

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО  
ДОНЕЦКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ УКРАИНЫ

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ  
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ  
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY  
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание  
Основан в 1995 году

**№ 2 (22), 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, Р. О. Грачов, 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. Напрєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), В. П. Самохвалов (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачников (Україна), О. О. Фільц (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 та медичної психології Донецького Національного медичного університету. *Тел./факс:* (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: [psychea@mail.ru](mailto:psychea@mail.ru), [dongournal@mail.ru](mailto:dongournal@mail.ru)

Рекомендовано до друку Вченою радою ДонНМУ (протокол засідання № 4 від 26.05.2009 р.)

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-058

*О.А. Насинник***ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПЕРИОД НЕОТЛОЖНОЙ И ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Национальная медицинская академия последипломного образования им.П.Л. Шупика

Ключевые слова: неотложная, принудительная госпитализация, реабилитация

Психосоциальная реабилитация наряду с фармакотерапией представляют собой необходимые и дополняющие друг друга стратегии помощи. Особенно значимый эффект отмечается при таких сочетанных вмешательствах для больных с первичными психотическими эпизодами [1-3], в том числе и для пациентов, получающих помощь в недобровольном порядке. На начальном этапе реабилитации используется психобразовательная методика в целях повышения осведомленности о заболевании, включающая улучшение комплайенса, выполнение режима лечения, восстановление уровня социального функционирования, распознавание ранних проявлений рецидивов [1, 4], затем подключаются психокоррекционные (ведение индивидуального случая) и социокоррекционные (семейная терапия и психосоциальный тренинг) воздействия, которые позволяют существенно повысить уровень социального функционирования больных, в том числе материальное положение и семейную адаптацию, а также снизить риск совершения ими опасных действий [5]. Весьма перспективными в общей медицине и психиатрии выглядят вмешательства, направленные на актуализацию личности, развитие навыков самопомощи, коррекцию базовых отношений к своему заболеванию и лечению. Речь идет о моделях оценки личности и прогнозирования отношения к болезни пациента через понятия «Лocus контроля» («Health Locus of Control»), «Оценки здоровья» (Health Belief Model), «Поиска помощи при хронических заболеваниях» («The Chronic Care Model») и наконец - «Модель восстановления» («Recovery Model») [6]. Поддержка последней модели профессионалами, защитниками прав пациентов и пользователями привело к принятию в ряде стран (Англии, Шотландии, Ирландии, Новой Зеландии, Канады, некоторых штатах Америки) программ, ориентиру-

ющих психиатрическую помощь на выздоровление/восстановление пациента [7,8]. Причем, одни авторы рассматривают понятия «восстановление» и «реабилитация» как синонимы [9], другие считают, что модель восстановления должна быть адаптирована для использования в психосоциальной реабилитации [10], или «восстановление» и «реабилитация» должны оставаться отдельными концепциями с возможностью взаимодополнения. Модель восстановления, опираясь на надежду в восстановлении утраченных функций, веру пациента в свои силы и возможности, а также исходя из базовых принципов биоэтики (прежде всего автономии с правом выбора, самоопределения), предлагает пациенту реализовать процесс самопомощи, а по сути - достижения активного контроля над своей жизнью. В отличие от критики действующей медицинской модели пользователями и надления рядом автором модели восстановления значительными преимуществами, в литературе отражены и более взвешенные взгляды профессионалов, отмечающих как слабости данной концепции [11], так в ряде случаев схожесть отдельных ее компонентов с действующими позициями качественного оказания помощи и разработанных таковых стандартов [12].

Исследования последних лет обнаруживают значительный процент выздоровления и стойкого улучшения среди лиц с эндогенными болезнями (более половины из числа изученных), но остается часть пациентов дезадаптированных в силу болезни, среди них много таких, которые не считают себя больными, не соглашаются на прием лечения, а утрата контроля приводит к опасному поведению и необходимости оказания помощи в принудительном порядке. Однако концепция восстановления четко коррелирует с автономным выбором, возможностью принимать собственные решения и контролировать свою

жизнь, и не удивительно, что восстановление исключается в ситуации принуждения, любое принуждение конфликтует с принципом автономии [13, 14]. Выявлено, что принуждение приносит больше вреда, чем пользы, уменьшает доверие к службе, способствует избеганию лечения, в том числе и после выписки, отвращает и других пациентов от помощи, ведет к отказу, нарушает терапевтический контакт, ухудшает конечный результат [15]. Приводятся данные, что 47% пациентов избегает помощи из-за боязни принуждения, а 70% не знают, что такое их «лучшие интересы», являющиеся основанием для помощи; план лечения обсуждается в S случаев, вопреки тому, что больные должны говорить за себя и принимать решения, а выбор пациентом лечения стимулирует его компетентность, автономность и возможность восстановления. При сравнении добровольных и недобровольных пациентов выявлены различия в нарушении прав личности, чувства достоинства (26% из числа недобровольных против 13% добровольцев), и это связано с нарушением автономии пациента. Хотя ряд исследований и показало, что конечный результат принуждения принес пользу, но вместе с пользой пациенты отмечают, что отношение к ним желало быть бы лучшим... [16]. Авторами отмечается, что принуждение следует рассматривать как ошибки, недостатки службы и является показателем ее неэффективности, к тому же часть опасности со стороны пациентов проявляется вследствие отсутствия реагирования на их нужды. Руководство Американской Ассоциации психиатров сообщества предлагает в случаях, когда «...принудительная помощь неизбежна, она должна проводиться в лучших условиях и объемах, а пациенты должны пользоваться состраданием и уважением в период эпизода некомпетентности, им

должна предоставляться возможность соответствующего выбора при рассмотрении терапевтического плана».

В случаях принуждения следует учитывать принцип «реципрокности» [17], заключающийся в том, что ограничение или невозможность обеспечения гражданских прав при оказании помощи должно компенсироваться соразмерным наращиванием объема качественной помощи и ресурсов. В данном случае «ресурсы даже должны резервироваться именно для тех, кто не желает их»; исходя из принципа реципрокности также нужно уважать самоопределение пациента, обсуждать все решения, на которые способен пациент, использовать индивидуализированный подход и наименее ограничительные альтернативы, защищать пациента от эксплуатации, пренебрежения и злоупотребления; нарушение прав индивида требует соблюдения социальных обязанностей [17,18]. С учетом модели восстановления разработаны и используются программы для помощи лицам, подвергающимся психиатрической помощи в принудительном порядке [16], в том числе неоднократно [14,19,20]. Таким образом, даже в условиях недобровольной госпитализации, есть возможность для пациента постепенного возврата власти и контроля над своей жизнью, с тем, чтобы его выбор и контроль поддерживались как можно раньше [21]. Исходя из вышеизложенного, проблема психосоциальной реабилитации лиц, госпитализированных в неотложном и принудительном порядке в психиатрический стационар, требует дальнейшего изучения и совершенствования.

Целью работы являлась разработка целевых мер психосоциальной реабилитации на этапе неотложной и принудительной госпитализации в психиатрический стационар.

### **Материалы и методы исследования**

Изучена сплошная выборка пациентов (163 чел.), госпитализированных по неотложной помощи с апреля 2000 (введение в действие Закона Украины о психиатрической помощи) по конец 2002 года в Киевскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 1. Для выявления проблем пациентов, приведших к принуждению, изучена медицинская документация, проведено их клиничко-психопатологическое и катамнестическое

обследование, а также изучена специальная литература, касающаяся вопросов отношения пациентов к недобровольной (принудительной) госпитализации. При изучении пациентов использовались общепринятые шкалы оценки поведения и психопатологических расстройств, критики и соблюдения лечения. Материал подвергнут статистической обработке с использованием программы SPSS, версия 13.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемой группе было 96 мужчин (58,9%) и 67 женщин (41,1%). Средний возраст

при поступлении  $38,96 \pm 13,8$  года. Длительность заболевания на момент поступления была от

нескольких дней до 10 и более лет, в среднем составляла  $4,3 \pm 0,3$  года. До 1 года болезнь наблюдалась у 33 чел. (20,2%), от 1 года до 5 лет – 45 чел. (27,6%), более 5-ти лет – 85 чел. (52,2%). Впервые в жизни было госпитализировано 40 чел. (24,5%), второй раз – 27 (16,6%), третий раз – 18 (11,0%), более трех раз – 77 (47,2%). При выписке были диагностированы: шизофрения и другие бредовые расстройства – 125 чел. (76%), органические – 16 чел. (9,87%) и аффективные расстройства – 14 чел. (8,6%), расстройства личности – 6 чел. (3,7%), крайне редко (по 1 чел., 0,6%) встречались умственная отсталость и неврогические расстройства. Умеренный дефект психики был выявлен у 19 чел. (11,7%), выраженный – 62 (38,0%), тяжелый – 2 (1,2%), у остальных дефект психики не констатировался. Длительность развития психопатологических расстройств, предшествующих данной госпитализации: острое начало до нескольких дней – 36 чел. (22,1%), 1 нед. – 27 чел. (16,6%), 2 – 3 нед. – 56 чел. (34,4%), 4 – 6 нед. – 19 чел. (11,7%), 7–8 нед. – 3 чел. (1,8%) и более 2-х мес. – 16 чел. (9,8%). У 6 чел. (3,7%) этих данных не удалось установить. Причины ухудшения, по мнению близких и со слов самого пациента: отказ от лечения – 110 чел. (67,5%), а из них у 15 чел. (9,2%) отмечались злоупотребления алкоголем и/или наркотическими веществами. 14 чел. (8,6%) называли причиной заболевания различные психогении, у 39 чел. (23,9%) явная причина не установлена. По отношению к соблюдению поддерживающего лечения и контролю своего состояния большинство (111 чел. – 68,1%) не считали нужным принимать лечение, а если близкие понимали необходимость лечения пациента, то им приходилось прилагать усилия для уговоров пациента согласиться принимать лечебный препарат. Для 34 чел. (20,9%) эти обстоятельства не выяснены. По неотложной госпитализации доставлялись пациенты с острыми проявлениями заболевания, то ли впервые развившегося, то ли при обострении имеющегося. В нашем материале ряд пациентов были доставлены каретами скорой помощи в состоянии психомоторного и/или речевого возбуждения – 69 чел. (36,8%), из них 24 чел. удерживались фиксированными, к некоторым пациентам применялась фиксация в отделении. В приемном отделении оценивались не только клиническая картина заболевания, но и критерии для возможной принудительной госпитализации, а именно опасность для себя и/или окружающих и отказ от предлагаемой помощи. Таким образом, в приемном отделении были за-

регистрированы, чаще в сочетании, но нами оценивалось ведущее: отказ от госпитализации – 64 чел. (39,3%), отказ от подписи согласия на госпитализацию – 22 чел. (13,5%), отказ от лечения – 11 чел. (6,7%), несостоятельность – 3 чел. (1,8%). Учитывались также предыдущие акты агрессии и пребывание на СУ, что имели место у 49 чел. (30,0%), двое из них пребывало на СУ и двое отбыли наказание за кражи, у 110 чел. (67,5%) подобного не было выявлено. Отягощенная наследственность выявлена у 30 чел. (18,4%), алкоголизм в семье у 7 чел. (4,3%). Обращает на себя внимание относительно высокий уровень образования, так у 59 чел. (36,2%) высшее, у 16 чел. (9,8%) – незавершенное высшее, 52 чел. (31,9%) имели среднее специальное, 28 чел. (17,2%) закончили среднюю школу. Неполное школьное образование было у 7 чел. (4,3%) и школа для слабоумных – 1 чел. (0,6%). До заболевания были заняты на неквалифицированных работах 13 чел. (8,0%) не работало 6 чел. (3,7%), у 22 чел. (13,5%) не удалось установить их занятость, но большая часть пациентов была задействована на квалифицированных работах (51 чел., 31,3%), работали служащими 58 чел. (35,6%), занимали управляющие должности 9 чел. (5,5%) или обучались 4 чел. (2,5%). На период лечения в стационаре продолжали работать по своей специальности 30 чел. (18,4%), некоторые часто меняли места работы 14 чел. (8,6%), обучалось 2 чел. (1,2%), имели инвалидность 34 чел. (20,9%), не работало 67 чел. (41,1%), пенсионер по возрасту 9 чел. (5,5%). Среднее число к/д –  $46,828 \pm 37,9$  дня. Ряд пациентов, несмотря на предоставляемые им разъяснения, как в приемном отделении, так и в отделении, куда были направлены, продолжали отказываться от помощи, в связи с чем Комиссией врачей-психиатров было принято решение об оказании психиатрической помощи в принудительном порядке и через сутки направлено заявление больницы в суд с последующим подтверждением данного вида принуждения в судебном порядке. Из числа неотложно госпитализированных 142 пациента изъявили согласие на добровольное получение помощи и 21 человек (14,8%) было госпитализировано принудительно – 8 мужчин (38,1%) и 13 женщин (61,9%). Существенных различий при сравнении групп пациентов, находящихся на лечении по их согласию и без согласия (принудительная госпитализация), по клиническим и демографическим показателям не выявлено. С применением Т-теста для независимых выборок выявлены значимые различия

в продолжительности лечения у лиц, находящихся на принудительной госпитализации. Так, у пациентов на общих основаниях (142 чел.) улучшение отмечено в среднем через 30,65±2,4 дня, после чего до выписки они пребывали в среднем 10,76±1,3 дня, общая продолжительность лечения составляла 41,41±2,7 дня, а у лиц, подвергшихся принудительной госпитализации (21 чел.), улучшение отмечено в среднем через 46,33±10,6 дня ( $p<0,03$ ), после указанного улучшения они были выписаны в среднем через 37,29±7,3 дня ( $p<0,001$ ) при общей длительности лечения 83,48±11,8 дня ( $p<0,001$ ), что косвенно указывает на отрицательное влияние принуждения на длительность лечения. В группе принудительной госпитализации обращает на себя внимание упорное сохранение статуса недобровольно госпитализированного. Эти пациенты в основном отрицали сведения о своих высказываниях и неадекватном, угрожающем окружающим или себе поведении накануне госпитализации, заявляли о неправомерности принудительной госпитализации, зачастую оценивали ее как наказание. При комиссионных осмотрах уточняли, что они не знают, почему они находятся в больнице и получают лечение, что они лечат или какие препараты они получают.

Необходимость оказания психиатрической помощи в неотложном порядке связана со значительным обострением психопатологических расстройств, сопровождаемых утратой критических способностей, в ряде случаев опасным поведением. Одной из ведущих причин таких неотложных состояний является несоблюдение рекомендаций врача вплоть до полного отказа от лечения. В процессе неотложной психиатрической помощи с целью получения осознанного согласия пациенту предоставляются необходимые для этого разъяснения, но ряд пациентов сохраняют свое несогласие с предлагаемыми услугами, в связи с чем и при наличии определенных Законом критериев принимается решение о принудительной госпитализации. Проведенное сравнение групп пациентов, находящихся на лечении по их согласию и без согласия (принудительная госпитализация), по клиническим и демографическим показателям различий не показало, что указывает на схожесть контингентов по ряду признаков. Различия проявляются лишь в исходах. Сравнение принудительно госпитализированных лиц с пациентами на общих основаниях выявило достоверно в два раза большую длительность пребывания в стационаре, в том числе как до и после наступления улуч-

шения. Об относительной вдвое большей (сравнительно с добровольной) продолжительности недобровольной госпитализации указывает большинство исследователей этого вопроса [22, 23]. Но принуждение, помимо длительности лечения и пребывания в стационаре, включает еще ряд отрицательных факторов. Когда пациент удовлетворен помощью, он становится активным участником процесса лечения и терапевтической программы в целом [15] и отмечает более положительный конечный результат [24].

Процесс трансформации помощи должен начинаться с изменения взгляда на больных и на перспективность медицинской помощи, осознания профессионалами возможности выздоровления пациента, что в свою очередь должно быть ему также разъяснено. При первой встрече с пациентом значима всесторонняя оценка его проблем, потребностей, сильных и слабых сторон личности, а также формулирование плана помощи, обсуждения его с пациентом, при этом следует добиться понимания со стороны пациента того, что он партнер в помощи. Реабилитация будет связана с критериями принуждения. Так, в случае опасности для других, близкого окружения или незнакомых лиц реабилитация будет направлена на развитие навыков общения и избегания конфликтных ситуаций. В случае опасности для себя применяются стратегии, устраняющие безысходность и беспомощность, наращивающие самоопределение и планы на будущее. В случае некомпетентности, чаще в связи с утратой критики, работа по возврату критики к болезни типа комплайнс-терапии. Нужно разобраться, почему не начал или прекратил принимать препараты, его отношение к лечению, если не считает себя больным, то показать, в чем мы видим его нарушения поведения и последствия, если из-за боязни побочного действия, то дать пояснения и возможность выбора. Нужно разъяснять пациенту о наличии менее ограничительной альтернативы и как достичь ее. Давать право пациенту взвешивать, выбирать, но предупреждать об ответственности, и возможности применения больших ограничений в случае утраты контроля.

