой мотивацией достижения, желание доминировать, целенаправленность действий, непосредственность и раскрепощенность поведения. Высока потребность в обладании жизненными благами, в самореализации. Черты стеничности сочетаются с неустойчивостью эмоционального состояния, тенденция к самореализации – с изменчивостью установок и непоследовательностью. Типична яркость эмоциональных реакций, экзальтация чувств, широкий спектр увлечений, оптимистичность, выраженная общительность, поиски новых контактов и сфер интересов. Самооценка неустойчива: наряду с высоким уровнем притязаний имеет место неуверенность в себе, которая легко переходит в другую крайность в ситуации похвалы и одобрения в глазах окружения. У детей высока потребность в сочувствии и понимании, самоуважении и уважении со стороны родных и значимых окружающих. Коэффициент вегетативного баланса равен 1.

У детей 6 – 9 лет в раннем периоде туберкулезной инфекции повышается импульсивность в эмоциональном и поведенческих паттернах. Нарастает эмоциональная неустойчивость, де-

монстративность, зависимость от средовых воздействий. Дети стремятся к признанию и сопричастности во взаимоотношениях в семье, школе, значимом окружении. Чаще встречается выраженная эмоциональная переключаемость без глубины переживаний и непостоянство в привязанностях. Несколько усложняет социальную адаптацию экспансивность высказываний и поведения, инфантилизм, настойчивость в отстаивании собственной индивидуальности, склонность к страхам. Дети пытаются скрывать свою неуверенность, стремятся избегать конфликтов. Коэффициент вегетативного баланса в данной группе равен 1.

При активном туберкулезе, до начала лечения, у детей 6 – 9 лет более существенно изменяются цветовые выборы в зоне «предпочтения», «безразличия» и «неприятя». Физическое недомогание и вегетативные нарушения, обусловленные явлениями туберкулезной интоксикации, не осознаются, являются почвой для нарастающей неосознаваемой эмоциональной напряженности, тревожности. Незрелость когнитивных функций не позволяет ребенку самостоятельно понять себя и свою болезнь, формирующиеся новые взаимоотношения с родными и близкими. Внутренние переживания не осознаются и трансформируются в тщательно скрываемую обидчивость с уступчивым поведением, или в протестные формы поведения при наличии запретов и ограничений. Коэффициент вегетативного баланса равен 1.

У детей 6 – 9 лет с виражом туберкулиновых реакций после профилактического лечения, также как и у детей средней возрастной группы, сохраняется высокая чувствительность к средовым влияниям. Но незрелость когнитивных функций сглаживает тревожность, мнительность, подозрительность, ощущение изолированности. Эмоциональные переживания, впечатления, перемены, приключения являются ведущей внутренней потребностью. Дети проявляют упорство в преодолении трудностей, напряженность и чувство соперничества. При наличии запретов и нежелательных ограничений – оппозиционно-демонстративное поведение. Эмоциональные и поведенческие паттерны не имеют выраженных отклонений, обеспечивают удовлетворительную социальную адаптацию. Дети чаще демонстрируют субклинические проблемы, не приводящие к социальной дезадаптации. Рассчитанный коэффициент вегетативного баланса равен 1.

У детей младшей возрастной группы на фоне лечения активного туберкулеза ускоряются тем-

пы роста и нормализуются процессы созревания психических функций. Ряды цветовых предпочтений приближаются к таковым у здоровых детей и характерны для смешанного варианта реагирования по неустойчиво-импульсивному типу (табл.). Дети проявляют яркость эмоциональных реакций, оптимистичность, интерес к общению и новым видам деятельности. Появляется целенаправленность действий, непосредственность и раскрепощенность поведения, стремление к доминированию, повышается общая активность. Черты стеничности сочетаются с неустойчивостью эмоционального состояния, изменчивостью установок и непоследовательностью, импульсивностью. Самооценка неустойчива, наряду с высоким уровнем притязаний имеет место неуверенность в себе, которая легко переходит в другую крайность в ситуации похвалы и одобрения. У детей высока потребность в сочувствии и понимании, самоуважении и уважении со стороны значимых окружающих. Коэффициент вегетативного баланса равен 1.

Рассчитанный по цветовым выборам коэффициент вегетативного баланса не отражает ни возрастные особенности вегетативной регуляции у детей [2,5], ни вегетативный дисбаланс, развивающийся на фоне туберкулезной инфекции и интоксикации, который установлен по результатам расчета вегетативного индекса Кердо [1,13,16]. Соответственно, коэффициент вегетативного баланса по методу цветовых выборов не может быть использован в качестве индикатора функционирования вегетативной нервной системы [17].

Выводы

1. На фоне туберкулезной инфекции у детей развиваются преимущественно субклинические психологические проблемы.

2. В раннем периоде туберкулезной инфекции у детей старшей возрастной группы имеются лишь легкие тревожные расстройства, связанные с социальным неприятием болезни. После профилактического лечения сохраняющаяся тревожность приводит к частичному сужению социальных взаимодействий, избирательности контактов. Защитными механизмами, уменьшающими внутреннее напряжение, являются реакции избегания и вытеснения, гиперсоциальные формы поведения.

3. У детей 10 – 14 лет с активным туберкулезом формируются легкой и чаще средней степени выраженности тревожные и тревожно-депрессивные расстройства, психоэмоциональная нестабильность. Внутреннее напряжение и пе-

реживания разрешаются адаптивными способами – поиском помощи и утешения извне, то есть повышением конформности установок и рационализации. После завершения основного курса лечения сохраняющаяся тревожность и астения приводят к снижению самооценки, формированию социофобии, снижению социальных контактов.

4. В раннем периоде туберкулезной инфекции у детей 6 – 9 лет появляются или усиливаются гиперкинетические расстройства с дефицитом внимания. Чувствительность к средовым влияниям не выражена, ввиду низкой социальной компетентности детей до 10 лет. В поведенческом паттерне умеренно выражены оппозиционно-демонстративные формы поведения. После профилактического лечения дети демонстрируют те же субклинические проблемы. Эмоциональные и поведенческие паттерны не имеют выраженных отклонений, обеспечивают удовлетворительную социальную адаптацию.

5. У детей с активным туберкулезом 6 -9 лет астения различных форм и тяжести, обуславливает психоэмоциональную нестабильность, на-

растание гиперкинетических расстройств. Изоляция из семьи порождает неосознаваемую тревожность, страхи, обидчивость, протестные формы поведения. Механизм овладения ситуацией – поиск помощи и внимания окружающих. На фоне лечения туберкулеза у детей младшей возрастной группы ускоряются темпы роста и нормализуются процессы созревания психических функций, уменьшаются проявления гиперкинетических расстройств и дефицита внимания. Социальная адаптация не нарушена.

6. Биологический фактор, туберкулезная инфекция, обуславливает неврастенические и психастенические симптомы у детей 10 – 14 лет и гиперкинетические расстройства с дефицитом внимания у детей младшей возрастной группы.

7. Рассчитанный по цветовым выборам коэффициент вегетативного баланса не отражает ни возрастные особенности вегетативной регуляции у детей, ни вегетативный дисбаланс, развивающийся на фоне туберкулезной инфекции и интоксикации, и не может быть использован в качестве индикатора функционирования вегетативной нервной системы.

В.В. Рибалка

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

З метою дослідження психогенезу туберкульозу вивчені емоційні переживання, неусвідомлювані тенденції, поведінкові реакції, динаміка психоемоційного стану у дітей в ранньому періоді туберкульозної інфекції і при активному процесі. Проведено аналіз нагляду в стаціонарі і тестування за допомогою методу кольорних виборів, модифікованого тесту Люшера, 233 дітей у віці від 6 до 14 років.

Виявлені субклінічні психологічні проблеми: у дітей 10 – 14 років легкі тривожні і тривожно-депресивні розлади, психоемоційна нестабільність, порушення соціальної адаптації. У дітей 6 – 9 років – поява або посилення психоемоційної нестабільності, гіперкінетичних розладів і дефіциту уваги без порушення соціальної адаптації.

Показана неспроможність коефіцієнта вегетативного балансу як індикатора функціонування вегетативної нервової системи у дітей на різних етапах туберкульозного процесу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 91-96).

V. V. Rybalka

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN ON DIFFERENT STAGES OF TUBERCULOSIS PROCESS

Kharkiv medical academy of postgraduate education

Emotional experience, unconscious tendencies, behavioral reactions, psycho-emotional state dynamics of children in early period of tuberculosis infection and in the time of active process were studied to research psychogenesis of tuberculosis. The analysis of observation at hospital and of tests of 233 children at the age from 6 to 14 years with the help of the colour selection method, modified Lusher's test, was made.

Such subclinical psychological problems were found: children of 10-14 years had mild anxiety and anxiety-depression disorders, psycho-emotional instability, social adaptation failure.

Children of 6-9 years had appearance and intensifying of psycho-emotional instability, attention-deficit/hyperactivity disorder without social adaptation failure.

Untenableness of the vegetative balance coefficient as the indicator of children nervous system function on different stages of tuberculosis process was shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 91-96).

Литература

1. 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.
2. Желонина Л.Г. Сердечно-сосудистая система и вегетативный статус у здоровых детей 6-12 лет / Михайлова Л.А., Гребенникова В.В., Хатинская С.В., Желонина Л.Г., Чеснокова Л.Л. – Иркутск, 2001. – 9с. – Деп. в ВИНТИ 10.05.2001 №1205В.
3. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии / Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В. и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №4. – С.31-37.
4. 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.
5. Кайгородова Н. З. Исследование психофизиологических и морфофункциональных особенностей учащихся, находящихся на разных этапах адаптации к начальной и средней школе // Валеология. – 2002. – № 3. – С. 97–101.
6. Мельник В.М., Волошина В.В. Социальные и медицинские проблемы туберкулеза в Украине // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – №2. – С.22-24.
7. Мельник В. М., Валецкий Ю.Н., Липко Л.С. Эволюция психоневрологических расстройств у неэффективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких.– 2004. – №9. – С.28-30.
8. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушение психики ребенка / Мэш Э., Вольф Д. – М.: АСТ; СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 511с.
9. Орехова О.А. Цветовая диагностика эмоций ребенка / Орехова О. А. – СПб.: Питер, 2002. – 112с.
10. Психосоматическая характеристика больных туберкулезом легких / Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В., Столбун Ю.В., Сельцовский П.П. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – №10. – С.47-51.
11. Ромицына Е.Е. Тревога в представлениях о здоровье школьников разных возрастных групп / Ромицына Е.Е. // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2004»; под ред. Л.А. Цветковой, Г.М. Яковлева. – СПб.: Изд. С.-Петербургского университета, 2004. – С. 254 – 262.
12. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Влияние туберкулеза на психоэмоциональную сферу у детей // Український публіцистичний журнал. – 2009. – №1. – С.29 - 32.
13. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Астенический синдром в разные периоды туберкулезного процесса у детей // Проблеми медичної науки та освіти. – 2009. – №1. – С.
14. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практическое руководство / Собчик Л.Н. – СПб.: Речь, 2001. – 112с.
15. Ферс Г.М. Тайный мир рисунка / Ферс Г.М.; пер. с англ. – СПб.: Прайм, 2000. – 176с.
16. Цоцонава Ж.М., Стрельцова Е.Н., Бесчастнова М.А. Психовегетативные нарушения у подростков, больных туберкулезом легких // X конф. нейроиммунологии: Сб. тезисов докладов. – СПб., 2001. – С.281.
17. Щербатых Ю.В. Насколько метод цветовых выборов Люшера измеряет вегетативный компонент тревоги // Психологический журнал. – 2003. Т.5, №1-2. – с.108 – 113.
18. Эткинд А.М. Цветовой тест отношений : общая психодиагностика / Эткинд А.М.; под. ред. А.А.Богдалева, В.В.Столина. – М., 1987. – С.221 – 227.

Поступила в редакцию 12.11.2009

УДК: 616.89-053.8/9(075.5):614.211

*І.Я. Пінчук, В.М. Бурика***ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ НАВЧАННЯ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ГЕРОНТОПСИХІАТРІЇ» ДЛЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІЙ
ЛІКАРНІ**

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Донецька»

Ключові слова: люди літнього віку, навчальна програма, підготовка, геронтопсихіатрія

Практика багатьох прогресивних країн світу показала, що розвиток медико-соціальної допомоги повинен орієнтуватися на розширення діяльності середнього медичного персоналу [1]. Це дозволить забезпечити виконання великого обсягу профілактичної роботи, пов'язаної з наданням медико-соціальної допомоги людям в першу чергу вдома [2]. Так, на думку дільничних лікарів, не менш 40% обсягу медичної допомоги вдома, що потребує хворий, може бути надано медичною сестрою, яка більше часу повинна приділяти питанням профілактики інвалідизації та іншим проблемам підтримки здоров'я, зокрема літніх людей [3]. Розширення обсягу медико-соціальної допомоги пацієнтам здійснюється у значній мірі за рахунок зростання їх обслуговування середнім медичним персоналом [4]. Добре організований сестринській службі вже сьогодні під силу впливати на якість життя людей. При цьому мається на увазі не тільки виконання традиційних сестринських обов'язків, але й взяття на себе нових додаткових функцій – консультативної і навчальної. На жаль, у даний час, навіть у великих міських лікувально-профілактичних установах не вистачає достатньої кількості досвідчених медичних сестер, що розуміються на проблемах хворих і вміють забезпечити їм необхідну медичну допо-

могу, догляд і реабілітацію з використанням сучасних технологій зміцнення здоров'я. Одним з важливих аспектів підготовки персоналу, що працює з пацієнтами літнього віку, є розробка стандартних програм [5].

Актуальність впровадження циклів інформації та стажування „Актуальні питання геронтопсихіатрії” для середнього медичного персоналу визначається належністю України до найбільш демографічно старих країн світу. Широка розповсюдженість психічних розладів серед старих людей обумовлює необхідність суттєвої корекції системи стаціонарної та амбулаторної психіатричної допомоги для цієї групи населення, а також впровадження різнопланової післядипломної підготовки з питань психічного здоров'я літніх людей для фахівців різних спеціальностей і рівнів. Геронтопсихіатрична спрямованість в роботі середнього медичного персоналу значно підвищить роль в підтримці здоров'я і активного довголіття людей літнього віку в Україні. Одним з важливих аспектів підготовки персоналу, що працює з пацієнтами літнього віку, є розробка стандартних програм з геронтопсихіатрії.

Метою дослідження стало вивчення результатів впровадження навчальної програми «Актуальні питання геронтопсихіатрії» для медичних сестер в психоневрологічній лікарні.

Матеріали та методи дослідження

В 2005р. у межах виконання програми Кабінету Міністрів України “Назустріч людям” та Мадридського міжнародного плану дій з проблем старіння (ООН, 2002р.) за ініціативою Верховної Ради, наказом Міністерства охорони здоров'я України у липні 2005р. був створений Державний навчально-методичний геріатричний центр (ДНМГЦ) як окремий підрозділ НМАПО імені П.Л.Шупика на базі Інституту геронтології

АМН України.

Основним завданням ДНМГЦ є стандартизація до- та післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників, а також волонтерів і населення для системи медико-соціальної допомоги людям літнього віку. Центр розробляє і впроваджує програми для мультидисциплінарної геріатричної підготовки у бригадах (лікар - медсестра - соціальний працівник/

молодший медичний персонал – волонтер). В 2006 році разом з головним психіатром Міністерства охорони здоров'я України (Пінчук І.Я.) розроблені та в 2008 році почали впровадження цикли тематичного удосконалення з питань геронтопсихіатрії.

Вивчення ефективності навчальної програми «Актуальні питання геронтопсихіатрії» для медичних сестер в Донецькій області проводилося на базі КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня №2 м. Донецька». Навчання пройшли 42 медичні сестри (38 сестер медичних (палатних), 2 сестри медичні приймального відділення, 1 сестра медична процедурна та заступник головного лікаря з питань медсестринства). Навчання проводилось протягом 2008-2009 рр. У навчанні прийняли участь медичні сестри за стажем роботи: від 0 до 5 років – 52,4% (22 медичних сестри); від 6 до 15 років – 30,9% (13 медичних сестер); від 16 до 30 років – 16,7% (7 медичних сестер); за віком: від 20 до 35 років – 33,3% (14 медичних сестер); від 36 до 50 років – 47,6% (20 медичних сестер); від 50 до 65 років – 19,1% (8 медичних сестер).

Цикл тематичного удосконалення «Актуальні питання геронтопсихіатрії» був розроблений автором статті. У програмі даного циклу висвітлюються особливості психологічного стану населення літнього віку, економічні та правові аспекти організації геронтопсихіатричної допомоги та особливості перебігу і лікування психічних розладів у літньої людини. Особлива увага приділена програмам адаптації і реабілітації пацієнтів.

Цикл тематичного удосконалення „Актуальні питання геронтопсихіатрії” триває 2 тижні загальним обсягом 78 годин та включає в себе лекції, семінари, практичні заняття, а саме:

1. Демографічна ситуація щодо проблеми психічного здоров'я людей літнього віку. Потреби населення старших вікових груп з вадами психічного здоров'я у медико-соціальній допомозі. Організація геронтопсихіатричної допомоги населенню, її економічні та правові аспекти.

· Демографічна ситуація стосовно психічних розладів взагалі, зокрема літніх осіб, в Україні і світі.

· Особливості стану психічного здоров'я населення похилого та старечого віку та методи визначення його потреб у медико-соціальній допомозі.

· Сучасний світовий та вітчизняний досвід організації геронтопсихіатричної допомоги населенню.

· Законодавчі та нормативні документи стосовно медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я.

2. Загальні принципи оцінки стану осіб літнього віку, які страждають на психічні розлади.

· Психіатричне обстеження та психіатричний анамнез. Проблеми, що виникають при проведенні обстеження літньої людини. Інформація, надана родичами пацієнта (об'єктивна інформація).

· Дослідження психічного стану. Оцінка когнітивних функцій, оцінка соціального функціонування та навичок самообслуговування.

3. Деменції, як актуальна проблема психічного здоров'я людей літнього віку. Судинна і атрофічна деменції. Етіологія, патогенез, клінічні прояви, патопсихологічна діагностика, сучасні методи лікування, реабілітаційні заходи.

· Деменції, як актуальна проблема психічного здоров'я людей літнього віку. Діагностичні критерії деменції згідно МКХ 10. Класифікація деменцій.

· Атрофічна деменції. Етіологія, патогенез, клінічні прояви, патопсихологічна діагностика, сучасні методи лікування, реабілітаційні заходи.

· Судинна деменції. Етіологія, патогенез, клінічні прояви, патопсихологічна діагностика, сучасні методи лікування, реабілітаційні заходи.

· Інші деменції. Етіологія, патогенез, клінічні прояви, патопсихологічна діагностика, сучасні методи лікування, реабілітаційні заходи.

4. Особливості депресії в літньому та старечому віці. Диференційна діагностика, психотерапевтичне та факрмакотерапевтичне лікування.

· Особливості депресії в літньому та старечому віці. Діагностичні критерії та клінічні ознаки депресії згідно МКХ 10.

· Етіологія депресивних розладів у людей похилого віку. Диференційна діагностика депресій і деменцій.

5. Делірій – як одне з розповсюджених психічних розладів серед людей літнього віку. Маячні розлади у людей літнього та старечого віку.

· Делірій – як одне з розповсюджених психічних розладів серед людей літнього віку. Діагностичні критерії та клінічні ознаки, сучасні методи лікування.

· Маячні розлади у людей літнього та старечого віку. Діагностичні критерії та клінічні ознаки, сучасні методи лікування.

6. Загальні принципи фармакотерапії пацієнтів літнього віку.

· Побічні дії медикаментів. Побічні дії антипсихотичних препаратів та антидепресантів.

· Призначення медикаментів. Особливості лікування літніх людей з вадами психічного здоров'я в амбулаторних умовах.

7. Реабілітація пацієнтів літнього віку. Тренінг соціальних навичок, практичних.

8. Закон України „Про психіатричну допомогу“. Права пацієнта літнього віку.

· Основні положення Закону України „Про психіатричну допомогу“. Законодавчі та нормативні документи стосовно медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я.

· Правові аспекти роботи з літніми людьми, які мають психічні розлади.

Критерії оцінки результатів. Для зазначення рівня опанування теоретичного матеріалу та практичних навичок, ставлення до пацієнтів

були розроблені тести, що заповнювались до і після проведення навчання. Тести включали 18 запитань та пропонувалась одна ситуаційна задача. Кожна правильна відповідь надавала 1 бал. Максимальна сума балів складала 65.

Тести включали питання щодо:

1. Знань нормативних документів.
2. Особливостей психологічного стану людей літнього віку.
3. Знань основних психічних розладів в літньому віці.
4. Принципів оцінки стану осіб літнього віку, які страждають на психічні розлади.
5. Знань про методи реабілітації пацієнтів літнього віку.
6. Практичних навичок.

Результати дослідження, їх обговорення

До проведення навчання 42 медичних сестер, середній загальний бал складав 18,2 (рівень позитивних відповідей складав 28,0%). Після проведення навчання середній бал змінився до 51,3 (рівень позитивних відповідей складав 79%).

Серед проблемних завдань до проведення навчання були питання щодо особливостей психологічного стану людей літнього віку та основних психічних розладів в літньому віці. Зниження пам'яті, порушення сну, апетиту, зниження настрою, поява відчуття тривоги, концентрація уваги на стані свого соматичного здоров'я сприймалися за природні симптоми старіння та не звертали на себе уваги. Тільки 6 медичних сестер (14,3%) дали позитивні відповіді на питання стосовно знань основних психічних розладів в літньому віці, а саме, депресії та делірію; 40 медичних сестер (95,2%) позитивно відповіли на питання стосовно деменції. Також проблемними завданнями до проведення навчання були питання щодо знань правових аспектів роботи з літніми людьми, які мають психічні розлади. З деякими методами реабілітації пацієнтів літнього віку були знайомі тільки медичні сестри, які працювали в геронтопсихіатричному центрі лікарні.

На початку проведення навчання 16,7% (7) медичних сестер відповіли, що таке навчання їм не потрібно; 23,8% (10 медичних сестер) не визначились про необхідність навчання і тільки 59,5% (25) медичних сестер зазначили позитивне ставлення до навчання. Після проведення навчання 100% відповідей про необхідність впровадження навчальної програми «Актуальні питання геронтопсихіатрії» були позитивними.

Після проведення навчання 100% медичних сестер надали позитивні відповіді на питання стосовно особливостей психологічного стану людей літнього віку та основних психічних розладів в літньому віці, визначили основні положення Закону України „Про психіатричну допомогу“ та права пацієнтів літнього віку.

Результати впровадження навчальної програми «Актуальні питання геронтопсихіатрії» в міській психоневрологічній лікарні № 2 м. Донецька були представлені на обласному Дні психіатра і обласному Дні геріатра та запропоновано медичним закладам області провести навчання медичних сестер за даною програмою. Подальшому було проведено навчання медичних сестер в психіатричній лікарні №1 м. Макіївки, в міських лікарнях №18 та №3 м. Донецька.

И.Я. Пинчук, В.Н. Бурыка

ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ» ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Главное управление здравоохранения Донецкой областной государственной администрации,
КЛПУ «Городская психоневрологическая больница №2 г. Донецка»

Изучены результаты внедрения обучающей программы «Актуальные вопросы геронтопсихиатрии» для медицинских сестер в КЛПУ «Городская психоневрологическая больница №2 г. Донецка». Установлено, что улучшение и стандартизация обучения по вопросу психического здоровья пожилых людей для медицинских сестер является одним из важных условий оптимизации помощи пожилым людям с психическими расстройствами. По результатам анкетирования, перед проведением обучения 16,7% (7) медицинских сестер ответили, что обучение вопросам психического здоровья пожилых людей им не нужно; 23,8% (10 медицинских сестер) не определились по поводу необходимости обучения и только 59,5% (25) медицинских сестер выявили положительное отношение к обучению. После проведения обучения 100% ответов о необходимости знаний психического здоровья пожилых людей были положительными. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 97-100).

I. Pinchuk, V. Burika

THE INTRODUCTION OF STUDY PROGRAM «RELEVANT QUESTIONS OF GERONTOPSYCHIATRY» IN PSYCHONEUROLOGY HOSPITALS

General office of Health Service of Donetsk regional state administration, СЕТР “Syty
psychoneurological hospital N 2, Donetsk ”

It was studied the result of the introduction training program «Relevant questions of gerontopsychiatry» for nurses of psychiatric hospital №2 in Donetsk. It's established that improvement and training standardization on the question of mental health of elderly people for nurses is one of the important conditions of optimization the help to elderly people with mental disorders. According to results of questioning, before start studying program 16,7% (7) of nurses have answered that training concerning mental health of elderly people is not necessary for them; 23,8% (10 nurses) were not defined concerning necessity of training and only 59,5% (25) of nurses have revealed the positive attitude to training. After carrying out of training 100% of answers about necessity of knowledge of mental health were positive. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 97-100).

Література

1. Чайковська, В. В., Вержиковська Н.В., Хаджинова Н.А. Стан організації гериатричної допомоги населенню літнього віку в Україні (2005р.) // Проблеми старення и долголетия. - 2006. - №6. - С. 358-366.
2. Безруков В.В., Вороненко Ю.В. Шляхи вдосконалення медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні // Проблеми старення и долголетия.—2004.—Т.13, № 3. -С. 221-224.
3. Безруков В., Вержиковська Н., Чайковська В. Проблеми здоров'я літніх людей та забезпечення їх медичною допомогою в Україні // Журн. АМН України.- 2000.- Т. 6, № 1. - С. 93-106.
4. Безруков, В. В. Організація довготривалої допомоги людям

літнього віку (огляд літератури і власних досліджень) // Журнал АМН України. - 2005. - №2. - С. 326-345.

5. Матеріали науково-практичної конференції “Викладання актуальних питань геронтології у підготовці спеціалістів для системи медичної і соціальної допомоги людям літнього віку в Україні” (Київ, 4-5 листопада 2004) /Проблеми старення и долголетия. – 2004. – 13, № 3. – 466 с.

6. В.М. Лехан. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – Сфера, 2001. – 174с.

7. В.М.Рудий. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні.- Сфера, 2005. – 271с.

Поступила в редакцию 21.12.2009

А.В. Яковленко

КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: эректильная функция, ишемическая болезнь сердца, лечение, курорт

«Барометром» сердечно-сосудистых осложнений считается эректильная дисфункция (ЭД) [4, 15, 16], которая в большинстве случаев отражает атеросклеротическое поражение сосудистой стенки [1, 2] и является весьма важным предиктором ишемической болезни сердца (ИБС) [8, 9], в том числе последующего развития инфаркта миокарда [20]. Существует четкая прямая взаимосвязь между частотой развития ИБС и ЭД у мужчин [5, 10, 19]. После появления признаков ЭД в течение 10 лет вероятность формирования ИБС и инфаркта миокарда составляет около 40% [14]. В свою очередь, до 80% мужчин с ИБС теряют свою эректильную функцию (ЭФ) [12, 15]. Через систему

оценки последней можно в масштабах эпидемиологических исследований даже выделить группу риска лиц по ИБС и прогнозировать у них течение заболевания [5].

Эффективность реабилитационных мероприятий в условиях разных курортов при ишемической болезни сердца (ИБС) широко обсуждается в литературе [6, 11], а технология лечения ЭД у них еще абсолютно не разработана [3]. Необходимо отметить, что при одновременном течении ИБС и ЭД тяжести патологических процессов взаимоусугубляются [7]. Целью данной работы стала оценка эффективности лечения ЭД у больных ИБС в ходе их курортной реабилитации.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находился 81 мужчина с ИБС в возрасте $59 \pm 0,8$ лет. Функциональный класс стенокардии (ФКС) I установлен в 12% наблюдений, ФКС-II – в 31% и ФКС-III – в 57%, функциональный класс сердечной недостаточности (ФКСН) IA-B – у 38% от числа обследованных, ФКСН-IIA – у 46%, ФКСН-PIB – у 16%. 57% больных перенесли ранее инфаркт миокарда в сроках $5 \pm 0,6$ лет, 41% выполнена операция аортокоронарного шунтирования, а 5% – стентирование коронарных артерий. Метаболический синдром диагностирован у 16% от числа обследованных пациентов, систолическая артериальная гипертензия выявлена в 43% случаях, диастолическая в 37%, гиперлипидемия констатирована у 84% обследованных (IIA тип у 34%, PIB – у 56%, III – у 3%, IV – у 7% от числа лиц с изменениями жирового обмена). ЭД установлена у 73% больных ИБС.