Исследования восприятие пациентом принуждения при госпитализации показали, что такое восприятие может быть сглажено благодаря модификации самого принуждения. Нельзя забывать и принцип «процедурная справедливость» (procedural justice) - концепция, согласно которой решение или действие является правильным, если использована правильная проце-

дура принятия этого решения или выбора этого действия. Таким образом пациент последовательно получает разъяснения касательно всех возможных предпринимаемых мер. При принудительной госпитализации пациент должен быть выслушан, получить шанс участвовать в принятии решения, а без этого нарастает неудовлетворенность и мнение о принуждении [15, 25]. Пациент должен знать, за что и каким образом он будет или подвергнут госпитализации, другим видам принуждения. С другой стороны, все-таки путем госпитализации мы предотвращаем возможный ущерб для здоровья, а в ряде случаев сохраняем жизнь и здоровье, как других лиц, так и самого пациента. Информировуем пациента, а также его близких о наших намерениях, о чем вносим запись в меддокументацию; в присутствии свидетелей знакомим пациента с его правами; предоставляем пациенту копию информации о его правах, вторую приобщаем к меддокументации; заполняем форму решения врача о применении временных мер пресечения, копия которого предоставляется пациенту; эти данные вносятся в меддокументацию, включая и реагирования пациента [26]. Предоставить пациенту возможность выбора, что повышает его автономию, с которой связана удовлетворенность помощи [27]. Но выбор должен быть и для специалиста (т.е. выбор лечения, реабилитации, социальной помощи и т.д.), что связано, конечно, с ресурсами помощи.

До суда лечение назначается по неотложным показаниям и это следует также разъяснить пациенту. Пациенты переносят решение суда более адекватно, но нужно объяснять и разъяснять эти процедуры. Желательно, чтобы и суд давал пояснения пациенту и его родственникам, тогда принуждение ведет к пониманию проблем и необходимости получения терапии для восстановления контроля над своей жизнью и поведением. В то же время пациенту предоставляется возможность защищаться, оспаривать решение суда, приглашать любое лицо, в том числе и психиатра, независимого от психиатрической системы. В ряде случаев возможна помощь в менее ограничительных условиях, например, путем использования амбулаторного принудительного лечения как альтернативы для стационарной психиатрической помощи. Периоды времени как до суда, так и после должны также базироваться на процедурной справедливости, лишены любых поспешных решений на чувство собственного достоинства и права пациента.

Считается, что сегодня все пациенты с тяже-

лыми психическими заболеваниями, особенно лица с устойчивыми психопатологическими расстройствами, выраженной нестабильностью, характеризующейся частыми обострениями и социальной дезадаптацией, требуют реабилитации [28]. Несмотря на принудительность помощи, госпитализируемые пациенты имеют такие же права, как и остальные пациенты (хотя в ряде случаев Законом допускается ограничения этих прав), и на принудительно госпитализированных пациентов распространяются все мероприятия, касающиеся больных, а именно, информированное согласие на лечение и возможность отказа от него, право на информацию, автономию, самоопределение и выбор, реабилитацию. С позиций пациентов ощущение принудительности могут быть смягчены качественным предоставлением помощи, хорошо обученным персоналом, способствующим наращиванию полномочий пациента, автономии, прежде всего в получении доступной и полной информации, обсуждении с ним процесса лечения и терапевтического плана, предоставлении (по возможности) выбора лечения, наименьших ограничительных мер, нестеснения, что будет способствовать более скорому переводу пациента в статус добровольца со всеми вытекающими последствиями. Модель восстановления в современной психиатрии требует пациент-центрированного холистического подхода, в ней переплетаются позиции этико-правовые, качественной психиатрической помощи и психосоциальной реабилитации.

Процесс принуждения в психиатрии наиболее ответственный для профессионалов и значимый для всех сторон, поэтому данный вид помощи следует оказывать в соответствии со стандартами оказания данного вида помощи, а до их разработки следовать этико-правовой процедуре оказания психиатрической помощи в принудительном порядке исходя из биопсихосоциальной модели заболевания. Помощь должна заключаться в оценке всех звеньев, приведших к принуждению, и направленных на них адекватной психофармакотерапии с подключением психосоциальных реабилитационных мер. Причем с учетом принципа реципрокности и соблюдения правового, клинического, этического и реабилитационного компонентов с различными их объемами в зависимости от этапа принудительной госпитализации, психического состояния и компетентности пациента.

С первых этапов принудительной психиатрической помощи следует начинать психосоциальную реабилитацию, первичная цель которой воз-

врат пациента в статус добровольца. В силу отсутствия адекватных программ и соответствующих реабилитационных подразделений на сегодня, реабилитационный комплекс должен проводиться силами имеющихся профессионалов, прежде всего врача-психиатра, медицинских сестер и психологов, согласовав свои действия и компоненты.

Следует отметить, что на наш взгляд, психосоциальная реабилитация – это не только целевые программы, но также целевое избегания

некоторых действий или заявлений со стороны медицинского персонала. Чувство принуждения у пациента уменьшается, когда лечение и отношение к нему осуществляются в соответствии со стандартами (клиническими, этическими и правовыми), он обладает всей необходимой информацией касательно применения к нему психиатрической помощи в принудительном порядке, имеет возможность выбора помощи, в том числе и наименее ограничительной, и занимает свое место в ее реализации.

*О.А. Насинник*

## ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ПЕРІОД НЕВІДКЛАДНОЇ ТА ПРИМУСОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

У статті на основі дослідження групи пацієнтів та аналізу даних літератури розглянуто особливості примусової госпіталізації та викладені пропозиції щодо проведення психосоціальної реабілітації особам, що госпіталізовані до психіатричного стаціонару у невідкладному та проімусовому порядку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 3-9).

*O. A. Nasinnyk*

## PSYCHOSOCIAL REHABILITATION DURING EMERGENCY AND COMPULSORY HOSPITALIZATION

National Medical Academy of Postgraduate Education by name P.L. Shupick

In this article there are proposition to psychosocial rehabilitation of patient during emergency and compulsory hospitalization after study sample of patients and analysis of literature concerning emergency and compulsory admission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 3-9).

### *Литература*

1. Гурович И.Я., Шмуkler А.Б., Любов Е.Б. Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация//Психиатрия: национальное руководство/под ред. Дмитриевой Т.Б., Краснова В.Н., Незанова Н.Г. и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С.469-489.
2. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Кислицкая И. И. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных// Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2005. -№ 1(15). - С. 3-9.
3. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации/Автор. дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М., 2009. – 24 с.
4. Денисов Е. М. Принципы психообразовательной терапии больных параноидной шизофренией в условиях психиатрического стационара//Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2005. - № 1 (15) - С.49-55.
5. Анисимова Н.А. Терапия и психосоциальная реабилитация больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке/Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Белгород, 2008 –18 с.
6. (Anthony W., Cohen M., Farkas M.) Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – К.: «Сфера», 2001. – 298 с.
7. Buchanan-Barker P., Clarifying the Value Base of Recovery: The 10 Tidal Commitments//Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. - 2008. – Vol.15. - P. 93-100.
8. Malachowski C.K., Kin B. Optimizing System & Patient Recovery Rediscover & Recovery: The Shared Journey Project// International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2009. – Vol. 13, No 2. – P. 49-64.
9. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services//World Psychiatry. - 2007. - Vol. 6(2). – P. 68-74.
10. Jacobson N., Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication// Psychiatric Services. – 2001. - Vol. 52, No 4. – P. 482-485.
11. Holloway F. Is there a science of recovery and does it matter?// Advances in Psychiatric Treatment. – 2008. - Vol. 14. – P. 245-247.
12. Lester H., Gask L. Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery?// British Journal of Psychiatry. – 2006. - Vol.188. – P. 401 - 402.
13. Frese F. J., Stanley J. D., Kress K. et al. Integrating evidence-based practices and the recovery model// Psychiatric Services. – 2001. - Vol. 52, № 12. – P. 1462-1468.
14. Roberts G., Dorkins E., Wooldridge J., Hewis J. Detained – what's my choice? Part 1: Discussion// Advances in Psychiatric Treatment. 2008. Vol. 14. – P. 172-180.
15. Lidz C. W., Hoge S.K., Gardner W. et al. Perceived coercion in mental hospital admission//Archives of General Psychiatry. – 1995. - Vol. 52. – P. 1034-1039.
16. Campbell J. Involuntary Mental Health Interventions and Coercive Practices in Changing Mental Health Care Delivery Systems: The Consumer Perspective. - 1997. - 15 p. // <http://home.att.net/PatRisser/force/involuntary.html>.
17. Eastman N. Mental health law: civil liberties and the principle of reciprocity// British Medical Journal. 1994. Vol. 308, № 1. - P. 43-45.
18. Welsh S., Deahl M. P. Modern psychiatric ethics// Lancet. 2002. Vol. 359, № 1. - P. 253-255.
19. Copeland M. E. Involuntary Commitment and Recovery: An Innovative Mental Health Peer Support Program - January, 2006// <http://www.mentalhealthrecovery.com/CommitmentandRecovery.htm>.
20. Copeland M.E., Mead Sh. Continuing the dialogue// Advances in Psychiatric Treatment. – 2008. - Vol.14. - P. 181-182.
21. Roberts G., Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all// Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. - Vol. 10. – P. 37-48.
22. Malla A., Norman R., Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland// CMAJ. 1987. Vol. 136, June 1. – P. 1166 -1171.
23. Greeman M., McClellan Th. A. Impact of a More Stringent



Commitment Code in Minnesota// Hospital and Community Psychiatry. 1985. Vol. 36, No. 9. – P. 990-992.

24. Kjellin L., Candefjord K., Palmstierna T., Wallsten T. Ethical Benefits and Costs of Coercion in Short-Term Inpatient Psychiatric Care// Psychiatric Services. 1997. Vol. 48, № 12. - P. 1567-1570.

25. Nicholson R.A., Eksenstam C., Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization//Int J Law Psychiatry. – 1996. -

Vol. 19. – P. 201–217.

26. Jenkins S.C., Hansen M.R. A pocket reference for psychiatrist/ 2nd ed. - American Psychiatric Press, Inc., 1995. - 276 p.

27. Bloch S., Green S. A. An ethical framework for psychiatry// The British Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 188. – P. 7–12.

28. Russler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview//World Psychiatry. - 2006. - Vol.5- No 3.– P.151-157.

Поступила в редакцию 16.04.2009

УДК: 616.89-053.9(477)

*І.Я. Пінчук***ОСОБЛИВОСТІ СИТУАЦІЇ ЩОДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, СТАРШИХ ЗА ПРАЦЕЗДАТНИЙ ВІК В УКРАЇНІ В 2008 РОЦІ**

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації

Ключові слова: люди літнього і старечого віку, постаріння населення, демографічна ситуація, захворюваність, розповсюдженість, інтеграція, стандарти

Постаріння населення – це глобальний процес, люди літнього (60 – 74 роки) і старечого віку (75 років і більше) є найбільш зростаючою частиною населення світу [1]. За даними ООН у 1950 році у світі проживало 214 млн. осіб старше 60 років, у 1975 році їхнє число збільшилося до 350 млн., а в 2000 році до 590 млн. За даними прогнозів ООН у 2025 році їхня чисельність перевищить 1 млрд. 121 млн. чоловік, тобто в 5 разів збільшиться в порівнянні з 1950 роком. До 2050 року чисельність людей похилого віку досягне 2 млрд. При цьому, частка людей у віці 60 років і більше у всій чисельності населення світу в найближчі 50 років збільшиться з 10% до 22%. До 2050 року вперше в історії людства число осіб 60 років і більше на Землі перевищить кількість дітей до 14 років. Завершиться перехід епохи високої народжуваності і високої смертності в епоху більш низьких рівнів народжуваності і смертності і, як наслідок, старіння населення [2].

Демографічна ситуація в Україні дозволяє віднести її до "старих" країн планети. У структурі населення України особи старше працездатного віку складають 23,7%. Серед людей літнього віку найбільше інтенсивно збільшується група осіб 80 років і більше (осіб, що складають групу ризику підвищеної потреби в сторонній допомозі). В Україні ця когорта довголітніх (осіб у віці 80 років і більше) виросла с 1,2% у 1950

році до 2,2% у 2000 році, а за даними прогнозів виросте до 7,5% у загальній чисельності населення в 2050 році. У порівнянні з тим, що загальна чисельність осіб 60 років і більше збільшиться до 2050 року в 1,5 рази, кількість осіб 80 років і більше за цей же період збільшиться в 3,4 рази [2].

Люди похилого віку страждають на психічні розлади значно частіше, ніж молоді і люди середнього віку. Тим часом люди похилого віку звертаються до психіатрів і психотерапевтів у два рази рідше, ніж населення в цілому [3]. Люди старше 60 років часто не звертають уваги на розлади пам'яті, настрою та поведінки, розглядаючи їх як неминучий результат старіння [4].

Методом аналізу статистичних даних центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України визначені розлади психіки та поведінки, якими страждають особи, старше працездатного віку в Україні в 2008 році. Згідно наказу МОЗ України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкції щодо їхнього заповнення», вперше в Україні в офіційній статистичній звітності була відокремлена група осіб, старше працездатного віку, що надало можливість вперше в Україні проаналізувати з якими розладами психіки та поведінки особи, старше працездатного віку, звертаються за допомогою до лікарів-психіатрів.

**Аналіз та обговорення статистичних даних**

У 2008 році показники захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік становили 216,3 на 100 тисяч відповідного населення. Слід зазначити, що у 9 областях України в 2008 році середньоукраїнський показник захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік (216,3) перевищено. Найвищий показник зафіксовано у Київській області (359,4 на 100 тисяч відповідно-

го населення), він на 66,2% перевищував середньоукраїнський, у Черкаській області – 347,9, у Житомирській області – 338,7, у Луганській – 301,2. Найнижчі показники в Чернівецькій області – 118,5, в Закарпатській області – 131,0, в Волинській області – 133,1, у Львівській області – 138,6.

Високі показники захворюваності в центральних та східних регіонах України та низькі в західних, надають можливість говорити про куль-

туральні особливості різних регіонів України, зокрема, по відношенню до людей літнього віку та організації надання даному контингенту населення медико-соціальної допомоги. Урбанізація та зміна соціально-економічних умов життя, відсутність необхідної соціальної підтримки осіб літнього віку в суспільстві, відсутність альтернативних форм надання медико-соціальної допомоги особам літнього віку з вадами психічного здоров'я, стають причиною частішого звернення до лікарів-психіатрів та організації надання медико-соціальної допомоги в умовах спеціалізованих психіатричних закладах України.

У структурі показників захворюваності серед усіх розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік в 2008 році переважала не-психотична група розладів психіки (62,5%, або 135,3 на 100 тисяч відповідного населення).

При середньоукраїнському показнику 135,3 на 100 тисяч відповідного населення, коливання цього показника у регіонах відбувалося у межах від 67,4 у м. Севастополь до 278,9 у Київській області.

На другому місці серед показників захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік в 2008 році – показники розладів психіки та поведінки психотичного характеру – 36,8%, або 79,7 на 100 тисяч відповідного населення.

Група розладів психіки психотичного характеру в 2008 році мала великі відхилення у регіонах України. При середньоукраїнському показнику 79,7 на 100 тисяч відповідного населення у 2008 році, в м. Севастополі показник захворюваності досягав 130,5, у Житомирській та Херсонській областях – відповідно – 129,6 та 126,4. Найнижчий показник у Чернівецькій – 28,1, Дніпропетровській – 37,6, Волинській – 42,3 областях.

Показники розумової відсталості в 2008 році становили 0,7% захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік, або 1,4 випадків на 100 тисяч відповідного населення.

У 2008 році показники розповсюдженості на розлади психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік становили 2331,5 на 100 тисяч відповідного населення. У 11 областях України в 2008 році середньоукраїнський показник розповсюдженості на розлади психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік (2331,5) перевищено. Найвищий показник зафіксовано у Донецькій області (3372,3 на 100 тисяч відповідного населення), він на 44,6% перевищував середньоукраїнський, у м. Київ – 3284,3, у

Харківській області – 2845,0, у м. Севастополь – 2827,6. Найнижчі показники в Вінницькій області – 1359,5, в Кіровоградській області – 1611,8, в Миколаївській області – 1633,8, у Полтавській області – 1669,7.