Реабилитация больных ИБС проведена в условиях Славянского базового санатория «Юбилейный». На предыдущих этапах больным выполнялись электрокардиография (аппараты «МІДАК-ЕК1Т», Украина или «Fukuda Denshi

Cardimax-FX326», Япония), эхокардиография (аппарат «Acuson-Aspen-Siemens», Германия), холтеровское мониторирование (аппарат «Кардиотехника-04-08», Россия) и коронарография (аппарат «Angiostar-Plus-Siemens», Германия). За основу определения ЭФ был принят международный индекс IIEF (International Index of Erectile Function), изученный в процессе анкетирования пациентов. Анкета включала в себя 15 вопросов, каждый из ответов на которые мы оценивали по 4-балльной системе: 0 – неудовлетворительно, 1 – удовлетворительно, 2 – хорошо, 4 – отлично. Подсчитывали интегральный индекс ЭФ (ИИЭФ).

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного, одно- и многофакторного дисперсионного (ANOVA/MANOVA), корреляционного и регрессионного анализа (программы «Microsoft Excel» и «Statistica»). Оценивали средние значения, их ошибки, коэффициенты корреляции, критерии дисперсии, регрессии, Стьюдента, Уилкоксона-Рао и достоверность статистических показателей (p).

Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациентам в условиях курорта проводили лечебную физкультуру, терренкур, психотерапию и массаж, а лицам с нарушенной ЭФ дополнительно назначали восходящий душ, грязевые ректальные тампоны и свечи «Витап-рост». У 96% от числа наблюдаемых больных применяли разные варианты рапных ванн. Использованное на предыдущих этапах медикаментозное лечение ИБС чаще всего оставляли прежним. В 49% обследованных с ИБС применяли кардиометаболические средства, в 20% нитраты, в 93% антиагреганты, в 19% антиаритмические средства, в 48% ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), в 9% блокаторы рецепторов ангиотензина-II (БРАТ), в 73% б-адреноблокаторы (бАБ), в 57% антагонисты кальция (АК), в 24% диуретики, в 58% статины, в 12% фибраты. В случаях нарушения ЭФ назначали дополнительно ультразвук на зону предстательной железы (53% больных), гелийнеоновый лазер (34%), магниты (32%),

магнитолазеротерапию на область крестца (14%), ингибитор фосфодиэстеразы-5 (ИФДЭ-5) силденафила цитрат в дозе 25-50 мг два раза в неделю (25%).

Отсутствие эффекта в рамках ЭФ констатировано в 14% наблюдений, незначительное улучшение – в 37%, улучшение – в 17%, значительное улучшение – в 32%. Если до курортной реабилитации ЭД имела место у 73% пациентов, то после лечения в санатории – 40% ($p < 0,001$), ИИЭФ соответственно до и после пребывания больных на курорте составил $54,6 \pm 6,95$ усл. ед. и $74,1 \pm 9,25$ усл. ед. ($p < 0,001$).

Изменяется характер ответов на опросник ЭФ, что нашло свое отражение на рисунке. Обследованные пациенты позитивно чаще на 20% стали удовлетворены половым актом ($p = 0,021$), на 19% - частотой оргазмов ($p = 0,035$), на 31% - сексуальной жизнью ($p = 0,001$), на 36% - сексуальными отношениями ($p < 0,001$), на 42% - уверенностью в достижении эрекции ($p < 0,001$).

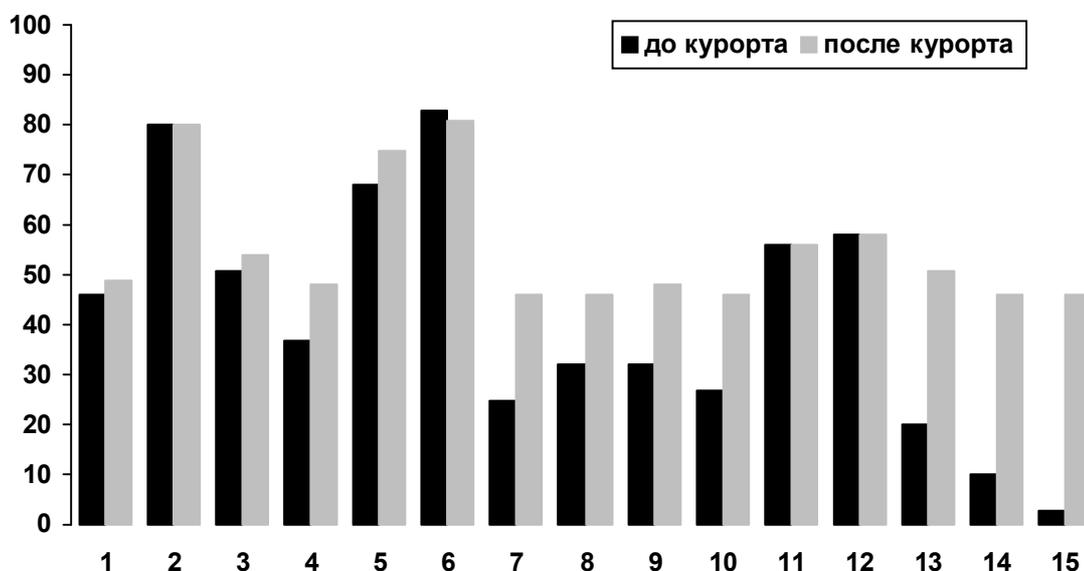


Рис. Частота отдельных признаков ЭФ у больных ИБС до и после курортной реабилитации (%).

Признаки: 1 – достижение эрекции, 2 – эффективность при сексуальной стимуляции, 3 – достаточность эрекции, 4 – сохранение эрекции, 5 – эрекция до завершения полового акта, 6 – удовлетворенность попытками полового акта, 7 – удовлетворенность половым актом, 8 – удовлетворение половым актом, 9 – удовлетворенность эякуляцией, 10 – удовлетворенность частотой оргазмов, 11 – удовлетворенность частотой сексуальных желаний, 12 – удовлетворенность степенью сексуальных желаний, 13 – удовлетворенность сексуальной жизнью, 14 – удовлетворенность сексуальными отношениями, 15 – удовлетворенность в достижении эрекции.

По данным дисперсионного анализа на результаты лечения достоверно влияют исходный ФКСН, уровень артериального давления и индекс массы тела больного, но не возраст пациентов, ФКС, параметры периферического сосудистого сопротивления, наличие метаболичес-

кого синдрома, гиперурикемии и тип гиперлипидемии. На ИИЭФ оказывают достоверное воздействие только показатели диастолического давления. Регрессионный анализ демонстрирует обратную зависимость ИИЭФ от возраста мужчин, ФКСН и среднего артериального дав-

ления. Мы считаем, что артериальная гипертензия относится к прогнознегативным признакам эффективности курортной реабилитации больных с ЭД при ИБС.

Эффективность реабилитации определяют исходные показатели в крови тестостерона, триглицеридов и аполипопротеидов-В. Регрессионный анализ свидетельствует об обратной зависимости ИИЭФ от содержания в крови инсулина, а прямую связь – с уровнем тестостеронемии. На наш взгляд, прогнозположительными критериями курортной реабилитации больных с ЭД являются следующие (больше или меньше $M \pm s$ больных): концентрации инсулина в крови <15 мкМЕ/мл, тестостерона >20 нмоль/л, триглицеридов <2200 мкмоль/л и аполипопротеидов-В <1100 мг/л.

На эффективность лечения ЭД у больных ИБС в условиях курорта достоверно влияют использование ультразвука на предстательную железу, магнитолазеротерапии на зону крестца и ИФДЭ-5, но не лазерное облучение и магнитное воздействие на простату. На ИИЭФ оказывают достоверное воздействие только магнитолазеротерапия крестцовой зоны и назначение больным силденафила, которые, на наш взгляд, являются методами выбора комплексной курортной реабилитации мужчин с ЭД, страдающих ИБС.

Фонофоретическое воздействие на предстательную железу достоверно улучшает достижение и достаточность эрекции, магнитолазерное воздействие на область крестца – эти же признаки ЭФ, а также эффективность эрекции при сексуальной стимуляции, сохранение эрекции до завершения полового акта, удовлетворение половым актом и удовлетворенность частотой оргазмов. ИФДЭ-5 силденафил из 15 показателей анкеты, по данным дисперсионного анализа, не влияет только на удовлетворенность попытками совершить половой акт и самим половым актом, а также степенью сексуальных желаний.

У больных, не получавших силденафил, показатели липидного обмена и эндотелиальной функции сосудов к концу курортной реабилитации изменяются незначительно, тогда как на фоне ИФДЭ-5 констатируется уменьшение со-

держания в крови общих липидов, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, аполипопротеидов-В, эндотелина-1 и тромбксана-А2 на фоне увеличения концентраций липопротеидов высокой плотности и простаглицлина.

По данным литературы, клиническая эффективность силденафила в отношении восстановления ЭФ достигается у больных ИБС [13], а с отличным эффектом – у каждого второго [21]. Эффект ИФДЭ-5 у больных с сочетанием ЭД и ИБС объясняется коррекцией дисфункции сосудистого эндотелия и барорецепторов с последующим вазодилатирующим действием [8, 18]. В процессе лечения ЭФ у больных ИБС силденафилом не только уменьшается число положительных ответов на анкетирование по ПЕФ, а восстанавливаются коэффициент атерогенности и соотношение аполипопротеидов-А1 и аполипопротеидов-В [17].

Выводы:

1. Улучшение и значительное улучшение со стороны ЭФ в процессе курортной реабилитации достигается у 49% больных ИБС, частота ЭД сокращается в 1,8 раза, а ИИЭФ достоверно возрастает на 36%.

2. Эффективность лечения ЭД на курорте негативно зависит от ФКСН, уровня артериального давления и индекса массы тела, содержания в крови исходных показателей инсулина, триглицеридов и аполипопротеидов-В, а позитивно связано с концентрацией тестостеронемии, использованием в комплексе лечебных мероприятий магнитолазеротерапии на область крестца и назначением ИФДЭ-5 силденафила.

3. На фоне применения силденафила в рамках курортной реабилитации больных ИБС с ЭД уменьшаются параметры в крови общих липидов, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, аполипопротеидов-В, эндотелина-1 и тромбксана-А2, а увеличиваются концентрации липопротеидов высокой плотности и простаглицлина.

4. В будущем препаратом выбора для комплексного курортного лечения больных ИБС с ЭД, не получавших нитраты, может стать силденафил в дозе 25-50 мг 2 раза в неделю.

КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Поліпшення і значне покращення з боку еректильної функції в процесі курортної реабілітації досягається у 49% хворих на ішемічну хворобу серця, частота еректильної дисфункції скорочується в 1,8 рази, інтегральний індекс еректильної функції достовірно зростає на 36%, що негативно залежить від функціонального класу серцевої недостатності, рівня артеріального тиску й індексу маси тіла, вмісту в крові вихідних показників інсуліну, тригліцеридів та аполіпопротеїдів-В, а позитивно пов'язане з концентрацією тестостеронемії, використанням в комплексі лікувальних заходів магнітолазеротерапії на зону крижів і призначенням інгібітору фосфодіестерази-5 сіднафілу, на тлі якого зменшуються параметри загальних ліпідів, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької густини, аполіпопротеїдів-В, ендотеліну-1, тромбоксану-А2 та збільшуються значення ліпопротеїдів високої густини й простагліцину. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 101-104).

A.V. Yakovlenko

RESORT TREATMENT ERECTILE DYSFUNCTIONS AT PATIENTS WITH ISCHEMIC ILLNESS OF HEART

Donetsk national medical university

Improvement and significant improvement from the side erectile functions during resort rehabilitation is reached at 49 % of patients by ischemic illness of heart, frequency erectile dysfunctions is reduced in 1,8 times, the integrated index erectile dysfunctions authentically grows by 36 %, that negatively depends on a functional class of intimate insufficiency, a level arterial pressure and an index of weight of a body, the maintenance in blood of initial parameters of insulin, triglyceride and apolipoprotein-1, and is positively connected to concentration testosteronemia, use in a complex treatment actions and magnetolaserotherapy on sacrum area and purpose of inhibitor of fosfodyesteraza -5, sildenafil on which background parameters of the general lipids decrease, triglycerides, lipoproteids low density, apolipoprotein-1, endothelin-1, thromboxane-A2 and values lipoproteids high density and prostociklin increase. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 101-104).

Литература

1. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Гончарук А.И. Синдром эректильной дисфункции в практике терапевта // Клини. мед.-2005.-Т.83. №3.-С.16-23.
2. Долженко М.Н. Noli посере, или как влияет кардиоваскулярная медикаментозная терапия на развитие эректильной дисфункции? // Укр. мед. вісник.-2007.-№12.-С.22-27.
3. Карпухин И.В. Главные аспекты и перспективы медицинской реабилитации урологических и андрологических больных // Вопр. курортол. физиотер. леч. физкультуры.-2007.-№5.-С.4-8.
4. Billups K.L. Erectile dysfunction as a marker for vascular disease // Curr. Urol. Rep.-2005.-Vol.6, N6.-P.439-444.
5. Cox B. Erectile dysfunction and heart disease: 1: Overview // Nurs. Times.-2008.-Vol.104, N46.-P.26-27.
6. Graf C., Bjarnason-Wehrens B., Rost R. Preventing coronary heart disease by physical activity. How much exercise is necessary? // MMW Fortschr. Med.-2007.-Vol.143, N4.-P.28-30.
7. Hodges L.D., Kirby M., Solanki J., O'Donnell J. The temporal relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease // Int. J. Clin. Pract.-2007.-Vol.61, N12.-P.2019-2025.
8. Kapur V., Schwarz E.R. The relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease: Part I: pathophysiology and mechanisms // Rev. Cardiovasc. Med.-2007.-Vol.8, N4.-P.214-219.
9. Kloner R.A. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular disease // Int. J. Impot. Res.-2008.-Vol.20, N5.-P.460-465.
10. Lemogne C., Ledru F., Bonierbale M., Consoli S.M. Erectile dysfunction and depressive mood in men with coronary heart disease // Int. J. Cardiol.-2008.-Vol.11, N9.-P.50-51.
11. Lipsett M.J., Tsai F.C., Roger L., Woo M. Coarse particles and heart rate variability among older adults with coronary artery disease in the Coachella Valley, California // Environ Health Perspect.-2006.-Vol.114, N8.-P.1215-1220.
12. Lunelli R.P., Rabello E.R., Stein R., Goldmeier S. Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge? // Arq. Bras. Cardiol.-2008.-Vol.90, N3.-P.156-159.
13. Maroto-Montero J.M., Portuondo-Maseda M.T., Lozano-Suarez M., Allona A. Erectile dysfunction in patients in a cardiac rehabilitation program // Rev. Esp. Cardiol.-2008.-Vol.61, N9.-P.917-922.
14. Ponholzer A., Temml C., Obermayr R., Wehrberger C. Is erectile dysfunction an indicator for increased risk of coronary heart disease and stroke? // Eur. Urol.-2005.-Vol.48, N3.-P.512-18.
15. Ruzih A., Persih V., Miletih B., Vcev A. Erectile dysfunction after myocardial infarction—myth or a real problem? // Coll. Antropol.-2007.-Vol.31, N1.-P.185-188.
16. Sivalingam S., Hashim H., Schwaibold H. An overview of the diagnosis and treatment of erectile dysfunction // Drugs.-2006.-Vol.66, N18.-P.2339-2355.
17. Solomon H., Wierzbicki A.S., Lumb P.J., Lambert-Hammill M. Cardiovascular risk factors determine erectile and arterial function response to sildenafil // Am. J. Hypertens.-2006.-Vol.19, N9.-P.915-919.
18. Stirban A., Laude D., Elghozi J.L., Sander D. Acute effects of sildenafil on flow mediated dilatation and cardiovascular autonomic nerve function in type 2 diabetic patients // Diabetes Metab. Res. Rev.-2009.-Vol.25, N2.-P.136-143.
19. Vrentzos G.E., Paraskevas K.I., Mikhailidis D.P. Erectile dysfunction: a marker of early coronary heart disease // Hellenic J. Cardiol.-2007.-Vol.48, N4.-P.185-191.
20. Ward R.P., Weiner J., Taillon L.A., Ghani S.N. Comparison of findings on stress myocardial perfusion imaging in men with versus without erectile dysfunction and without prior heart disease // Am. J. Cardiol.-2008.-Vol.101, N4.-P.502-505.
21. Zhang K. Whole rehabilitation: a new goal of erectile dysfunction therapy // Zhonghua Nan Ke Xue.-2006.-Vol.12, N9.-P.832-835.

Поступила в редакцию 16.10.2009

УДК 616.89-008.441.1:615.851

*Л.В. Животовська, Г.Т. Сонник***ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО КОНТАКТУ ПРИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ РЕМІСІЇ**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Ключові слова: алкогольна залежність, поетапна система психотерапії, психотерапевтичний контакт

В світлі сучасних поглядів на патогенез алкогольної залежності, виникнення та формування її розглядається як складна, багаторівнева функціональна патологічна система з вираженими порушеннями на всіх її рівнях – нейрофізіологічному, метаболічному, психічному та соціально-психологічному [1, 2, 3]. Мультифакторна взаємодія різних ланок патогенезу обумовлює складність даної проблеми. При динамічному формуванні будь-якої якісно окресленої діяльності цілісного організму створюється вибірково інтегративне утворення – функціональна система, яка являє собою конкретний фізіологічний апарат саморегуляції та гомеостазу. Для цілеспрямованого задоволення біологічних та соціальних потреб емоційні підкіркові структури, асоціативні та моторні ділянки кори головного мозку об'єднуються в функціональну систему, яка визначає властивості вищої нервової діяльності та характер поведінкового реагування особистості [4, 5].

Всі потреби, емоції та мотивації, які не є домінуючими і не задовольняються, гальмуються першочерговою домінуючою потребою, створюючи несвідому ділянку психічної діяльності. В структурі свідомості не можуть одночасно існувати різнопланові асоціації, емоції та мотивації. Якщо ж таке відбувається, то можна говорити про неспроможність функціональної системи свідомості пригнітити активність альтернативних мозкових структур, про порушення цілеспрямованої адаптивної поведінки [6]. Існує думка, що в певних умовах (дефіцит позитивних емоцій, психо-емоційний стрес, органічний дефект мозку різного генезу) мозкова система позитивного підкріплення може бути матрицею, на якій ґрунтується патологічна інтеграція потягу до алкоголю [7]. На сучасному етапі клінічного та експериментального вивчення механізмів формування алкогольної залежності встановлено, що провідне значення належить розладам вищих форм пристосувальної діяль-

ності – психоемоційній та психофізіологічній адаптації, порушенню діяльності адаптивних механізмів, що локалізовані у лімбічній системі мозку та обумовлюють функціональний стан симпатичної, парасимпатичної та нейроендокринної системи [8, 9].

Етанол має здатність модифікувати діяльність гормональної системи організму, при цьому вплив його на секрецію ендокринних залоз різноманітний. Процеси дезінтеграції ендокринних систем призводять до формування дезадаптаційних станів людини, посилюючи симптоматику алкогольної мотивації. Перехід з одного психоемоційного стану в інший при втраті соціокультуральних традицій та духовних цінностей може бути одним із центральних механізмів у процесі формування алкогольної залежності. Розглядаючи алкогольну залежність з точки зору тріади адаптаційних реакцій, висловлюється думка, що існують загальні іманентні фактори, які відповідають в кінцевому результаті за психосоматичну трансформацію негативних емоційно-особистісних переживань і формування аддиктивних механізмів поведінки, ведучих до патологічного потягу до алкоголю [10].

Враховуючи значну поширеність та негативні наслідки психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю, актуальним залишається питання терапії при цих станах. Головним завданням терапії у даного контингенту хворих є редукція патологічного потягу до алкоголю, досягнення стійкої якісної ремісії та попередження рецидивів захворювання [1]. Суттєве значення психологічних та нейрофізіологічних механізмів в розвитку та підкріпленні алкогольної залежності, а також недостатня ефективність патогенетичної терапії алкоголізму визначають важливу роль психотерапії на всіх етапах лікування даної патології. Основною тенденцією психотерапевтичної роботи у осіб із синдромом залежності від алкоголю є використання не тільки сугестивного впливу, що спрямований на

формування відрази від алкоголю, а і різних методів впливу на механізми психологічного захисту, аналізу істинних мотивів поведінки, відновлення порушеної мотиваційної сфери, підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта, формування адекватних уявлень про себе і установки на тверезий спосіб життя [11, 12, 13].

Метою дослідження було проаналізувати особливості психотерапевтичного контакту з позицій гештальт-підходу у пацієнтів з алкогольною залежністю в період становлення ремісії.

Під нашим спостереженням за період з 2005 по 2008 рік знаходилося 50 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (F 10.2-10.4), всі чоловіки, віком від 24 до 48 років (середній вік $36,9 \pm 2,8$ років). Тривалість захворювання становила від 5 до 14 років (в середньому 8,3 років), переважала псевдозапійна форма зловживання алкоголем. У більшості хворих темп розвитку захворювання кваліфікувався як середньопрогресивний. Нозологічна діагностика базувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася на підставі клініко-психопатологічних, патопсихологічних, лабораторних та інструментальних методів.

Всі пацієнти отримували комплексну медикаментозну терапію в стаціонарних умовах – дезінтоксикаційну, вітамінотерапію, призначалися гепатопротектори, препарати метаболічної дії, нейрелептики з седативним компонентом дії для корекції грубих психопатоподібних та дисфоричних розладів, антиконвульсанти у середньотерапевтичних дозах. Після усунення постінтоксикаційних та абстинентних розладів на етапі становлення ремісії в комплексі терапевтичних програм проводилася психотерапія. Для оцінки ефективності психотерапії аналізувалися наступні показники: симптоматичне покращення, усвідомлення психологічних механізмів захворювання, відновлення порушених відносин особистості, покращення соціального функціонування.

Нами розроблена поетапна диференційована система психотерапії з позицій гештальт-підходу. Після зняття проявів абстиненції на етапі становлення ремісії першим психотерапевтичним кроком було зміна відношення до хвороби та подолання анозогнозії, тобто усвідомлення пацієнтом факту наявності кризового життєвого шляху. На другому етапі основними завданнями терапевтичного процесу були корекція порушеної системи ціннісних відносин, корекція інтрапсихічних та міжособистісних проблем.

На першому етапі терапевтичної взаємодії

сесії були як індивідуальними, так і груповими, тривалістю 60 хвилин, проводилися 2 рази на тиждень протягом 4 тижнів. Основним завданням даного етапу була діагностика специфічних порушень контакту пацієнта зі своїми почуттями та зовнішнім середовищем, підтримка пацієнта в усвідомленні процесу власних переживань своєю присутністю та зворотнім зв'язком, допомога при відтворенні на його межі-контакту просторових взаємовідносин.

Аналізуючи особливості зриву циклу контакту в ході терапії, можна відмітити, що у частини пацієнтів, у яких тривалість зловживання алкоголем становила 5-8 років (43,7%), проблеми виникали на рівні вибору і зрив контакту відбувався на стадії дії (за Зінгером) [13]. При цьому в терапевтичній роботі основним напрямком була робота з усвідомленням можливості вибору та присвоєнням відповідальності за свій вибір. У іншій частини пацієнтів тривалість зловживання алкоголем становила 8-14 років (56,3%) і проблеми були заявлені на рівні усвідомлення потреб, а зрив циклу контакту відбувався на стадії енергетизації. Так, при регресивних процесах в сфері усвідомлення потреб формується патологічна дифлексія, коли любе збудження усвідомлюється як потреба в алкоголі. В цьому випадку терапевтична робота була спрямована на усвідомлення власного збудження та потреб. Само збудження в зв'язку з виникненням енергії до дії формує виникнення «віртуального» цикл-контакту, а стадія дії реалізується в організації інтроєктування організму алкоголем. Таким чином, можна виділити два рівня залежності від алкоголю - на рівні вибору, що властиво пацієнтам з тривалістю зловживання алкоголем 5-8 років, та на рівні збудження, що характерно для пацієнтів з більшою тривалістю зловживання.

Зміна толерантності призводить до збільшення об'єму інтроєктування (дози алкоголю), що формує алкогольну залежність. Спочатку стимулом до вживання алкоголю був процес адаптації, який ставав базовою формою уникнення прямого контакту в процесі формування залежності. В процесі певного тривалого періоду вживання алкоголю організм втрачає здатність долати елементарні життєві труднощі (напружені відносини в сім'ї, необхідність шукати компроміси, заробляти гроші, бути творчим). В результаті формування «віртуального» цикл-контакту організм без взаємодії з алкоголем не має такого досвіду, який дає енергію для розвитку особистості. Часто на довгі роки (10-15 років) переривається

актуальний цикл досвіду, який замінений «віртуальним», внаслідок чого відбувається поступова деградація особистості. Якщо зрив актуального циклу контакту стимулює людину повернутися до спроби пройти актуальний цикл досвіду, то алкоголь знімає ці проблеми та блоки (страхи, стереотипи, сімейні та соціальні інтроєкти), що стоять на шляху повноцінної реалізації контакту. При цьому відсутній той еволюційний розвиток особистості, який набувається в результаті проходження життєвого циклу контакту, замінюється досвідом, що набувається при взаємодії організму з алкоголем.

Можна зазначити, що у пацієнтів з алкогольною залежністю присутні дві моделі поведінки. Один спосіб життєдіяльності, який сформований в результаті вживання (інтроєкування) алкоголю, сприймається як цілісний, спонтанний за своїми проявами та суб'єктивно задовільний, другий спосіб – при відсутності алкоголю фрустрований, насичений зривами та запобіганнями контакту, суб'єктивно дискомфортний. Особливість такої моделі поведінки полягає в тому, що при достатньо сильній емоційній напрузі організм при алкогольній залежності із стану «без алкоголю» прагне перейти в стан алкогольного сп'яніння. Алкоголь трансформує сам організм в змінений і саме цей «інший» організм організує свою діяльність. «Віртуальний» цикл контакту при цьому є самостійною формою зриву актуального і відповідно гештальт-підхід в психотерапевтичній роботі був спрямований на усвідомлення пацієнтами свого зриву контакту.

Другий етап проводився в амбулаторних умовах після виписки хворого із стаціонару (реабілітація, соціально-психологічна адаптація і профілактика рецидиву) протягом 6 місяців. Терапевтичні сесії були груповими тривалістю 60 хвилин і проводилися 1 раз на тиждень. В процесі роботи реалізовувався психотерапевтичний підхід, орієнтований на формування і використання для впливу на пацієнтів механізмів групової терапевтичної динаміки. Психотерапевтичні зусилля скеровувалися на організацію оптимальних умов для конструктивного вирішення пацієнтами своїх проблем. В процесі психотерапії використовувалися різні емоційно-стресові, тілесно-орієнтовані та біхевіоральні гештальт-техніки з елементами психодрами, засоби арт-терапії, поле групової взаємодії, «психотерапевтичне дзеркало» за С.С.Лібихом, підтримувався зворотній зв'язок між учасниками групи. При різних конкретних задачах та об'єму психотерапевтичних інтервенцій, головними завдан-

нями психотерапевтичної роботи на другому етапі була корекція порушеної системи ціннісних відносин, неадекватних емоційних та поведінкових стереотипів, хворобливих внутрішньо-особистісних конфліктів та підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта до тверезого способу життя.

Психотерапія на цьому етапі спрямована на усвідомлення причини уникнення актуального досвіду через організацію «віртуального», тобто усвідомлення тих станів та обставин, які пацієнт уникає. Для того, щоб захистити можливість формування «віртуального» циклу контакту, пацієнти з алкогольною залежністю навчилися численній кількості маніпуляцій. Організм набуває особливих властивостей життєдіяльності через те, що витрачає свої сили на організацію меж контакту в стані сп'яніння, а навички організації актуальної межі контакту поступово регресують. Починають переважати патологічні форми взаємодії – ретрофлексія, конфлюєнція, проекція.

Ретрофлексія формується як така форма захисту, коли більшість важливих комунікацій є хворобливими через втрату навичок організації взаємодії із зовнішнім середовищем, а також підвищеної чутливості організму. Енергія контакту, переживання не доходять до меж контакту і проявляються лише на невербальному рівні – втомлюваність, напруженість м'язів, здавлене дихання та інші, або у вигляді соматизації, що також стає ґрунтом для маніпуляцій. Мотиваційною базою ретрофлексії стають численні соціокультуральні інтроєкти – стереотипи «нікому не можна довіряти», «сам собі не допоможеш – ніхто не допоможе» та ін.

Інший варіант патологічного захисту – конфлюєнція (злиття), що проявляється прагненням ставити своє життя в залежність від зовнішніх обставин, людей, подій. Спостерігається тенденція як до злиття пацієнтів з членами своєї родини (батьки, партнери по шлюбу), так і навпаки. Мотиваційною базою конфлюєнції стають інтроєкти типу «ніщо нас не розлучить», «мати – це святе» та ін. До підліткового віку людина перебуває в конфлюєнції з батьками, вихід з неї супроводжує перехід людини із залежності від сімейного середовища в контр залежність і далі в незалежність. При взаємодії з алкоголем людина втрачає свою самостійність і знов повертається на стадію залежності, але вже в патологічній формі. Ці патологічні форми взаємодії супроводжуються великою кількістю маніпуляцій та низьким усвідомленням і відповідаль-

ністю за них. Якщо це не приводить до бажаного результату, то причина дискомфорту та невдоволення знаходиться у зовнішньому середовищі, що виражається в проекції – звинувачення в несправедливості, нерозумінні. Проекції може бути персоніфікованою (об'єкт конфлюенції) або спрямована на «весь світ» - «ніхто мене не розуміє», «немає в світі щастя» та ін. Таким чином, на другому етапі терапії проводилися інтервенції з метою освідомлення пацієнтами своїх маніпуляцій в поєднанні з підтримкою та опорою на актуальність, усвідомлення, відповідальність.

Таким чином, висвітлені особливості психотерапевтичного контакту з позицій гештальт-підходу у пацієнтів з алкогольною залежністю в період становлення ремісії є алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій з визначенням тих чи

інших модальностей терапевтичного впливу. Стратегічними мішенями при цьому є діагностика специфічних порушень контакту пацієнтів зі своїми почуттями та навколишнім світом, їх активація у просторі контакту терапевт-пацієнт, сумісне дослідження та допомога пацієнту при освідомленні викривлених переживань, відновлення адекватних емоційних реакцій з переоцінкою життєвих потреб та переконань, послідовне формування внутрішньої мотивації в тривалому терапевтичному процесі. Запропонована система поетапної психотерапії в комплексному лікуванні хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю забезпечує покращення стану емоційно-особистісної сфери даного контингенту хворих, сприяє розширенню сфери соціальних контактів з прагненням до цілеспрямованої діяльності.

Л.В. Животовская, Г.Т. Сонник

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ

ВГУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”

В статье изложены особенности психотерапевтического контакта с позиций гештальт-подхода у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя на этапе становления ремиссии. Предложена система поэтапной психотерапии с алгоритмом психотерапевтических интервенций и определением мишеней терапевтического влияния. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 3 (23). — С. 105-108).

L.V. Zhyvotovska, G.T. Sonnyk

SOME ASPECTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC CONTACT AT DEPENDENCE ON ALCOHOL AT A STAGE OF FORMATION OF REMISSION

The Ukrainian medical stomatologic academy

In article features of psychotherapeutic contact from positions of the Gestalt-approach at patients with mental and behavioural frustration owing to the alcohol use at a stage of formation of remission are stated. The system of stage-by-stage psychotherapy with algorithm the psychotherapeutic interventions and definition of targets of therapeutic influence is offered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 105-108).

Література

1. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. И. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. 192 с.
2. Битенский В.С., Мельник Э.В., Сушко В.В., Березанская Н.Д. К вопросу об этиопатогенетических механизмах алкоголизма и наркомании // Вісник морської медицини. - 1999. - №1 (5). - С. 147-149.
3. Zintzaras E., Stefanidis I., Santos M., Vidal F. Do alcohol-metabolizing enzyme gene polymorphisms increase the risk of alcoholism and alcoholic liver disease? //Hepatology (Baltimore, Md.). - 2006. - Vol. 43, N2. - P. 352-361.
4. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы //Журн. неврологии и психиатрии. - 2001. - №2. - С.4-6.
5. Функциональные системы организма /Под ред. Судакова К.В. - М.: Медицина, 1987. - С.10-43.
6. Грасевич И.С. Функциональная система сознания как физиологическая основа психодинамических изменений личности и формирования психопатологии //Таврический журнал психиатрии. - 2003. - Т.7, №3(24). - С.55-64.
7. Минко А.И. Современные подходы к диагностике и лечению алкоголизма //Междунар. мед. журнал. - 1997. - Т.3, №3. - С.87-90.
8. Воробьева Т.М. Нейробиология вторично приобретенных мотиваций //Междунар. мед. журнал. - Т.8, №1-2. - 2002. - С.211-217.
9. Маркозова Л.М., Туманова В.В., Пайкова Л.Н. Некоторые особенности нейрофизиологических механизмов и высших психических функций у больных в состоянии синдрома отмены алкоголя и подходы к их лечению //Архів психіатрії. - 2004. - Т.10, №1 (36). - С.210.
10. Артемчук А.Ф. Интегральная наркология: некоторые теоретические и практические аспекты //Український вісник психоневрології. - 2003. - Т.11. - Вип.2(35). - С.65-68.
11. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ //В кн.. Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). - М.: “Нолидж”. - 2000. - С. 309-340.
12. Gorski T.T. The cenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures //Psychoact. Drugs. - 1990. - Vol.22. - №2. - P. 125-133.
13. Гінгер С. Гештальт: мистецтво контакту. Новий оптимістичний підхід до людських стосунків //За ред. О.Фільца. Пер. з франц. - Львів: ВНТЛ – Класика, 2005. - 160 с.

Поступила в редакцию 4.10.2009

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.89.-008.442.4-085

*Г.С. Кочарян***ГИПОСЕКСУАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПОВЕДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, поведение, гипосексуальный паттерн

Среди различных выделенных нами паттернов поведения у больных с сексуальными дисфункциями [1, 2] есть и гипосексуальный паттерн. Хотя снижение либидо, которое лежит в его основе, может наблюдаться при самых разнообразных формах сексуальных расстройств, наиболее рельефно данный паттерн представлен при гипогонадизме, депрессивном и апато-абулическом синдромах, поражении межучного мозга («диэнцефальной импотенции»), а в общесексологической практике – у пациентов со слабой половой конституцией и при сексуальной инволюции. Остановимся на поведенческой характеристике двух последних форм.

На приеме клинический сексолог нередко может диагностировать сексуальные дисфункции, которые тем или иным образом связаны со слабой половой конституцией, что обусловлено нарушением полового созревания (задержка или дисгармония пубертата). По нашему мнению, в этих случаях при обращении за лечебной помощью пациентов, которые вышли из возрастной зоны пубертатного периода, в диагнозе должна найти отражение терминология, указывающая на наличие слабой половой конституции. Постановка диагнозов «задержка пубертата», «дисгармония пубертата» (когда речь идет о стержневом синдроме) или использование в диагнозе словосочетаний «на фоне задержки пубертата», «на фоне дисгармонии пубертата» (когда эти синдромы рассматриваются как предрасполагающие к развитию сексуального расстройства) неправомерно. В случаях, когда конституциональный фактор является главным в возникновении сексуальных дисфункций, целесообразно говорить о конституциональной форме расстройства, а когда слабая половая конституция предрасполагает к возникновению названных дисфункций, использовать словосочетание «на фоне слабой половой конституции». Наше предложение становится понятным, если привести сле-

дующую аналогию. У взрослого пациента, обратившегося за лечебной помощью в связи с бесплодием, в сперме не обнаруживают сперматозоидов. Выясняется, что в детстве он болел эпидемическим паротитом (свинкой) и в патологический процесс были вовлечены тестикулы (яички), что подтверждается и при объективном обследовании. Естественно, что врач не поставит ему в настоящее время диагноз эпидемического паротита, однако в диагнозе найдут отражение те последствия, к которым привело это заболевание. Диагноз «конституционального»/«конституционально-генетического» расстройства нашел отражение в сексологических классификациях А. М. Свядоша [3] и В. В. Криштала [4, 5]. Он касается как мужчин, так и женщин.

Конституциональная форма полового расстройства может развиваться в результате влияния генетических факторов, вредных воздействий в антенатальный, натальный и постнатальный период, во время дальнейшего роста и развития организма до или во время пубертатного периода (инфекции, интоксикации, травмы головного мозга, недоедание, длительные хронические заболевания и т.д.).

По нашему мнению, в случаях половых расстройств, обусловленных слабой половой конституцией, для взрослых лиц можно также предложить использовать диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности» или более детализированный диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, обусловленной последствиями задержки/дисгармонии пубертата». Использование данного предложения позволяет специалистам, которые придерживаются патогенетической классификации Г. С. Васильченко [6], оставаться в ее поле. Так как данный синдром может играть роль вызывающего (стержневого) в организации полового расстройства или выполнять вспомогательную функцию, то это должно найти соот-

ветствующее отражение в патогенетическом диагнозе.

Важно отметить, что на первое место среди причин, приводящих к задержке полового развития, ставят конституциональные особенности созревания репродуктивной системы. В семьях, где у родителей и старших родственников поздно появляются вторичные половые признаки, эякуляция и менархе, дети, как правило, задерживаются в половом развитии [7]. В этих случаях, по нашему мнению, можно говорить о частном, «конституционально-генетическом» варианте конституциональной формы сексуального расстройства. Факторы, которые обуславливают задержку/дисгармонию полового развития, являются изначальными причинами формирования слабой половой конституции.

К конституциональной форме сексуальных дисфункций не относятся случаи гипогонадизма. При указанной форме речь идет о полигландулярной (связанной с вовлечением ряда эндокринных желез) дефицитарности. Исключить гипогонадизм позволяет наличие беременностей в анамнезе у сексуальных партнерш обследуемого, нормальная или субкритическая величина яичек, фертильный эякулят. То есть в данном случае устанавливается сохранность прокреативных (связанных с продолжением рода) возможностей вне зависимости от степени нарушения рекреативных (сексуальные функции) проявлений [8]. Следовательно, при осмотре таких лиц эндокринологом он не выявляет у них профильной патологии, т.е. с его точки зрения эти пациенты являются здоровыми людьми.

Обследуя мужчин со слабой половой конституцией, обусловленной задержкой пубертата, О. З. Лифшиц [9] придавал большое значение изучению «почвы», а именно нейрогуморальной дефицитарности, которая играет существенную роль в недостаточности обеспечения сексуальных функций. Автор приводит следующую сексуально-поведенческую характеристику лиц, у которых имел место «замедленный тип» полового созревания. Первые сексуальные интересы появлялись у них со значительным запозданием по сравнению со сверстниками и носили в основном подражательный характер. Период юношеской гиперсексуальности со свойственными ему эротическими фантазиями, поллюциями и спонтанными эрекциями у большинства больных вообще не выявлялся. Основными побудительными стимулами к началу половой жизни было желание иметь детей или потребность не отличаться от других. Только четверть женатых

мужчин самостоятельно познакомились со своей будущей женой, с которой к тому же они вместе учились или работали. Остальные познакомились со своими супругами по инициативе родственников или друзей. За лечебной помощью в связи с сексуальными расстройствами больные в большинстве случаев обращались по инициативе жен или родственников. Эти расстройства были для них малоактуальны и не являлись сильным психотравмирующим фактором. В связи с этим высказывается предположение, что некоторые психические особенности больных и главным образом типы эмоциональных реакций на сексуальную патологию в известной степени зависят от той соматобиологической основы, на которой они формировались. Данное предположение основывается на сравнении реакций лиц, о которых идет речь, и мужчин, у которых выявлялись признаки ускоренного полового развития. Реакции последних на сексуальные дисфункции были достаточно выраженными.

Половое влечение у лиц с задержкой пубертата страдает изначально. Эта дисфункция не развивается с течением времени как при многих других формах сексуальных расстройств. Больные могут не считать либидо сниженным, так как его интенсивность им просто не с чем сравнивать. Поэтому понятно, что среди сексологических жалоб, как свидетельствуют данные, приводимые Г.С. Васильченко [8], расстройство либидо, которое является ключевым и участвует в организации остальных (производных) симптомов, занимает последнее место. В ряде случаев улучшение, которое проявляется в уменьшении продолжительности полового акта в результате регулярной половой активности (*ejaculatio tarda* сменяет нормальная продолжительность полового акта), расценивается пациентом как расстройство, которое может послужить поводом для обращения за сексологической помощью [8]. Часто не осознавая конституциональную природу сексуальных дисфункций, характеризующиеся пациентами объясняют их какими-либо внешними обстоятельствами. Характеризуя выраженность либидо и его проявления, следует отметить, что у этих лиц имеет место снижение половых потребностей и половой активности на всех возрастных этапах. Понятно, что это обусловлено слабым половым влечением.

Г. С. Васильченко [8] даже отмечает, что у 1/10 обследованных больных сексуальное либидо к моменту обращения за сексологической помощью так и не пробудилось, хотя сроки для этого давно прошли. У части этих пациентов

половое влечение в своем развитии даже не достигало эротического уровня. В тех случаях, когда такой уровень все же достигнут, на первых этапах в браке данное обстоятельство может играть определенную положительную роль. Это обуславливается тем, что эротическое либидо проявляется в таких чертах, как нежность и ласковость, что ведет к акцентуации на ласках и поцелуях предварительного периода.

Названные особенности мужчин обеспечивают гармоничное формирование сексуальности у их жен вернее и раньше, чем в случаях, когда мужья обладают более сильной половой конституцией. Более длительные ласки, которые в основном адресованы экстрагенитальным зонам, отсутствие неукротимого сексуального напора, часто проявляющегося в недооценке важности прелюдии и стремлении без задержек перейти к основному периоду полового акта, воспринимаются женщинами положительно, так как больше со-ответствуют особенностям женской сексуальности. Затем, однако, большая чем у мужчин с более высокими конституциональными параметрами способность пробуждать дремлющую сексуальность у большего процента женщин, в некоторых случаях, в конечном счете, оборачивается против них самих. Это обуславливается тем, что после пробуждения сексуальности у жены иногда формируется настолько высокая половая потребность, удовлетворить которую ее муж оказывается не в состоянии [8].

Гипосексуальность отмечается и при сексуальной инволюции. С возрастом у мужчин старшего возраста отмечается постепенное закономерное ослабление половых функций. Оно является следствием развивающегося снижения плюригландулярного обеспечения последних, а также влияния ряда других факторов, среди которых большую роль играет атеросклеротическое поражение сосудов, участвующих в обеспечении эрекции.

Для характеристики состояния организма у мужчин старшего возраста используется различная терминология. Так, говорят о климаксе, андропаузе и синдроме частичной андрогенной недостаточности.

Сексуальные расстройства, обусловленные старением (синдром сексуальной инволюции), клинически проявляются у мужчин в различном возрасте. По данным Всесоюзного (г. Москва) центра по вопросам сексопатологии, возрастной диапазон обратившихся за сексологической помощью таких пациентов составил 36–72 года (в среднем $50,3 \pm 0,32$ года). Возраст, в котором они

отметили появление первых признаков сексуального расстройства, был 28–69 лет. Г. С. Васильченко [8] отмечает, что чаще всего синдром сексуальной инволюции манифестирует снижением либидо. Его следует считать ключевым симптомом. Также подчеркивается тот факт, что в начальных фазах снижение полового влечения значительно преобладает над нарушениями эрекции, которые по своей частоте оказываются на последнем месте. Акцент делается на том обстоятельстве, что у лиц с сексуальной инволюцией, попадающих в поле зрения сексопатолога, имела место ретардация пубертата.

На этом основании может сложиться ложное представление о том, что синдром сексуальной инволюции никогда не возникает у лиц без конституциональной дефицитарности, обусловленной задержкой или дисгармонией пубертата. Однако Г. С. Васильченко [8, с. 247] отмечает следующее: «При отсутствии какой бы то ни было сексуальной дефицитарности мужчины не приходят к сексопатологу потому, что ко времени инволюционного снижения половых потребностей ценностные ориентации у них смещаются в сторону других жизненных проявлений».

Несомненно, что явления сексуальной инволюции закономерно развиваются у пожилых мужчин даже без какого-либо конституционального (имеется в виду половая конституция) дефицита. Только это происходит в более пожилом возрасте. Адекватное восприятие закономерности происходящих изменений, базирующееся на понимании неотвратимости и естественности постепенного возрастного сексуального угасания, может лежать в основе того, что данные мужчины просто не обращаются за сексологической помощью или обращаются за ней намного реже.

Если речь идет о патологическом климаксе, который может развиваться у мужчин и в гораздо более молодом возрасте, то тогда они обращаются за сексологической помощью чрезвычайно редко. В этих случаях половые расстройства выявляются лишь при активном детальном опросе таких больных. В. А. Вартапетов, А. Н. Демченко [10] объясняют данный феномен преобладанием у них более тяжелых общих симптомов, отодвигающих на второй план жалобы сексологического характера. Указанный факт, как отмечают авторы, может быть полезен при дифференциальной диагностике. Если у пациентов основной, а иногда и единственной жалобой является сексуальная недостаточность, то они, как правило, не относятся к категории лиц,

страдающих патологическим климаксом.

Следует подчеркнуть, что к гипосексуальному паттерну поведения в чистом виде при сексуальной инволюции могут быть отнесены толь-

ко такие случаи, когда она не сопровождается какими-либо выраженными негативными эмоциональными реакциями, включая те, которые достигают уровня невротических расстройств.

Г.С. Кочарян

ГИПОСЕКСУАЛЬНИЙ ПАТТЕРН ПОВЕДІНКИ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено характеристику гіпосексуального паттерна поведінки, що може мати місце у хворих із сексуальними дисфункціями. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 109-112).

G.S. Kocharyan

HYPOSEXUAL PATTERN OF BEHAVIOUR IN CLINICAL PRACTICE

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

The characteristic of hyposexual pattern of behaviour is submitted, which can take place in patients with sexual dysfunctions. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — №31 (23). — P. 109-112).

Литература

1. Кочарян Г. С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. — Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. — 81 с.
2. Кочарян Г. С. Современная сексология. — К.: Ника-Центр, 2007. — 400 с.
3. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1974. — 184 с.
4. Кришталь В. В. Условия развития, клиника и течение первично проявляющихся расстройств мужской потенции и общие принципы их психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1975. — 14 с.
5. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология: Учебное пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.
6. Общая сексопатология // Руководство для врачей / Под ред

Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.

7. Скороход Л. М., Савченко О. Н. Нарушения полового развития у мальчиков. — М.: Медицина, 1984. — 240 с.

8. Васильченко Г. С. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под. ред. Г.С. Васильченко. — Т. I. — М.: Медицина, 1983. — С. 215–263.

9. Лившиц О. З. Особенности клиники и патогенеза импотенции у лиц молодого возраста (клинико-эндокринологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1971. — 38 с.

10. Вартапетов В. А., Демченко А. Н. Климакс у мужчин. — К.: Здоров'я, 1965. — 244 с.

Поступила в редакцию 24.09.2009

УДК 616.895.4-039.1-036.6-053-055-07

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, А.И. Жислин, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, А.Г. Лисконог***ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: первичный депрессивный эпизод, психометрия

Депрессивные расстройства, в силу своей значительной распространённости в настоящее время, а также вероятность её роста в будущем и их патоморфоза, учащающейся резистентности к терапии, являются актуальным объектом всестороннего изучения для современной психиатрии.

История описания клиники депрессивных расстройств к настоящему времени насчитывает не одно столетие. Однако особая сложность исследуемых в психиатрии феноменов (в том числе и аффективных нарушений), заключающаяся в субъективности как регистрации, так и количественной и качественной квалификации психопатологических феноменов в соответствии с той или иной теоретической концепцией, которой придерживается исследователь, затрудняет дальнейшее развитие практики и теории психиатрической помощи. Появление в 50-х годах XX в. психофармакотерапии, интенсификация международных связей потребовало создание методов стандартизированной диагностики и оценки статуса различных психиатрических шкал. В настоящее время принято делить эти шкалы на две группы: диагностические и психометрические (оценочные, рейтинговые) [1]. К числу достаточно часто применяемых рейтинговых шкал, предназначенных для изучения депрессии и тревожных расстройств являются шкала Монтгомери и Асберга для оценки тяжести депрессии [2] и клиническая шкала тревоги CAS [2, 3].

Целью настоящего исследования является квантифицированная оценка гендерных и возрастных особенностей больных с первым депрессивным эпизодом различной степени тяжести.

Исследование базируется на изучении 93 пациентов обоих полов (40 мужчин и 53 женщины). Пациенты были ранжированы на такие возрастные группы: до 20 лет 6 чел., 20-30 лет 33 чел., 31-40 лет 20 чел., 41-40 лет 21 чел., старше 50 лет 13 чел.

Пациенты были отнесены (на основании соответствия диагностическим критериям МКБ-10 [4] к следующим диагностическим категориям: F32.0 лёгкий депрессивный эпизод 14 чел.; F32.1 умеренный депрессивный эпизод 56 чел.; F32.2 тяжёлый депрессивный эпизод без психотических симптомов 7 чел. и F32.3 тяжёлый депрессивный эпизод с психотическими симптомами 16 чел.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением прикладных программ Microsoft Office Excel с использованием t-критерия Стьюдента.

Психометрическая оценка выраженности депрессивной симптоматики проводилась с помощью шкалы Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale MADRS, 1979). Эта шкала является эквивалентной по надёжности шкале Гамильтона для оценки депрессии. Она проста и удобна в применении и может использоваться не только психиатрами, но и врачами общей практики, обученными медсёстрами. Она состоит из 10 шкал: 1 видимая грусть (объективно наблюдаемые признаки подавленности), 2 жалобы на грусть (субъективные высказываемые признаки подавленности), 3 внутреннее напряжение, 4 ухудшение сна, 5 сниженный аппетит, 6 нарушения концентрации, 7 апатия (нарушения, интенции деятельности), 8 неспособность чувствовать, 9 пессимистические мысли, 10 суицидальные мысли.

Оценки по шкалам в диапазоне от 0 до 6 баллов в зависимости от тяжести симптома. Суммарный балл по методике MADRS соответствует: 16-26 баллов лёгкому депрессивному эпизоду; 26-30 баллов умеренному, а свыше 30 тяжолу.

Клиническая шкала тревоги (CAS) является укороченным вариантом шкалы тревоги Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression HAMD, 1959). Из HAMD взято 6 признаков: 1

психологическое напряжение; 2 способность к расслаблению (мышечное напряжение); 3 реакция испуга (пугливость); 4 беспокойство; 5 опасения (предчувствие дурного); 6 суетливость (беспокойство). Выраженность каждого симптома оценивается в диапазоне от 0 до 4 баллов.

Средние значения по симптоматическим субшкалам шкалы MADRS в различных клинических группах представлены в таблице 1. Выявлены достоверные различия по суммарному показателю методики: между средним показателем F32.0 (лёгкий депрессивный эпизод) и F32.1

$p=0,019$; F32.2 $p=0,0002$ и F32.3 $p=0,0001$. Между средним показателем группы F32.1 (умеренный эпизод) и F32.2 (тяжёлый депрессивный эпизод без психотических симптомов) различия менее значимы ($p=0,067$); в то же время различия между показателями в группах F32.1 и F32.3 (тяжёлый депрессивный эпизод с психотическими симптомами) имеет высокую степень достоверности ($p=0,015$). Не установлено достоверных различий показателей групп F32.2 и F32.3, что отражает существование не количественной, а качественной разницы между их симптоматикой.

Таблица 1

Средние значения субшкал методики MADRS в сравниваемых клинических группах

Диагноз	Объём выборки (число человек)	Пункты шкалы (в средних баллах) М±м										Обобщённые показатели М±м
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
F32.0	14	2,14±0,18	2,00±0,00	2,14±0,14	3,00±0,23	2,21±0,19	1,36±0,17	1,50±0,29	2,14±0,29	1,21±0,19	2,79±0,58	20,50±0,55
F32.1	56	2,48±0,07	2,59±0,07	2,66±0,13	3,29±0,09	2,75±0,14	1,95±0,09	2,57±0,20	3,04±0,16	1,95±0,15	3,84±0,27	27,11±0,20
F32.2	7	2,86±0,14	3,00±0,00	3,29±0,18	4,29±0,36	3,14±0,26	2,71±0,29	3,43±0,48	2,71±0,47	2,86±0,46	3,43±0,68	31,71±1,44
F32.3	16	3,44±0,20	3,75±0,27	3,50±0,16	4,31±0,24	3,50±0,30	2,56±0,20	3,87±0,33	3,00±0,22	2,37±0,44	4,06±0,50	34,37±0,89

Приведенные выше результаты подтверждают достаточно высокую дискриминирующую способность методики MADRS в отношении тяжести депрессивных расстройств.

Средние показатели значений по симптоматическим субшкалам методики CAS в сравниваемых клинических группах представлены в таблице 2. Здесь установлены высоко достоверные различия средней выраженности суммарно-

го показателя методики: между группой F32.0 и F32.1 $p=0,007$; F32.0 и F32.2 $p=0,0001$; F32.0 и F32.3 $p=0,001$. Средний показатель групп F32.1 и F32.2 различаются на уровне $p=0,021$, а групп F32.1 и F32.3 на уровне $p=0,005$. Не выявлено достоверных различий между показателями групп F32.2 и F32.3, что указывает на практически одинаковую выраженность тревожной симптоматики в сравниваемых группах.

Таблица 2

Средние значения субшкал методики CAS в сравниваемых клинических группах

Диагноз	Объём выборки (число человек)	Пункты шкалы (в средних баллах) М±м						Обобщённые показатели М±м
		1	2	3	4	5	6	
F32.0	14	1,64±0,13	1,14±0,14	1,07±0,07	1,57±0,25	0,93±0,19	0,79±0,11	7,14 ±0,27
F32.1	56	2,45±0,08	1,91±0,10	1,82±0,09	2,82±0,11	1,93±0,11	1,41±0,07	12,34 ±0,28
F32.2	7	3,14±0,26	2,57±0,37	3,14±0,40	3,57±0,30	2,57±0,30	2,14±0,40	17,14 ±1,39
F32.3	16	3,62±0,13	2,69±0,15	2,81±0,19	3,94±0,06	3,19±0,14	2,56±0,18	18,81 ±0,29

Сравнение средних показателей в описанных выше возрастных группах изученной выборки не выявило статистически достоверных различий, что указывает на независимость получаемых с помощью методик MADRS и CAS результатов от возраста пациентов.

Сравнение средних значений показателей в гендерных группах изученной выборки не выявило различий между мужчинами и женщинами

на уровне $p<0,05$. На уровне $p<0,1$ установлено, что суммарный показатель по MADRS у мужчин выше среди больных с выраженным психотическим эпизодом без психотических расстройств.

Полученные предварительные результаты свидетельствуют об оправданности и адекватности использования методик MADRS и CAS для оценки динамики статуса больных с первичным депрессивным эпизодом.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев, А.І. Жислін, О.В. Абрамов, І.В. Жигуліна, А.Г. Лісконог

**ПСИХОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ГЕНДЕРНИХ ТА ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ
НА ПЕРВИННИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ ЕПІЗОД РІЗНОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ**

Донецький національний медичний університет

Було досліджено 93 пацієнта (40 чоловіків і 53 жінки) з первинним депресивним епізодом різної ступені важкості за допомогою методик MADRS та CAS. Показана адекватність використання цих методик для оцінки динаміки статусу хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 113-115).

V.A. Abramov, A.K. Burzev, A.I. Zislin, A.V. Abramov, I.V. Zigylina, A.G. Liskonog

**PSYCHOMETRIC ESTIMATION OF GENDER AND AGE PECULIARITIES OF THE
PATIENTS WITH THE FIRST DEPRESSIVE EPISODE OF DIFFERENT SEVERITY**

Donetsk National medical university

93 patients with the first depressive episode (40 male and 53 female) were examined with the use of MADRS and CAS scales. Adequateness of the using of this methodics in the evaluation of the dynamics of status of primary affective patients was shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 113-115).