У структурі показників розповсюдженості серед усіх розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік в 2008 році також переважала не-психотична група розладів психіки (49,5%, або 1153,4 на 100 тисяч відповідного населення). Показник розповсюдженості розладів психіки та поведінки психотичного характеру осіб старших за працездатний вік склав – 996,5 на 100 тисяч відповідного населення (42,7% серед усіх розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік). Показник розповсюдженості розумової відсталості в 2008 році становив 181,6 на 100 тисяч відповідного населення (7,8% серед усіх розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік).

Структура розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік представлена в табл 1.

Значні відхилення показників захворюваності та розповсюдженості у регіонах України розладів психіки та поведінки у осіб, старших за працездатний вік, як в не-психотичній та психотичній групах, так й за окремими групами захворювань, говорить про відсутність єдиного підходу, як в організації надання психіатричної допомоги, так й питань діагностики вад психічного здоров'я у осіб, старших за працездатний вік.

При аналізі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні за окремими групами захворювань, значна вага надається органічним, включно симптоматичним розладам психіки (F00-F09) – 68,7%. Найвища питома вага в цій групі зафіксована в Херсонській області (90,5%), м. Севастополь (83,8%), Чернігівській області (81,8%). Найнижча – в Полтавській області (36,4%), в АР Крим (47,9%), в Львівській області (50,0%). Коливання показника захворюваності органічними, включно симптоматичними розладами психіки (F00- F09) від 267,4 на 100 тис. відповідного населення в Черкаській області до 65,5 на 100 тис. відповідного населення в Полтавській області (показник по Україні – 148,6 на 100 тис. відповідного населення).

Питома вага усіх форм деменцій серед розладів психіки та поведінки у осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році склала 22,7% від усіх психічних розладів (F00- F09; F20- F99) та 33% в групі органічних, включно симп-

томатичними розладами психіки (F00- F03). Показник захворюваності усіма формами деменції осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році становив 49,1 на 100 тис. відповідного населення. Коливання даного показни-

ка в Україні в межах від 13,2 на 100 тис. відповідного населення в Полтавській області (в 3,7 рази нижче показника по Україні) до 106,2 на 100 тис. відповідного населення в Житомирській області (в 2,2 рази вище показника по Україні).

Таблиця 1

### Структура розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік

Захворюваність			Розповсюдженість		
абс. дані	на 100 тис. відповідного населення	% до всього	абс. дані	на 100 тис. відповідного населення	% до всього
<b>1. Органічні, вкл. симптоматичні розлади психіки (F00- F09)</b>					
16504,0	148,6	68,7	126812,0	1141,8	49,0
<b>у т.ч. психози і слабоумство органічного походження (F00- F05)</b>					
7372,0	66,4	30,7	50023,0	450,4	19,3
<b>з них: деменції, усі форми (F00- F03)</b>					
5458,0	49,1	22,7	33765,0	304,0	13,0
<b>Хвороба Альцгеймера (F00)</b>					
358,0	3,2	1,5	1181,0	10,6	0,5
<b>Судинна деменція (F01)</b>					
4078,0	36,7	17	21735,0	195,7	8,4
<b>Деменція та психози внаслідок епілепсії (F02.8x3)</b>					
119,0	1,1	0,5	5879,0	52,9	2,3
<b>Непсихотичні психічні розлади органічного походження</b>					
9132,0	82,2	38,0	76789,0	691,4	29,7
<b>2. Шизофренія, шизотипові та маячні розлади</b>					
1216,0	10,9	5,1	54779,0	493,2	21,2
<b>Шизофренія (F20)</b>					
477,0	4,3	2,0	44001,0	396,2	17,0
<b>3. Афективні розлади (F30- F39)</b>					
1361,0	12,3	5,7	19579,0	176,3	7,6
<b>4. Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40- F48)</b>					
4500,0	40,5	18,7	29296,0	263,8	11,3

Дуже цікавим при аналізі офіційних даних державної статистичної звітності щодо форм деменції стало значне (в 11,5 разів) перевищення показника захворюваності судинною деменцією (F01) у порівнянні з показником захворюваності хворобою Альцгеймера осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році.

Показник захворюваності хворобою Альцгеймера (F00) осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році склав 3,2 на 100 тис. відповідного населення (358 осіб). Коливання даного показника в Україні в межах від 0,4 на 100 тис. відповідного населення в Тернопільській області (в 8 разів нижче показника по Україні) до 19,3 на 100 тис. відповідного населення в м. Севастополь (в 6 разів вище показника по Україні). Крім того найвищі показники захворюваності хворобою Альцгеймера осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році зафіксовано в АР Крим (7,2 на 100 тисяч відповідного населення), в Луганській (7,0), в Одеській (6,4) областях. Найнижчі показники в Дніпропет-

ровській (0,8 на 100 тисяч відповідного населення), в Харківській (0,9), в Полтавській (1,2) та Херсонській (1,2) областях.

Показник захворюваності судинною деменцією (F01) у порівнянні з показником захворюваності хворобою Альцгеймера осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році вищий в 11,5 разів та становить 36,7 на 100 тис. відповідного населення (4078 осіб). Коливання даного показника в Україні в межах від 7,1 на 100 тис. відповідного населення в Чернівецькій області (в 5,2 рази нижче показника по Україні) до 82,6 на 100 тис. відповідного населення в Херсонській області (в 2,3 рази вище показника по Україні). Крім того найвищі показники захворюваності судинною деменцією осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році зафіксовано в Житомирській (82,5 на 100 тисяч відповідного населення), в Харківській (68,8), в Черкаській (60,1) областях. Найнижчі показники в Полтавській (9,7 на 100 тисяч відповідного населення), в Дніпропетровській (13,4), в

Львівській (15,5), в Вінницькій (15,6), в Волинській (15,8) областях.

Коливання показника захворюваності хворобою Альцгеймера в різних регіонах України в межах від 0,4 до 19,3 на 100 тис. відповідного населення, а показника захворюваності судинною деменцією від 7,1 до 82,6 на 100 тис. відповідного населення, ще раз підкреслює відсутність єдиного підходу в питаннях діагностики вад психічного здоров'я у осіб, старших за працездатний вік та необхідність використання єдиних стандартів, як організації надання медико-соціальної допомоги, так і діагностики та лікування вад психічного здоров'я у даного контингенту населення.

Друге місце в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні займає група невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F48) – 18,7%. Коливання питомої ваги групи невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів зазначено від 3,8% в м. Севастополь до 43,9% в АР Крим. Перевищення середньоукраїнського показника питомої ваги групи невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів зафіксовано в 11 регіонах. Найвищий в АР Крим (43,9%), в Полтавській області (43,1%), в Волинській області (30,4%), в Закарпатській області (30,3%), в Кіровоградській області (30,2%). Найнижчий – в м. Севастополь (3,8%), м. Київ (6,1%), Херсонській області (6,5%), Івано-Франківській області (8,7%). Коливання показника захворюваності невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-F48) від 7,5 на 100 тис. відповідного населення в м. Севастополь до 107,0 на 100 тис. відповідного населення в АР Крим (показник по Україні – 40,5 на 100 тис. відповідного населення). Крім того найвищі показники захворюваності невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-F48) осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році зафіксовано в Полтавській області (91,4 на 100 тисяч відповідного населення), в Київській (82,4), в Кіровоградській (64,6) областях. Найнижчі показники в м. Київ (12,2 на 100 тисяч відповідного населення), в Івано-Франківській (13,2), в Херсонській (17,4) областях.

Несподіваним в офіційній статистиці стало друге місце в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні, групи невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів,

що свідчить про необхідність інтеграції в первинну медико-санітарну допомогу, яка має стати першим та основним джерелом надання допомоги при найбільш розповсюджених вадах психічного здоров'я, а лікарі загальної практики та служби первинної медико-санітарної допомоги повинні мати можливості та відповідні знання та досвід щодо виявлення та лікування осіб, старших за працездатний вік, з вадами психічного здоров'я на первинному медико-санітарному рівні при наявності підтримки, при необхідності, з боку спеціалізованих служб охорони психічного здоров'я, що функціонують в межах єдиної мережі.

Питома вага афективних розладів (F30-F39) в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні складає 5,7% і займає третє місце. Найвища питома вага афективних розладів в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні в Львівській області (19,5%), Хмельницькій області (11,7%), Миколаївській області (11,0%), Закарпатській області (10,3%). Найнижча питома вага афективних розладів – в Чернівецькій області (0,4%), в Херсонській області (0,7%), в Чернігівській області (1,1%), в Житомирській області (1,7%). Коливання показника захворюваності афективними розладами (F 30-F39) від 0,5 на 100 тис. відповідного населення в Чернівецькій області до 27,2 на 100 тис. відповідного населення в Луганській області (показник по Україні – 12,3 на 100 тис. відповідного населення). Крім того найвищі показники захворюваності афективними розладами (F 30-F39) осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році зафіксовано в Львівській (27,0 на 100 тисяч відповідного населення), в Хмельницькій (18,4), в Харківській (18,1) областях. Найнижчі показники в Херсонській (2,0 на 100 тисяч відповідного населення), в Чернігівській (2,8), в Івано-Франківській (4,7) областях.

Незначна питома вага афективних розладів в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні та коливання показника захворюваності афективними розладами в різних регіонах України від 0,5 до 27,2 на 100 тис. відповідного населення говорить про гіподіагностику афективних розладів у осіб, старших за працездатний вік, та розглядання їх як неминучий результат старіння.

Питома вага шизофренії (F20) в структурі захворюваності на розлади психіки та поведін-

ки осіб старших за працездатний вік в Україні складає 2,0% (4,3 на 100 тис. відповідного населення) і займає четверте місце. Коливання питомої ваги групи шизофренії зазначено від 0,0% в Чернівецькій області до 6,8% в Луганській області (20,5 на 100 тис. відповідного населення).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік, що знаходяться в диспансерній групі нагляду складає 71,92 на 100 тис. відповідного населення (7987 осіб), а осіб, старших за працездатний вік, що знаходяться в диспансерній + консультативній групах – 216,31 на 100 тис. відповідного населення (24023,00 осіб). Диспансерна група складає 33,25% серед усіх розладів психіки. Найнижчий показник питомої ваги диспансерної групи в Вінницькій області – 14,39%; в м. Київ – 15,86%; в Закарпатській області – 17,00%. Найвищий – в Херсонській (74,96%), в Тернопільській (65,05%), в Львівській (58,12%) областях.

Поширеність на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік, що знаходяться в диспансерній групі нагляду складає 1355,75 на 100 тис. відповідного населення (150568 осіб), а осіб, старших за працездатний вік, що знаходяться в диспансерній + консультативній групах – 2331,51 на 100 тис. відповідного населення (258935 осіб). Диспансерна група складає 58,15% серед усіх розладів психіки. Найнижчий показник питомої ваги диспансерної групи в Вінницькій області – 33,58%; в Сумській області – 38,40%; в Донецькій області – 38,73%; в м. Севастополь – 38,74%. Найвищий – в Херсонській (100%), в Одеській (85,89%), в Львівській областях (85,18%), в Полтавській (75,81%) областях.

#### Висновок

1. Показник захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в 2008 році в Україні склав 216,3 на 100 тисяч відповідного населення. Найвищий показник зафіксовано у Київській області (359,4 на 100 тисяч населення), найнижчий – в Чернівецькій області (118,5).

2. У структурі показників захворюваності серед усіх розладів психіки та поведінки осіб старших за працездатний вік в 2008 році переважала непсихотична група розладів психіки та склала 62,5%, або 135,3 на 100 тисяч відповідного населення. Коливання цього показника у регіонах відбувалося у межах від 67,4 у м. Севастополь до 278,9 у Київській області.

3. На другому місці серед показників захво-

рюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в 2008 році – показники розладів психіки та поведінки психотичного характеру – 36,8%, або 79,7 на 100 тисяч відповідного населення. Коливання цього показника у регіонах відбувалося у межах від 28,1 у Чернівецькій області до 130,5 у м. Севастополь.

4. Показник розповсюженості на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в 2008 році в Україні склав 2331,5 на 100 тисяч відповідного населення. Найвищий показник зафіксовано у Донецькій області (3372,3 на 100 тисяч відповідного населення), найнижчий – в Вінницькій області (1359,5).

5. Питома вага органічних, включно симптоматичних розладів психіки (F00-F09) складає 68,7%. Найвищий показник в цій групі зафіксовано в Херсонській області (90,5%), найнижчий – в Полтавській області (36,4%). Коливання показника захворюваності органічними, включно симптоматичними розладами психіки (F00-F09) від 65,5 на 100 тис. відповідного населення в Полтавській області до 267,4 на 100 тис. відповідного населення в Черкаській області (показник по Україні – 148,6 на 100 тис. відповідного населення).

6. Питома вага усіх форм деменцій серед розладів психіки та поведінки у осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році склала 22,7% від усіх психічних розладів (F00-F09; F20-F99) та 33% в групі органічних, включно симптоматичними розладами психіки (F00-F03). Показник захворюваності усіма формами деменцій осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році становив 49,1 на 100 тис. відповідного населення. Коливання даного показника в Україні в межах від 13,2 на 100 тис. відповідного населення в Полтавській області до 106,2 на 100 тис. відповідного населення в Житомирській області.

7. Показник захворюваності хворобою Альцгеймера (F00) осіб, старших за працездатний вік, в Україні в 2008 році склав 3,2 на 100 тис. відповідного населення. Коливання даного показника в Україні в межах від 0,4 на 100 тис. відповідного населення в Тернопільській області до 19,3 на 100 тис. відповідного населення в м. Севастополь.

8. Показник захворюваності судинною деменцією (F01) становить 36,7 на 100 тис. відповідного населення. Коливання даного показника в Україні в межах від 7,1 на 100 тис. відповідного населення в Чернівецькій області до 82,6 на 100 тис. відповідного населення в Херсонській об-

ласті.

9. Друге місце в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні, займає група невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F48) – 18,7%. Коливання питомої ваги групи невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів зазначено від 3,8% в м. Севастополь до 43,9% в АР Крим. Коливання показника захворюваності невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-F48) від 7,5 на 100 тис. відповідного населення в м. Севастополь до 107,0 на 100 тис. відповідного населення в АР Крим (показник по Україні – 40,5 на 100 тис. відповідного населення).

10. Питома вага афективних розладів (F30-F39) в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні складає 5,7% і займає третє місце. Найвища питома вага афективних розладів в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні в Львівській області (19,5%), найнижча – в Чернівецькій області (0,4%). Коливання показника захворюваності афективними розладами від 0,5 на 100 тис. відповідного населення в Чернівецькій області до 27,2 на 100 тис. відповідного населення в Луганській області (показник по Україні – 12,3 на 100 тис. відповід-

ного населення).

11. Питома вага шизофренії (F20) в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки осіб, старших за працездатний вік в Україні складає 2,0% (4,3 на 100 тис. відповідного населення) і займає четверте місце. Коливання питомої ваги групи шизофренії зазначено від 0,0% в Чернівецькій області до 6,8% в Луганській області (20,5 на 100 тис. відповідного населення).

12. В Україні існують культуральні особливості щодо організації надання медико-соціальної допомоги особам з вадами психічного здоров'я.

13. В Україні відсутній єдиний підхід, як в організації надання психіатричної допомоги, так й питаннях діагностики вад психічного здоров'я у осіб, старших за працездатний вік.

14. В Україні існує гіподіагностика атрофічних деменцій та афективних розладів у осіб, старших за працездатний вік.

15. В Україні служби первинної медико-санітарної допомоги повинні мати можливості та відповідні знання та досвід щодо виявлення та лікування осіб, старших за працездатний вік, з вадами психічного здоров'я на первинному медико-санітарному рівні.

16. Україна сьогодні потребує єдину модель організації медико-соціальної допомоги та стандарти діагностики та лікування вад психічного здоров'я у осіб, старших за працездатний вік.

*И.Я. Пинчук*

## **ОСОБЕННОСТИ СИТУАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ В 2008 ГОДУ**

Главное управление здравоохранения Донецкой областной администрации

Для изучения особенностей заболеваемости и распространенности психических расстройств у лиц старше трудоспособного возраста в Украине в 2008 году впервые проанализированы данные Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины. Проведен сравнительный анализ по основным группам психических расстройств в соответствии с МКБ 10 в разных регионах Украины. Установлено, что значительный удельный вес психических расстройств у лиц старше трудоспособного возраста в Украине в 2008 году (68,7%) составили органические, включая симптоматические расстройства психики. На втором месте – группа невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (18,7%). Третье место – аффективные расстройства (5,7%). Приведенный анализ обосновывает необходимость разработки и внедрения в Украине модели организации медико-социальной помощи и стандартов диагностики и лечения психических расстройств у лиц пожилого возраста. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 10-16).