Литература

1. Методы стандартизации диагноза и количественной оценки состояния психически больных. Г.П.Пантелеева, С.И.Гаврилова / Руководство по психиатрии. М., Медицина. т.1, -с.234-250, -
2. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии: Современная терапия (Руководство для врачей). - Харьков, «Торнадо». -2003. - 350 с.

3. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия: Монография. - Харьков, «Коллегиум». 2004. - 336 с.

4. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК). - Киев, «Сфера». 2000. - 441 с.

Поступила в редакцию 14.12.2009

УДК 616.155.83:618.3

*Т.В. Арнольдова***РОЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: беременность, психотерапия

В последние десятилетия во всём мире отмечается неуклонный рост интереса к вопросам качества жизни и социального функционирования пациентов. Эти показатели становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки состояния и результа-

тов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи.

Целью проведённой работы явилось изучение изменения качества жизни беременных с не-психотическими психическими расстройствами на этапах ранней и поздней реабилитации.

Материал и методы исследования

Нами разработана анкета, позволяющая определить качество жизни беременных женщин. Вопросы анкеты включают в себя сбор следующей информации: биографические данные, предположения женщин о причинах возникновения у них не-психотических психических расстройств; их эмоциональная адаптация к беременности; их мнение о том, контролируют ли они своё изменившееся состояние, отвергают ли члены семьи и друзья этих женщин и попадают

ли они в изоляцию. А также желание беременной участвовать в психотерапевтическом процессе и в том числе согласие выполнять предписания врача.

Нами обследовано 52 беременных женщин с не-психотическими психическими расстройствами в возрасте от 18 до 30 лет, участвующие в психотерапевтическом процессе. Контрольную группу составили 45 практически здоровых беременных соответствующего возраста.

Полученные результаты и их обсуждение

66% опрошенных беременных состоят в официальном браке, 31% проживают в гражданском браке, 3% в браке не состоят. 32% опрошенных имеют детей. Семейная жизнь большинства женщин (39%) осталась без изменений однако 9% женщин отметили, что в их семьях отношения ухудшились, появилось отчуждение, а 11% опрошенных пережили помимо стресса от установления факта беременности, ещё и разрыв гражданских отношений. В некоторых семьях (36%) наоборот, отношения в семье после беременности женщины заметно улучшились, члены семьи стали более внимательными. 24% женщин, согласно опросу, не живут половой жизнью, среди них 15,6% находятся в браке. 76% женщин отметили регулярные сексуальные отношения.

Когда впервые был поставлен диагноз-беременность реакция женщин была: радость - 26%, страх боли - 31%, безысходность - 6%, страх за здоровье ребёнка-14%, страх за своё здоровье-7%, страх потерять женскую привлекательность-

4%, боязнь крушения жизненных планов-12%.

Больше половины опрошенных женщин испытывают чувство одиночества постоянно или периодически. Многие женщины стараются скрыть свою беременность - 12% респондентов написали, что никто не знает об их беременности. Такие женщины носят в себе свои страхи, боясь, что если окружающие люди узнают об их беременности, их отвергнут, не примут, бросят, уволят с работы, они замыкаются в себе, не позволяя окружающим проявить к ним сочувствие и поддержку, оставаясь одиночками в своих страхах. Однако 25% женщин отметили сочувствие со стороны знакомых и сослуживцев, а 54% женщин ощущают поддержку со стороны близких и родственников.

При выявлении субъективной оценки состояния здоровья на момент опроса, больше половины протестированных беременных (74%) испытывают слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, раздражительность. Боль-

шинство беременных - 93% отметили в изменении настроения нервозность, плаксивость, бессонницу или апатию, безразличие ко всему. Ограничение физической активности испытывают 20% респондентов.

Несмотря на это 55% реабилитантов стараются выполнять лёгкую работу по дому (приготовление пищи, уборка квартиры). 27% беременных женщин продолжают работать по специальности. Из них 16% вполне довольны своей трудовой деятельностью, а 11% хотели бы перейти на более лёгкий труд, а 8,2% опрошенных работать не хотят.

На вопрос: «В какой помощи Вы нуждаетесь более всего?». Из предложенных ответов женщины выбрали следующее: бесплатное лечение и медикаменты - 38%, материальная помощь - 46 %, психологическую помощь – 21%, душевного понимания – 23%, выделили все пункты сразу – 9%. Очевидно, что материальные проблемы у большинства опрошенных стоят на первом месте. Не случайно 69,4% респондентов оценивают своё экономическое положение как низкое и только 22,3% оценили как среднее.

Для улучшения процесса восстановления и перехода от беременности к «нормальной» жизни по-мнению респондентов необходимо: «не падать духом», «общее понимание и поддержка окружающих», «вера в Бога». Несколько женщин отметили в анкетах необходимость психокоррекции на психотерапевтических курсах.

По данным опроса, у большинства больных после психотерапевтической реабилитации произошла адаптация женщины к беременности, принятие нового образа себя; развитие собственной чувствительности через доверие к естествен-

ным процессам в организме, подготовка к естественным родам; формирование ответственного отношения к зачатию, рождению, воспитанию и развитию ребенка; гармонизация семейных отношений, которая приводит к единству этического и физического роста всей семьи.

Результаты анкетирования показывают, насколько беременность мешает жить пациенту так, как он хотел, снижая качество его жизни. В свою очередь процесс анкетирования заставляет женщин переосмыслить своё отношение к беременности, задуматься о возможности повышения качества жизни и сконцентрироваться на разрешении внутреннего конфликта, который сказывается в соматизации или особенной форме телесного отреагирования, к психологической готовности к материнству, устранение конфликта между острым желанием иметь ребенка и несформированностью материнской позиции.

Выявлено, что субъективное мнение беременной женщины столь же ценно, как и показатели лабораторных и инструментальных методов исследования. Важным итогом лечения является собственная оценка беременной комфортности своего состояния, которая может изменяться в широком диапазоне в зависимости от эффектов психопрофилактической работы. Следует отметить, что достижение беременной удовлетворения от психотерапевтического лечения служит лучшим доказательством правильности выбранного пути. Ослабление выраженности непсихотических психических расстройств, повышение удовлетворённости, ощущение благополучия и комфорта – это важнейшие результаты медицинской помощи с точки зрения, как пациента, так и врача.

Т. В. Арнольдова

РОЛЬ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ З НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Приведені дані об'єктивного і суб'єктивного обстеження вагітних з непсихотичними психічними розладами на етапах ранньої і пізньої реабілітації виявлено, що суб'єктивна думка вагітної жінки настільки важливо, як і показники лабораторних і інструментальних методів дослідження. Важливим підсумком лікування є власна оцінка вагітної порушення комфортності свого стану, яка може змінюватися в широкому діапазоні в залежності ефектів психопрофілактичної роботи. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С.116-118).

ROLE OF QUALITY OF LIFE IN THE PROCESS OF REHABILITATION OF PREGNANT FROM NON-PSYCHOTIC BY PSYCHICAL DISORDERS

Donetsk National medical university

The resulted is given objective and subjective inspection of pregnant from non-psychotic by psychical disorders on the stages of early and late rehabilitation it is discovered psychical disorders, that subjective opinion of pregnant woman it is so important, as well as indexes of laboratory and instrumental methods of research. The important result of treatment is an own estimation of pregnant of violation of comfort of the state, which can change in a wide range in dependence of effects of psychoprophylaxis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 116-118).

Литература

1. Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А., Семькина Е. Е., Колядко С. П., Каленская Г. Ю. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков.- РИФ - «АРСИС».- 2004. - С. 7-19.
2. Бараненко А. В., Калиниченко О. Б. Оценка качества жизни улиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Український вісник психоневрології.- 2003. – Т. 11.- вип.. 2 (35).- С. 68-71.
3. Семернин Е. Н., Шляхто Е. В. и др. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика. // Качественная клиническая практика.- 2002.- Т. 2.-С. 48-52.
4. Перинатальная психология и медицина. // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии.- Санкт-Петербург – СПб., 2001, - 126 С.

Поступила в редакцию 26.09.2009

УДК 616.89

*И.А. Бабюк, О.Е. Шульц, А.Е. Табачников, С.И. Найдено, Г.Е. Сергеева***КОРРЕКЦИЯ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИСТРАСТИЕМ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ МЕТОДОМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, алкогольная зависимость, когнитивно-поведенческая психотерапия

Описание пристрастия к азартным играм, как патологического состояния, было дано еще Э. Крепелиным более 100 лет назад. Однако до сих пор этой проблеме в психиатрической литературе практически не уделялось должного внимания, и эта сфера находится в стадии изучения и разработки [1]. В настоящее время распространенность данного расстройства составляет около 1% взрослого населения в большинстве стран мира [2], но имеет тенденцию к росту в связи с дальнейшей легализацией новых видов азартных игр (сети казино и игровых аппаратов). Негативные индивидуальные и общественные последствия этой проблемы весьма существенны. Результатом патологического увлечения азартными играми могут стать риск потери значимых материальных средств, личностных отношений, работы, что приводит к асоциальным поступкам. У подобных игроков чаще встречаются коморбидные расстройства настроения, повышен риск суицидального поведения, существует высокая корреляция с расстройством личности, нередко алкогольной зависимостью [3, 4].

При составлении лечебных программ ряд авторов делают попытки обнаружить некоторое «родство» патологического пристрастия к азартным играм с другими психопатологическими состояниями. Концептуализация данной нозологии как расстройства контроля над побуждениями либо как расстройства обсессивно-компульсивного спектра предусматривает, что в ее этиологии участвует серотонинергическая система, что ведет к исследованию эффективности фармакологических средств, участвующих в обмене серотонина [5]. Нам же представляется, с учетом психологических особенностей патологических игроков, терапевтически перспективным взгляд на пристрастие к игре как на аддитивную проблему, подобную алкогольной или наркоти-

ческой зависимости [4], что имеет и свои нейрофизиологические корреляты. Недавние исследования выявили нейрхимические изменения у проблемных игроков, подобные тем, что наблюдаются у лиц с наркотической или алкогольной зависимостью. Это сравнение поддерживают подобие эйфорического состояния азарта игроков первой фазе («подъема») у злоупотребляющих кокаином, патологическое влечение, толерантность и симптомы отмены [6]. Выявлены и другие компоненты физической зависимости у азартных игроков [7]. Обнаружено также сходное вовлечение норадренергической и серотониновой медиаторных систем, повышение уровня дофамина и снижение концентрации нораэpineфрина в мозге проблемных игроков [8].

По результатам рандомизированных исследований одним из наиболее эффективных видов психотерапии алкогольной и наркотической зависимости является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [9, 10]. Высокая эффективность КПТ продемонстрирована и в пока немногочисленных исследованиях терапии патологических игроков. R. Ladouceur и коллегами в случайном порядке были распределены 66 лиц с патологической склонностью к азартным играм либо в группу когнитивной терапии, либо в список очередников на лечение. 86% лиц, завершивших лечение, больше не соответствовали критериям патологической склонности к азартным играм. Было также установлено, что после лечения у азартных игроков усилилось восприятие контроля над проблемой и улучшилась собственная эффективность. Во время проведения через год катамнестического исследования эти положительные результаты сохранялись [4, 11].

Когнитивно-поведенческая психотерапия базируется на принципах теории обучения, которая устанавливает, что поведение человека во многом смоделировано и заучено, и процесс пе-

реобучения может быть успешно использован для изменения проблемного поведения. Особенно важен когнитивный компонент, постулирующий, что нередко способ потребления психоактивного вещества во многом определяется убеждениями и ожиданиями по поводу эффектов последнего, которые были получены человеком в определенном социально-культуральном контексте. Поэтому целью предлагаемой терапии является помощь пациенту в преодолении деструктивного образа жизни и замене его более здоровыми и более приемлемыми моделями поведения. Когнитивные ошибки (например, вера азартных игроков в шанс крупного выигрыша, а также ложное представление о том, что они могут контролировать и прогнозировать результат) играют ключевую роль в развитии и поддержании склонности к азартным играм. Результаты исследования, в котором сравнивались убеждения проблемных игроков с «непроблемными» подтвердили корреляцию наличия суеверных убеждений с интенсивностью игры на деньги [12]. Суеверные убеждения, определяемые как жесткие суждения, основанные на ошибочном восприятии связи между двумя независимыми событиями, играют определяющую роль в формировании поведения при игровой зависимости. Таким образом, если КБТ зависимости от психоактивных веществ представляет собой тренинговый набор для улучшения когнитивных и поведенческих навыков с целью изменения зависимого поведения с акцентом на поведенческих составляющих [13], то при терапии патологического пристрастия к азартным играм основное внимание уделяется когнитивной составляющей.

На наш взгляд, одним из основных методов коррекции иррациональных убеждений может являться когнитивное реструктурирование, основанное на работах А. Бека, А. Эллиса и др. по когнитивной терапии депрессий и принципах рациональной терапии эмоций [14, 15, 16].

С помощью когнитивного реструктурирования мы добивались следующего:

1) давали возможность пациенту осознать собственные мысли негативного характера, особенно непроизвольно возникающие, так называемые «автоматические» мысли, в отношении которых он, как правило, не насторожен; а также обучали научному оспариванию негативных мыслей, ознакомив его с главными категориями иррациональных способов мышления;

2) прерывали цепочку мыслей, которая в прошлом вела к возобновлению игры с использованием техник «остановка мыслей», мысленное отвлечение, самонаблюдение, воспоминание о негативных последствиях, обесценивание императивных мыслей, провоцирующих рецидив;

3) замещали негативные мысли более реалистичными и позитивными соображениями; преодолевающими утверждениями по методу «прививки от стресса».

Таким образом, использование методов когнитивной и поведенческой психотерапии в комплексном лечении позволяет направленно воздействовать на основные «патологические мотивационные мишени» - иррациональные установки больных с пристрастием к азартным играм и алкогольной зависимостью, успешно нивелировать проблемное поведение и контролировать свои поступки.

И.А. Бабюк, О.Є. Шульц, О.Ю. Табачников, С.І. Найденко, Г.Є. Сергеева

КОРЕКЦІЯ ІРРАЦІОНАЛЬНИХ УСТАНОВОК ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЧНУ ПРИСТРАСТЬ ДО АЗАРТНИХ ІГОР ТА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ МЕТОДОМ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Донецький національний медичний університет

У статті розглянуто сучасний стан питань лікування патологічної пристрастії до азартних ігор. Вказано на психологічні та нейрохімічні зміни у проблемних гравців, східні з тими, що спостерігаються у осіб з наркотичною або алкогольною залежністю. Зокрема, ірраціональні когнитивні помилки пацієнтів можуть детермінувати патологічну поведінку. Корекція таких установок з використанням методу когнитивного реструктуривання в межах когнитивно-поведінкового підходу може суттєво впливати на ефективність комплексного лікування хворих на патологічну пристрасть до азартних ігор. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 119-121).

CORRECTION IRRATIONAL ATTITUDES OF PATIENTS ON PATHOLOGIC ADDICTION OF GAMBLING AND ALCOHOL DEPENDENCE BY METHOD OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

Donetsk National medical university

The modern state of questions about treatment of pathologic gambling has observed in the article. Psychological and neurochemical overpachings of problem gamers like an individuals of drug or alcohol dependence has indicated. In particular irrational cognitive mistakes of patients can determine the pathologic behavior. Correction such attitudes by method of cognitive restructuring within framework cognitive-behavioral approach can substantially influence on effectiveness of complex treatment of patients on pathologic gambling. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 119-121).

Литература

1. George S., Murali V. Патологическая склонность к азартным играм: Оценка и лечение // Обзор современной психиатрии. — 2006. — Вып. 2 (28). — С. 97-104.
2. Shaffer H.J., Hall M.N. & Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the US and Canada: a research synthesis // Am. J. of Public Health. — Vol. 89.- 1999.- P.1369-1376.
3. Oakley-Browne M.A., Adams P., Mobberley P.M. Interventions for pathological gambling (Cochrane Review). // The Cochrane Library: Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
4. Бабюк И. А., Шульц О. Е., Абдрахимова Ц. Б., С. И. Найденко. Комплексное лечение пациентов с патологическим пристрастием к азартным играм // „Архів психіатрії” — 2008.- Т.14, № 1 (52).- С. 45-46.
5. Pasternak V. Pathologic gambling: America’s newest addiction? // Am Fam Phys.-1997.-V56/-P.1293-1296.
6. DeCaria C.M., Hollander E., Mart E. et al. Pharmacologic approaches to the treatment of pathologic gambling // Psychiatry and Mental Health J.- 1998.- V.3.- P. 43-47.
7. Shaffer I.L., Hall M.N., Van der Bill J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior // An. of the Am. Academy of Political and Social Sciences.- 1999.- P. 172-185.
8. Sylvain C., Ladouceur R., Boisvert J.M. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study // J. Consult Clin. Psychol.- 1997.- V. 65.- P. 727-32.
9. Longabaugh R., Morgenstern J. Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Dependence // Current Status and Future Directions, a Focused Review of CBT’s Clinical Effectiveness: Sympos. presented at the Research Society on Alcoholism annual scientific meeting.- South Carolina, Hilton Head, June 1998.- P. 99-105.
10. Kathleen M., Carroll. A Cognitive-Behavioral Approach // Treating Cocaine Addiction. NIDA NIH Publication.- 1998.- № 98- P. 4308.
11. Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. et al Cognitive treatment of pathological gambling // J. of Nervous and Mental Disease.- V. 189.- P. 774-780.
12. Joukhador J., Blaszczyński A., Maccallum F. Superstitious Beliefs in Gambling Among Problem and Non-Problem Gamblers: Preliminary Data // J. of Gambling Studies.- 2004.- V. 20 (2).- P.171-180.
13. Longabaugh R., Moreenstern J. Cognitive-Behavioral Coping-Skills Therapy for Alcohol Dependence // NIAAA. Alcohol Research & Health – Vol. 23.- No. 2, 1999.- P. 19-22.
14. Beck A. et al. Cognitive therapy of depression. New-York, Guilford, 1979.
15. Ellis A. et al. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New-York, Pergamon, 1988.
16. Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification: an integrative approach. New-York, Plenum, 1977.

Поступила в редакцию 12.09.2009

УДК 616.89

*И.А. Бабюк, С.В. Титиевский, Л.А. Гаикова, С.И. Найдено, О.Е. Шульц, Э.Г. Галкина***СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: подготовка врачей-курсантов, экзистенциально-гуманистическое направление

В настоящее время, в связи с актуальностью использования психоаналитически-, бихевиорально-ориентированных, основанных на групповой динамике, экзистенциальных техник, все большего внимания заслуживают такие формы подготовки и повышения квалификации психотерапевтов, в которых акцент был бы сделан на развитии чувствительности психотерапевта к явлениям и процессам, происходящим в его отношениях с пациентом, на совершенствовании умения использовать обратную связь с больным, на увеличении гибкости и эффективности общения, на осознании роли собственных установок в процессе терапевтических взаимоотношений с пациентом.

Применяя данный подход, за основу мы взяли техники, основанные на реализации целей и задач методических тренинговых групп. Методические тренинговые группы, как известно, имеют своей целью, как ознакомление, так и овладение отдельными методами и приемами психотерапии. Указанной цели в наибольшей степени соответствует, с нашей точки зрения, использование моделирующих техник, которые, как известно, основаны на феномене обучения через наблюдение. В качестве «живых моделей» в данном случае служили как преподаватель - ведущий группы, так и опытные специалисты - члены группы. Модель следующим образом влияла на наблюдателя: представляла эталон нового стереотипа, который отсутствовал в его поведенческом репертуаре; побуждала к поведению, которое уже имелось у него в репертуаре; облегчала поведение, ранее не проявлявшееся из-за тревоги и боязни негативных последствий; тормозила определенное поведение через наблюдение негативных последствий специфического поведения модели. Успешность проведения методических тренинговых групп во многом определялась рядом факторов: степенью запечатления в памяти наблюдателя - участника группы стереотипов поведения модели, соответствием модели установкам наблюдателя также по-

следствиями, возникшими в результате определенного поведения модели. В идеальном случае удавалось добиться того, что наблюдение за результатами поведения другого воздействовало на наблюдателя так же, как если бы это были результаты его собственного поведения. Как следующий этап обучения нами рассматривалась имитация, т.е. копирование поведения модели. Она иногда сводилась к точному подражанию поведению модели, но чаще копировались только какие-то важные его параметры.

Ознакомление и овладение отдельными методами и приемами психотерапии не может быть полным без личностной вовлеченности врачей-психиатров в групповой процесс и, таким образом, проводимые практические занятия основывались также на методологии тренинговых групп, ориентированных на групповую динамику и личностный тренинг. Соответственно, тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику (динамические тренинговые группы), знакомили участников с групповой динамикой в собственном смысле, повышали чувствительность к групповым процессам, развивали навыки распознавания и анализа групповых феноменов и использования групповой динамики в психотерапевтических целях. Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие (личностные тренинговые группы, называемые также, как известно, лабораторным тренингом, тренингом сенситивности, группами личностного роста и т.д.), в соответствии с их названиями, были направлены на личностное развитие (личностный рост), основываясь на самопознании, становлении адекватной самооценки, правильного отношения к себе и на развитии саморегуляции.

Мы не использовали при проведении практических занятий такие популярные за рубежом методы обучения психотерапевтов, как супервизия и балинтовская группа, поскольку считаем, что супервизия не является учебным процессом в собственном смысле этого слова, а балинтовс-

кая группа, во-первых, предполагает наличие у участвующих в ней базовой психоаналитической подготовки, и, во-вторых, ориентирована на решение достаточно узких вопросов, стремясь избавить имеющих определенную практику психотерапевтов от проблем, связанных с их прошлыми профессиональными неудачами.

Мы исходили из универсальности применявшейся методики, т.е. возможности ее использования для обучения как врачей, не имеющих психотерапевтического опыта, так и специалистов-психотерапевтов. В указанной связи нам представилась возможность выделить следующие разновидности тренинговых групп.

1. Группа, состоящая из начинающих. Имеет в значительной степени демонстративный характер, хотя является и мотивационной, не только ставя своей целью ознакомление участников группового процесса с различными психотерапевтическими методиками, но и предоставляя возможность впервые на собственном опыте, при собственном активном участии увидеть потенциал некоторых приемов, определить степень собственной заинтересованности, подготовленности и пригодности для подобной практики.

2. Группа, состоящая из психотерапевтов. Проводится как собственно методическая. В ней подробно анализируются содержание, процесс, процедура методического приема, способы интерпретации, поведение психотерапевта, возможности применения приема в работе с различными пациентами, характерные ошибки при его применении. Этот тип групп носит характер лишь «технического» ознакомления и не имеет своей целью глубокое проникновение в личностную ситуацию и ее анализ, хотя в ходе работы могут проявляться определенные личностные проблемы, возникать конфликтные ситуации.

3. Смешанная группа. Состоит из начинающих и специалистов-психотерапевтов. Предоставляет возможность специалистам-психотерапевтам выступать в роли обучающих руководи-

телей по отношению к членам группы, не имеющих практического опыта работы. По сути врач-курсант получает возможность выступить в роли ассистента терапевта, если таковым является преподаватель, а также терапевта либо ко-терапевта (если группой руководит равный ему по опыту коллега), когда преподаватель осуществляет функцию наблюдателя-критика, указывая на те моменты, которые терапевт (ко-терапевт) «проглядел», а также обсуждая вопросы, касающиеся методики.

Кроме того, в таком варианте группы наблюдателями могут быть менее опытные участники, которые находятся за кругом более опытных участников, работающих под руководством преподавателя, а по завершении сессии терапевтом (а, возможно, - и участвовавшими в группе) объясняется, что происходило и даются ответы на возникшие у наблюдателей вопросы. Еще один вариант предполагает нахождение более опытных курсантов в качестве наблюдателей за кругом «новичков», работающих под руководством преподавателя. При этом члены группы могут обращаться к сохраняющим молчание наблюдателям, получать от них ответы, при желании – говорить о наблюдателях. Можно также организовать в работающей группе большой и малый круги, непременно помещая в них более и менее опытных участников.

Преподаватель - руководитель группы должен уметь (и показывать в этом плане врачам-курсантам пример «эталонного» группового терапевта), правильно применять широкий спектр психотерапевтических техник, разбираться в индивидуальной терапии (в том числе - в психоанализе) и принимать на себя, опираясь на все свои знания, ответственность за происходящее: удерживая, с одной стороны, своих учеников от непоправимых ошибок (т.е., соблюдая принцип «прежде всего, не навреди»), и, с другой, помогая им достичь максимального терапевтического результата с минимальной затратой времени и сил.

І.О. Бабюк, С.В. Тітієвський, Л.А. Гашкова, С.І. Найденко, О.Є. Шульц, Е.Г. Галкіна

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ПСИХОТЕРАПЕВТІВ

Донецький національний медичний університет

Визначені провідні методи підготовки лікарів-курсантів сучасним аспектам екзистенціально-гуманістичного напрямку психотерапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 122-124).

I. Babyuk, S. Titievsky, L. Gashkova, S. Naydenko, O. Shults, E. Galkina

UPTODATE APPROCHIES TO THE TRAINIHG OF PSYCHOTERAPEUTISTS

Donetsk national medical university by M. Gorky

There are leading methods of professional training of doctors-cadets to modern aspects of an existential humanistic direction of psychotherapy.
(The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 122-124).

Поступила в редакцию 18.10.2009

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК:616.89-008.442.36

*Г.С. Кочарян***ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ: ИССЛЕДОВАНИЕ ЭВЕЛИН ХУКЕР И ЕГО ОЦЕНКА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: Э Хукер, гомосексуальность, исследование

Э. Хукер (США) стала известной благодаря своему исследованию гомосексуальности, которое было проведено по инициативе ее студента Сэма Фрома (Sam From) – гомосексуала, который в 1943 г. познакомил ее со своим кругом друзей-геев. Вопреки сведениям, которые были представлены в медицинской литературе, они не выглядели ни странными, ни больными. Постепенно у Хукер сложились с ними доверительные дружеские отношения, и однажды Сэмми сказал ей [1]: «Эвелина, мы показали вам себя и свою жизнь. Мы ничего не скрыли от вас. Вероятно, вы знаете о людях вроде нас, которые успешно живут в обществе и не нуждаются в психиатрической помощи, больше, чем любой другой психиатр или психолог в стране. Теперь ваш научный долг – изучить нас» [по 2]. Следует отметить, что по своей основной профессии Э. Хукер была далека от изучения сексуальности, не было у нее и личных причин заниматься этой темой. В это время она проводила эксперименты с невротичными крысами и сочла просьбу нелепой, однако молодой человек настаивал на своем предложении. К принятию решения о необходимости проведения данного исследования ее подтолкнуло мнение коллеги – известного специалиста по тесту Роршаха, узнавшего об этом предложении. Он пришел в восторг: «Эвелина, вы должны это сделать! Он абсолютно прав! Мы же ничего о них не знаем, мы знаем только больных» [по 2]. Об отсутствии у Э. Хукер предварительного клинического опыта в области изучения поведения людей сообщают и др. авторы [3, 4].

Действительно, лишь очень немногие клиницисты имели возможность изучать таких гомосексуалов, которые никогда не обращались за психологической помощью и не находились в психбольницах, тюрьмах и на армейских гауптвахтах [2]. Э. Хукер, общаясь с геями, с которыми ее познакомили, пришла к выводу, что многие

из них были хорошо адаптированы, однако считалось, что тесты способны выявить их скрытые проблемы, не лежащие на поверхности [5]. В тот период времени Американская психиатрическая ассоциация в своем опубликованном в 1952 г. первом руководстве по диагностике психических заболеваний определяла гомосексуальность как социопатическое расстройство личности. [5].

Целью исследования Э. Хукер было доказать, что есть гомосексуалы, которые, помимо своей сексуальной ориентации, ничем не отличаются от психически здоровых гетеросексуальных мужчин (!).