**PARTICULAR QUALITIES OF SITUATION OF MENTAL DISORDERS THE ELDERLY  
PEOPLE IN UKRAINE 2008**

Department Health Service of Donetsk region

First it was analyzed facts of the Centre Medical Statistics of the Ministry of the Service in Ukraine for studies particular qualities sickness and prevalence of mental disorders the elderly people in Ukraine 2008. It was leaded comparative analysis the basic groups of mental disorders according to the ICD-10 in different regions of Ukraine. It was determined that considerable specific role of mental disorders the elderly people in 2008 (68.7%) was organic ones, including symptomatic disorders. On the second level there was group of neurotic disorders (18.7%). On the third level there was an affective disorder (15.7%). Resulted analyses prove necessary the development and introduction the model of organization medical and social help and diagnostics' standards and treatment mental disorders the elderly people. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 10-16).

*Література*

1. Безруков, В. В. Організація довготривалої допомоги людям літнього віку (огляд літератури і власних досліджень) // Журнал АМН України. - 2005. - №2. - С. 326-345.
2. 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.
3. Вержиковская Н.В., Чайковская В.В. Состояние и

перспективы развития амбулаторной помощи населению старше трудоспособного возраста // Проблеми старення и долголетия.- 2001.-№1.-С.85-95.

4. Безруков В.В., Чайковская В.В. Новые подходы к оценке потребностей пожилых людей в медико-социальной помощи и ее эффективности // Материалы Консульт. междуна. семин. - М: МЗМП РФ, 1995. - С.143.

Поступила в редакцию 6.04.2009



УДК 616.895.8-085

*Т.Л. Ряполова***СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ВПЕРВЫЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, психиатрический стационар, социально-демографическая характеристика, клиническая характеристика

Шизофрения – это болезнь, которая в первую очередь затрагивает социальные аспекты жизни человека. Плодотворно развивающаяся в последние десятилетия диатез-стрессовая модель шизофрении, сформировавшаяся как концепция «уязвимость-стресс-копинг-компетентность», внесла существенные коррективы в представления о «естественном течении заболевания», обратив внимание на роль преморбидной социализации и уязвимости пациента к стрессу, а также на влияние средовых факторов (социальная сеть, семья, жизненные события, полнота и характер реабилитационных воздействий), обуславливающих существенное разнообразие протекания шизофренического процесса и его исход [1,2].

Как показывают результаты современных исследований по изучению динамики шизофренического расстройства, после первичного эпизода существует множество разнообразных паттернов течения заболевания: от однократного приступа, после которого симптомы полностью редуцируются, до хронических форм с неуклонным ухудшением состояния больного, без каких-либо ремиссий [5]. «Естественное течение шизофрении» не обязательно принимает хроническую форму и далеко не у всех больных ведет к деградации и распаду психики [4]. Вероятность обострения и перехода заболевания в хроническую форму тесно связана с качеством социального окружения личности, которое может способствовать негативному влиянию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции [3,6].

С учетом данных тенденций возникает необходимость детального анализа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особеннос-

тей их социального статуса. Это позволит оценить объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в психосоциальных воздействиях на том или ином этапе оказания помощи и наметить перспективы на будущее.

На начальном этапе была разработана унифицированная карта клинического и социально-демографического анализа истории болезни больного с первичным психотическим эпизодом. Путем анализа архивного материала КЛПУ «Областная клиническая психиатрическая больница, г.Донецк» за 2002-2004г.г. было выявлено, что в этот период на стационарном лечении находилось 299 больных, впервые госпитализированных по поводу шизофрении или заболеваний шизофренического спектра. Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар, представлены в таблице 1.

Среди находившихся на лечении больных из изучаемого контингента 56,19% (168 чел.) составляли мужчины, женщины (131 чел.) – 43,81%, но преобладание удельного веса лиц мужского пола был статистически недостоверным ( $p > 0,05$ ). Распределение больных по возрасту было следующим: до 20 лет – 77 чел. (25,76%), 21-30 лет – 128 чел. (42,8%), 31-40 лет – 49 чел. (16,39%), 41-50 лет – 35 чел. (11,7%), старше 50 лет – 10 чел. (3,35%), т.е. первый психотический эпизод чаще встречался в возрасте от 21 года до 30 лет. Средний возраст изученного контингента –  $24 \pm 3,47$  года, т.е. преобладали лица молодого трудоспособного возраста. Несмотря на первую госпитализацию в психиатрический стационар, по-

давяющее большинство больных относились к категории неработающих (167 чел., 55,85%), что может быть связано как с общей напряженной в отношении трудоустройства ситуации в стране, так и наличием начальных признаков заболевания со снижением побу-

дительной активности в поиске официально-го места работы с соответствующим образованию уровнем и удовлетворенностью пациентов сезонными или неофициальными (например, реализатором на рынке) формами трудовой занятости.

Таблица 1

**Социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в 2002-2004 году**

	Число больных	
	Абс.	%
<b>Пол:</b>		
- мужской	168	56,19
- женский	131	43,81
<b>Возраст:</b>		
- до 20 лет	77	25,76
- 21-30 лет	128	42,8
- 31-40 лет	49	16,39
- 41-50 лет	35	11,7
- старше 50 лет	10	3,35
<b>Социальный статус:</b>		
- рабочий	38	12,72
- служащий	39	13,04
- учащийся	21	7,02
- студент	34	11,37
- не работает	167	55,85
<b>Семейный статус:</b>		
- холост (не замужем)	198	66,23
- женат (замужем)	69	23,08
- разведен (а)	28	9,36
- вдовец (вдова)	4	1,33
<b>Взаимоотношения в семье:</b>		
- ровные	96	32,13
- дружеские	19	6,35
- эпизодические конфликты	39	13,05
- частые конфликты	46	15,37
- эмоционально отстраненные	99	33,10
<b>Родительская семья:</b>		
- полная	202	67,56
- неполная	94	31,44
- сирота	3	1,00
<b>Воспитание в родительской семье:</b>		
- гармоничное	137	45,82
- гиперопека	71	23,74
- гипоопека	91	30,44
<b>Материальная обеспеченность:</b>		
- удовлетворительная	205	68,56
- уровень выживания	90	30,10
- неудовлетворительная	4	1,34

<b>Жилищно-бытовые условия:</b>		
- удовлетворительные	283	94,65
- неудовлетворительные	16	5,35
<b>Преморбидные особенности личности:</b>		
- гармоничная личность	124	41,47
- замкнутость	95	31,77
- вспыльчивость	44	14,72
- тревожность	36	12,04
<b>Психические расстройства в анамнезе:</b>		
- не было	132	44,15
- неврозоподобные	14	4,68
- психопатоподобные	19	6,35
- психотические симптомы	118	39,47
- субдепрессии	13	4,35
- гипомании	3	1,00
<b>Неблагоприятные факторы, предшествовавшие возникновению данного эпизода:</b>		
- не было	168	56,19
- эмоционально-стрессовые	54	18,07
- соматическое заболевание	22	7,35
- переутомление	55	18,39
<b>Промежуток времени между появлением первых признаков психоза и госпитализацией:</b>		
- до суток	202	67,56
- до недели	72	24,08
- до месяца	13	7,69
- до года	2	0,67
<b>Обращение за помощью до настоящей госпитализации:</b>		
- не обращался	47	15,72
- обращался к психиатрам амбулаторно	179	59,87
- обращался к врачам других специальностей	37	12,37
- обращался к целителям, экстрасенсам	36	12,04
<b>Клинический диагноз (МКБ-10):</b>		
F 20.00	39	13,04
F20.09	60	20,07
F23.2	22	7,36
F23.0	61	20,40
F23.1	89	29,77
F25.0, F25.1, F25.2	28	9,36
<b>Продолжительность продуктивного этапа болезни</b>		
- до 1 нед.	87	29,1
- до 2-3х нед.	148	49,5
- до 1 мес.	41	13,71
- до 2х мес.	18	6,02
- свыше 2х мес.	5	1,67
<b>Длительность стационарного лечения</b>		
- до 2-3х нед.	50	16,73
- до 1 мес.	88	29,43
- до 2х мес.	117	39,13
- свыше 2х мес.	44	14,71

Лишь 69 больных (23,08%) имели собственные семьи, 66,23% (198 чел.) никогда не состояли в браке ( $p < 0,05$ ), а 28 чел. (9,36%) были разведены к моменту госпитализации. Соответственно около половины пациентов проживали с родителями или другими родственниками. При этом более чем в 50% случаев имелись проблемы во взаимоотношениях как в собственных, так и в родительских семьях: 39 чел. (13,05%) характеризовали взаимоотношения в семьях как эпизодически конфликтные, 46 чел. (15,37%) – как частые конфликты, 99 чел. (33,1%) – как эмоционально отстраненные. Несмотря на то, что более половины пациентов (202 чел., 67,56%) воспитывались в полных семьях, в подавляющем большинстве случаев присутствовал фактор дисгармоничного воспитания (71 чел. (23,74%) оценивали воспитание в семье как гиперопеку, 91 чел. (30,44%) – как гипоопеку). Высокий процент неудовлетворительных отношений с родственниками, наличие одиноких больных, с одной стороны, может рассматриваться как фактор, провоцирующий начало заболевания и предполагающий относительно неблагоприятный прогноз в плане семейной адаптации, комплаентности и повторных обострений заболевания у больных с первым эпизодом психотического расстройства, с другой стороны, обуславливает необходимость стимулирования развития социальных сетей пациентов, позволяющих расширить их социальные контакты и сеть поддержки, а также проведения семейной и психообразовательной терапии с целью нормализации стиля семейных отношений и уменьшения нагрузки на ближайшее социальное окружение.

Жилищно-бытовые условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными, лишь 5,35% (16 чел.) не имели постоянного места жительства или проживали без прописки в густонаселенных квартирах. Несмотря на то, что большинство больных оценивали свое материальное положение как удовлетворительное, среди обследованного контингента выделялась группа пациентов (90 чел., 30,1%), которые находились в материальном плане на уровне выживания: они с трудом «сводили концы с концами», случайно заработанных денег хватало лишь на скудное питание, другие расходы были практически недоступны. При этом в части случаев (1,34%) можно было говорить о фактически бедственном положении: больные недоедали, иногда даже голодали, носили обноски или старые, ветхие вещи. Данная группа больных остро нуждалась

в социальной помощи.

В преморбиде у большей части пациентов отмечались такие черты личности как замкнутость (95 чел., 31,77%), вспыльчивость (44 чел., 14,72%), тревожность (36 чел., 12,04%), и лишь 41,47% больных характеризовались как гармоничные личности. Более чем у 50% пациентов в анамнезе отмечались психические расстройства, которые, как правило, не требовали психиатрического вмешательства и расценивались пациентами и их родственниками как особенности или «странности» в поведении и восприятии текущих событий. Наибольший удельный вес (39,47%, 118 чел.) принадлежит отдельным психотическим симптомам (отрывочные бредовые идеи различного содержания, нарушения восприятия, признаки дезорганизации процесса мышления), также наблюдались невротоподобные (14 чел., 4,68%) расстройства в виде навязчивостей, неврастенических симптомов, явлений дереализации-деперсонализации, психопатоподобные (19 чел., 6,35%) расстройства (эмоциональная взрывчатость, патологическая ревность), субдепрессии (13 чел., 4,35%) и гипомании (3 чел., 1,0%). Таким образом, в структуре наиболее ранних проявлений шизофрении и расстройств шизофренического спектра наблюдались различные по глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности, характеру связи с очерченным началом процесса (первый психотический эпизод) симптомы, характеризующиеся малой дифференцированностью и клинической неоднородностью. Между тем, уточнение их структуры и отношения к развивающемуся впоследствии психозу имеет важное значение не только для понимания клиники заболевания, но и для разработки адекватной системы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Согласно данным историй болезни, у подавляющего большинства пациентов промежуток времени между появлением признаков психоза и госпитализацией составлял примерно сутки (202 чел., 67,56%), причем первично пациенты в основном (59,87%) обращались за помощью к районным психиатрам. Больные были госпитализированы достаточно оперативно, что благоприятно сказывалось на определении лечебных мероприятий и продолжительности продуктивного этапа болезни (более чем у 50% больных – 1-3 недели).

По диагностическим категориям МКБ-10 больные распределились следующим образом: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F20.3) – 61 чел.

(20,4%), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 89 чел. (29,8%), шизофрения, период наблюдения менее года (F20.09) – 60 чел. (20,1%), параноидная шизофрения, непрерывное течение (F20.00) – 39 чел. (13,0%), острое шизофреноподобное расстройство (F23.2) – 22 чел. (7,3%), шизоаффективные расстройства (F25) – 28 чел. (9,4%). Более чем у половины пациентов сроки госпитализации составляли 2 месяца и более, что было связано не столько с активным антипсихотическим лечением, сколько с мерами притязаниями, направленными на

коррекцию развивающегося эмоционально-мотивационного и когнитивного дефицита.

Таким образом, социально-демографические и клинические особенности больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств как неотъемлемой части психиатрического лечения.

*Т.Л. Ряполова*

## **СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА РОЗЛАДИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ, ЩО ВПЕРШЕ ШПИТАЛІЗОВАНО У ПСИХІАТРИЧНИЙ СТАЦІОНАР**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У роботі представлено клінічні та соціально-демографічні характеристики 299 хворих на шизофренію та розлади шизофренічного спектру, що були вперше шпиталізовані у КЛПУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня, м.Донецьк» у 2002-2004р.р. Отримані дані вказують на необхідність для дослідженого контингенту не тільки психофармакотерапії, а й цілеспрямованих психосоціальних втручань як важливої частини психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 17-21).

*T.L. Ryapolova*

## **SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC AND SCHIZOPHRENIC-LIKE DISORDERS IN PATIENTS WITH INITIAL HOSPITALIZATION IN PSYCHIATRIC HOSPITAL**

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

Clinical and social-demographic characteristics of 299 patients with schizophrenia and schizophrenic-like disorders which were hospitalized in Donetsk Regional Clinical Psychiatric Hospital initially in 2002-2004 are presented in the article. Received data indicate the necessity of psychopharmacology and consistent psychosocial interventions as important part of psychiatric help. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 17-21).

### *Литература*

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. - Донецк: «Каштан», 2006. - 268с.  
2. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание. - СПб.: Гиппократ+, 2004. - 336с.  
3. Desjarlais R., Eisenberg L., Kleinman A. Word Mental Health. Problems and Priorities in Low-in-Kome Countries. - Oxford: Oxford University Press. - 1995.

4. Harding C.M., Zubin J., Strass J.S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? Hospital and Community Psychiatry. - 1987., 38. - P. 477-486.  
5. Hopper K. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry//Medical Antropology Quarterly. - 1991, 5. - P. 299-330.  
6. Thornicroft G., Susser E. Evidence- based psychotherapeutic interventions in the community care of schisofrenia (Editoral) \ Br. J. Psychiatry.- 2001.- Vol. 178.- P. 2-4.

Поступила в редакцию 18.04.2009

УДК 618.14 – 065.87+618.17–008.1+159.972

*В. В. Свиридова***МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ВНУТРЕННИХ ПОЛОВОХ ОРГАНАХ**

Донецкое областное территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: семейная дезадаптация, психокоррекционные мероприятия, медико-психологическая реабилитация, гистеректомия, миомектомия

Проблема реабилитации является одной из 43 научных программ, разрабатываемых в рамках ВОЗ [1]. По данной программе ВОЗ осуществляет сотрудничество с 30 международными неправительственными организациями. В большинстве государств реабилитация признана интегральной частью лечебного дела.

Существует большое количество определений этого понятия. Согласно Т.С. Алферовой и О.А. Потехиной, реабилитация – процесс осуществления взаимосвязанного комплекса медицинских, профессиональных, трудовых и социальных мероприятий различными способами, средствами и методами, направленными на сохранение и восстановление здоровья человека и среды его жизнеобеспечения по принципу минимакса [2, 3]. Энциклопедический словарь медицинских терминов называет реабилитацию в медицине комплексом медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов [4]. В Популярной медицинской энциклопедии реабилитация в медицине (восстановительное лечение) определяется как система мероприятий, имеющих целью быстрое и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. Далее отмечено, что реабилитация в медицине является начальным звеном в системе общей реабилитации. Здесь же перечислены и другие формы реабилитации – психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая, проводимые наряду с реабилитацией медицинской и в прямой связью с ней [5].