План ее эксперимента был следующий: 1) провести психологическую диагностику группы гомосексуалов и группы гетеросексуалов, используя некоторые психологические тесты; 2) не предоставляя экспертам данных о сексуальной ориентации опрошенных, попросить их интерпретировать эти тесты; 3) попросить экспертов, которые не будут осведомлены о сексуальной ориентации обследуемых, оценить их «психологическое здоровье». Э. Хукер также предложила экспертам определить сексуальную ориентацию мужчин, опираясь лишь на результаты тестов [4].

Было подобрано 30 пар. Каждая состояла из одного гомосексуала и одного гетеросексуала, которые были согласованы по возрасту, уровню интеллекта (IQ) и образования (табл. 1). [6].

Э. Хукер хотела также, чтобы эти пары были согласованы и по другим параметрам, включая работу, но это оказалось невыполнимой задачей. Проект не был бы возможен без помощи гомосексуальной организации «Mattachine Society», целью которой является лучше интегрировать гомосексуалов в общество. Члены «Mattachine Society», основанного Чаком Роуландом, Гарри Хеєм и другими для защиты прав геев, не только предоставили возможность обследовать себя, но также убедили своих друзей принять участие в данном исследовании. Чак Роуланд следу-

ющим образом описывает один из начальных этапов работы по отбору гомосексуальных кандидатов: «Впервые мы встретились в одном из лекционных залов университета, там собралось довольно много людей, и Эвелин была очень рада. Помню, одним из первых ее вопросов был вопрос, кто из нас женат. Почти все подняли руки, поскольку мы знали, что тут собрались гомосексуалы, и что брак для нас – это гомосексуальный брак. Но она никогда не слышала об этом, решила, что мы говорим об обычном браке, и сказала: «Боже, боюсь, что вы не подойдете для моего ис-

следования». Но в результате все прояснилось» [5]. Как отмечает Сатинофер, Гарри Хей был членом американской коммунистической партии, и гомосексуальное движение, источником которого были марксистские теории, пыталось убедить судебные и законодательные органы, такие как Американский Верховный Суд, что гомосексуалы относятся к угнетаемому «классу», права которого были растоптаны посредством иррационального предубеждения [7]. Таким образом изначально закладывался политический контекст отношения к однополым связям.

Таблица 1

Возраст, коэффициент интеллекта (IQ) и образование (О) в согласованных парах гомосексуалов и гетеросексуалов

Согласованные пары	Гомосексуалы			Гетеросексуалы		
	Возраст	IQ	О	Возраст	IQ	О
1	42	105	12	41	105	12
2	29	104	12	28	104	12
3	29	109	9	31	109	12
4	34	120	16	30	123	16
5	41	127	18	45	126	17
6	33	127	16	32	129	16
7	40	124	16	42	123	16
8	33	124	16	36	122	16
9	40	98	12	42	100	12
10	33	101	14	32	105	15
11	30	127	14	29	127	16
12	42	91	12	39	94	14
13	44	98	9	44	100	12
14	36	114	16	36	117	16
15	33	120	14	34	120	16
16	40	106	12	44	107	12
17	37	116	12	34	113	14
18	36	127	16	36	127	16
19	35	103	12	37	101	11
20	26	133	18	27	133	18
21	33	124	13	36	122	16
22	32	123	12	39	120	12
23	26	123	16	29	133	16
24	26	123	16	29	133	16
25	41	135	16	39	119	16
26	28	114	16	35	112	13
27	27	118	13	48	119	13
28	27	110	14	48	113	16
29	57	95	14	46	100	12
30	26	124	14	30	129	12

Э. Хукер [5] отмечает: «Каждый гей, который приходил ко мне, рисковал своей карьерой, работой, репутацией, поскольку его могли выследить или узнать его тайну. Я не могла проводить исследования в университете, поскольку кто бы ни пришел ко мне в офис, сразу бы разнес информацию о том, что тут происходит, по всему университету, и если бы кто-то просто зашел ко мне, его могли автоматически причислить к гомосексуалам. Мы решили, что лучшим местом для работы будет мой сад. Высокие деревья и кирпичная стена ограждали его от глаз любопытных, и человек чувствовал себя спокойно».

Поскольку гетеросексуалы были рекрутированы главным образом с помощью общественных организаций (community organizations) и следовало сохранять анонимность, Е. Hooker [6] не разглашала «тот путь, которым они были получены».

Известно, что для того чтобы набрать группу гетеросексуалов, она вначале «пошла в отдел образования профсоюзов и думала, что скажу им, на какую тему делаю исследование – то есть на тему сексуальности, – однако они предупредили, что этого нельзя делать. Это нам может навредить и мы не будем в таком участвовать» [5].

Гомосексуалы и, соответственно, гетеросексуалы, были в возрасте от 25 до 50 лет. Средний возраст гомосексуалов был 34,5 г., а гетеросексуалов – 36,6 г. Диапазон IQ, измеренного с помощью the Otis Self-Administering Tests of Rental Ability был от 90 до 135 баллов. Средний балл для гомосексуальной группы составил 115,4, а для гетеросексуальной – 116,2. (табл. 1) [6].

Из обеих групп были исключены те, кто в это время лечился. Если при предварительном скрининге появлялось доказательство значительного расстройства, индивидуум устранялся (5 гетеросексуалов; 5 гомосексуалов). Усилия были направлены на то, чтобы обеспечить участие в исследовании «чистых» гомосексуалов, т. е. таких, у которых не было гетеросексуального опыта. Однако было 3 исключения. Эти три субъекта имели не больше трех гетеросексуальных опытов и идентифицировали себя как гомосексуалы «в паттернах своего желания и поведения». Гетеросексуальная группа была исключительно гетеросексуальной вне подросткового периода (the adolescent period), но было и три исключения. У каждого из этих трех лиц имел место один гомосексуальный опыт.

С целью выявления явной или скрытой гомосексуальности в гетеросексуальной группе каждый субъект направлялся ответственным

лидером общественной группы (a community group), который характеризовал его как «радикального» (thorough-going) и хорошо приспособленного гетеросексуала. Это делалось для того, чтобы исключить как можно больше мужчин с гомосексуальными паттернами поведения. Однако указанные меры не решили поставленную задачу полностью. Некоторых направленных мужчин пришлось исключить из числа обследуемых, потому что, несмотря на то что эти кандидаты были женаты, они имели большой гомосексуальный опыт (четыре субъекта).

Гетеросексуалы согласились участвовать в обследовании, потому что им сказали, что это была их возможность внести свой вклад в понимание того, как в обществе функционирует средний индивидуум. Мотивировали это недостаточностью данных о функционировании нормальных мужчин. Этим кандидатам ничего заранее не говорили о гомосексуальных аспектах проекта. Каждому индивидууму после описания характера исследования и интервью, а также установления его готовности участвовать в проекте очень кратко разъяснялась цель исследования, включая необходимость участия в нем гомосексуальной группы. Такого объяснения невозможно было избежать. Общественные лидеры (the community leaders), которые направили этих мужчин, были обеспокоены возможными последствиями сексологического исследования. Они требовали, чтобы каждый мужчина был информирован, что полный проект предполагает сравнение гомосексуальных и гетеросексуальных мужчин. Поэтому, как отмечает Е. Hooker [6], она должна была учитывать возможный риск воздействия этой информации на обследуемых. Затем она выясняла у кандидата, имел ли он какие-либо гомосексуальные склонности или опыт. Этот вопрос задавался после того, как между ней и мужчиной устанавливалось хорошее сотрудничество. Если индивидуум, казалось, был сильно взволнован этим вопросом, отвечал неуверенно или черезчур активно отрицал это, он исключался из обследования.

Для сравнительного изучения структуры личности и приспособленности в этих двух группах мужчин использовались проективные методы (тест Роршаха, тематический апперцепционный тест (TAT), и the Make-A-Picture-Story Test [MAPS]), шкалы отношений и интенсивные интервью, касающиеся истории жизни. Два клинициста, которые являлись также экспертами по тесту Роршаха (Dr. Klopfer и Dr. Mortimer Meyer), анализировали каждый из 60 протоколов этого теста, а один – Dr. Shneidman – TAT и MAPS [6].

Следует отметить, что при проведении MAPS субъекты классифицируют/систематизируют вырезанные картины, а затем составляют историю в соответствии с проведенной ими систематизацией [3].

Цель анализа теста Роршаха была двоякой: 1) получить непредубежденное суждение, базирующееся на отсутствии знаний о сексуальной ориентации субъектов, о структуре их личности и приспособленности в обеих группах; 2) определить возможность опытных клиницистов, работающих с тестом Роршаха, отдифференцировать протоколы гомосексуалов от протоколов гетеросексуалов. В дополнение к оценке приспособленности, каждого эксперта просили проанализировать протоколы теста Роршаха и по ряду других аспектов [6].

Прежде, чем квалифицированные эксперты проанализировали полученные результаты, Хукер протестировала и записала ответы отобра-

ных мужчин. Затем она представила экспертам полученные результаты в произвольном порядке и попросила их по пятибалльной шкале оценить уровень психологической адаптации опрошенных. Отметка «1» означала, что испытуемый обладал высокой адаптацией, отличался превосходным сочетанием как интеллектуальных, так и эмоциональных способностей, находился в гармонии с самим собой и эффективно функционировал в социальном окружении. Отметка «3» соответствовала среднему уровню адаптации, а «5» – тем, кто находился на нижней границе между нормальной и нарушенной адаптацией и у кого отмечались признаки патологии. Норма, которую использовали эксперты, была, конечно, субъективной, соответствующей среднему приспособлению в популяции в целом, а не только в этой группе. Результаты оценки адаптации, вытекающие из протоколов теста Роршаха, представлены в табл. 2 [6].

Таблица 2

Рейтинги адаптации по тесту Роршаха

	Рейтинги				
	(высокий)		(низкий)		
Группа	1	2	3	4	5
Эксперт «А»					
Гомосексуальная группа	9	9	4	3	5
Гетеросексуальная группа	6	12	5	3	4
В целом	15	21	9	6	9
Эксперт «В»					
Гомосексуальная группа	2	15	5	4	4
Гетеросексуальная группа	2	8	9	8	3
В целом	4	23	14	12	7

Таблица 3

Степень согласованности оценок экспертами уровней адаптации по тесту Роршаха

Отличия	В целом	Гомосексуалы	Гетеросексуалы
0 (полное согласие)	19	8	11
1 рейтинговый шаг	23	12	11
2 рейтинговых шага	14	7	7
3 рейтинговых шага	4	3	1
	60	30	30

Следующий вопрос состоял в том, какова была степень согласованности между двумя экспертами в оценке адаптации обследованных по тесту Роршаха. Оказалось, что они были полностью солидарны в 19 из 60 случаев, в 8 из которых речь шла о гомосексуалах, а в 11 – о гетеросексуалах. В 23 случаях отличия составили только один оценочный пункт. При этом в 12 случаях речь шла о гомосексуалах, а в 11 – о гетеросексуалах. Это означает, что в 42 из этих 60 случаев имело место полное согласие или разногласие, которое выражалось лишь одним пунктом. В связи с этим Е. Hooker [6] сделала вывод, что в двух третях проведенных сопоставлений имеет место высокая степень согласованности оценок экспертов. Эти данные отражены в табл. 3.

Дополнительно Е. Hooker [6] отмечает, что 14 гомосексуалов, т. е. приблизительно половина, в рейтинге адаптации соответствовали оценочным пунктам 1 или 2.

Затем экспертам предоставили результаты тестовых исследований отобранных пар (согласованных по возрасту, уровню интеллекта и образования гомосексуалов и гетеросексуалов) и предложили определить, кто из мужчин, входивших в пару, является гомосексуалом. Эксперт «А» правильно идентифицировал 17 из этих 30 пар, а эксперт «В» – 18. Таким образом, заключение экспертов носило исключительно вероятностный характер. В отношении семи пар оба эксперта сделали неправильное заключение, т. е. идентифицировали гомосексуала как гетеросексуала и наоборот, относительно двенадцати пар – правильное, а в отношении оценки оставшихся одиннадцати пар согласия между ними не было.

Е. Hooker [6] характеризует проблемы, с которыми столкнулись эксперты. В некоторых парах протоколов не обнаруживался ни один из ключей, которые обычно рассматриваются в качестве признаков гомосексуальности. В других парах «гомосексуальные ключи» («homosexual clues») обнаруживались в обоих протоколах. Этими ключами были прежде всего явная или замаскированная анальность (analinity); избегание областей, обычно определяемых как влагалищные (vaginal areas): изделия женской одежды, особенно нижнее белье и/или тщательно с необычной детализацией разработанные художественные объекты; ответы, доказывающие наличие выраженного сексуального расстройства со страхом кастрации и/или враждебного или наполненного страхом (fearful) отношения к женщинам; очевидность женской культурной

идентификации и/или эмоционального вовлечения между мужчинами. (Анальность [analinity] – термин, используемый в психоанализе, который ориентируется на учение З. Фрейда о сексуальном развитии человека – Примеч. Г.К.) Когда эти ключи не обнаруживались ни в одном, ни в обоих протоколах эксперт был вынужден искать доказательство в специфическом многословии, ответах с особым значением, «аромате» полного протокола. Если тщательное исследование было не в состоянии выявить что-нибудь отличное, эксперт предполагал, что более банальный или типичный протокол был гетеросексуальным. Однако это предположение иногда оказывалось ложным [6].

Когда оценивание было завершено, и даже при его выполнении, оба эксперта отметили тот факт, что протоколы, которые они считали гомосексуальными, были непохожими на те, с которыми они были хорошо знакомы по клинике [6].

Вместе с тем отмечается, что в части случаев, ориентируясь на протоколы, можно было легко определить сексуальную ориентацию мужчины. Об этом свидетельствует тот факт, что относительно идентификации сексуальной ориентации 12 пар у экспертов было полное согласие. Это были протоколы индивидуумов с сильным акцентом на «женственности» и/или анальности. Но кроме этих протоколов, которые составляют приблизительно одну треть, остающиеся две трети протоколов нельзя было легко отличить [6].

Подытоживая оценку экспертами протоколов теста Роршаха, Е. Hooker [6] отмечает, что большинство сопоставлений было не в состоянии обнаружить значимые различия между группами гомо- и гетеросексуалов. Она утверждает, что несмотря на значительные усилия, направленные на установление четких различий между этими двумя группами в целом, они оказались относительно бесплодными. В дополнение к оценкам уровня адаптации эксперты сделали итоговые заявления о каждом субъекте по множеству характеристик, включая способы управления агрессией, болезненными потребностями и зависимостями, а также формы контроля побуждений. Когда эти заявления были сведены в таблицу и подвергнуты статистическому анализу, никаких четких различий вновь обнаружено не было [6].

Доктор Шнейдман (Dr. Shneidman) проанализировал протоколы ТАТ и MAPS 60 субъектов, используя те же самые категории для ана-

лиза, включая адаптацию, как и эксперты, которые оценивали тест Роршаха. Отмечается, что отличить протоколы гомосексуалов от протоколов гетеросексуалов в данном случае было гораздо легче, чем при оценке протоколов теста Роршаха, так как большинство гомосексуалов представляло явные гомосексуальные истории, по крайней мере, по одной картинке. Поэтому вторая задача, поставленная экспертам по тесту Роршаха, заключающаяся в различении протоколов гомосексуалов и гетеросексуалов в согласованных парах, была снята. Протоколы ТАТ и MAPS одних (первых) 30 мужчин были проанализированы вместе. Оценивалась адаптация в целом, а также другие факторы, такие, как способности управления агрессией и т. д. Протоколы ТАТ и MAPS других (вторых) 30 мужчин оценивались таким образом, что эксперт не знал, какой протокол MAPS сочетался с каким протоколом ТАТ. Это было сделано с целью предотвратить эффект «ореола» (а «halo» effect), так как у одного и того же мужчины гомосексуальность в некоторых случаях была выявлена только в протоколах ТАТ, а в других – только в протоколах MAPS. В таблице 4 представлены оценки уровня адаптации в двух согласованных группах гомосексуалов и гетеросексуалов по тестам ТАТ и MAPS.

Отмечается, что полученные результаты, по существу, были такими же, как и по тесту Рор-

шаха: гомосексуалы и гетеросексуалы значительно не отличались между собой. Также подчеркивается тот факт, что между экспертом «А» по тесту Роршаха и экспертом по ТАТ и MAPS имела место полная согласованность в 15 из 60 случаев (8 гомосексуалов и 7 гетеросексуалов), а для эксперта «В» – в 16. Оценка всех трех экспертов совпала по 14 гомосексуалам (приблизительно половина группы), которые соответствовали цифре 3 или более по шкале оценки уровня адаптации, и 14 гетеросексуалам.

В финальной части статьи Е. Hooker [6] отмечает, что не является сюрпризом факт наличия у некоторых гомосексуалов тяжелого расстройства, и можно было бы поддержать мнение, что гомосексуальность является защитой против явного психоза (open psychosis). Однако большинству клиницистов трудно принять то, что некоторых гомосексуалов нельзя отличить от гетеросексуалов, а исключением является лишь сексуальный паттерн. Также она считает, что могут возникнуть определенные трудности в признании того, что некоторые гомосексуалы могут быть не только высокоразвитыми индивидами, у которых не только отсутствуют какие-либо признаки патологии (если кто-то не настаивает, что гомосексуальность сама по себе является ее симптомом), но и что они также могут функционировать на высоком уровне (at a superior level).

Таблица 4

Рейтинги адаптации по MAPS и ТАТ

	Рейтинги				
	(высокий)			(низкий)	
Группа	1	2	3	4	5
Гомосексуальная группа	0	9	15	6	0
Гетеросексуальная группа	0	7	19	3	1
В целом	0	16	34	9	1

Но прежде чем признать эту гипотезу внушающей доверие, отмечает Е. Hooker [6], следует тщательно оценить ограниченность этого доказательства. Мы уже говорили, продолжает она, о необходимости предостережения в принятии в качестве валидных результатов «слепого» анализа проективных тестовых протоколов. Как клиницисты мы также осторожны относительно принятия результатов анализа, который не является «слепым». Может быть, что основной психологический дефект, если таковой имеется, нельзя адекватно диагностировать с помощью проективных тестовых протоколов. Как выра-

зился один психиатр, материал, продуцируемый при проведении теста Роршаха, подобен тому, который продуцируется при психоанализе. Два человека могут продуцировать очень похожий материал при проведении психоанализа, но отличие между ними состоит в том, что нормальный поднимется спустя час и возобновит нормальное функционирование, в то время как тот, у кого имеются отклонения от нормы, – нет. Иной подход состоит в том, чтобы расценивать данные, полученные при проведении проективных тестов, под углом того, что гомосексуальная «патология» имеет место только в эротичес-

кой ситуации, и что гомосексуал может функционировать хорошо в неэротических ситуациях, которые имеют место при проведении тестов Роршаха, ТАТ и MAPS. Таким образом, можно было бы защищать гипотезу, что гомосексуальность является симптомом патологии, но подчеркивать, что данная патология ограничивается одним сектором поведения, а именно, сексуальным [6].

Также автор отмечает, что при сравнении материала, касающегося истории жизни обследованных, отмечались явные различия между гомосексуалами и гетеросексуалами, по крайней мере, в сфере «любовных отношений». Сравнение их по количеству и продолжительности, паттернам круизинга (cruising patterns), степени удовлетворения сексуальным паттерном и любовным партнером, конечно же, выявляет четкие различия. (Круизинг – поиск партнера для секса. – Примеч. Г.К.)

Помимо этого, продолжает автор, возникает вопрос о числе обследованных. Возможно, что намного большее их число – например, по 100 чел. в каждой группе – выявили бы различия. Однако в этом случае следовало бы поставить другой вопрос, а именно: «Как отличаются гомосексуалы от гетеросексуалов по степени своей адаптации?» Однако в проведенном исследовании вопрос состоял в том, является ли гомосексуальность обязательно признаком патологии. «Все, в чем мы нуждаемся, – один случай, в котором ответ является отрицательным». Далее автор задается вопросом: «Каково психологическое значение гипотезы, что гомосексуализм не обязательно является признаком патологии?» и выдвигает следующие предположения [6]:

«1. Гомосексуализм как клиническая сущность не существует. Его формы столь же различны (варьируют), как и у гетеросексуалов.

2. Гомосексуализм может быть девиацией в сексуальном паттерне, которая находится в пределах нормального диапазона. Это выдвигалось в качестве предположения на биологическом уровне (С. S. Ford, F. A. Beach, 1951).

3. Роль специфических форм сексуального желания и проявления в структуре индивидуальности и развитии может быть менее важна, чем часто допускалось. Даже если принять, что гомосексуализм представляет тяжелую форму неспособности приспособляться к обществу в сексуальном секторе поведения, это не обязательно подразумевает, что гомосексуал должен быть тяжело приспособляем в других секторах своего поведения. Или, если принять что

гомосексуализм является формой серьезной внутренней дезадаптации, может быть, что это расстройство ограничено только сексуальным сектором».

В 1956 г. Э. Хукер представила результаты своих исследований Американской психологической ассоциации. Они нашли отражение в ее статье «The adjustment of the male overt homosexual» («Адаптация мужчин, не скрывающих своей гомосексуальной ориентации») в «Journal of Projective Techniques» («Журнал проективных техник») в 1957 г. Материалам, представленным в названной статье, предшествовало редакционное примечание, в котором отмечалось, что автор публикует данный материал принудительно под значительным давлением редакторов, что, по их мнению, обусловлено важностью полученных результатов. Поэтому они захотели, чтобы эти результаты были обнародованы даже в предварительной виде. Отмечается, что сама Э. Хукер не решалась публиковать их до тех пор, пока «доказательство фактически не станет неопровержимым». Также в редакционном примечании подчеркивается, что если приведенные Э. Хукер данные преждевременны или не полностью документированы, обвинение следует предъявлять именно редакторам, которые настаивали на их незамедлительном опубликовании.

В начале шестидесятых годов XX в., взяв на вооружение исследования Эвелин, геи и лесбиянки начали заявлять о себе в открытую. Эта работа послужила опорой для тех, кто спустя 16–17 лет добился исключения Американской психиатрической ассоциацией гомосексуализма из списка психических расстройств.

На сегодняшний день статья Э. Хукер, которую называют матерью гомосексуального движения, – единственная, которая подробно приводится в качестве ссылки на главном вебсайте Американской психологической ассоциации для обсуждения проблем геев и лесбиянок [7].

Thomas Landess (Томас Ландесс) (США) [3] отмечает, что она была одной из самых влиятельных фигур в очень успешном движении, которое пыталось убедить американцев, что гомосексуализм является «нормальным вариантом» сексуального поведения человека. Ее исследование, которое нашло отражение в представленной нами выше статье, – наиболее часто цитируемый научный источник, используемый в качестве аргумента, что гомосексуализм – не патология, и что гомосексуалы «столь же свободны от психических расстройств, как и гетеросексуалы».

Такие утверждения не только нашли отражение в стандартных учебниках по психологии, но также обеспечили научную базу для решения судебных случаев, касающихся легитимности государственных законов о гомосексуализме (содомии) и запрещения гомосексуалам работать в некоторых государственных и местных учреждениях (например, в школах и полицейских департаментах). Действительно, когда Американская психиатрическая ассоциация обсуждала проблему гомосексуализма в 1973 г., работа Эвелин Хукер была использована в качестве доказательства теми, кто хотел изъять гомосексуализм из списка психических расстройств.

Для многих исследование Хукер фактически завершило дебаты о том, действительно ли гомосексуалы аномальны в своих отношениях друг с другом и с обществом в целом. Сегодня многие американцы приняли идею, что гомосексуализм нормален, не понимая, что такое мнение сформировалось в значительной степени под влиянием единственного исследования, проведенного Э. Хукер, которая раньше проводила лабораторные исследования на крысах. Отмечается, что несколько заслуживающих внимание замечаний ускользнули от ее приверженцев, не говоря уже о федеральных судах [3]:

1. В своем исследовании Э. Хукер для установления уровня адаптации (автор использует слово устойчивость) исследовала не случайно подобранных гомосексуалов, а позволила гей-активистам, борющимся за гражданские права, рекрутировать таких индивидуумов, которые больше всего подходили для иллюстрации ее тезиса, что гомосексуализм – не патология. Индивидуумы, которые оказались психически неуравновешенными, не вошли в заключительную выборку.

2. Опубликованный доклад/отчет Хукер о том, как она рекрутировала гетеросексуалов, не согласуется с более детальным и полным ее докладом/отчетом.

3. У шести обследованных ею субъектов (трех из группы гомосексуалов и трех из группы гетеросексуалов) было зафиксировано как гомосексуальное, так и гетеросексуальное поведение вне подросткового возраста.

4. Хукер сделала несколько ошибок в своих математических вычислениях, которые вызывают сомнение относительно тщательности и компетентности ее как исследователя.

5. Хукер не пыталась доказать, что гомосексуалы были нормальны во всех отношениях, и ее исследование не подтверждает идею, что го-

мосексуалы как группа столь же адаптивны, как и гетеросексуалы.

6. Хукер была относительно неопытна в применении теста Роршаха, и эта неопытность, возможно, привела к ошибкам в применении и оценке этого теста.

7. При исследовании с помощью ТАГ и MAPS, которые требуют, чтобы субъекты составляли вымышленные рассказы об изображенных сценах, гомосексуалы не могли воздержаться от включения в эти рассказы гомосексуальных фантазий. По этой причине, с тех пор, как различия стали очевидны, Хукер изменила характер исследования и больше не просила экспертов использовать ТАГ и MAPS, пытаясь определить сексуальную ориентацию каждого из 60 субъектов.

Далее автор отмечает [3], что исследование гомосексуалов Эвелин Хукер не было логическим развитием ее карьеры как психолога и не вытекало из беспристрастного научного любопытства. Она предприняла исследование, чтобы доказать, что гомосексуалы могут функционировать как нормальные люди. Как сама она говорила: «Я наблюдала за этими мужчинами и не видела ничего психопатологического в их поведении» [по 8, р. 22.].

Сообщается, что для формирования группы гомосексуалов Э. Хукер рекрутировала членов Mattachine Society, а также их друзей. Она также самостоятельно сформировала контрольную группу гетеросексуалов, несмотря на тот факт, что в стандартизированных исследованиях, которые она намеревалась использовать, нормы были уже установлены.

Автор также обращает внимание на то, что в своем отчете 1957 г. Э. Хукер предлагает несколько загадочное объяснение рекрутирования гетеросексуалов. Она отмечает, что поскольку гетеросексуалы были главным образом получены от общественных организаций, которые должны остаться анонимными, «я не могу описать далее путь, которым они были получены». [6, р. 19]. Годы спустя репортер «Los Angeles Times» получил от Хукер несколько другое объяснение. Она рассказала, что сначала собрала работников профсоюзов, думая, что они либерально (с пониманием) отнесутся к предполагаемому исследованию. Однако ее надежды не оправдались. Как только она объяснила характер исследования, никто не захотел в нем участвовать. Поэтому Э. Хукер набирала кандидатов везде, где она могла их найти. Так, например, в число обследуемых попал пожарник, который пришел ос-

матривать ее дом. Как шутил ее муж, никто из мужчин, который попадал на Saltair Street (улица, на которой проживали супруги), не мог чувствовать себя в безопасности.

Выборка Э. Хукер не была случайной и она сама на это указывала. Фактически Э. Хукер преднамеренно отбирала только тех субъектов, которые казались психически устойчивыми и «нормальными» – по крайней мере в своей способности приспосабливаться к окружающему их социуму. Она определила критерии для членства в группах следующим образом. Из обеих групп были устранены субъекты, которые в то время лечились. Если при проведении предварительного скрининга выявлялись существенные патологические отклонения, такой индивидуум исключался (5 гетеросексуалов и 5 гомосексуалов) [8, p. 20.].