М.М. Кабанов [6] рассматривает термин «реабилитация» как конечный результат принятых

в отношении больного или инвалида мер (больной реабилитирован) и как процесс, направленный не только на восстановление или компенсацию нарушенных функций, но и на поддержание их на определенном уровне (осуществление реабилитации больного). По его определению, реабилитация – это наиболее полное возвращение больному или инвалиду здоровья и трудоспособности в результате применения комплекса медицинских, психологических, педагогических и социальных мер [7].

Согласно определению экспертов ВОЗ, реабилитация – это процесс, целенаправленный и ограниченный во времени, который дает возможность инвалиду достичь оптимального физического, умственного и социального уровня функционирования и изменить качество жизни [1]. Реабилитация как метод подхода к больному человеку, представляет собой «арену системной деятельности», где участниками взаимодействия являются человек (как организм и как личность), сам по себе являющийся «открытой системой», и окружающая его социальная и биологическая среда. Объединение медицинской, психологической и социальной модели в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, дающей возможность избежать альтернативности (биологическое и социальное) в подходе к человеку, страдающему тем или иным недугом, и открывающей большие возможности для правильного понимания целей и задач профилактики и лечения.

Научное исследование реабилитации (как процесса и как системы) должно включать макроэкономическое и микроэкономическое рассмотрение: наблюдение «системы реабилитации» как целого и рассмотрение в деталях одной из ее подсистем, к числу которых следует отнести клинично-биологический, социально-психологический, этический, социально-экономический,

юридический и ряд других аспектов. Основной «элемент» клинико-биологической подсистемы может быть выражен такими понятиями, как «гомеостаз», «адаптация», «компенсация». Основным «элементом» социально-психологической подсистемы, вероятно, можно считать понятия «общение», «отношение» и «взаимоотношение». Этический аспект системы реабилитации должен основываться на так называемом принципе партнерства (в первую очередь врача и больного). Социально-экономический аспект реабилитации тесно связан со стоимостью затрат, экономической рентабельностью проводимых мероприятий, юридический – с разработкой правовых норм и т.д. [8].

По мнению основоположника отечественной психиатрической реабилитологии проф. В.А. Абрамова и его школы, принципиальные различия в содержании различных уровней несостоятельности пациента находят отражение при разработке целей, методов воздействия на пациента и этапов реабилитации [9]. Это дает основание для выделения трех этапов медико-социальной реабилитации:

1. этап медицинской реабилитации;
2. этап психологической (социально-психологической) реабилитации;
3. этап социальной реабилитации.

Этап медицинской реабилитации представляет собой комплекс медико-психиатрических мероприятий, осуществляемых при манифестных или повторных психотических эпизодах и различных кризисных состояниях. Этот этап проводится в обычном психиатрическом стационаре (диспансере, дневном стационаре). Он включает в себя медикаментозное лечение, а также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ, инсулинотерапия и пр.), направленные на купирование симптомов заболевания, в том числе поведенческих расстройств, и стабилизацию клинического состояния больного.

Этап социально-психологической реабилитации. На этом этапе реализуется психолого-педагогическое сопровождение пациента как системная деятельность психолога и психотерапевта, направленная на создание комплексной системы клинико-психологических, психолого-педагогических и психотерапевтических условий, способствующих усвоению знаний, умений и навыков, восстановлению личности, нормализации семейных отношений и интеграции пациентов в социум.

Этап социально-психологической реабилитации, в свою очередь, состоит из двух: 1) психо-

логической реабилитации (госпитальный этап реабилитации) и 2) социальной реабилитации (экстрагоспитальный этап реабилитации).

Этап психологической реабилитации является обязательным для всех пациентов. Основанием для назначения реабилитационных процедур являются различные формы функциональной несостоятельности (дисфункции) личности, необходимость формирования позитивных мотиваций и т.д. Помимо медикаментозной терапии (чаще всего поддерживающей), на этом этапе широко используются индивидуальные и групповые формы личностно ориентированной психотерапии, психообразовательные программы, семейная терапия, тренинг социальных навыков и другие формы психосоциальных воздействий, осуществляемых в условиях адекватно организованной реабилитационной среды.

Важными задачами этапа психологической реабилитации являются предотвращение распада семьи больного, разрыва социальных связей, сохранение привычного уровня социального функционирования.

Этап социальной реабилитации предусматривает по возможности бездефектную реинтеграцию пациента в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения, достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий и улучшение качества жизни.

По нашему мнению, профилактика, лечение и реабилитация больных – три основополагающих составляющих современной медицины, в том числе и в гинекологии. Говоря о реабилитации больного человека, ряд исследователей придают ей не меньшее значение, нежели лечению, полагая, что это единый процесс, в целом направленный на достижение оптимального состояния здоровья [10 – 13].

Реабилитация в гинекологии, в частности оперативной гинекологии, имеет свою специфику, которая определяется необходимостью выработки у женщины, перенесшей хирургическое вмешательство на гениталиях, таких качеств личности, которые помогли бы ей максимально адаптироваться к микросоциальной и социальной среде в новых условиях. Для достижения этой цели в процессе реабилитации должны принимать участие не только гинекологи, но и клиницисты иного профиля – специалисты по внутренним болезням, лечебной физкультуре, физиотерапии и др., очень велика также роль в этом процессе психолога и медицинского психолога.

И в ранний, и в отдаленный период после

гинекологической операции возможно влияние целого ряда патогенных факторов (социальных, психологических, социально-психологических, соматических), существенно затрудняющих адаптацию женщины к сложным семейным, бытовым условиям, к сексуальной жизни, а также к напряженной производственной деятельности. Учитывая это, операцию нельзя считать завершающим этапом лечения гинекологического заболевания. Полное выздоровление больной может быть достигнуто при проведении специальной восстановительной терапии, которая в современных условиях является обязательным заключительным компонентом любого хирургического вмешательства на органах малого таза. У перенесших оперативное лечение гинекологических больных эта терапия должна быть направлена на предупреждение послеоперационных осложнений, рецидивов патологического процесса, устранение вызванных им функциональных расстройств и психологическую подготовку пациентки к полноценному функционированию в условиях жизни и деятельности.

Мы солидарны с В.И. Кулаковым [14], который полагает, что реабилитация пациенток, перенесших гистерэктомию, должна состоять из трех следующих этапов:

1. Первый этап – психотерапия до операции, направленная на разъяснение сути операции, что поможет женщине избежать ощущения неопределенности, даст возможность лучше адаптироваться к своему изменившемуся состоянию.

2. Второй этап – выбор адекватного объема гистерэктомии и сопутствующих симультанных операций.

3. Третий этап – психотерапия, проводимая с целью преодолеть реальные последствия операции: при возникновении гипоэстрогении – заместительная гормональная терапия, при наличии противопоказаний возможная терапия фетальными тканями (с учетом особенностей организма пациентки и после полного клинико-ла-

бораторного обследования).

Все сказанное убеждает в том, что реабилитация представляет собой медико-социально-психологическую проблему, поскольку она направлена на восстановление соматического, психологического, социального статуса и нарушенных межличностных отношений людей, утративших способность у адаптации на указанных уровнях в результате заболевания или травмы. Если цель лечения – ликвидация заболевания или уменьшение его проявлений, то цель реабилитации – это возрождение больного как личности, восстановление его трудовой деятельности в максимально возможном объеме, достижение социальной и экономической независимости, интеграции в обществе [15].

Многофакторный характер реабилитационного процесса определяет необходимость системного подхода к его проведению с учетом состояния медико-биологического, социального, психологического и социально-психологического компонентов здоровья. Медико-биологический компонент включает в себя оптимальное состояние органов и систем организма; социальный – высокий уровень микросоциального и социального функционирования личности; психологический – психологический комфорт, отсутствие внутрличностного конфликта; социально-психологический – успешное межличностное и сексуальное общение. Реабилитация больного человека, в том числе гинекологической больной, должна представлять собой систему реабилитационных мероприятий, основанную на принципах комплексности, дифференцированности, последовательности, этапности, индивидуализации, достаточной продолжительности и преемственности. При этом действия участвующих в процессе реабилитации специалистов – лечащего врача гинеколога и других клиницистов, инструктора ЛФК, трудотерапевта и медицинского психолога должны быть строго согласованы.

### **Характеристика обследованного контингента.**

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2001 – 2008 гг. обследовано 350 женщин, перенесших радикальное оперативное вмешательство на внутренних половых органах по поводу миомы матки (54 – миомэктомия, 296 – тотальную/субтотальную гистерэктомию), и их мужей. Обследованные женщины были в возрасте от 30 до 55 лет, их мужья в каждой супружеской паре входили в одну возрастную группу с женами (разница в возрасте не превышала

5 лет). Основанием для вывода о репрезентативности полученных результатов стала однородность базовых социально-демографических показателей обследованных обеих групп. Обследование пациенток и их мужей проводилось через полгода после оперативного вмешательства.

Из 296 супружеских пар (СП), в которых жены перенесли радикальную операцию гистерэктомии, у 240 имело место нарушение супружеской адаптации. Из 54 СП, в которых женам



было проведено консервативное хирургическое лечение (миомэктомии), у 30 также диагностирована супружеская дезадаптация. У 80 СП (56 – в которых жены подверглись гистерэктомии и 24 – миомэктомии), диагностировано состояние супружеской адаптации.

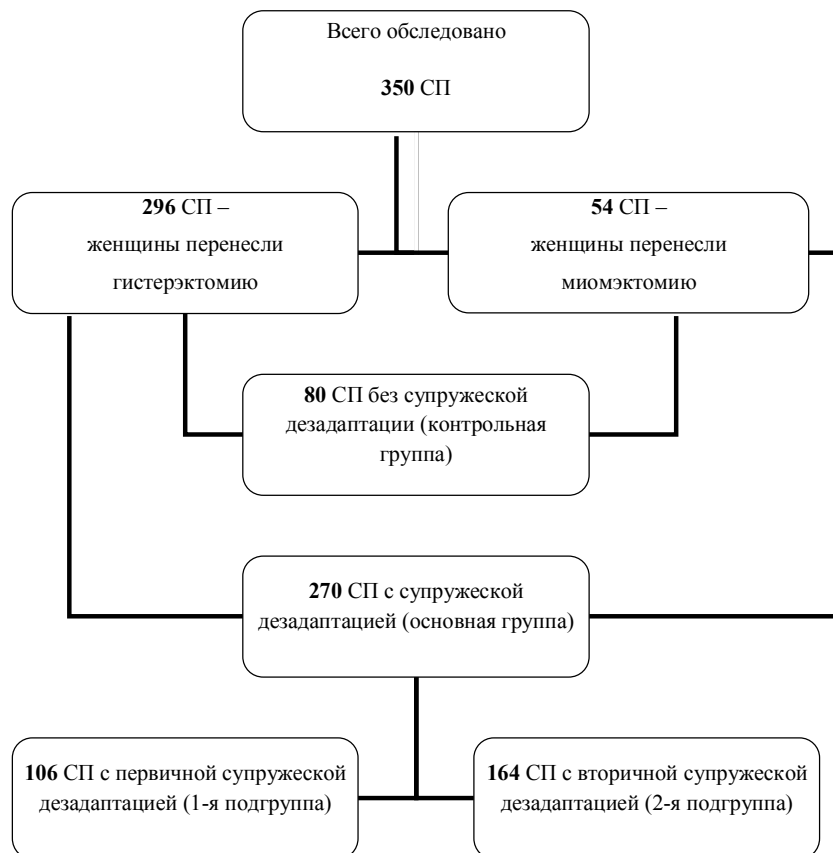
Таким образом, по главному критерию оценки – состоянию супружеской адаптации – в исследовании сравнивались две группы: основная – 270 СП с ее нарушением (240 СП, в которых жена перенесла гистерэктомию и 30 СП, в которых у жены была произведена миомэктомия) и контрольная – 80 СП с отсутствием признаков нарушения супружеской адаптации.

Кроме того, среди СП основной группы в зависимости от клинического варианта супружеской дезадаптации – первичной или вторичной – было выделено две подгруппы. В первую вошли 90 СП, в которых жены перенесли гистерэктомию ( $37,5 \pm 4,8\%$ ) и 16 СП, в которых жены подверглись миомэктомии ( $53,3 \pm 5,0\%$ ), для которых было характерным наличие супружеской дезадаптации и до операции, которая лишь усугубила имеющиеся нарушения (106 СП, первая подгруппа). Во вторую – 150 СП ( $62,5 \pm 4,8\%$ ), в которых жены перенесли гистерэктомию и 14 СП ( $46,7 \pm 5,0\%$ ), в которых у женщин была произведена миомэктомия (164 СП, вторая подгруппа). Супруги этой

подгруппы отмечали возникновение супружеской дезадаптации, развившееся вследствие произведенного оперативного вмешательства на внутренних половых органах у супруги: эти обследованные четко указывали на связь между возникновением дезадаптации и операцией, обосновывая появление супружеской дезадаптации с негативными физиологическими и психологическими изменениями, обусловленными оперативным вмешательством. Общий дизайн исследования представлен на рис. 1.

Результаты изучения психического состояния обследованных дали основание считать, что радикальное оперативное вмешательство на внутренних гениталиях у женщин в сочетании с супружеской дезадаптацией способствовало формированию невротических и аффективных расстройств, в основном, депрессивного и тревожно-депрессивного спектра.

В результате изучения особенностей личности и межличностного взаимодействия в супружеских парах, жены в которых перенесли операции на внутренних гениталиях, установлено существование различий в вышеупомянутых характеристиках у супругов, в зависимости не столько от факта наличия или объема оперативного вмешательства, сколько от состояния их супружеской адаптации.



**Рис. 1.** Общий дизайн исследования.

Изучение состояния супружеской адаптации дало возможность выделить клинические варианты и формы супружеской дезадаптации в СП, в которых женщины перенесли операции на внутренних половых органах.

I. В случае проведения радикального оперативного вмешательства (гистерэктомии): 1 вариант. Супружеская дезадаптация, обусловленная вторичной сексуальной дезадаптацией вследствие гистерэктомии у жены (62,5%). 2 вариант. Первичная супружеская дезадаптация, усугубленная последствиями гистерэктомии у жены (37,50%). А. Полоролевая форма супружеской дезадаптации, усугубленная гистерэктомией (22,2%). Б. Социокультурная форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями гистерэктомии у жены (21,1%). В. Сексуальный фобический невроз (6,7%). Г. Коммуникативная форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями гистерэктомии у жены (50%).

### Результаты исследования

Согласно сформулированным В.И. Кулаковым положениям, первый этап медико-психологических мероприятий, суть которого заключалась в проведении краткосрочной психотерапевтической интервенции, направленной на снятие феномена тревоги по поводу предстоящей операции и формирование комплайенса, начинали проводить с женщинами еще до операции.

На втором этапе психокоррекционных воздействий после оперативного вмешательства пациенткам проводилась краткосрочная психотерапия (два-три сеанса), в основе которой лежал гипноз с классической (вербальной) индукцией транса. Занятия проводились в группах из трех-шести больных. После погружения в гипнотическое состояние (обычно достигались I-II, реже III стадии по Forel), пациентки оставались в нем в течение 10-15 минут. Каких-либо специфических гипнотических внушений не проводилось, поскольку уже само состояние гипноза обладает лечебным воздействием, нормализуя не только психологические, но и физиологические процессы в организме [16]. Гипноз в качестве центрального элемента психотерапевтических интервенций второго этапа был выбран в связи с тем, что он занимает особое место среди психотерапевтических методов, нашедших свое место в клинической клинике. Это связано с рядом причин. Во-первых, гипнотерапия широко применяется для улучшения качества жизни соматических пациентов [17, 18]. Во-вторых, имеются данные о патогенетическом действии гипноти-

II. В случае проведения консервативного оперативного вмешательства (миомэктомии): 1 вариант. Супружеская дезадаптация, обусловленная вторичной сексуальной дезадаптацией вследствие миомэктомии у жены (46,7%). 2. Первичная супружеская дезадаптация, усугубленная последствиями миомэктомии у жены (53,3%). А. Социально-психологическая форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями миомэктомии у жены (30%). Б. Сексуальная форма супружеской дезадаптации, усугубленная последствиями миомэктомии у жены (23,3%).

Вышеизложенное в качестве главных «мишеней» психокоррекционного воздействия легло в основу разработки мероприятий медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах.

ческого состояния при психосоматических заболеваниях [19]. В-третьих, существуют свидетельства иммуномодулирующего влияния гипноза при гинекологической патологии [20].

Третьим этапом психокоррекционной работы было создание «Школы для пациенток, перенесших гистерэктомию», направленной на формирование у больных адекватных установок, повышение мотивации к активному участию в программах реабилитации. В основу психокоррекционных воздействий в данном случае была положена групповая дискуссия по наиболее актуальным для данной категории больных вопросам (режиме двигательной активности, рационе питания, психологических проблемах, восстановлении брачных взаимоотношений, сроках и возможности возвращения к труду). Программа «Школы» рассчитана на 7 занятий. Наиболее оптимальным было начало занятий примерно через неделю после операции. Занятия проводились 2-3 раза в неделю в группе из 6-10 пациенток. Продолжительность одного занятия - около 1 часа. Кроме того, для купирования имеющейся у больных депрессивной и тревожной симптоматики, при необходимости по индивидуальным показаниям консультантом-психиатром назначалось психофармакологическое лечение.

Необходимо отметить, что наряду с базовыми гипно- и групповой терапией использовались элементы и других психотерапевтических методик в процессе как индивидуальных сеансов, так

и в группе больных.

1). Применялась рациональная психотерапия, в ходе которой пациенткам разъяснялись возможности реадaptации в различных областях их жизни (семейные отношения, трудовая деятельность и др.) после начала заболевания и удаления такого психологически значимого органа, как матка.

2). Т.к. больные переживали чувство неполноценности в результате калечащей операции, проводилась терапия, направленная на повышение их самоуважения, самооценки. Ведущими в данном случае были интервенции, подчеркивающие тот факт, что, несмотря на проведенную операцию, пациентки по-прежнему остаются женщинами, женами, матерями.

3). Начиная с первой встречи с больной, большое значение придавалось хорошему психотерапевтическому «альянсу», межличностному контакту. В предоперационном периоде с женщинами велись предварительные беседы, во время которых им разъяснялись цели и задачи клинико-психологического исследования, давались ответы на все интересующие их вопросы. В процессе бесед подчеркивалось, что гипнотическое состояние способно стимулировать собственные резервы и защитные силы организма, в том числе и иммунную систему. Для установления продуктивного межличностного контакта мы придерживались трех необходимых условий эффективной психотерапии, по С. Rogers: безусловное принятие, эмпатия и конгруэнтность. Параллельно с этим устанавливались отношения доверия с больными.

4). Применялась также и поддерживающая терапия, особенно тогда, когда больные переживали интенсивные и болезненные чувства, связанные с потерей здоровья и калечащей операцией. Присутствие понимающего и принимающего все их переживания психолога помогало пациенткам проговорить и отреагировать хотя бы часть доставляющих выраженный дискомфорт эмоций.

В целом психокоррекционные воздействия на данном этапе были направлены на облегчение эмоциональных страданий пациенток и стимуляцию их здоровых жизненных сил.

Необходимо отметить, что медико-психологическая работа на вышеперечисленных этапах проводилась со всеми прооперированными женщинами – и основной, и контрольной групп.

Однако на следующем, последнем этапе медико-психологических мероприятий, сутью которых являлась коррекция супружеской дезадап-

тации, работа велась с СП основной группы.

У СП с супружеской дезадаптацией, обусловленной вторичной сексуальной дезадаптацией вследствие гистер- / миомэктомии у жены, реадaptационный этап коррекции начинали проводить после ликвидации основных физиологических проявлений последствий оперативного вмешательства. Он состоял в специальном сексологическом лечении, целью которого было излечение сексуальной дисфункции у женщин и достижение супружеской адаптации.

Пациенткам по показаниям назначали общеукрепляющие, тонизирующие средства, афродизиаки, мази, повышающие чувствительность гениталий и других эrogenных зон.

Больным, у которых невротические, эмоциональные расстройства и дисфории были ведущими в картине заболевания, для их ликвидации проводили психокоррекцию, конечной целью которой была выработка адекватных форм реагирования и поведения. Параллельно с этим начинали осуществлять мероприятия, направленные на повышение уровня взаимной адаптации супругов с учетом состояния каждого из компонентов и составляющих сексуального здоровья. На данном этапе психокоррекции использовали рациональную, индивидуальную и парную, гипносуггестивную психотерапию, самовнушение и аутогенную тренировку.

Устранение дезадаптивных личностных установок супругов служило основанием для перехода к следующему этапу психотерапии – коррекции их характерологических черт и межличностных отношений. Это достигалось с помощью методов реконструктивно-личностной и персоналистической психотерапии; проводили также мотивационный тренинг. Для снятия чувства страха и неуверенности перед половым актом с супругами проводили рациональную психотерапию в виде бесед, в которых разъясняли механизмы развития сексуальных нарушений при оперативном вмешательстве на внутренних половых органах, сопровождающемся генитальгиями, и обратимость всех болезненных явлений в результате лечения, обучали супругов правильным формам реагирования и оптимизации сексуально-эротических реакций. Специальные занятия проводили с целью ликвидации эмоциональных реакций женщин на состояние своего здоровья и сексуальную дезадаптацию, используя для этого рациональную (рассудочную) психотерапию, гипносуггестию и аутогенную тренировку.

Параллельно с мужьями больных проводили

специальный инструктаж, разъясняя им необходимость правильного сексуального поведения в предварительный, заключительный периоды и во время самого полового акта, важность для достижения и сохранения сексуальной гармонии правильных форм общения и адекватного реагирования на заболевание жены.

При первичной супружеской дезадаптации, усугубленной последствиями гистер- / миомэктомии у жены, система последовательно проводившихся корригирующих психокоррекционных мероприятий была направлена на нормализацию межличностных отношений, адаптацию сексуального поведения супругов, ликвидацию невротических и личностных расстройств у женщин и нормализацию функциональности семьи.

В первую очередь нами осуществлялся когнитивный компонент психокоррекции. В его задачи входили выработка правильных установок супругов на их межличностные отношения; уяснение ими необходимости и реальной возможности оптимизации своих отношений, в частности, полоролевого поведения; достижение адекватного отражения супругами друг друга с целью повышения уровня их взаимопонимания; осознание ими связи между своим поведением и взаимоотношениями с окружающими, в том числе с мужем (женой); понимание причин формирования конфликтных взаимоотношений и своей роли в их возникновении; знакомство с формами поведения, в том числе сексуального, способствующими нормализации отношений, предотвращению конфликтов и повышению функциональности семьи.

Задачами второго, аффективного компонента психокоррекции являлись дезактуализация связанных с конфликтами переживаний супругов, снятие их негативного отношения друг к другу и устранение дезадаптации. Эти цели достигались благодаря изменению способов неадекватного эмоционального реагирования супругов при межличностном общении, выработке у супругов критического отношения к своему неправильному реагированию в конфликтных ситуациях, усвоению способов установления благожелательных, доверительных отношений. Для этого требовалось добиться изменений в структуре личности пациентов – самооценке, системе социального восприятия и т.п.

Целью третьего, конативного компонента психокоррекции было воздействие на поведение супругов, что становилось возможным после решения задач когнитивного и аффективного компонентов. Для того чтобы в соответствии с

указанной целью изменить типы поведения супругов и типы их взаимодействия, приводящие к развитию коммуникативной, полоролевой, социокультурной, социально-психологической и сексуальной дезадаптации, необходимо было преодолеть неадекватные формы поведения, приводящие к супружеским конфликтам; выработать у супругов формы поведения, способствующие адаптации, прежде всего правильные способы разрешения семейных конфликтов. Наконец, следовало было выработать формы поведения, помогающие достигнуть взаимопонимания, обеспечивающие взаимопомощь, доверительность отношений, ответственность и самостоятельность каждого из супругов, и тем самым добиться улучшения функциональности семьи.

Выбор методов психокоррекции и конкретного содержания психокоррекционных занятий зависел от формы супружеской дезадаптации, ее причин, механизмов развития и клинических проявлений, причем при этом учитывались форма сексуального, невротического, личностного расстройства у пациентки, личностные особенности женщин и их мужей и степень заинтересованности супругов в нормализации своих отношений. При проведении психокоррекции мы использовали такие современные ее методы, как коммуникационный, ролевой психосексуальный, сексуально-эротический тренинг, групповую, рациональную психотерапию (индивидуальную и парную), и, кроме того, применяли вспомогательные методы – библио- и синематерапию, элементы гештальт-техники, трансактный анализ и др.

Приступая к проведению последнего этапа мероприятий медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах, мы уделяли особое внимание первой беседе с супругами, поскольку в этой беседе, помимо выяснения основных данных о каждом из супругов и внутрисемейной ситуации, должен был быть определен мотив участия супругов в процессе коррекции, а при установке на расторжение брака – выработана установка на его сохранение. Поэтому в первой беседе супругам, с одной стороны, объясняли реальную возможность оптимизации их взаимоотношений, а с другой – формировали у них правильное представление о психологической помощи. Во время этой беседы каждый из супругов должен был понять необходимость глубокого анализа супружеских взаимоотношений и собственную ответственность за успех

проводимого лечения.

Разумеется, в одной беседе нельзя было добиться устойчивой установки на сохранение семьи и обеспечить активное участие супругов в психокоррекционном процессе, тем более, что для супругов с дезадаптацией, при напряженном характере их взаимоотношений характерно аффективное либо негативное поведение во время первой беседы. Учитывая это, мы предотвращали резкие проявления конфликтности и высказывание супругами упреков друг другу; обсуждая основные проблемы семьи и причины конфликтов с каждым из них в отдельности.

При всех формах супружеской дезадаптации мы применяли персоналистическую психотерапию как один из основных методов воздействия. Персоналистическая психотерапия проводилась нами в форме индивидуальных бесед с помощью методов разъяснения, убеждения, внушения.

Начинали персоналистическую психотерапию с определения уровня развития и степени зрелости личности супругов, состояния ее интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной подсистем, установления причин нарушения персонализации, конфликтных ситуаций и роли указанных факторов в возникновении супружеской дезадаптации.

Вторым этапом коррекции была психологическая подготовка супругов, направленная на повышение уровня их знаний в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений. Затем проводилась психогигиеническая подготовка, задачей которой было информирование пациентов об имеющихся у них нарушениях и роли личности в генезе сексуальной дисгармонии.

Главная задача персоналистической психоте-

рапии – формирование у супругов новых установок, адекватного типа реагирования, перспективы успешного разрешения противоречий между личностью и обществом – решалась на следующем, реконструктивном этапе. На этом этапе осуществлялась перестройка направленности личности, самосознания, уровня притязаний супругов в соответствии с реальными обстоятельствами жизни.

Завершал психотерапию поддерживающий этап, проводимый для закрепления достигнутого уровня персонализации супругов.

Наряду с индивидуальными занятиями с супругами, как указывалось выше, проводилась групповая психотерапия. Если персоналистическая психотерапия позволяла воздействовать на метаиндивидуальные характеристики личности, то групповая психотерапия была обращена к интериндивидуальным ее характеристикам, и использование обоих методов существенно повышало эффективность коррекции дезадаптивных форм супружества.

Наряду с этими общими рекомендациями, подход в каждом конкретном случае, безусловно, должен быть сугубо индивидуальным.

Таким образом, предложенные и внедренные нами мероприятия медико-психологического сопровождения в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах, дали им возможность достичь оптимального физического, умственного и социального уровня функционирования и улучшить качество жизни, а также восстановить супружескую адаптацию. В целом терапевтический эффект при проведении вышеописанных мероприятий составил  $74,8 \pm 4,3 \%$ .

*В.В. Свірідова*

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА В КОМПЛЕКСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНАХ**

Донецьке обласне територіальне медичне об'єднання

В роботі приводяться розроблені та впроваджені 4-етапні заходи медико-психологічного супроводу в комплексній реабілітації жінок з подружньою дезадаптацією, що перенесли оперативні втручання на внутрішніх геніталіях, ефективність яких склала 74,8%. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 22-30).

## MEDICO-PSYCHOLOGICAL CONSTITUENT IN COMPLEX REHABILITATIONS SYSTEM OF WOMEN, WHICH CARRIED OPERATIVE INTERFERENCES ON SEXUAL INTERNALS

Donetsk Regional Territorial medical association

In-process is brought the developed the 4-steps measures of medico-psychological accompaniment are inculcated in the complex rehabilitation of women with matrimonial dezadaptation, which carried operative interferences on internal genitalia, efficiency of which made 74,8%. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 22-30).

### Литература

1. WHO. World Report on Disability and Rehabilitation [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/nmh/a5817>.
2. Алферова Т. С. Реабилитация недееспособных за рубежом. Обзор литературы / Т. С. Алферова, А. Г. Кисилев, О. А. Потехина // Мед. рефер. жур. геронт. - 1990. - №9. - С. 11.
3. Алферова Т. С. Основы реабилитологии. Книга первая / Т. С. Алферова, О. А. Потехина - Тольятти, 2000. - 199 с.
4. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Покровский В.И. - М.: Медицина, 2001. - 960 с.
5. Популярная медицинская энциклопедия. Термины и понятия. [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://bookred.ru/obzor\\_91893.html](http://bookred.ru/obzor_91893.html)
6. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. - СПб, 1998. - 328 с.
7. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. - Л.: Медицина, 1978. - 232 с.
8. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. - Донецк : ООО «Лебедь», 2002. - 279 с.
9. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. - Донецк : «Каштан», 2006. - 267 с.
10. Николаев Л. Ф. Основы медико-социальной реабилитации / Л. Ф. Николаев // Медицинская реабилитация. Т.1 / Под ред. акад. В.М.Боголобова. - Пермь: Звезда, 1998. - С.6-34.
11. Зайцев В. П. Психологическая реабилитация больных / В. П. Зайцев // Там же, с.531-567.
12. Теория и практика реабилитации // Вопросы теоретической и клинической медицины: Сб. науч. трудов Кабард.-Балкар. ун-та. - Нальчик, 1990. - 220с.
13. Стругацкий В. М. Медицинская реабилитация в гинекологии и акушерстве / В. М. Стругацкий // Медицинская реабилитация. Т.III / Под ред. акад. В.М.Боголобова. - Москва - Пермь: Звезда, 1998. - С.462-501.
14. Кулаков В. И. Проблемы и перспективы исследований по проблеме "Бесплодный брак" / В. И. Кулаков, Г. Я. Пшеничникова, Е. М. Вихляева // Акуш. и гинекол. - 1989. - № 7. - С.1-7.
15. Кочарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. - Москва: Медицина, 1994. - 223 с.
16. Боголюбов В. М. Предисловие / В. М. Боголюбов // Медицинская реабилитация. Т.III / Под ред. акад. В.М.Боголобова. - Москва - Пермь: Звезда, 1998. - С.3-5.
17. Бажин Е. Ф. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных / Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов // Журн. клин. психоонкол. - 2003. - № 3. - С. 14 - 19.
18. Stalpers L. J. Hypnotherapy in radiotherapy patients: a randomized trial / L. J. Stalpers, H. C. da Costa, M. A. Merbis / Int.J Radiat.Oncol.Biol.Phys. 2-1. - 2005. - v. 61 (2). - P. 499- 506.
19. Flammer E. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: Meta-analytic evidence / E. Flammer, A. Alladin // The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. - 2007. - v. 55 (3). - P. 251-274.
20. Miller G. E. Psychological interventions and the immune system: A meta- analytic review and critique / G. E. Miller, S. Cohen / Health Psychol. - 2001. - v. 20. - P. 47-63.

Поступила в редакцию 4.03.2009

УДК 616.17 – 008.14:616.89

*М.А. Денеко***ПСИХОКОРРЕКЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН**

Полтавская областная психоневрологическая больница им. А.Ф.Мальцева

Ключевые слова: психокоррекция, супружеская дезадаптация, специфические расстройства личности, женщины

По данным многочисленных исследователей, расстройства личности чрезвычайно широко распространены в популяции: они встречаются с частотой от 3 до 135 случаев на 1000 населения, что и определяет их важность для психиатрии и медицинской психологии [1 - 4].

По свидетельству ученых, при СРЛ человек обычно не осознает, что характер его поведения или мышления затрудняет жизненную адаптацию; напротив, он считает, что его поведение или мышление нормальны и правильны [5-7]. Клиническая специфика СРЛ обуславливает обязательное наличие дезадаптации в семье, в которой один из супругов страдает СРЛ.