Первоначально она отобрала 40 гомосексуалов и 40 гетеросексуалов, согласовав их по возрасту, IQ и образованию с 40 гетеросексуалами. Потом после исключения лиц, которые по тем или иным причинам не подошли для исследования, их осталось по 30 в каждой группе, что в общем составило 60 чел. Т. Landess [3] подчеркивает, что поучительно сравнение резюме этих соответствий с таблицей, содержащей ту же самую информацию. Как отмечается в текстовой части статьи Э. Хукер, гомосексуалы, и, соответственно, гетеросексуалы были в возрасте от 25 до 50 лет. Средний возраст составил 34,5 г. для гомосексуальной группы и 36,6 г. для гетеросексуальной. Амплитуда/размах IQ, измеренная с помощью Otis Self-Administering Tests of Mental Ability, была от 90 до 135, со средним значением для гомосексуальной группы 115,4, а для гетеросексуальной – 116,2. В образовании диапазон был от grammar school (средняя школа; с 5 по 8 класс средней школы) до эквивалента степени магистра (a master's degree), со средним значением продолжительности образования для гомосексуальной группы 13,9 лет, а для гетеросексуальной 14,3 [6]

Обратившись к таблице, отмечает Т. Landess [3], в которую Э. Хукер вносит возраст, IQ и образование всех 60 субъектов, внимательный читатель найдет, что числа, аккуратно размещенные в колонках, противоречат ее резюме. В то время как она говорит, что возрастной диапазон для всех субъектов – 25–50 лет, таблица указывает, что самому молодому обследуемому было 26 лет, а самому старшему 57. Числа в таблице указывают, что средний возраст гомосексуалов был 35 лет, а гетеросексуалов 37, что отличает-

ся от тех значений, о которых сообщает Хукер.

В своем резюме она отмечает, что диапазон IQ был 90–135, однако самый низкий IQ в ее таблице равен 91. Несмотря на эту ошибку, однако, приведенные ею средние числа для гомосексуалов и гетеросексуалов согласуются с таблицей.

Что касается уровня образования, то, как отмечалось ранее, Э. Хукер называет диапазон от 8 лет обучения до 17 (число лет обучения, необходимое для получения степени магистра [a master's degree]). Вместе с тем эти данные, подчеркивает Т. Landess [3], в лучшем случае неточны, так как потраченное на образование наименьшее количество лет, указанное в таблице, – 9, а наибольшее – 18. Последняя цифра на один год превышает требования к большинству магистерских программ (master's programs). Среднее число лет образования гомосексуалов, согласно таблице, – 14,0, а не 13,9.

Эти математические несоответствия, отмечает Т. Landess [3], являются незначительными, но все же настораживают. Если все средние значения были неправильными, то можно прийти к заключению, что так или иначе Э. Хукер привела неточную таблицу. Однако, учитывая правильность некоторых из ее расчетов, кажется более вероятно, что она допустила несколько оплошностей. Сноска на первой странице сообщения Э. Хукер наводит на мысль, что материалы были быстро направлены в печать, несмотря на то, что она не решалась их публиковать. Однако сильное желание редакторов и давление с их стороны сделали свое дело. Другими словами, делает вывод Т. Landess [3], она сообщила в статье то, что от нее хотели услышать коллеги.

Кроме того, автор считает, что допущенные Э. Хукер погрешности могут свидетельствовать о степени ее надежности как исследователя, а также о том, насколько мы можем доверять ее методологии. Подчеркивается, что Хукер подсчитывала очки теста Роршаха самостоятельно, несмотря на тот факт, что у нее был недостаточный предшествующий опыт в этой области. «Добавьте к этой неопытности недостаток математической точности, и данное исследование начинает представлять собой подлинные проблемы» – заявляет Т. Landess [3].

Также отмечается, что маленькие выборки Э. Хукер являются совсем не случайными. Этим самым она отказалась проверять суждение, что гомосексуалы и гетеросексуалы в обществе являются в равной мере нормальными хорошо приспособленными людьми. Э. Хукер сообщает в своей статье, что только интересуется, «яв-

ляется ли гомосексуальность обязательно признаком патологии». Чтобы ответить на этот вопрос, она утверждает: «Все, в чем мы нуждаемся – один случай, в котором ответ отрицательный» [6]. Другими словами, в этом исследовании она заинтересована в обнаружении хотя бы одного гомосексуала, у которого отсутствует психическая патология. Это явилось причиной сосредоточения Э. Хукер на самой здоровой когорте. Зная характер ее выборки, никто не мог, исходя из результатов проведенных ею исследований, сделать обоснованный вывод, что у гомосексуалов не больше психических расстройств, чем у гетеросексуалов. Однако многие сделали именно такой вывод. Вместе с тем, если воспринимать исследование Э. Хукер как валидное, можно только сделать заключение, что некоторые гомосексуалы не являются патологичными в своих взаимоотношениях с обществом в целом. Таким образом, данное исследование не доказывают, что гомосексуалы не являются патологичными в своих сексуальных действиях.

Также следует обратить внимание на процесс отбора Э. Хукер обследуемых – непринужденность в рекрутировании гомосексуалов и трудности, с которыми она столкнулась, при рекрутировании гетеросексуалов. Ее высказывания в этом отношении уклончивы, а более поздние ее размышления наводят на мысль, что она, возможно, первоначально скрывала правду, чтобы утаить проблемы, с которыми столкнулась при наборе контрольной группы. В связи с этим следует указать на то, что в эту группу из 30 гетеросексуальных мужчин она включила трех, которые имели гомосексуальные опыты в своей взрослой жизни. Такую группу ни в коем случае нельзя назвать «чистой» в гетеросексуальном отношении, и неизвестно, насколько больше гомосексуальных контактов в юности было у мужчин этой группы. Никто – даже Kinsey – не назвал бы эту группу однозначно гетеросексуальной – заключает Т. Landess [3].

Из статьи-отчета Э. Хукер и ее интервью в более поздние годы мы видим, что гомосексуалы стремились не только участвовать в исследовании, но на самом деле были его зачинщиками. Они надеялись, что оно докажет, что они являются нормальными людьми. По этой причине, они очень тщательно проводили отбор кандидатов. Это должны были быть волонтеры, обследование которых смогло бы доказать гипотезу Э. Хукер. При анализе результатов ее исследования очень важно помнить, что именно геи явились его инициатором, а также то, что

обследуемые гомосексуалы хорошо знали о его окончательной цели [3].

Далее Т. Landess [3] отмечает, что, несмотря на отсутствие у нее клинического опыта в том, что называют «проективными методами», Э. Хукер проводила тест Роршаха и производила необходимые вычисления. Критики результатов, полученных Хукер при использовании теста Роршаха, рассматривают, по крайней мере, два вопроса. Сначала они подвергают сомнению ее способность проводить и обсчитывать этот тест. Это базируется на том основании, что у нее как ученого, ранее исследовавшего животных, очевидно, было сравнительно немного опыта в применении теста Роршаха. Некоторые авторитетные специалисты в данной области утверждают, что в идеальных обстоятельствах более квалифицированный эксперт обнаружил бы много упущений Э. Хукер, включая признаки патологии гомосексуалов. Также ее критикуют за недостаток «слепоты» в осуществлении теста Роршаха. Идеально, учитывая характер искомых результатов, чтобы тест осуществлялся при обстоятельствах, в которых интервьюер и испытуемый не знали бы о цели исследования. Однако в анализируемом исследовании как Э. Хукер, так и обследуемые знали, что она стремилась доказать. Более того, и она и геи, безусловно, были заинтересованы в доказательстве гипотезы, что гомосексуалы не обязательно являются «носителями патологии».

Могли ли субъекты, которые тестировались с помощью теста Роршаха, сориентировать свои ответы в соответствии с ожидаемыми результатами? – спрашивает Т. Landess [3]. Безусловно, говорят некоторые эксперты в области теста Роршаха. Один пример такого явления при проведении «проективных методов» называют эффектом Розенталя (the Rosenthal effect), когда субъект генерирует результаты, которые, по их убеждению, хочет получить исследователь. В данном же случае и Э. Хукер и обследуемые ею гомосексуалы имели неодолимый мотив произвести эти результаты.

Возможно, самые существенные результаты были получены Э. Хукер по результатам MAPS и ТАГ. Проблема идентификации гомосексуальных протоколов в данном случае была по существу намного более легкой чем та, с которой столкнулись эксперты при проведении теста Роршаха, так как в большинстве случаев гомосексуальные протоколы можно было все же идентифицировать. Несмотря на осведомленность гомосексуалов в том, что цель исследования со-

стоит в доказательстве их собственной устойчивости (адаптивности), соответствия норме и отсутствия отличия от гетеросексуалов, они не воздерживались от удовлетворения своих желаний в гомосексуальных фантазиях, таким образом демонстрируя свои сексуальные аппетиты. В связи с этим, заключает Т. Landess [3], трудно не сделать заключение, что в вербализации таких фантазий проявлялся навязчивый характер гомосексуальности, трудность гомосексуалов контролировать свое сексуальное желание, даже когда их репутация в психиатрическом сообществе находилась под угрозой.

Характеризуя результаты оценки экспертом результатов ТАГ и MAPS, касающихся устойчивости (адаптивности), Т. Landess [3] отмечает замечание критиков, которые говорят, что отсутствие «слепоты» исследования повышает возможность влияния эффекта Розенталя на оценивание полученных результатов, так как эксперт знал то, к чему стремилась Хукер.

Далее Т. Landess [3] подчеркивает, что в резюме статьи Э. Хукер сообщает, что, осознавая степень бросаемого ею вызова ведущим авторитетам в этой области, она делает ряд допущений об ограничениях ее исследования. Она признает возможность того, что гомосексуалы являются действительно патологичными – пункт, упускаемый большинством ее поклонников/обожателей.

Она допускает, что психологический дефект гомосексуалов может заключаться «в слабости функции эго (in a weakness of ego-function) и контроля, и что это не может быть в достаточной мере/удовлетворительно диагностировано с помощью проективных тестовых протоколов [6].

Она также допускает, что патология гомосексуализма может проявляться только «в эротической ситуации, и что гомосексуал может хорошо функционировать в неэротических ситуациях, таких, какие имеют место при проведении тестов Роршаха, ТАГ и MAPS. Таким образом, можно было защищать гипотезу, что гомосексуализм является проявлением патологии, но иметь ввиду, что эта патология ограничивается одним сектором поведения, а именно, сексуальным [6, р. 30]. По мнению Т. Landess [3], Э. Хукер, кажется, опровергает это суждение своим собственным исследованием, так как гомосексуалы были неспособны управлять своими сексуальными фантазиями даже в неэротической ситуации, имеющей место при проведении тестов MAPS и ТАГ.

Е. Hooker [6, р. 30] также отмечала, что исто-

рии жизни группы гомосексуалов и гетеросексуалов отличались в области любовных отношений. Она указывала, что сравнение обеих групп по количеству и продолжительности любовных отношений, паттернам круизинга и степени удовлетворения сексуальным паттерном и любовным партнером конечно выявит четкие различия.

Э. Хукер никогда не публиковала резюме этих историй, хотя в недавнем интервью с писателем-ученым Эдвардом Эichel (Edward Eichel) сказала, что все еще надеялась сделать это спустя 35 лет. Однако она, несомненно, нашла в этих историях то, что нашли большинство других исследователей, а именно существенно большее число сексуальных партнеров у гомосексуалов, чем у гетеросексуалов и значительно более короткую продолжительность их отношений. Эти результаты, если бы они были опубликованы, возможно, бросили бы далее сомнения на устойчивость (адаптивность) и нормальность гомосексуалов.

Далее Т. Landess [3] подчеркивает тот факт, что сделанные Э. Хукер замечания редко становятся известны. Ее сообщение 1957 г., подобно народной сказке, стало более простым в постоянном пересказе. Возможно столь же важным, как и само по себе исследование Хукер 1957 г., стало использование его результатов другими авторами. Это единственное исследование 60 субъектов не только неоднократно цитировалось видными психиатрами, социальными критиками и гей-активистами, но и использовалось как часть экспертного доказательства при судебных разбирательствах на общенациональном уровне.

Любопытно, отмечает Т. Landess [3], что многие из тех, кто ссылается на данное исследование, не только неправильно суммируют его содержание, но и делают это удивительно сходным образом. Это выглядит так, как если бы один комментатор неправильно истолковывал его, а все остальные черпали свое знание из этого единственного ошибочного комментария. В доказательство сказанного Т. Landess [3] приводит несколько примеров:

В американском учебнике по психиатрии «Comprehensive Textbook of Psychiatry» доктор Джудд Мармор (Dr. Judd Marmor), который был движущей силой решения Американской психиатрической ассоциации в исключении гомосексуализма из ее руководства о расстройствах, привел такое резюме исследования Хукер: «Хукер (1957) провела совместное исследование 30 гомосексуальных мужчин и 30 гетеросексуаль-

ных, которые соответствовали по возрасту, IQ и образованию. Все гомосексуалы соответствовали 6 баллам, а гомосексуалы 0 баллам по шкале Кинси. Ни один из субъектов не получал лечения. Два эксперта независимо, без предшествующего знания о субъектах рассмотрели протоколы теста Роршаха, ТАТ и MAPS и попытались отличить гомосексуалов от гетеросексуалов, но они были неспособны сделать это» [9].

Мармор повторил тоже самое, когда давал показание под присягой при разбирательстве случая, заслушанного в государственном суде в штате Техас.

Доктор Григорий Эрек (Dr. Gregory Herek) поддержал Мармора, сказав под присягой: «Классическое исследование в этом случае проводилось Хукер (1957). Она осуществила тесты Роршаха, ТАТ и MAPS... Когда попросили оценить, какие протоколы были получены от гомосексуалов, эксперты были неспособны достоверно отличить сексуальную ориентацию респондентов» [10, p. 35–36].

В статье 1990 г. об Э. Хукер репортер Los Angeles Times Брюс Шенитц (Bruce Shenitz) охарактеризовал полученные ею результаты точно таким же образом: «Во всех трех тестах две трети гетеросексуалов и гомосексуалов были оценены на 3 (среднее число) или больше. Затем экспертам были представлены пары испытаний и их попросили отличить гетеросексуалов от гомосексуалов. Они были способны сделать это не с большей точностью, чем если бы угадывали какой стороной (орлом или решкой) упадет подброшенная в воздух монета» [8, p. 25].

В связи с этим Т. Landess [3] отмечает, что такое поразительное единодушие научных экспертов и прессы примечательно, особенно когда каждый понимает, что все эти оценки не соответствуют реальности. Версия Мармора особенно дефектна. Действительно, краткий отрывок, приведенный выше, содержит пять очевидных ошибок:

1. Его утверждение, что все гомосексуалы соответствовали 6 баллам, а гомосексуалы 0 баллам по шкале Кинси не соответствует действительности. Во-первых, Э. Хукер в своем отчете вообще не делает никакой ссылки на шкалу Кинси. Во-вторых, она приводит в своем отчете факты, которые противоречат обобщению Мармора. Три гетеросексуала сообщили о гомосексуальном контакте после подросткового возраста, а три гомосексуала сообщили о гетеросексуальном поведении. Однако по Кинси оценка «0» соответствует исключительно гетеросексуаль-

ному поведению, а «6» исключительно гомосексуальному.

2. Было привлечено три эксперта, а не два, как сообщает Мармор.

3. Доктор Мармор указывает, что эксперты проверили все три теста, тогда как фактически два эксперта проверили тест Роршаха, а один MAPS и ТАТ.

4. Доктор Мармор заявляет, что эксперты проверяли MAPS и ТАТ, пытаясь отличить гетеросексуалов от гомосексуалов, тогда как фактически никого из экспертов не просили делать это, ориентируясь на эти тесты, потому что Хукер знала, что при их проведении гомосексуалы раскрывают себя.

5. Вопреки тому, что заявляет Мармор, MAPS и ТАТ действительно выявили сексуальную ориентацию гомосексуалов.

Эрек и Шенитц делают некоторые из тех же самых ошибок, которые совершил Мармор:

1. Они говорят о том, что больше чем один эксперт проверил все тестовые результаты.

2. Они также заявляют, что после ознакомления с результатами всех трех тестов «эксперты» были неспособны различить гетеросексуалов и гомосексуалов.

Однако, отмечает Т. Landess [3], Шенитц – не более, чем газетный репортер, но Мармор и Эрек свидетельствовали перед судьей как опытные ученые, в частности, Мармор – как прежний президент Американской психиатрической Ассоциации. Ирония состоит в том, что в то время как судья безоговорочно принял свидетельские показания Мармора и Эрека, он проигнорировал научное исследование Пауля Кеймрона (Paul Cameron), который приводит осторожное и точное резюме исследования Хукер в своем труде «The Gay Nineties: What the Empirical Evidence Reveals About Homosexuality» [10].

Характеризуя отношение Э. Хукер к гомосексуализму, следует отметить, что, по ее мнению, люди рождаются сексуально индифферентными и имеют скорее общую сексуальную предрасположенность, чем гомо-, гетеро- или бисексуальные предпочтения [11]. Отмечается, что Эвелин Хукер (Evelyn Hooker) выступила в защиту идеи нормальной вариантности гомосексуальной ориентации и поведения. По ее мнению, с научной точки зрения гомосексуальная ориентация не является патологией (Hooker, 1993) [12]. Результаты исследований Э. Хукер сыграли важную роль в решении Американской психиатрической ассоциации изъять гомосексуальность из официального списка психических расстройств

DSM-II в 1973 году [13].

Какие выводы можно сделать из приведенных материалов (оригинального, критического и интерпретационного)?

1. Выборка Э. Хукер не была случайной и проведенное ею исследование не соответствует принципам доказательной медицины.

2. Существуют гомосексуалы, у которых помимо расстройств направленности полового влечения нет других психических расстройств. Однако данный частный вывод, который был сделан на основании тщательно отобранных с помощью гомосексуальной организации и Э. Хукер геев, у которых не было никаких других (помимо гомосексуализма) психических расстройств, нельзя экстраполировать на всю популяцию, так как это представляет собой искажающий истину процесс генерализации. Как свидетельствуют специальные исследования, психические расстройства у гомосексуалов (геев и лесбиянок) встречаются гораздо чаще, чем у гетеросексуалов. Об этом, в частности, свидетельствует проведенное в Нидерландах широкомаштабное национальное исследование, результаты которого были опубликованы в 2001 г. [14]. 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 3120 женщин). Среди обследованных мужчин однополые 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 США было проведено исследование многих тысяч американцев, направленное на изуче-

ние риска возникновения психических расстройств среди индивидуумов, которые имели отношения с партнерами того же самого пола [15]. Респондентов спрашивали о числе женщин и мужчин, с которыми они имели половые сношения за прошлые 5 лет. 2,1% мужчин и 1,5% женщин сообщили о контактах с одним сексуальным партнером или более того же самого пола за последние 5 лет. Выявлено, что у этих респондентов в последние 12 мес. имело 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 однополого 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 [16]. 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. Что-

бы лучше понять полученные результаты, необходимо располагать данными о предрасположении к обращению за медицинской помощью гомосексуальных и бисексуальных мужчин и женщин.

3. Есть гомосексуалы, которые достаточно хорошо адаптированы. Этот вывод, однако, не может быть распространен на всю популяцию, так как, во-первых, как было показано выше, частота различных психических расстройств, алкогольной и наркотической зависимости у гомосексуалов гораздо выше, чем у гетеросексуалов, а следовательно, о такой же их адаптации, как и гетеросексуалов, говорить не приходится. Во-вторых, к этому следует еще добавить, что гомосексуалы гораздо чаще совершают суициды. Так, лонгитюдное обследование 1007 новозеландских детей показало, что геи, лесбиянки и бисексуалы являются группой повышенного риска для суицидального воображения и поведения (D.M. Fergusson et al., 1999), а сравнение психических свойств 48 пар монозиготных и 55 пар дизиготных близнецов показало, что те из них, которые имели однополых сексуальных партнеров, в 6,5 раза чаще, чем их гетеросексуальные сиблинги, предпринимали суицидальные попытки, и это не объяснялось общим состоянием их психического здоровья или наркотической зависимостью (R. Herrell et al., 1999) [по 2].

Исследование, которое было проведено среди нидерландских мужчин и женщин (контингент, о котором речь шла выше [14]), также показало, что гомосексуализм связан с суицидальностью. Данное исследование оценивало 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 гетеросексуаль-

ными. Это нельзя было объяснить их более высокой психиатрической заболеваемостью. У женщин таких явных взаимоотношений выявлено не было [17].

О более низком уровне адаптации гомосексуальных мужчин свидетельствует изучение качества жизни (КЖ) у вышеназванного контингента нидерландских мужчин [18]. Гомосексуальные мужчины, но не женщины, отличались от гетеросексуальных по различным измерениям КЖ. Одним из главных факторов, который отрицательно сказывался на КЖ у гомосексуальных мужчин, было их более низкое самоуважение. Отмечается, что отсутствие связи между сексуальной ориентацией и качеством жизни у женщин наводит на мысль, что эта связь опосредуется другими факторами.

4. Некоторые полученные Э. Хукер результаты и ее указания о том, что даже при отсутствии дезадаптации гомосексуалов в других сферах, в сексуальной сфере они все же являются дезадаптированными, были попросту проигнорированы («Даже если принять, что гомосексуализм представляет тяжелую форму неспособности приспособиться к обществу в сексуальном секторе поведения, это не обязательно подразумевает, что гомосексуал должен быть тяжело приспособляем в других секторах своего поведения» [6]. Теми, кто поддерживал идею, что гомосексуальность следует считать нормой, было сделано все, чтобы исказить полученные Э. Хукер данные и превратить реальность в соответствующую их желаниям легенду, которую преподносят как правду и научному сообществу, и широкой общественности. Отсутствие других психических расстройств у некоторых гомосексуалов не говорит о том, что они являются психически здоровыми, так как гомосексуальность сама по себе является психическим расстройством в сфере влечений.

Г.С. Кочарян

ГОМОСЕКСУАЛЬНІСТЬ: ДОСЛІДЖЕННЯ ЕВЕЛІН ХУКЕР

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено дані відносно дослідження гомосексуальності, яке було проведено Е. Хукер, та його оцінка, що не дозволяє відносити гомосексуальність до норми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 125-139).

HOMOSEXUALITY: THE EVELYN HOOKER RESEARCH

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

The data on E. Hooker research of homosexuality and its estimation are submitted, that does not allow to designate homosexuality as norm. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 125-139).

Литература

1. Legg W. D. Homophile Studies in Theory and Practice. — San Francisko: ONE Institute Press, 1994. — P. 159–161]
2. Кон И.С. Лики и маски однополрой любви. Лунный свет на заре – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Астрель: АСТ, 2006. – 574 [2] с.
3. Landess T. The Evelyn Hooker study and the normalization of homosexuality» // <http://members.aol.com/poesgirl/hooker.htm>
4. Мондимор Ф.М. (Mondimore F.M.) Гомосексуальность: Естественная история / Пер. с англ. – Екатеринбург: У-Фактория, 2002. – 333 с.
5. Адаптированный монтажный лист документального фильма «CHANGING OUR MINDS. История доктора Эвелин Хукер». Режиссер Ричард Шмейхен // <http://alg-archive.narod.ru/st/hooker1.html>
6. Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual // Journal of Projective Techniques. – 1957. – Vol. 21. – P. 18–31.
7. The Mother of the Homosexual Movement - Evelyn Hooker PhD. Monday July 16, 2007 // <http://www.lifesitenews.com/ldn/2007/jul/07071603.html>.
8. Bruce Shenitz. «The Grande Dame of Gay Liberation» // Los Angeles Times Magazine. – June 10, 1990. – P. 20–34.
9. Marmor J. Comprehensive Textbook of Psychiatry (Baltimore: 1975). – Vol. 2. – P. 15–16.
10. Paul Cameron. The Gay Nineties: What the Empirical Evidence Reveals About Homosexuality. – Franklin, TN: Adroit Press, 1993.
11. Гомосексуализм // <http://www.femida.info/75/92.htm>
12. Келли Г.Ф. (Kelly G.F.) Основы современной сексологии: Пер. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 896 с.
13. Хукер, Эвелин. Материал из Википедии свободной энциклопедии // <http://ru.wikipedia.org/wiki/>
14. 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) // Arch Gen Psychiatry. – 2001. – 58. – P. 85–91.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.

Поступила в редакцию 16.09.2009

УДК 616.89.001

*П.Т. Петрюк³, А.П. Петрюк², Р.Б. Брагин¹***ВКЛАД ПРОФЕССОРА ДМИТРИЯ ЕВГЕНЬЕВИЧА МЕЛЕХОВА В РАЗВИТИЕ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ
(К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, ²Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), ³Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики



Дмитрий Евгеньевич Мелехов (1899-1979) является крупным отечественным психиатром, одним из основоположников социальной психиатрии, автором фундаментальных работ по шизофрении, внесшим неоценимый вклад в разработку клинических основ прогноза трудоспособности при психических заболеваниях и в развитие новых форм медико-социальной помощи психически больным. Общеизвестно, что медико-социальная экспертиза при психических расстройствах является самостоятельным разделом социальной психиатрии. Заслуга создания ее теоретических организационных основ, учения о трудоспособности психически больных принадлежит Т.А. Гейеру и Д.Е. Мелехову [1-5].

Дмитрию Евгеньевичу принадлежит заслуга популяризации этого нового клинического направления в нашей стране и за рубежом, дальнейшая разработка его организационных, клинических, теоретических основ, а также осуществление организационных мероприятий и внедрение полученных данных в практику [6].

Д.Е. Мелехов родился 23 февраля 1899 года в Рязани в многодетной семье потомственного

православного священника. Окончил Рязанскую гимназию с золотой медалью (1916), а затем медицинский факультет Московского университета (1925). Еще будучи студентом IV курса он решил стать психиатром после того, как прослушал знаменитую лекцию профессора П.Б. Ганнушкина «Психиатрия, ее задачи, объем и задачи преподавания», которая привлекла его внимание широтой постановки проблем о психических заболеваниях в их биологическом и социальном значении. Небезынтересно, что как сына священника его едва не исключили из университета, но он был оставлен как «зарекомендовавший себя с лучшей стороны».

В 1925 году сразу же после окончания университета Дмитрий Евгеньевич начал работать в психиатрической клинике на Девичьем поле под руководством П.Б. Ганнушкина и Т.А. Гейера. Здесь он приобщился к клиническим традициям, заложенным еще С.С. Корсаковым, и здесь он начал научную деятельность. Уже в своей первой научной работе «Клиника и патогенез церебрального атеросклероза», выполненной совместно с С.В. Крайцем, вполне отчетливо прослеживается главная черта его творческой индивидуальности – широкое видение проблемы, в котором – на базе глубокого клиницизма и при его безусловном примате – органично сочетаются биологические и социальные ее аспекты. Известно, что эта работа имела отношение к одной из драматических страниц отечественной науки. Дело в том, что она являлась краеугольной в развитии новаторской концепции П.Б. Ганнушкина о нажитой психической инвалидности, которая была несправедливо осуждена по политическим мотивам и предана забвению [2].

Окончив в 1930 году ординатуру в клинике П.Б. Ганнушкина, он начал работать в Институте нервно-психиатрической профилактики Министерства здравоохранения РСФСР, где совме-

стно со своим учителем Т.А. Гейером открыл первое в нашей стране отделение экспертизы трудоспособности и восстановительной терапии и параллельно с этим вел научно-исследовательскую работу в Институте психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, одновременно оказывая помощь ряду практических лечебных и экспертных учреждений. С 1932 года Дмитрий Евгеньевич работает в Центральном институте экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства социального обеспечения РСФСР, помогая Т.А. Гейеру в организации психиатрического отделения этого института, а с 1948 года заведует этим отделением, которое является руководящим научно-методическим центром по врачебно-трудовой экспертизе при психических заболеваниях. Работа в указанных двух институтах создала тот синтез клиники и экспертизы, который помог Д.Е. Мелехову разработать и общие клинические проблемы и основные вопросы советской психиатрической врачебно-трудовой экспертизы.

Педагогическую работу Д.Е. Мелехов проводил на кафедрах психиатрии и экспертизы трудоспособности Центрального института усовершенствования врачей, а в 1937-1938 годах в Воронежском медицинском институте в качестве заведующего кафедрой психиатрии.

С 1951 по 1956 годы Дмитрий Евгеньевич являлся директором Государственного научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР.

С первых лет своей научной и практической деятельности Д.Е. Мелехов особое внимание уделяет изучению функционального состояния больного, характера течения и стадии болезненного процесса. На протяжении всей своей работы Дмитрий Евгеньевич не прерывает исследования клиники шизофрении, ставя перед собой задачу ранней диагностики различных типов течения, прогноза и компенсации дефекта. В этом плане должны быть отмечены его работы, посвященные классификации шизофренических реакций и их дифференциальной диагностике от начальных стадий шизофрении. Много внимания он также уделял развитию трудовой терапии при психических заболеваниях и анализу ее клинической эффективности.