Под нашим наблюдением находились 320 женщин, страдающих СРЛ разных типов, и их мужей. Эмоционально неустойчивый тип расстройства был диагностирован у 53 женщин, ананкастный – у 46, демонстративный – у 51, зависимый – у 53, шизоидный – у 45, диссоциальный – у 27, тревожный – у 15 и параноидный – у 30. Пациентки были в возрасте от 21 года до 46 лет, причем преобладали лица в возрасте от 31 года до 40 лет. Со своими мужьями они, как правило, входили в одну возрастную группу. Анализ анамнестических данных показал, что все больные находились на учете в психоневрологическом диспансере с детства или с подросткового возраста. При проведении исследования мы не смогли выделить контрольную группу, поскольку при расстройстве личности у женщин всегда возникала та или иная форма супружеской дезадаптации.

В результате проведенного системного анализа сексуального здоровья находившихся под наблюдением супружеских пар, установлено, что у всех супружеских пар имели место различные формы супружеской дезадаптации: коммуникативная – у 123 супружеских пар (38±3%); полоролевая – у 70 пар (223%); социокультурная – у 26 пар (8±3%); сексуально-эротическая – у 35 пар (10±3%); конституциональная – у 50

пар (16±3%); аверсионная – 16 пар (5±3%) [8].

При коммуникативной форме дезадаптации мы использовали в качестве основного метода психотерапии коммуникационный тренинг. В индивидуальных беседах каждый из супругов высказывал свои обиды и претензии к другому, свое представление о супружеских проблемах и их причинах, не провоцируя негативную реакцию другого. При парной (супружеской) психотерапии проводилось совместное обсуждение с супругами их проблем, особенностей поведения каждого из них и их взаимоотношений. Парная психотерапия, как правило, проводилась после индивидуальных занятий с каждым из супругов в отдельности.

Коммуникативная форма дезадаптации может быть обусловлена как внутрличностным конфликтом у одного или обоих супругов, так и межличностным конфликтом. В соответствии с этим в задачи психотерапевтической коррекции входила ликвидация причин того и другого конфликта, причем коррекция была направлена и на решение конкретных проблем, и на обучение супругов умению строить общение и конструктивно разрешать возникающие конфликтные ситуации.

Коммуникационный тренинг состоял из двух основных этапов: формирования новой, правильной установки на нормализацию межличностных отношений и научения реализации этой установки, т.е. продуктивному общению и разрешению конфликтов. Этап выработки установки начинался после получения информации об имеющихся у данной супружеской пары нарушениях в общении и определения уровня социально-психологической адаптации супругов. Полученная информация доводилась до сведения обоих супругов, обсуждалась с ними, выяснялась и фиксировалась их собственная оценка своей коммуникации. Затем в беседах, лекциях, а также с помощью библиотерапии супругов знакомили с принципами правильной коммуни-

кации, с основами культуры общения. На тематически ориентированных занятиях обсуждались такие проблемы, как психология общения, причины возникновения супружеских конфликтов; способы разрешения конфликтных ситуаций; распределение ролей в семье; стереотипы взаимодействия супругов, приводящие к конфликтам; роль характерологических и личностных черт в возникновении конфликтов.

На занятиях обсуждалась также рекомендуемая для чтения художественная и научно-популярная литература по соответствующей тематике.

На данном этапе психотерапевтической коррекции коммуникативной формы сексуальной дезадаптации мы знакомили своих пациентов с так называемой супружеской тактикой. Супружеская тактика – это способ коммуникации, позволяющий избежать возможных конфликтов, напряженности в отношениях, конфронтации и ссор с помощью позитивных форм поведения, направленных на подавление агрессивных тенденций или по крайней мере их проявления. Это форма сознательного управления поведением партнера и изменения его в желаемом направлении – наиболее действенный способ достижения данных целей, применимый даже при отказе партнера от сотрудничества. Однако его успешное использование требует умения владеть проявлениями собственных чувств.

Супружеская тактика основана на общих принципах и правилах коммуникации, разработанных Д.Карнеги и модифицированных С.Кратохвилем [9] в качестве руководства для супругов.

При кратком перечислении этих принципов отметим следующие: интерес к супругу (супруге), к его мнениям и увлечениям, знание его сильных и слабых сторон; умение внимательно слушать, без чего невозможны взаимопонимание и умение говорить о том, что интересует, занимает мысли супруга; при необходимости критики она должна быть справедливой и тактичной, подводя супруга к пониманию собственной неправоты; осторожное отношение к приказам, которые следует облекать в форму пожелания или просьбы; понимание собственных ошибок и умение признавать их; щедрость на похвалу; эмпатия, умение войти в положение другого; принцип «не ссориться», «быть выше ссоры», разъясняя свою точку зрения; наконец, использовать самое простое и эффективное средство пресечения конфликта – доброжелательную улыбку.

Этап выработки установки после ознакомления с методами супружеской тактики заканчивается библиотерапией. Второй этап коррекции коммуникативной формы супружеской дезадаптации, этап научения, заключается в занятиях, проводимых как врачом (индивидуальных, парных и групповых), так и супругами самостоятельно дома.

В качестве метода научения мы применяли разработанную С.Кратохвилем конструктивную ссору – форму коммуникации, при которой в обусловленное время супруги, соблюдая определенные правила, открыто проявляют свои отрицательные эмоции и критику по отношению друг к другу, затем переходят к самокритике и положительной оценке друг друга, что может завершиться компромиссным решением спорного вопроса. Этот метод позволяет ослабить отрицательные аффекты и способствует сближению супругов.

В соответствии с правилами конструктивной ссоры ее проводили по поводу какого-либо критического события после предварительной договоренности. Для нее выбирают удобное место и время. Начиная ссору должен четко представлять себе, чего он требует, чего хочет с ее помощью добиться, и ясно понимать, что целью ссоры является не поражение противника, не собственная «победа», а совместное решение проблемы. В процессе проведения ссоры используемые аргументы не должны унижать партнера или задевать его больные места (например, высмеивать физические недостатки), напоминать о старых обидах; запрещаются выпады против лиц или предметов, которые дороги партнеру, неопределенные обобщения претензий ("ты мне никогда не помогаешь") и использование необоснованных угроз.

Чтобы облегчить начало и окончание ссоры, ее разделяют на три этапа, для каждого из которых также установлены основные правила. Начальный этап – уведомление о желании начать ссору; средний этап: 1) говори то, что думаешь, 2) реагируй и критикуй; конечный этап: 1) признай свои ошибки, 2) найди в другом что-то хорошее. На конечном этапе ссоры необходимо отступить самому и протянуть руку примирения другому. Заканчивая ссору, целесообразно использовать некоторые элементы супружеской тактики Карнеги. Каждый из партнеров должен постараться понять собственные ошибки и позицию другого, показать свою доброжелательность, иногда откровенно попросить о примирении. Наконец, учитывая критические замеча-



ния среднего этапа, каждый из супругов должен оценить партнера, обязательно похвалив за то, что заслуживает похвалы.

Затем оба супруга оценивают результаты ссоры. За каждый раздел можно получить –1 или +1 балл, подсчет очков проводят для каждого участника отдельно, и окончательный результат, получаемый суммированием баллов, позволяет судить об эффективности ссоры.

Выбор конкретных форм и методик психотерапии, темы и содержания проводимых занятий зависели от личностных особенностей, характера взаимоотношений супругов и их позиции по отношению к будущности брака.

При коммуникативной форме мы проводили также групповую психотерапию. Если она назначалась обоим супругам, их вводили в состав разных групп. В большинстве случаев, однако, групповая психотерапия назначалась одному из супругов, при наличии сексуальной аверсии – тому из них, кто испытывал аверсию.

Обычно группы состояли из 9-12 человек. Занятия длительностью по 2 ч проводили 1-3 раза в неделю в течение двух месяцев. Весь курс коррекции занимал, таким образом, примерно 40 часов.

Работа психотерапевтической группы строилась с учетом групповой динамики и была ориентирована на максимальное стимулирование активности участников. Основным методом при этом была групповая дискуссия – биографическая, тематическая и интеракционная. Эффект достигался путем выхода на личную проблему каждого из членов группы. Биографически и интеракционно ориентированные занятия в основном соответствовали принятым при групповой психотерапии. В процесс групповой дискуссии вводились элементы семейно-ролевого тренинга, трансактный анализ, что позволяло получить дополнительный материал для анализа проблем группы в целом и каждого ее члена в отдельности.

При групповой психотерапии система обратной связи позволяет каждому участнику видеть, как другие интерпретируют его поведение, а следовательно, помогает осмыслить собственные черты, приводящие к конфликтным взаимоотношениям, что является необходимым условием успешной коррекции своего поведения и эмоциональных реакций.

Мы использовали в процессе групповой психотерапии, помимо метода дискуссии, различные вспомогательные методики – библиотерапию, направленную на повышение уровня куль-

туры общения супругов, элементы гештальт-терапии, графические, пантомимические техники, имеющие целью активизировать процесс взаимодействия в группе, повысить активность ее членов. Эти техники применяли в тех случаях, когда пациентам трудно было говорить о своих чувствах и переживаниях.

При использовании вспомогательных техник задание, как правило, завершалось обсуждением, в ходе которого каждый из членов группы должен был рассказать о своих чувствах и мыслях, вызванных выполнением предложенного задания, что обеспечивало обратную связь. Обсуждение строилось как конструктивный анализ характерных особенностей и способов поведения членов группы. Все применяемые методы органически сочетались друг с другом.

В связи с тем, что супруги часто объясняли возникающие в семье трудности характерологическими особенностями и неправильным реагированием друг друга, мы считали целесообразным проведение при коррекции супружеских взаимоотношений ролевых игр.

При обсуждении конфликтных ситуаций членам группы предлагали проиграть свои способы их решения, что позволяло выявить и проанализировать имеющиеся у них конкретные поведенческие навыки общения. Роль супруга при этом выполнял выбранный из группы партнер. При выборе ситуации мы исходили из условий, что ее содержание должно соответствовать конкретным ситуациям, возникающим между супругами, и должно быть значимым для пациента, участвующего в ролевой игре.

Разыгрывая характерные конфликты, участники демонстрировали свойственные им стереотипы поведения в конфликтных ситуациях. При этом одна и та же ситуация проигрывалась несколько раз, что давало участникам тренинга возможность побывать в разных ролях, предлагая каждый раз свои варианты решений. По процедуре проигрывания производилась смена ролей, чтобы можно было разыграть поведение не только свое, но и второго супруга. В ходе ролевого тренинга его участники выступали то активными исполнителями ролей, то активными наблюдателями, благодаря чему они максимально включались в поиск решения типичных и актуальных для них социально-психологических проблем.

В процессе обсуждения каждой проигранной ситуации участники, увидевшие свое поведение со стороны, оценивали адекватность предложенных решений, целесообразность изменения по-

ведения. Проигрывание предложенной ситуации другими участниками позволяло каждому не только осознать способы общения, приводящие к конфликтам, но и расширить арсенал собственных средств их разрешения; кроме того, при этом повышалась чувствительность каждого к проблемам другого. Таким образом, использование ролевого тренинга с последующим обсуждением позволяло модифицировать типы взаимодействия супругов, изменить характер их общения, т.е. добиться поставленной цели – освоения навыков бесконфликтной коммуникации.

Поскольку у больных расстройством личности среди ее нарушений отмечается и деперсонализация, мы полагали, что в арсенал средств психокоррекции супружеской дезадаптации при данной патологии должна входить персоналистическая психотерапия по В.В.Кришталю [9], которую мы проводили при всех формах дезадаптации. Курс начинали с определения уровня и степени зрелости личности, состояния ее подсистем (интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной), причин нарушения персонализации, конфликтных ситуаций и роли указанных характеристик в возникновении сексуальной дезадаптации.

После этого проводили психологическую подготовку, направленную на повышение уровня знаний супругов в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений, затем психогигиеническую подготовку, задачей которой было повышение уровня осведомленности пациентов об имеющихся у них нарушениях и роли личности в генезе сексуальной дисгармонии.

На следующем, реконструктивном этапе коррекции решалась ее основная задача – формирование новых установок, типа реагирования, перспективы адекватного разрешения противоречий между пациентом и обществом путем перестройки активности, направленности личности, самосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни. Завершала лечебный курс поддерживающая психотерапия, проводимая с целью подкрепления достигнутого уровня персонализации супругов.

Персоналистическая психотерапия проводилась в форме индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс состоял из 10-12 занятий продолжительностью от 30 мин до 1 часа.

Индивидуальная персоналистическая психотерапия не исключала возможности одновременного проведения групповой психотерапии. Если

последняя действовала на интериндивидуальные характеристики личности, то персоналистическая психотерапия, действующая и на метаиндивидуальные ее характеристики, значительно повышает эффективность коррекции дезадаптивных форм нарушения сексуального здоровья.

В систему психотерапии практически всех форм сексуальной дезадаптации как одно из ее звеньев входила также библиотерапия, т.е. «лечение чтением».

Поскольку в библиотерапии используют обычно художественные произведения (реже – популярные книги в беллетризованной форме), ее относят к методам эстетотерапии. Подбор книг для чтения диктуется задачами психотерапевтического воздействия. Для наших пациентов мы подбирали произведения, которые помогали бы им понимать причины имеющихся у них нарушений поведения (полоролевого, сексуального), подсказывали пути решения конфликтов и способы самовыражения.

Рекомендуя чтение книг в библиотерапевтических целях, мы исходили из трех принципов: 1) изложение должно быть доступно для пациента; 2) поведение героя книги, как пример силы духа, должно ободрять нуждающихся в этом людей, не усугублять чувство собственной неполноценности; 3) описанная в книге ситуация должна иметь максимальное сходство с ситуацией, в которой находится пациент. Последнее особенно важно при сексуальной дезадаптации, в основе которой лежит внутриличностный или межличностный конфликт.

Мы применяли метод библиотерапии у всех своих пациентов и в индивидуальной, и в групповой форме. При индивидуальной библиотерапии пациенты читали книги по составленному нами библиотерапевтическому плану, а затем совместно проводился разбор прочитанного. При групповой библиотерапии, формируя группу, учитывали степень начитанности и читательские интересы ее членов.

При сексуально-эротической форме дезадаптации супругов в качестве основного метода коррекции использовали сексуально-эротический тренинг.

Перед началом тренинга проводили диагностическое обследование каждого из супругов, целью которого было выявление у них эrogenных зон, физиологических реакций при воздействии на эти зоны, выяснение психологической приемлемости воздействия. При этом использовали карты эrogenных зон мужчины и женщины, на которых каждый из супругов указывал

свою реакцию при воздействии на ту или иную зону, специальным значком отмечая неприемлемость воздействия. После заполнения карты мужей и жен сверяли, и полученную информацию учитывали при проведении тренинга.

Известно, что сексуально-эротический тренинг имеет противопоказания, которыми являются низкий уровень социальной и психологической адаптации супругов; неправильная информированность в области психогигиены половой жизни; психологическая неприемлемость обследования с помощью карты эрогенных зон; нарушение полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. При наличии этих противопоказаний перед проведением тренинга необходимо нормализовать уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов, повысить уровень их осведомленности в вопросах секса, ликвидировать нарушения полоролевого поведения и психосексуальной ориентации.

Первым этапом сексуально-эротического тренинга - этапом выработки установки – является информационная (когнитивная) психотерапия. Проведение информационной психотерапии обусловлено тем, что сексуально-эротическая дезадаптация в большинстве случаев является следствием недостаточной и неправильной осведомленности супругов в области секса, искаженных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции и связанной с этим неверной оценки супругами своих сексуальных проявлений.

Информационная психокоррекция представляет собой специальный самостоятельный способ воздействия. Она направлена на ликвидацию дефицита информации путем последовательного и планомерного повышения уровня осведомленности и компетентности супругов в вопросах межличностных отношений и психогигиены половой жизни. Для достижения этой цели мы рекомендовали супругам чтение соответствующей научно-популярной литературы, например книг В.В.Кришталя, Г.П.Андруха «Сексуальная гармония супружеской пары», «Сексуальная дисгармония супружеской пары» (Харьков, 1996); Пол Джоанидис. Библия секса (М., 2004); Лев Щеглов. Все про секс. От А до Я (СПб., 2006) и др. В ряде случаев уже само по себе повышение знаний в области общения и в вопросах психогигиены половой жизни способствует нормализации взаимоотношений между супругами и ликвидации сексуальной дезадаптации.

Задача нивелирования неправильной оценки

супругами своих сексуальных проявлений решается помощью рациональной (разъяснительной) психотерапевтической коррекции, которая проводилась в форме индивидуальных, парных, групповых бесед и лекций на соответствующие темы, а именно: анатомо-физиологические особенности половой функции; психология и физиология половой жизни; причины и условия развития сексуальной дезадаптации; гигиена и психогигиена половой жизни.