До настоящего времени актуальными остаются проблемы терапии психически больных, разработанные Д.Е. Мелеховым, основные клинические критерии прогноза работоспособности при психических заболеваниях (тип-темп-ста-

дия течения болезни; тип-структура-степень компенсации дефекта). Дмитрий Евгеньевич впервые начал использовать при изучении и функциональной диагностике состояния психически больных собственный метод клинического наблюдения в условиях трудовой деятельности. Он выявил не только функциональные возможности больных в труде, но и уточнил влияние трудовой деятельности на состояние больных, вскрыл патогенез неблагоприятного течения невроза и патологического развития личности в случае стойкого снижения или полной утраты трудоспособности. Исследование больных в труде он оценивал как метод функциональной диагностики и вариант естественного эксперимента.

В соответствии с основным направлением школы П.Б. Ганнушкина – исследованием психических заболеваний в динамике, работа Д.Е. Мелехова базировалась на динамических принципах. Наблюдавшихся больных шизофренией он группировал не по формам заболевания, выделяемых в соответствии с доминирующим синдромом, а по типам течения. Он изучал наиболее важные для трудоустройства стадии течения шизофрении – вяло, медленно и подостро текущие заболевания и состояния так называемого дефекта. Дмитрий Евгеньевич создал и обосновал понятие функционального диагноза, наряду с нозологическим и анатомическим, по которому клинический и трудовой прогноз заболевания учитывался как стадии течения, так и динамики состояния в условиях трудовой деятельности, то есть в аспекте обратного влияния на динамику симптомов и компенсацию дефицитарной симптоматики [5].

Д.Е. Мелехов провел основополагающие исследования по проблеме клинического и социального прогноза при психических заболеваниях. Им были разработаны такие узловые для теории и практики социально-трудовой экспертизы понятия, как «функциональный диагноз», «тип течения» и «стадии течения» болезни, «психический дефект». В последующем Дмитрий Евгеньевич на основе этих понятий значительно развил и обогатил клинические представления о закономерностях течения и исхода различных психических заболеваний, но, прежде всего, это касалось шизофрении и черепно-мозговой травмы. Ему принадлежат уникальные описания приспособления душевнобольных к жизни в обществе и, в первую очередь, к трудовой деятельности в зависимости от стадии заболевания и типа дефекта психики. Предложенные

ученым принципы квалификации типов и стадий течения болезни, а также типов психического дефекта получили широкое признание и стали основой дальнейшего, в том числе мультидисциплинарного, изучения основных форм психических заболеваний, как отдельными учеными, так и исследовательскими коллективами [1, 2].

Д.Е. Мелехов (1977), обсуждая вопросы компенсации дефекта, утверждал, что при шизофрении реакция компенсации, совершаясь вначале как рефлекторная, в результате усиленного функционирования ткани может привести к морфологическим изменениям структуры органа, которые, в свою очередь, способствуют этой усиленной функции. То есть за компенсаторной реакцией может последовать «компенсаторный процесс», который уже является объектом анатомо-гистологического изучения. В дальнейшем уже экспериментально было доказано, что в основе центрального механизма материального обеспечения гомеостаза происходит на более высоком уровне энергетических отношений. В основе феномена обратимости дистрофических изменений нервных клеток лежит внутриклеточная репаративная регенерация [7].

В 60-70-х, когда исследования по социальной психиатрии приобрели широкий размах, Дмитрий Евгеньевич стал инициатором и активным участником целого ряда крупных начинаний в этой области: изучение особенностей адаптации больных в условиях промышленного производства, в учебных заведениях, работ, связанных с организацией подготовки кадров по социальной психиатрии и реабилитации психически больных.

Для Д.Е. Мелехова как ученого и врача было характерно, прежде всего, унаследованное от П.Б. Ганнушкина максимальное стремление к синтетической, целостной оценке психической патологии, включая самые разные ее состояния. Он обладал глубокими познаниями во всех областях медицины и нередко демонстрировал замечательное владение клиницизмом в самом широком смысле. Даже когда он анализировал проявления соматических заболеваний, его язык оставался безукоризненно профессиональным. Нередко он обнаруживал у психически больных признаки соматоневрологических заболеваний, не распознанных «специалистами». Вместе с тем, Дмитрию Евгеньевичу было совершенно чуждо «смакование» психопатологических подробностей, любое «эстетствование», обильное украшательство цитатами, ссылками на авторов

и т.п. Такого рода «разборы больных» вызывали у него или иронию, или раздражение. Он явно не одобрял психологизацию психопатологических явлений. Клинические занятия он применял на практике и, прежде всего, в экспертной практике, очень гибко и без какого-либо догматизма. В сомнительных случаях то или иное решение, скажем нозологическая или синдромологическая оценка состояния, диктовалось, прежде всего, его пользой для больного. Д.Е. Мелехов проявлял подлинную виртуозность, расспрашивая больного, как у него меняется трудовая деятельность и более широко – жизненный стиль (то, что сейчас называется «качеством жизни») под влиянием душевного расстройства, и эта, казалось бы, будничная, скучная сторона обследования вызывала в его «исполнении» неожиданный интерес и в то же время позволяла глубже понять клинические проявления болезни. Недаром клинические описания Д.Е. Мелехова, например, типов шизофренического дефекта, столь жизненны. К этому следует добавить, что Дмитрий Евгеньевич был большим мастером решения «конфликтных» ситуаций, когда, к примеру, интересы больного сталкивались с различного рода бюрократическими инструкциями, законами или с интересами производства. Как никто другой он мог принять решение, устраивающее все стороны. Дмитрий Евгеньевич очень тщательно готовился к выступлениям, даже небольшим. Поверхностные импровизации были ему чужды – любителей подобных выступлений он называл «журналистами» или «ораторами» [2].

Таков был официальный профессор Д.Е. Мелехов, известный широкому кругу врачей и научных работников. Однако существовала область научных и практических интересов Дмитрия Евгеньевича, о которой в силу известных причин, знали немного, а именно область, связанная с вопросами религиозной жизни. Д.Е. Мелехов через всю свою жизнь пронес глубокую веру в Бога. Быть верующим означало для него, прежде всего, непрестанно работать в своей профессии, что в свою очередь открывало ему путь к духовности. В одном из писем Дмитрия Евгеньевича можно найти такие слова: «Моя основная сфера – каждодневный труд, как у монаха монастырское послушание... Трудиться значит молиться: Saborare est orare – так говорили в средние века...». «Как все материальное в природе является для нас выражением Славы и Сияния Божия, «присносущей силы Его и Божества», так, в частности, и моя отрасль труда и общения с людьми больными и здоровыми вот

уже скоро 50 лет является для меня таким источником, через который мне больше всего открывается духовный мир» [8].

Д.Е. Мелехов жил насыщенной духовной жизнью, общаясь с верующими мирянами, священниками, что уже само по себе было далеко не безопасно. В этом отношении он принадлежал к числу немногих деятелей науки в истории отечественной медицины, которые остались верными религиозным идеалам и развивали в своей области взгляды, выходящие за пределы материалистического миропонимания [2].

Вместе с тем, как верующий, ученый и гражданин Д.Е. Мелехов стремился воплотить потребность в духовной жизни непосредственно в своей практической и научной деятельности. Он всегда с готовностью консультировал верующих душевнобольных, которые не могли рассчитывать на правильное понимание своих болезненных переживаний большинством психиатров, воспитанных на одномерном, материалистическом видении мира и нередко расценивающих обычные религиозные взгляды пациентов как патологический феномен. Дмитрий Евгеньевич считал своим долгом пестовать кадры православных врачей-психиатров, которые смогли бы оказать адекватную помощь верующему человеку с нарушением психики [2].

Уникальный в наши дни опыт верующего ученого, психиатра, врача и гражданина нашел воплощение в работах Д.Е. Мелехова: «Психиатрия и проблемы духовной жизни» и «Н.И. Пирогов и вопросы жизни». Первая из них, оставшаяся, к сожалению, незаконченной, задумана автором как практическое пособие, адресованное и церковным служащим и медикам одновременно. В соответствии с идеями христианства стержневым в ней является принцип трихотомического строения личности, состоящей из духа, души и тела. Психическая болезнь – это обусловленное телесными нарушениями повреждение души. Однако эти нарушения могут иметь и «непосредственную духовную причину». Дмитрий Евгеньевич подчеркивал особую важность различения у душевнобольных религиозных переживаний как признака болезни («ложной мистики») и религиозных переживаний как проявления «положительной здоровой мистики», которую ученый считал мощным терапевтическим фактором в борьбе с болезнью. Д.Е. Мелехов полагал равно недопустимым со стороны врача «сходу трактовать всякое религиозное переживание как патологию», а со стороны священника – рассматривать все случаи

душевного расстройства как проявление «бесодержимости». Историческим примером непонимания, как врача, так и духовными лицами психического расстройства Дмитрий Евгеньевич считал болезнь Н.В. Гоголя, которая свела его в могилу. Автор затронул также проблему влияния душевной болезни на творческий и духовные процессы. Хотя он указывал, что «в ряде случаев на разных этапах болезни происходит ... выявление ранее незамеченных творческих возможностей», однако считал «грубой ошибкой наивные попытки объяснить болезнью», «выводить из болезни» мировоззрение и творчество писателей и общественных деятелей. Ссылаясь на пример Ф.М. Достоевского, он подчеркивал, что он «был гениальным писателем «не благодаря, а вопреки» болезни». Вместе с тем, Д.Е. Мелехов не оспаривал того факта, что болезнь наложила яркий отпечаток на все произведения писателя: «гениальность, конечно, не болезнь, но болезнь гения является «фактом большой художественной и духовной значимости...». Наконец, анализируя описание Ф.М. Достоевского болезни князя Мышкина в романе «Идиот», Д.Е. Мелехов приходит к выводу, что «переживания болезненного происхождения... при определенных условиях могут стать источником положительного духовного опыта» [2].

Бесспорно, как священник, так и врач найдут в этой работе много полезного для решения подчас очень непростых вопросов, возникающих и там, где душевнобольным оказывается верующий человек, и там, где психическое расстройство определяется переживаниями религиозного содержания. В упомянутой работе нашло отражение стремление ученого-верующего по коренным вопросам психической жизни и психиатрии, которые в официальной науке освещались с узких, односторонних, а нередко и просто догматических позиций. «Поиски целостного учения о человеке», «Трихотомическое понимание строения личности», «Попытка объективного понимания религиозного опыта в современной психологии» – названия глав труда Д.Е. Мелехова говорят об уровне рассматриваемых в нем проблем [8, 9].

Вместе с этим, этот труд представляет собой своего рода введение в религиозную психопатологию – область знания о человеке, фактически у нас не существующую. Кроме того, в нем имеются малоизвестные данные, касающиеся истории психиатрии, связанные с отношением религиозных деятелей к душевнобольным. Наконец, в этой работе раскрывается еще одна грань на-

учного творчества Д.Е. Мелехова: его интерес к патографии – разделу психиатрии, также практически у нас не развивавшемуся многие годы [10]. Им предпринят, как уже нами отмечалось, анализ хорошо известных фактов душевных болезней Н.В. Гоголя и Ф.М. Достоевского, учитывающий одновременно и психиатрический и религиозный аспекты [8].

Д.Е. Мелехов оказался единственным ученым, занимавшимся в эпоху богоборства в СССР религиозной психиатрией – направлением, в определенной своей части пересекающимся с социальной психиатрией и весьма развивающимся в настоящее время [2].

И все же психиатрия для Дмитрия Евгеньевича была не единственной областью религиозного осмысления. Его глубоко волновали вопросы соотношения веры и науки вообще, веры и нравственности, веры и морали. Все это ученый отразил в замечательном очерке «Н.И. Пирогов и вопросы жизни», где раскрыл ранее замалчивавшиеся стороны личности и деятельности знаменитого хирурга – человека глубокой, деятельной веры, страстно призывающего к воспитанию гражданина как «внутреннего человека» на основе христианских заповедей. Личность знаменитого хирурга особенно привлекала Д.Е. Мелехова. В нем он видел образец необычайно плодотворной жизни, соединившей в себе великие достижения ученого-медика и глубокую действительную религиозность. Именно эта вторая сторона жизни и творчества Н.И. Пирогова, о которой умалчивалось в многочисленных работах о нем, подробно раскрывается Дмитрием Евгеньевичем [2, 8, 11].

Одновременно «с помощью Н.И. Пирогова» он поставил глубоко правдивый диагноз состояния нравственного и духовного воспитания в нашем обществе. Оно вполне совпадает с тем, о чем с тревогой говорится теперь с самых высоких трибун: «Нравственное воспитание вовсе не включает в себе необходимости заглянуть в себя, прислушаться к голосу совести»... «Перед юношеством не встают задачи поисков мировоззрения и борьбы за него. Оно дается в готовом виде, и поэтому даже для тех, кто его перенимает, редко оказывается подлинным убеждением» [8].

Многие положения, высказанные Дмитрием Евгеньевичем, остаются стержневыми для современных психиатров. Общеизвестно, что благодаря Д.Е. Мелехову советская психиатрия в области реабилитации психически больных завоевала приоритет.

Небезынтересно, что Д.Е. Мелехов, выступая

против лоботомии, справедливо отмечал, «что Центральный институт психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР с начала войны являлся основной базой разработки теоретических основ психоморфологического направления и порочного метода хирургического лечения психически больных лобной лейкотомией» [12].

На протяжении многих лет верным соратником, помощником и последователем Д.Е. Мелехова была профессор Розова Марина Сергеевна, которая после смерти Дмитрия Евгеньевича вместе с коллективом экспертного отделения ЦИЭТИНа, которым руководила, бережно сохраняла и продолжала традиции, заложенные Т.А. Гейером и Д.Е. Мелеховым [5].

Д.Е. Мелехов был человеком очень глубокого ума. При общении с ним, даже не по профессиональным вопросам, постоянно ощущалось его мощное интеллектуальное влияние и редкостное человеческое обаяние. Такое же интеллектуальное обаяние, о котором Дмитрий Евгеньевич говорил в отношении П.Б. Ганнушкина, было в высшей степени присуще ему самому, человеку чрезвычайно скромному. Он обладал даром неослабевающего, живого интереса к самым разным сторонам жизни, способностью увлекаться новыми сколь-либо значительными ее явлениями [2].

Очень тепло о Дмитрие Евгеньевиче отзывается его сестра М.Е. Мелехова: «Митя с раннего детства был очень добродушным, общительным, веселым мальчиком, очень подвижным, но никаких грубостей и своеволия не проявлял...». Всегда всем помогал по дому, с глубоким почитанием и любовью относился к матери, самостоятельно научился читать. Любовь к музыке сохранил на всю жизнь, что в последствии ему пригодилось при работе в психиатрической клинике, где музыке придавали большое значение при лечении больных. Всегда помогал близким, после смерти семьи сестры Веры Евгеньевны усыновил ихнего сына, «дал образование и до конца своей жизни заботился о нем, заменив отца и мать» [13].

Д.Е. Мелехов является автором 170 научных работ, в том числе 5 монографий. Ему принадлежит основополагающий вклад в разработку теоретических положений в области врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудового устройства психически больных. Он внес вклад в установление зависимости клинического и трудового прогноза шизофрении от типа течения заболевания, разработал типологию личностных изменений и структуры ремиссий; дал рекоменда-

дации по трудовому устройству больных при различных типах и стадиях заболевания. Им выявлены основные условия, способствующие компенсации посттравматических расстройств головного мозга, вскрыт сложный патогенез неблагоприятного течения невроза и патологического развития личности при утрате трудоспособности. Его перу принадлежат следующие основные работы: «Трудовая терапия и трудоустройство в системе организации психиатрической помощи» (1939); «Диагностика дефектных состояний при шизофрении (к постановке вопроса)» (1941); «Врачебно-трудовая экспертиза в трудоустройстве инвалидов Отечественной войны с нервно-психическими заболеваниями» (1945); «Основные клинические итоги изучения психически больных в условиях трудовой деятельности» (1947); «Общие принципы врачебно-трудовой экспертизы при психических заболеваниях» (1960); «Прогноз и восстановление трудоспособности при шизофрении» (1960); «Шизофрения» (1960); «Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении» (1963); «Development and results of social psychiatry in USSR» (1968); «Теоретические и организационные основы реабилитации психически больных в СССР» (1977). Он был руководителем 22 кандидатских и консультантом 6 докторских диссертаций [1, 2, 6, 14].

Свою научную, лечебную, экспертную и педагогическую деятельность Дмитрий Евгеньевич совмещал с большой общественно-организационной работой: был членом правления и председателем секции реабилитации Всесоюзного и Всероссийского обществ невропатологов и психиатров, членом комитета экспертов социалистических стран по социальной реабилитации, заместителем председателя экспертной комиссии по психиатрии и невропатологии ВАК инвалидов Министерства социального обеспе-

чения РСФСР, членом редакционного совета Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, редактором редакционного отдела «Психиатрия» БМЭ.

За научные заслуги награжден правительством орденом Трудового Красного Знамени и медалями. Следует отметить, что профессор Д.Е. Мелехов является одним из самых цитируемых в отечественной специальной литературе исследователей.

Умер Д.Е. Мелехов 13 мая 1979 года. Его жизненным кредо были слова святого Игнатия Брянчанинова: «И слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком, и грудному младенцу, и уголовному преступнику, и язычнику окажи почтение, как образу Божию. Что тебе до его немощей и недостатков? Наблюдай за собой, чтобы тебе не иметь недостатка в любви».

В последние годы мы как бы заново открываем для себя имена известных ученых, которые и в послеоктябрьское время сохранили не только глубокие научные традиции, но и высокие духовные ценности нашего Отечества. Среди них и представители медицины – хирурги В.Н. Войно-Ясенецкий, С.С. Юдин и психиатр Д.Е. Мелехов. Теперь, когда понятию «милосердие» возвращается его первоначальный смысл, когда создаются предпосылки сближения науки и религии, церкви и медицины во благо человека, нет сомнения, что и работы профессора Д.Е. Мелехова станут активными участниками этого животворного процесса [8].

Несомненно, творческая биография и научное наследие Дмитрия Евгеньевича представляет большой интерес для истории отечественной науки и нуждается в дальнейшем тщательном исследовании.

Авторы выражают искреннюю признательность профессору, доктору медицинских наук А.Н. Бачерикову за ценные замечания при работе над более ранней версией этой статьи.

**ВНЕСОК ПРОФЕСОРА ДМИТРА ЄВГЕНОВИЧА МЕЛЕХОВА У РОЗВИТОК
ВІТЧИЗНЯНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХІАТРІЇ
(ДО 110-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, ²Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача), ³Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки

На основі джерел спеціальної літератури і наукових робіт наведено нові біографічні дані і спогади сучасників про професора Д.Є. Мелехова – крупного вченого-психіатра, одного із основоположників вітчизняної соціальної психіатрії, віруючої людини, автора фундаментальних робіт з шизофренії, котрі отримали подальший розвиток в багатьох наукових колективах. Підкреслюється необхідність подальшого/наступний/ вивчення біографії і наукової спадщини ювіляра. (Журнал психіатрії і медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 140-146).

P.T. Petryuk³, A.P. Petryuk², R.B. Bragin¹

**CONTRIBUTION OF PROFESSOR DMITRY EVGENEVICH MELEKHOV TO
DEVELOPMENT OF DOMESTIC SOCIAL PSYCHIATRY
(TO 110-TH ANNIVERSARY)**

¹Kharkiv medical academy of postgraduate education, ²Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), ³Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche

On the basis of sources of the special literature and advanced studies new biographic information and flashbacks of contemporaries is resulted about a professor D.E. Melekhov – large scientist-psychiatrist, one of founders of domestic social psychiatry, believing man, author of fundamental works from schizophrenia, which got subsequent development in many scientific collectives. The necessity of subsequent study of biography and scientific inheritance of person whose anniversary is celebrated is underlined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 140-146).

Литература:

1. Еременко Т.С. Мелехов Дмитрий Евгеньевич // БМЭ. – 3-е изд. – Т. 15. – М.: Советская энциклопедия, 1981. – С. 16-17.
2. Медведев А.В. Дмитрий Евгеньевич Мелехов (К 100-летию со дня рождения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – Т. 99. – № 8. – С. 50-51.
3. Петрюк П.Т., Брагин Р.Б. Профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов – крупный ученый-психиатр, один из основателей отечественной социальной психиатрии и верующий человек (К 105-летию со дня рождения) // Психічне здоров'я. – 2005. – № 1 (6). – С. 72-76.
4. Петрюк П.Т., Брагин Р.Б. Профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов – крупный ученый-психиатр и верующий человек // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий: Сборник научных работ Харьковской медицинской академии последипломного образования и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, Р.Б. Брагина. – Т. 4. – Харьков: Б.и., 2006. – С. 84-88.
5. Киндрас Г.П. Т.А. Гейер и Д.Е. Мелехов – основоположники социальной психиатрии // Выдающиеся психиатры России (история и современность) / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой, проф. Ю.А. Александровского. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2007. – С. 67-70.
6. Дмитрий Евгеньевич Мелехов (К 70-летию со дня рождения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1969. – Т. 69. – № 4. – С. 633-634.
7. 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.
8. Медведев А.М. Предисловие // Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни. – Из официального сайта НЦПЗ РАМН – www.psychiatry.ru. Доступ проверено 15.11.2009 года.
9. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни: Сборник памяти доктора медицинских наук, профессора Д.Е. Мелехова. – М.: Свято-Филаретовская Московская высшая православно-христианская школа, 1997. – С. 5-61.
10. Петрюк П.Т., Бондаренко Л.И. О некоторых аспектах психобиографий как форм междисциплинарных исследований // История психоанализа в Украине / Сост. И.И. Кутько, Л.И. Бондаренко, П.Т. Петрюк. – Х.: Основа, 1996. – С. 30-37.
11. Мелехов Д.Е. Н.И. Пирогов и вопросы жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни: Сборник памяти доктора медицинских наук, профессора Д.Е. Мелехова. – М.: Свято-Филаретовская Московская высшая православно-христианская школа, 1997. – С. 62-79.
12. Мелехов Д.Е. Выступление // Физиологическое учение академика И.П. Павлова в психиатрии и невропатологии: Материалы стенографического отчета объединенного заседания расширенного Президиума АМН СССР и пленума Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров (г. Москва, 11-15 октября 1951 г.). – М.: Медгиз, 1952. – С. 155-158.
13. Мелехова М.Е. Воспоминания о Д.Е. Мелехове его сестры, Марию Евгеньевну Мелеховой // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни: Сборник памяти доктора медицинских наук, профессора Д.Е. Мелехова. – М.: Свято-Филаретовская Московская высшая православно-христианская школа, 1997. – С. 87-93.
14. Мелехов Д.Е. Прогноз и восстановление трудоспособности при шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1960. – 27 с.

Поступила в редакцию 24.09.2009

УДК 616.89 (092)

*П. Т. Петрюк***ПРОФЕССОР ТИХОН ИВАНОВИЧ ЮДИН – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ГЕНЕТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРУПНЕЙШИЙ ПСИХИАТР И БЫВШИЙ САБУРЯНИН (К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики



Тихон Иванович Юдин (1879-1949) – один из крупнейших отечественных психиатров советского периода, основоположник отечественной и советской генетики психических заболеваний, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки УССР, бывший заведующий кафедрой психиатрии Казанского университета, II Харьковского медицинского института, Московского медицинского института МЗ РСФСР, директор Клинического института (Института клинической психоневрологии) и вице-президент Украинской психоневрологической академии, заместитель директора по научной работе Украинского психоневрологического института и бывший сабурянин, много сделавший для изучения вопросов клинической генетики психических заболеваний, клиники психических расстройств, организационных вопросов психиатрической службы и истории психиатрии. Он был один из активных проводников в жизнь идеи С.С. Корсакова об организации Русского союза психиатров и одним из инициаторов созыва в 1911 году Первого его съезда в память С.С. Корсакова в Москве [1-5].

Т.И. Юдин родился в 1879 году. В 1903 году

окончил с отличием медицинский факультет Московского университета. Уже в студенческие годы он проявлял интерес к психиатрии, активно посещал психиатрическую клинику медицинского факультета и слушал лекции В.П. Сербского и А.Н. Бернштейна. После окончания университета Тихон Иванович учился в ординатуре, а затем работал на университетской кафедре психиатрии, которую в то время возглавлял В.П. Сербский. Первыми научными работами, написанными еще в университетской клинике, были «Психозы у близнецов» (1907) и «О сходстве психозов у братьев и сестер» (1907). Характерная для Т.И. Юдина социальная организаторская активность, вероятно, явилась основой для его участия в движении врачей за «коллегиальное управление» больницами и клиниками, которое для того времени (в годы политической реакции после революции 1905 года) было прогрессивным движением. В 1906 году он был избран в состав комитета врачей по управлению клиникой. Коллегиальный подход к руководству больницами и клиниками не получил официального одобрения. Тихон Иванович пострадал за это и вынужден был вместе с другими товарищами оставить клинику на Девичьем поле и уехать для дальнейшей работы в Харьков, где работал ординатором, а вскоре стал заместителем главного врача Харьковской губернской земской психиатрической больницы (Сабуровой дачи) [2, 5].

За время работы в Харькове Т.И. Юдин опубликовал ряд клинических работ, работ по изучению наследственности психозов и ряд статистических, и по организации психиатрической помощи. Во время службы в Харькове, он с 1909 по 1912 годы, состоял, кроме этого, секретарем редакции «Харьковского медицинского журнала» и как член хозяйственной комиссии Харьковского медицинского общества принимал участие в организации Харьковского женского ме-

дицинского института. В 1908 и 1910 годах совершил заграничные поездки во Францию, Германию и Италию, где познакомился с организацией психиатрической службы.

В 1912 году Тихон Иванович перешел на службу в Москву – состоял ординатором в психиатрической больнице на Канатчиковой даче (ныне Московская психиатрическая больница им. П.П. Кашенко). Кроме этого, с 1912 по 1914 годы Т.И. Юдин состоял совместно с П.Б. Ганнушкиным редактором журнала «Современная психиатрия» и вел в ней отдел хроники. В 1912 и 1914 годах слушал лекции профессора Э. Крепелина в Мюнхене. С началом Первой мировой войны в августе 1914 года был призван из запаса на действительную военную службу, причем с 1915 по 1918 годы находился в германском плену, где все это время работал старшим врачом лазарета для русских и французских пленных в Сувалках. Здесь имел возможность наблюдать все проявления голодной болезни. Результаты этих наблюдений Тихоном Ивановичем изложены Московскому терапевтическому обществу в докладе «Голодная болезнь» (1919) и работе «Расстройство чувствительности при голодании» (1922). Вернувшись из плена, Т.И. Юдин поступает на работу ассистентом в родную для него психиатрическую клинику Московского университета, которую в это время возглавил П.Б. Ганнушкин. С этого периода начинается длительная и плодотворная педагогическая и научная деятельность Т.И. Юдина. Он является одним из организаторов Первого съезда союза российских психиатров (1911), инициатором изучения «наследственных взаимоотношений» при психических заболеваниях и автором первых публикаций в странах бывшего Советского Союза по генетике психических расстройств [6].

В 1921 году Т.И. Юдин защищает диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Наследственность душевных болезней», и вскоре в 1924 году его приглашают возглавить кафедру психиатрии Казанского университета и Окружную психиатрическую лечебницу Татарской республики. Наряду с научной, врачебной и педагогической работой он выполняет большой объем административной работы, связанной с ремонтом больничных корпусов, организацией поликлинического приема больных, решением множества хозяйственных вопросов. Вскоре Тихон Иванович был избран деканом медицинского факультета Казанского университета. Он становится председателем Казанского общества невропатологов

и психиатров, редактором «Казанского медицинского журнала». В годы работы в Казани Т.И. Юдиным написаны монографии «Евгеника. Учение об улучшении природных свойств человека» (1925), «Психопатические конституции» (1926), основополагающие статьи по вопросам клинической генетики, которые публиковались в энциклопедиях и ведущих отечественных и зарубежных журналах.

В связи с развернувшейся в стране критикой евгеники и генетики, Тихон Иванович вынужден был отойти от евгенического движения и признать ошибочными свои взгляды на природу психических заболеваний. Можно предполагать, что это спасло его от развернувшихся репрессий и позволило продолжить активную творческую деятельность [5, 6].

В 1931-1945 годах Т.И. Юдин работал в Украине. В продолжение ряда лет он был заведующим кафедрой психиатрии II Харьковского медицинского института, директором Клинического института (Института клинической психоневрологии) и вице-президентом Всеукраинской психоневрологической академии, а с 1937 года – директором, затем – заместителем директора по науке Украинского психоневрологического института и заместителем директора по науке II Харьковского медицинского института. С 1930 года Тихон Иванович – редактор, а с 1933 года – заместитель редактора психоневрологического отдела БМЭ, член Ученого медицинского совета Наркомздрава Украины. С 1945 года и до конца жизни Т.И. Юдин был заведующим кафедрой психиатрии Московского медицинского института МЗ РСФСР [3].

Принято считать, что чем большее время отделяет нас от наших предшественников, тем очевиднее становится их вклад в современную науку. Естественно, какие-то из выдвинутых ими положений не выдерживают испытания временем, некоторые сейчас кажутся упрощенно-наивными. Но многие их идеи и оценки поражают и сегодня своей глубиной и точностью, а главное, современностью.

Это в полной мере относится и к творческой жизни ученого и клинициста Т.И. Юдина. С одной стороны, его глубокие суждения о роли генетических факторов в развитии психозов сохранили в неизменном виде свою актуальность и в настоящее время, модели наследования психических болезней, предложенные Тихоном Ивановичем, продолжают занимать умы генетиков-клиницистов; с другой стороны, в его деятельности блестящие взлеты клинического видения

проблем психиатрии переплетались с наивными заблуждениями благородного мечтателя.

Т.И. Юдин по праву должен быть отнесен к числу пионеров не только отечественной, но и мировой клинической генетики психических болезней [3].

Увлеченность идеей о биологической сущности основных психических болезней привела Тихона Ивановича к необходимости рассмотрения природы психозов с историко-биологических позиций. Эволюционно-генетические взгляды легли в основу всех дальнейших исследований Т.И. Юдина, посвященных наследственной природе шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и эпилепсии.

Одна из главных заслуг Т.И. Юдина состоит в поразительном по своей глубине генетическом анализе психопатических конституций и установлении их наследственной связи с большими психозами. Эта проблема в настоящее время приобретает все большее значение в связи с новейшими исследованиями генетики эндогенных психозов. Проблема связи и взаимоотношений между различными формами психопатий и манифестными формами эндогенных психозов имеет свою давнюю историю. Не будет преувеличением утверждать, что именно генетический подход оказался наиболее продуктивным в решении этого сложного вопроса. Тихон Иванович понял это раньше других, сумев убедительно продемонстрировать с помощью генеалогического метода исследования генетическое родство шизофрении с шизоидной психопатией, а маниакально-депрессивного психоза с циклоидной психопатией. Речь идет о клиническом континууме форм болезни в диапазоне от легких форм психопатий до манифестных психозов, или так называемом континууме первого типа. При этом Т.И. Юдин четко сформулировал задачу генетического исследования, которая заключается в отыскании простейших генетических тенденций, составляющих психоз. Сегодня поиск этих тенденций интенсивно продолжается на новом методическом уровне с использованием современных биохимических, иммунологических и других биологических методов [3, 7].

Важным элементом генетического творчества Т.И. Юдина является попытка рассмотреть с точки зрения наследственной патологии проблемы нозологии эндогенных психозов. Еще в 1926 году в своем классическом труде «Психопатические конституции» Тихон Иванович писал: «... с современной генетической точки зрения ... генный радикал шизофрении сложен, в него вхо-

дят несколько более простых генов. Эти гены могут входить как составная часть и в другие душевные болезни; отделившись при расщеплении, они потом соединяются так, что получается шизофрения. В других случаях те же гены, войдя в состав других объединений, могут внести и в картину другой болезни шизоидные элементы. Но, разумеется, нет причины все эти болезни объединять в одно общее с шизофренией. Точно так же и гены, входящие в состав других болезней, если они находятся у шизофреника, по-своему окрашивают шизофрению, но не являются ее типичной сущностью. Во всяком случае, надо помнить, что отдельные элементы шизофренического круга могут входить и в другие болезни, окрашивая их своими чертами, точно так же, как и в шизофренической семье могут встретиться и другие, не шизофренические, гены» [7]. В приведенной цитате фактически предвосхищена современная олиголокусная гипотеза наследования шизофрении в том ее виде, в каком она была разработана сотрудниками Института психиатрии АМН СССР (в настоящее время – Научный центр психического здоровья РАМН). Более того, в этом высказывании Т.И. Юдина получает свое генетическое объяснение описанный клиницистами континуум второго типа – т.е. многочисленные промежуточные клинические варианты между двумя полярными «чистыми» формами непрерывнотекущей шизофрении и маниакально-депрессивного психоза.

Общеизвестно, что еще Э. Крепелин не считал маниакально-депрессивный психоз единым заболеванием в строгом смысле слова, рассматривая его скорее как «происходящую из одного корня группу с расплывчатыми границами между отдельными формами». В связи с этим Тихон Иванович в 1926 году уже пытался предложить биологическую модель наследования маниакально-депрессивного психоза, рассматривая в качестве такой модели трехкомпонентную систему Авс, где А – это доминантный фактор циклоидного предрасположения и неустойчивости равновесия гормонов, в – рецессивный фактор предрасположения к атеросклерозу (автором было установлено накопление случаев атеросклероза в семьях пробандов с маниакально-депрессивным психозом) и с – рецессивный фактор, который может быть в виде либо фантастической или тревожно-мнительной конституции, либо экспансивной или меланхолической сензитивной шизоидии. Он считал, что исследование наследственности нельзя отделять от патолого-

анатомического, биохимического, физиологического и клинического изучения шизофрении. Тем самым Т.И. Юдин предопределил один из главных элементов в стратегии исследования генетики заболеваний с наследственным предрасположением – поиск патогенетических маркеров этого предрасположения [7].

Т.И. Юдин на заре развития клинической генетики подчеркивал, что «изучение генетики шизофрении содействует пониманию течения болезни, но основной задачей и при генетическом изучении должно быть искание средовых факторов, выявляющих психоз. Только совместное изучение наследственности и среды может дать важные и правильные результаты» [8].

Эти методологические принципы были блестяще развиты Тихоном Ивановичем в его исследованиях по семейному анализу прогрессивного паралича. Ему удалось продемонстрировать в семьях больных прогрессивным параличом наличие психозов и аномалий поведения разной модальности, объяснить природу которых одними лишь генетическими факторами оказалось невозможным. Несмотря на то, что последующий длительный период времени в психиатрии был связан с интенсивными поисками различных экзогенных факторов, способных вызвать манифестацию психоза, многочисленным исследователям не удалось получить убедительных доказательств этиологической роли каких бы то ни было средовых факторов [3].

Т.И. Юдин успел также только положить начало популяционных исследований распространенности и степени вероятности заболевания в населении психическими болезнями и их изменчивости под влиянием внешних условий, в частности, условий социальной жизни [9].

В последних клинико-генетических работах Тихона Ивановича особенно четко выявились его идеологические и методологические установки, столь отличные от позиций немецких психиатров-генетиков.

Ограничиваясь сказанным о значении собственно клинико-генетических работ Т.И. Юдина как зачинателя и активного проводника генетических идей в отечественной психиатрии, необходимо коснуться его роли в постановке и разработке, в первую очередь, в советской психиатрии профилактических проблем. В связи с этим направлением работ Тихон Иванович подвергался нападкам, которые и сейчас не могут не вызвать чувства крайней неловкости. Связано это было главным образом с неудачным для того времени названием его монографии – «Ев-

геника. Учение об улучшении природных свойств человека», особенно уязвимым после человеконенавистнической расистской «евгенической» практики истребления фашистами целых народов [2].

Многие выдающиеся представители отечественной и зарубежной науки задумывались над проблемами «улучшения человеческого рода». Еще в 1761 году М.В. Ломоносов предложил свою программу действий, которая должна была обеспечить «размножение и сохранение русского народа». В 20-е годы прошлого века вопрос об евгенических мероприятиях обсуждался в Наркомздраве по инициативе Н.А. Семашко. В обсуждении этой проблемы принимали участие крупнейшие биологи и врачи того времени (А.Н. Сысин, Н.К. Кольцов, Т.И. Юдин, В.В. Бунак и др.). Последние трое вскоре организовали Русское евгеническое общество и вошли в состав редакции «Русского евгенического журнала», который издавался с 1922 по 1929 годы. Уровень знаний тех времен и бурное развитие генетических исследований вселяло оптимизм и надежду на то, что вопрос о вмешательстве в природу человека близок к решению. Естественно, что некоторые крупнейшие представители передовой русской интеллигенции оказались в рядах этого движения. Бесспорно, что ими руководили благородные, но наивные побуждения содействовать таким образом улучшению здоровья народа.

Однако ход истории привел евгенику к катастрофическому финалу в годы фашистской Германии, когда на ее основе была создана человеконенавистническая система, направленная на дискриминацию и отбор «высших рас», с одной стороны, стерилизацию и уничтожение «неполноценных особей» – с другой. Трагические последствия претворения в жизнь этих концепций широко известны. История вынесла им свой приговор.

Сегодня, спустя многие десятилетия, на основе последних достижений медицинской генетики человека еще острее воспринимается вся научная необоснованность евгенических идей, а также их социальная и моральная несостоятельность в отношении к человеку.

Если «позитивная» евгеника, постулирующая улучшение признаков человека, не получила никакого научного генетического обоснования, то «негативная» евгеника, направленная на элиминацию из популяции генов, детерминирующих патологические признаки, продолжила свое дальнейшее развитие в виде медико-генетичес-

кого консультирования. Последнее становится неотъемлемым элементом профилактической медицины сегодняшнего дня. Благодаря этим мероприятиям, основанным на точном генетической знании, во многих семьях удается предотвратить появление тяжело больного потомства. Однако, в масштабах же большой популяции медико-генетическое консультирование не способно существенно повлиять на частоту генов, предрасполагающих к возникновению широко распространенных болезней человека, таких, как ревматизм, атеросклероз, язвенная болезнь, шизофрения и другие [3].

Небезынтересно, что на заре развития клинической генетики Т.И. Юдин предвидел это. Публичные выступления М.В. Волоцкого с идеями стерилизации, а затем и биосоциальной евгеники вызывали острые дискуссии. Генетики, как правило, отрицательно относились и к негативной евгенике, и, разумеется, к неоламаркизму. Вот, например, высказывание Т.И. Юдина, прозвучавшие по поводу доклада М.В. Волоцкого на заседании Русского Евгенического общества 30 декабря 1921 года, где он излагал свою «отрицательную» программу: «В своих работах я считаю стерилизацию не безнравственной, а преждевременной мерой. Мы ещё слишком мало изучили законы наследственности и потому совершенно не знаем, кого следует стерилизовать. ... Вообще надо прежде какого-либо решения об изъятии потомства человека из человечества изучить его гибридологическую формулу. Только тогда, когда мы хоть сколько-нибудь приблизимся к решению этой формулы, можно будет перейти к практической евгенике, а до этого времени всякие меры, в том числе и стерилизация, оказываются необоснованными научно-генетически, и потому вместо пользы могут принести вред обществу и человечеству» [10]. Позже в 1936 году Тихон Иванович также писал: «Отдельные составляющие шизофрению гены широко распространены в населении, поэтому мысль о стерилизации как методе оздоровления населения генетически абсурдна» [8].

Среди ярких деятелей Русского евгенического общества выделялась фигура профессора Т.И. Юдина – одного из выдающихся отечественных психиатров, крупного ученого, организатора, педагога, прекрасного врача-гуманиста и общественного деятеля. Следует подчеркнуть, что Т.И. Юдин стал основателем клинической генетики психических заболеваний. Он изучал наследственное предрасположение к психическим болезням, широко используя генеалогический

метод, провёл генетический анализ психопатических конституций и установил их наследственную связь с психозами, занимался вопросами взаимодействия факторов наследственности и среды, исследовал популяционную частоту наследственных психических заболеваний, в том числе шизофрении.

Тихон Иванович опубликовал также, как уже отмечалось выше, популярную книгу о евгенике: «Евгеника. Учение об улучшении природных свойств человека» (1925), вышедшую вторым дополненным и расширенным изданием в 1928 году с подзаголовком: «Конституциональная гигиена и профилактика». В этой работе Т.И. Юдин даёт подробный обзор истории евгеники в мире и в советской России (он был одним из самых знающих в этой области учёных) и даже публикует основные положения программ иностранных евгенических обществ (Английского, Американского, Норвежского и Немецкого общества расовой гигиены), рассматривает теоретические основы и методы евгенических исследований (особенно подробно генеалогический, с привлечением и таких классических для генеалогии трудов, как работы О. Лоренца и С. Кеккуле фон Страдоница), характеризует конкретные практические шаги в области евгеники. При этом он отмечает, что «реакционность» евгеники зависит от направления, в соответствии с которым используются её данные, а не от самих этих данных. Естественно, для Т.И. Юдина (как и для Н.К. Кольцова, Ю.А. Филипченко и других отечественных евгенистов) приемлема только «созидательная» евгеника, а основной путь – «евгеническое воспитание». В духе времени Тихон Иванович пытался придать евгенике и чисто практическое значение, особенно актуальное для социалистического общества: «Задача евгеники в социалистическом обществе будет состоять в обеспечении народного хозяйства самым разнообразным человеческим материалом, в наилучшем использовании всех созидательных способностей и в возможном освобождении человечества от пассивного неработающего элемента, в рационализации подбора человеческого материала, при котором при минимуме затраты сил достигался бы максимум социальных благ» [11].

Т.И. Юдину удалось также предсказать перспективу развития эпидемиологической генетики. Еще в середине 30-х годов он начал широкие исследования по популяционным частотам наследственных заболеваний, в частности шизофрении. Сегодня, спустя 70 лет, это направле-

ние является одним из главных путей развития клинической генетики. Важность этого направления для системы охраны здоровья состоит в получении научно обоснованных оценок динамики популяционных частот наследственных заболеваний, а следовательно, и в оценке будущего генетического пула той или иной популяции.

В лице Т.И. Юдина отечественная психиатрия имеет основоположника генетико-биологического направления в изучении природы психических расстройств. Сегодня замечательные идеи Тихона Ивановича в области генетики психических заболеваний продолжают развиваться его учениками и последователями. Они получили свое достойное продолжение в клинико-генетических исследованиях сотрудников Научного центра психического здоровья РАМН и ученых других научных коллективов, внесших много нового в наши представления о наследственной природе эндогенных психозов. В этой традиционной для отечественной психиатрии преемственности идей и подходов проявляются признаки выдающихся заслуг Т.И. Юдина и оценка его научных трудов, имеющих принципиально важное значение для настоящего и будущего клинической психиатрии.

Т.И. Юдин является автором более 100 научных работ. Среди важнейших работ Тихона Ивановича следует отметить диссертацию «Наследственность душевных болезней» (1922), книги «Евгеника. Учение об улучшении природных свойств человека» (1925, 1928), «Психопатические конституции» (1926), «Очерки истории отечественной психиатрии» (1951) и другие. Кроме того, значительное число небольших статей печаталось в Большой медицинской энциклопедии, Большой советской энциклопедии, Украинской энциклопедии. Рефераты, рецензии и заметки – в журналах: Современная психиатрия, Современная психоневрология, Советская психоневрология, Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, Казанский медицинский журнал, Харьковский медицинский журнал, Русский евгенический журнал, Центральный реферативный журнал, Врачебное дело и других. Например, только в Большой медицинской энциклопедии были помещены следующие ста-

ты: «Генеалогия» (1929), «Евгеника» (1929), «Кровосмешение» (1930), «Учение Краузе» (1930), «Неврозы» (1931), «Норма» (1932), «Психические болезни» (1933), «Психиатрические больницы» (1933), «Сознание» (1935), «Схизоид» (1935), «Функциональные психозы» (1935) и «Эмоции» (1935).

Т.И. Юдин был одним из наиболее широко и разносторонне образованных отечественных психиатров. Ученик В.П. Сербского, он впитал в себя лучшие традиции и дух корсаковской психиатрии. Во все периоды своей врачебной деятельности – в Москве, затем в Казани и Харькове, и снова в Москве – Тихон Иванович прилагал громадные усилия для создания благоприятных условий максимально бережного и гуманного отношения к психически больным и неустанно прививал соответствующие качества своим многочисленным ученикам; он постоянно призывал к активному лечебному вмешательству, особенно в начальных стадиях развития болезни.

Наиболее характерное в творческой индивидуальности Т.И. Юдина – это сочетание качеств врача-психиатра общественника и биолога широкого диапазона. Как события общественной психиатрической жизни, так и чисто клинические явления он рассматривал в плане исторической преемственности. Отсюда его интерес к генетическим вопросам в клинике, стремление понять психопатологические явления в их истоках – в наследственно-биологических корнях личности и исторически сложившихся условиях социальной жизни. Все это сочеталось у Т.И. Юдина со строгой, математической логикой мышления [2].

Таким образом, Т.И. Юдин, являясь основоположником отечественной генетики психических заболеваний, крупнейшим психиатром и бывшим сабурянином, внёс значительный вклад в развитие отечественной научной и практической психиатрии, в т.ч. и харьковской психиатрической школы, и других дисциплин. Вне сомнения, биография и научное наследие, особенно работы по вопросам наследственности в психиатрии, Тихона Ивановича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, особенно его украинский период жизни и научного творчества.

П.Т. Петрюк

**ПРОФЕСОР ТИХОН ІВАНОВИЧ ЮДІН – ОСНОВОПОЛОЖНИК ВІТЧИЗНЯНОЇ
ГЕНЕТИКИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, КРУПНИЙ ПСИХІАТР І КОЛИШНІЙ
САБУРЯНИН
(ДО 130-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки

На основі джерел спеціальної літератури і наукових праць ювіляра приведені нові дані про життєвий і творчий шлях професора Т.І. Юдіна – основоположника вітчизняної генетики психічних захворювань, крупного психіатра, представника харківської психіатричної школи, котрий у свій час працював на Сабуровій дачі, який своїми науковими здобутками вніс вагомий внесок в розвиток вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи, та інших дисциплін.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукового внеску ювіляра, особливо робіт з питань спадковості в психіатрії, зокрема його українського періоду життя на науковій творчості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 147-153).

P.T. Petryuk

**PROFESSOR TYCHON IVANOVICH YUDIN – THE FOUNDER OF DOMESTIC GENETICS
OF PSYCHICAL DISEASES, LARGEST PSYCHIATRIST AND WHICH AT ONE TIME
WORKED ON THE SABUROVA DACHA (TO 130-TH ANNIVERSARY)**

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

On the basis of sources of the special literature and scientific labours of person whose anniversary is celebrated new information is resulted about the vital and creative way of professor T.I. Judin – founder of domestic genetics of psychical diseases, largest psychiatrist, representative of Kharkiv psychiatric school, working at one time on the Saburova dacha, which brought in ponderable payment the scientific achievements in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school, and other disciplines.

The necessity of subsequent/consequent study of biography and scientific deposit of person whose anniversary is celebrated is underlined, especially works on questions of strain in psychiatry, in particular his Ukrainian period of life on scientific creation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 147-153).

Литература

1. Тихон Иванович Юдин: Некролог // Невропатология и психиатрия. – 1950. – Т. XIX. – № 3. – С. 85-86.
2. Галачьян А.Г. Т.И. Юдин как основоположник русской и советской клинической генетики (К пятнадцатилетию со дня смерти) // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1965. – Т. 65. – № 12. – С. 1883-1890.
3. Вартанян М.Е. Тихон Иванович Юдин (К 100-летию со дня рождения): Генетические взгляды Т.И. Юдина и современная генетика психических болезней // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1979. – Т. 79. – № 12. – С. 1748-1753.
4. Снежневский А.В. Тихон Иванович Юдин (К 100-летию со дня рождения): Клинические исследования Т.И. Юдина // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1979. – Т. 79. – № 12. – С. 1753-1754.
5. Менделевич Д.М. Заседание кафедры. – Казань: Школа, 2004. – 205 с.
6. Автобиография профессора Юдина Тихона Ивановича с приложением списка печатных работ, составленная и подписанная 20.10.1934 года // Из личного архива П.Т. Петрюка.
7. Юдин Т.И. Психопатические конституции. – М.: Изд-е М. и К. Сабашниковых, 1926. – 168 с.
8. Юдин Т.И. Механизмы и патогенез шизофрении: Тезисы докладов VII сессии Психоневрологического института (г. Харьков, 17-20 мая 1936 года). – Х., 1936. – С. 23.
9. Петров С.П., Клочкова К.В., Хазан З.И., Юдин Т.И. Средняя вероятность заболевания психическими болезнями и ее изменчивость (По данным с. Гончаровки Сватовского района Донецкой области УССР) // Советская психоневрология. – 1934. – № 2. – С. 99-126.
10. Пчелов Е.В. Евгеника и генеалогия в отечественной науке 1920-х годов // Гербовед. – 2006. – № 2. – С. 76-146.
11. Юдин Т.И. Евгеника. Учение об улучшении природных свойств человека. – М., 1928. – 288 с.

Поступила в редакцию 4.09.2009

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Путятин Г.Г.** Психо-социальная и психотерапевтическая коррекция госпитализма у больных шизофренией и оценка ее эффективности 3
- Чабан О.С., Хаустова О.О.** Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання 13
- Расин С.М., Подкорытов В.С., Саник А.В., Пилипенко Н.С., Расин М.С.** Морфологический анализ ранних сенильных когнитивных нарушений альцгеймеровского типа 22
- Ряполова Т.Л.** Комплексная оценка реабилитационного потенциала больных шизофренией на различных стадиях заболевания 29
- Табачников С.И., Васильева А.Ю.** Оценка качества жизни больных, страдающих онкологической патологией 42
- Хаустова О.О.** Сучасний менеджмент метаболічного синдрому Х: багаторівнева програма комплексної діагностики і терапії 47
- Пустовойт М.М.** Психопатологічні особливості інволюційних психозів у жінок 56
- Міхановська Н.Г.** Клініко-психопатологічна структура психічних порушень у дітей віком 1,5-3 років з перинатальним ураженням нервової системи 60
- Герасименко А.І.** Уявлення про тривожно-фобічні розлади з точки зору сучасних класифікаційних систем 65
- Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Рокутов С.В., Николенко А.Е., Шустерман Т.И., Бобовников Д.А., Дьячук А.М.** Клинические и патопсихологические особенности органических психических расстройств у больных хронической нейросенсорной тугоухостью 73
- Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А.** Дослідження типології терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю 80
- Алексейчук А. И.** Количественные соотношения в прогнозе возникновения соматоформных расстройств 84
- Рыбалка В.В.** Психологическая характеристика детей на разных этапах туберкулезного процесса 91
- Пінчук І.Я., Бурика В.М.** Впровадження програми навчання «актуальні питання геронтопсихіатрії» для медичних сестер в психоневрологічній лікарні 97
- Putyatin G.G.** The psycho-social and psychotherapeutic correction of hospitalism by schizophrenes and estimation of the effectiveness of rehabilitation therapy 3
- Chaban O.S., Khaustova E.A.** Human desadaptation in crisis society: new syndromes and their correction way 13
- Rasin S.M., Podkorytov V.S., Sanik A.V., Pilipenko N.S., Rasin M.S.** Morphophysiological analysis of early senile cognitive impairment alzheimer type 22
- Ryapolova T.L.** Complex estimation of rehabilitation potential of patients with schizophrenia at the different stages of the disease 29
- Tabachnikov S., Vasylyeva A.** Assessment of quality of life of the cancer patients 42
- Khaustova O.O.** Modern management of Metabolic Syndrome X: multilevel program of complex diagnostics and therapy 47
- Pustovoyt M.** Psychopathological characteristics of women's involution psychoses 56
- Mikhanovskaya N.G.** The clinicopsychopathological structure of psychic disorders in children, aged 1,5 to 3 yrs, with the nervous system perinatal damage 60
- Gerasimenko A.I.** Imaginary anxious phobia disorders from the point of view of modern classification systems 65
- Spirina I.D., Leonov S.F., Rokutov S.V., Nicolenko A.E., Shusterman T.I., Bobovnikov D.A., Dyachuk A.N.** The resume: Clinico-psychopathologic features organic alienations for the ill with chronic nervous-censor by a bradyacuasia 73
- Shestopalova L., Kozhevnikova V.** Study of the typology of therapeutic environment medical institution psychoneurological profile 80
- Alekseychuk A.I.** Quantitative relations in the prognosis of occurrence of somatoform disorders 84
- Rybalka V. V.** Psychological characteristics of children on different stages of tuberculosis process 91
- Pinchuk I., Burika V.** The introduction of study program «relevant questions of gerontopsychiatry» in psychoneurology hospitals 97

Яковленко А.В. Курортное лечение эректильной дисфункции у больных ишемической болезнью сердца

Животовська Л.В., Сонник Г.Т. Деякі аспекти психотерапевтичного контакту при залежності від алкоголю на етапі становлення ремісії

Yakovlenko A.V. Resort treatment erectile dysfunctions at patients with ischemic illness of heart

Zhyvotovska L.V., Sonnyk G.T. Some aspects of psychotherapeutic contact at dependence on alcohol at a stage of formation of remission

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Кочарян Г.С. Гипосексуальный паттерн поведения в клинической практике

Абрамов В.А., Бурцев А.К., Жислин А.И., Абрамов А.В., Жигулина И.В., Лисконог А.Г. Психометрическая оценка гендерных и возрастных особенностей больных с первичным депрессивным эпизодом разной степени тяжести

Арнольдова Т.В. Роль качества жизни в процессе реабилитации беременных с непсихотическими психическими расстройствами

Бабюк И.А., Шульц О.Е., Табачников А.Е., Найденко С.И., Сергеева Г.Е. Коррекция иррациональных установок больных патологическим пристрастием к азартным играм и алкогольной зависимостью методом когнитивно-поведенческой психотерапии

Бабюк И.А., Титиевский С.В., Гашкова Л.А., Найденко С.И., Шульц О.Е., Галкина Э.Г. Современные подходы к подготовке врачей-психотерапевтов

Kocharyan G.S. Hyposexual pattern of behaviour in clinical practice

Abramov V.A., Burzev A.K., Zislin A.I., Abramov A.V., Zigylyna I.V., Liskonog A.G. Psychometric estimation of gender and age peculiarities of the patients with the first depressive episode of different severity

Arnoldova T. V. Role of quality of life in the process of rehabilitation of pregnant from non-psychotic by psychical disorders

Babiuk I.A., Shults O.E., Tabachnikov A.Ye., Naydenko S.I., Sergeeva G.Ye. Correction irrational attitudes of patients on pathologic addiction of gambling and alcohol dependence by method of cognitive-behavioral therapy

Babyuk I., Titievsky S., Gashkova L., Naydenko S., Shults O., Galkina E. Uptodate apprchies to the trainihg of psychoterapeutists

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Кочарян Г.С. Гомосексуальность: исследование Эвелин Хукер и его оценка

Kocharyan G.S. Homosexuality: the evelyn hooker research

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

OF MEDICAL HISTORY

Петрюк П.Т., Петрюк А.П., Брагин Р.Б. Вклад профессора Дмитрия Евгеньевича Мелехова в развитие отечественной социальной психиатрии (К 110-летию со дня рождения)

Петрюк П.Т. Профессор Тихон Иванович Юдин – основоположник отечественной генетики психических заболеваний, крупнейший психиатр и бывший сабурянин (К 130-летию со дня рождения)

Petryuk P.T., Petryuk A.P., Bragin R.B. Contribution of professor Dmitry Evgenevich Melekhov to development of domestic social psychiatry (To 110-th anniversary)

Petryuk P.T. Professor Tychon Ivanovich Yudin – the founder of domestic genetics of psychical diseases, largest psychiatrist and which at one time worked on the Saburova dacha (To 130-th anniversary)

СОДЕРЖАНИЕ

154 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, повторов, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов 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, пос. Победа. 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