Клиническая практика свидетельствует о том, что дефицит информации, неправильная осведомленность в области психогигиены половой жизни и связанная с этим недостаточная сексуально-эротическая адаптация наблюдаются у большинства супружеских пар при всех дезадаптивных формах нарушения сексуального здоровья, хотя и не всегда являются его причиной. Поэтому мы полагаем, что информационная психотерапия должна входить составной частью в систему дифференцированной психокоррекции каждой формы сексуальной дезадаптации.

После повышения осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни, коррекции их представлений о сексуальных физиологических реакциях и выработки новой установки на проведение полового акта проводился второй этап психокоррекции рассматриваемой формы дезадаптации – этап научения правильному сексуальному поведению, который и представлял собой собственно сексуально-эротический тренинг.

В процессе сексуально-эротического тренинга супруги учились правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга и адекватной технике полового акта, в результате чего они находили оптимальную форму сексуального поведения.

Завершающим этапом психотерапевтической коррекции сексуально-эротической дезадаптации является проводимая в форме индивидуальных и совместных собеседований с супругами поддерживающая психотерапия, направленная на закрепление выработанного оптимального сексуального поведения.

Основным методом коррекции полоролевой формы дезадаптации служит ролевой психосексуальный тренинг. Он имеет целью ликвидацию нарушения стереотипа полоролевого поведения, которое, как известно, может проявляться в форме гиперфемининного или маскулинного поведения у женщин, гипермаскулинного или фемининного поведения у мужчин. И в тех, и в других случаях отклонения от нормативного поло-

ролевого поведения, как правило, влекут за собой возникновение супружеской дезадаптации.

При использовании ролевого психосексуального тренинга мы также проводили диагностическое обследование наших пациентов, выясняя, на каком этапе, стадии и фазе психосексуального развития произошла девиация полоролевого поведения и какой фактор (психогенный или социогенный) вызвал имеющееся нарушение. Важным диагностическим критерием при этом было выяснение состояния платонического, эротического и сексуального либидо, а также сексуальной установки и типа сексуальной мотивации. Такой анализ дает возможность выявить структуру нарушения психосексуального развития, а следовательно, и наметить поэтапную психотерапевтическую коррекцию.

Как и при сексуально-эротической форме дезадаптации, психотерапевтический процесс осуществлялся в два основных этапа – выработки установки и научения. Прежде всего, с супругами проводили информационно-разъяснительную работу – информировали их о правильном полоролевом поведении. С этой целью применяли библиотерапию и рациональную психотерапию в форме индивидуальных и групповых бесед.

С целью выработки у страдающих расстройством личности женщин негативного отношения к имеющемуся у них нарушению полоролевого поведения применяли рациональную психотерапию. Ее осуществляли также в индивидуальной и групповой форме с помощью разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения. При формировании у пациенток новых полоролевых установок рациональную психотерапию проводили в форме индивидуальных и групповых бесед, дополняя ее библиотерапией.

Этап научения при психотерапевтической коррекции полоролевой формы дезадаптации заключался в собственно полоролевом тренинге, задачей которого была выработка нормативного полоролевого поведения. Тренинг также проводился в индивидуальной и групповой формах.

Те же методы – индивидуальные, парные, групповые занятия и поведенческий тренинг – после окончания психотерапевтического курса использовались в качестве поддерживающей психотерапии для закрепления выработанного правильного полоролевого поведения женщин.

Рациональная психотерапия, проводившаяся при данной форме дезадаптации с целью выработки у женщин негативного отношения к име-

ющемуся у них нарушению полоролевого поведения, осуществлялась в индивидуальной и групповой форме с помощью разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения. Ее проводили, дополняя библиотерапией, и на реконструктивном этапе, целью которого было формирование новых полоролевых установок.

Завершал курс коррекции полоролевой тренинг, задачей которого являлось научение нормативному полоролевому поведению.

При социокультурной форме супружеской дезадаптации с целью выработки у больных негативного отношения к свойственному им дисгармоничному или девиантному вариантам сексуальной культуры и формирования оптимального – взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического типа сексуальной мотивации мы проводили сексуально-мотивационный тренинг, рациональную индивидуальную и парную психотерапию, активное самовнушение, аутогенную тренировку, эстетико-психотерапию, сексуально-поведенческий и сексуально-эротический тренинг.

Конституциональная форма сексуальной дезадаптации определялась несоответствием типов половой конституции у находившихся под нашим наблюдением супругов, а именно тем обстоятельством, что у большинства женщин была слабая или ослабленная средняя половая конституция. На первом этапе коррекции данной формы мы проводили рациональную психотерапию, в парных (супружеских) беседах разъясняя, что при свойственном пациентке типе половой конституции не каждый половой акт должен обязательно приводить к оргазму и тем не менее она может и должна получать психосексуальное удовлетворение. Это достигалось благодаря взаимно-альтруистическому типу сексуальной мотивации и соответствующему мотиву полового акта – желанию дать наслаждение супругу. С целью их выработки проводили мотивационный тренинг. Мужу пациентки разъясняли необходимость активизировать предварительный период полового акта, создавая обстановку, благоприятствующую тесному духовному и телесному общению. Для этого рекомендовали использовать музыку, эротические духи, способствующие сексуальному возбуждению (духи «д'Амур», «Духи любви 114»), а также применять специальные кремы, обостряющие сексуальные ощущения (крем «Мадам», «Крем сестры Ирмгард» и др.).

На этапе научения проводили сексуально-эротический тренинг, в процессе которого супруги

должны были найти оптимальные способы и приемы воздействия в предварительный период и во время самого полового акта, наиболее приемлемые для женщины и в наибольшей степени возбуждающие ее. Следует отметить при этом, что успех описанной коррекции может быть достигнут только при высоком уровне психологической адаптации супругов и активном участии обоих в психотерапевтическом процессе.

При аверсионной форме дезадаптации с целью нивелировать имеющуюся у женщин сексуальную или сочетанную аверсию, повысить качество половых актов и добиться высокого процента оргастичности мы считаем необходимым уделять внимание снятию эмоциональных реакций супругов, коррекции их характерологических черт, выработке адекватных форм разрешения конфликтов. Для этого использовали методы рациональной психотерапии, внушение, групповую дискуссию с ориентацией на тематическое и интеракционное обсуждение и, по-

сле нормализации межличностных отношений супругов – сексуально-эротический тренинг.

В результате проведения вышеописанных мероприятий супружеская адаптация была полностью восстановлена у подавляющего большинства супругов со всеми формами дезадаптации, за исключением конституциональной формы, при которой было достигнуто в основном значительное улучшение, достаточное, однако, для нормальных сексуальных контактов. Полная коррекция дезадаптации чаще всего была достигнута при сексуально-эротической и социокультурной формах и реже – при аверсионной и коммуникативной. При этих формах дезадаптации чаще отмечался также только частичный эффект коррекции и наиболее высоким был процент рецидивов. В целом высокий и стойкий терапевтический эффект при проведении разработанной нами системы психокоррекции супружеской дезадаптации при СРЛ у жены составил  $71 \pm 3\%$ .

*М. О. Денек*

## **ПСИХОКОРЕКЦІЯ РІЗНИХ ФОРМ ПОДРУЖНЬОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ СПЕЦИФІЧНИХ РОЗЛАДАХ ОСОБИСТОСТІ У ЖІНОК**

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня ім. О.М. Мальцева

Наведені психокорекційні заходи, розроблені в залежності від форми подружньої дезадаптації при специфічних розладах особистості у жінок. Загальна ефективність психокорекції склала 71%. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 31-37).

*М. А. Денек*

## **PSYCHOCORRECTION OF DIFFERENT FORMS OF MATRIMONIAL DEZADAPTATION AT SPECIFIC DISORDERS OF PERSONALITY FOR WOMEN**

Named after Maltsev regional psychoneurological hospital

The psychocorrection measures, developed depending on the form of matrimonial dezadaptation at specific disorders of personality for women, are resulted. General efficiency of psychocorrection made 71%. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 31-37).

### *Литература*

1. Пережогин Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ // Электронный ресурс: [http:// www.rusmedserv.com /psychsex/uk22st.htm](http://www.rusmedserv.com/psychsex/uk22st.htm).
2. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. М.: НЦПЗ РАМН, 1996, - 136 с.
3. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: «Гэотар медицина», 1998 - 505 с.
4. Смулевич А.Б. Расстройства личности (психопатии) // Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова). М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 558-606.
5. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статистика,

- динамика, систематика. – М. : Медицинская книга, 2007. – 124 с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
7. Шостакович Б.В. Клинические варианты расстройства личности (психопатические расстройства) // Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – С.189-249.
8. Денек М.А. Клинические формы супружеской дезадаптации при специфическом расстройстве личности у женщин // Український вісник психоневрології. -2007. – Т.15, вип. 2. – С. 53-56.
9. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. - Харків: Фоліо, 2008. - 990 с.

Поступила в редакцию 16.02.2009

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

*М.В. Маркова, Т.Г. Ветрила***О РАЗРАБОТКЕ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: функционирование семьи, психический статус родителей, ребенок с нарушением психического развития

Конец XX – начало XXI столетия отмечен повышенным интересом специалистов различного профиля (психологов, социологов, медиков, демографов, экономистов, педагогов и др.) к проблемам современной семьи. Традиционно семья воспринимается как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию ребенка.

Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, для которых характерен высокий уровень проявления «проблемности». Существенные изменения, происшедшие в последние десятилетия в обществе в плане гуманизации отношения к лицам с отклонениями в развитии, определяют особый интерес к семье, в которой воспитывается такой ребенок.

Традиционно, проблемы семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, в нашей стране рассматривались исключительно через призму проблем самого ребенка. Работа с родителями проблемного ребенка, в большинстве случаев, ограничивалась консультациями по вопросам его обучения и воспитания, но при этом упускался из внимания очень серьезный аспект – эмоциональное состояние самих родителей.

Изучением межличностных отношений в семье с нормально развивающимся ребенком занималась большая группа ученых: Л. И. Божович (1968) [1], А. А. Бодалев (2002) [2], Э. Г. Эйдмиллер (1999, 2007) [3, 4], В. В. Кришталь (2008) [5]. Исследованию же проблем семьи, межличностных отношений в семьях, имеющих аномально развивающихся детей, посвящено сравнительно немного работ. Анализ отдельных проблем семьи аномального ребенка изложен в трудах Е. М. Мастюковой, А. Г. Московкиной (2003) [6], В. В. Ткачевой (2003-2006) [7-9], И. В. Добрякова, О. В. Заширинской (2007) [10], М. Н. Марютина (2007) [11], О. Ю. Андриенко

(2008) [12] и др.

Авторы обращают внимание на различные стороны сложных процессов взаимодействия аномального ребенка с окружающими, восприятия этого ребенка близкими для него людьми и развития самого ребенка как личности. Однако целенаправленного изучения такого рода отношений в семьях, имеющих ребенка с нарушением развития, до настоящего времени не проводилось.

Необходимо отметить, что проблема оказания помощи лицам, имеющим отклонения в развитии, в том числе, с использованием потенциала семьи больного, в разные исторические эпохи воспринималась по-разному. Так, изучение истории отношения к аномальным детям в древних Греции и Риме свидетельствует о негуманном обращении с ними, что трактовалось как защита жизнеспособности нации и даже обосновывалось великими философами того времени [13].

Гуманистические тенденции в отношении к аномальным лицам возникают только в эпоху Возрождения. Первым гуманистом, высказавшим мысль о необходимости проявления заботы о воспитании и обучении слабоумных и обосновавшим свою позицию, был знаменитый славянский педагог Ян Амос Коменский (1592-1670). Он считал, что учить можно всех аномальных детей. В связи с этим Я.А.Коменский писал: «Возникает вопрос: можно ли прибегать к образованию глухих, слепых и отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере привить знания? - Отвечаю: из человеческого образования нельзя исключить никого, кроме нечеловека» [14].

Понимание необходимости оказания общественной помощи таким лицам приобретает особую значимость к концу XVIII века. Многие историографы утверждают, что впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных лиц

была доказана на рубеже XVIII и XIX веков известным французским психиатром Жаном Итаром (1775-1838). Чуть позже эта проблема начинает рассматриваться уже как научная: возможности лечения и воспитания лиц с отклонениями в развитии первыми стали исследовать и изучать врачи (Ф. Пинель, Ж. Эскироль, 1838; Э. Сеген, 1903 и др.). Они же являлись и первыми наставниками и педагогами душевнобольных лиц. Разработкой вопросов воспитания и обучения лиц с аномалией развития занимались А. Бине и Т. Симон (1910, 1911), Д. Бурневиль (1884), D. Bourneville (1899), Daniel et Philippe (1899), J. Decroly (1905), Ж. Демур (1909), J. Demoor (1898), J. Demoor et G. Daniel (1898, 1900); М. Монтессори (1913), De Santctis (1906), Ж. Филипп и П. Бонкур (1911) и др. [цит. по 15].

В России стали обращать внимание на возможность использования семейного окружения как для профилактики, так и для лечения различных психических расстройств в первой половине XIX века. В конце 30-х годов по инициативе одного из основателей общественной психиатрии в России И. Ф. Рюля впервые в мировой практике была проведена общегосударственная перепись душевнобольных [16]. Одновременно с обобщением результатов переписи И. Ф. Рюль составил «Краткое наставление», в котором рассказывалось о том, «каким образом должно обходиться с умалишенным доколе он не будет помещен в заведение». Наряду с общими советами в «Наставлении» определялись меры, которые должны предпринимать члены семьи в отношении душевнобольного лица. Среди них упоминалось о «приветливом обхождении в разговоре между собой», о «стабильности положительных привычек и образа жизни, что служит укреплению характера умалишенного». Богатым родителям, дети которых отправлялись ими в «исправительные заведения» из-за своего непослушания, вменялось в обязанность, после возвращения непослушного сына или дочери, вести с ним или с нею разъяснительные беседы в домашних условиях и занимать полезным делом [цит. по 16].

Одновременно расширялась практика лечения душевнобольных в семьях, имеющих возможность их содержать. Указывалось на необходимость гуманистического отношения близких к умалишенному лицу и рассматривалась возможность лечебного воздействия на больного при участии членов семьи. С 1859 года в рамках развития семейного патронажа обсуждалась проблема оказания специального воздействия

лечащим врачом на семью больного. Имелось в виду не только постоянное наблюдение и контроль за состоянием больного, но и «просветительные беседы с членами семьи, дабы они, по доброму относясь к подопечному, своими разговорами положительно влияли на его самочувствие» [16]. Таким образом, первоначально проблема семьи с аномальным ребенком или с аномальным лицом рассматривалась в аспекте привлечения семьи для использования ее благотворного воздействия на состояние больного.

Опыт работы с семьями в патронаже обсуждался на I съезде отечественных психиатров. На этом съезде известным русским психиатром С. С. Корсаковым были установлены категории больных, которых он считал возможным лечить дома (в основном к ним были отнесены больные неврастенией). Расширение масштабов содержания душевнобольных в семьях, включающего применение лечебных мероприятий наряду с «моральным воздействием», предполагало необходимость правильного понимания их состояния ближайшим окружением (членами семьи).

А. М. Шерешевский, И. И. Щиголев (1995) [16] также отмечают, что психологическое лечение в семьях давало неплохие результаты при территориальной близости размещения семей. Семья больного становилась не только известным фоном для проведения лечебных мероприятий и психотерапии, но и ее определенным компонентом. Семья содействовала врачу в правильном выборе метода и создавала соответствующую обстановку для его использования. К началу XX века в крупных городах России были созданы и апробированы разнообразные формы лечения душевнобольных в семьях.

Известные в этой области специалисты придавали особое значение проведению разъяснительных мероприятий для родителей о природе возникновения дефекта, освещению недостатков семейного воспитания и оказанию родителям специальной помощи.

Так, В. П. Кашенко обосновывал идею положительного психологического воздействия семьи на больного необходимостью создания препятствия для его аутизации. При лечении психических нарушений известный психиатр подчеркивал важность «благоприятного стечения индивидуальных особенностей семьи» [17]. Оказывая помощь родителям в воспитании ребенка в семье, он, в первую очередь, обращался к «разъяснению родителям дефективности характера и трудности воспитания» такого ребен-

ка, а также давал рекомендации относительно режима дня, тактики отношения к ребенку и специальной литературы для чтения родителям.

О включении родительской темы в спектр обсуждаемых вопросов свидетельствуют труды и публикации известных психиатров, психологов и педагогов начала века. Представляют интерес, при освещении данной темы, публикации Ж. Демура, который согласно мнению Г. И. Россолимо, был «одним из лучших специалистов в Европе» того времени по проблеме аномального детства. Его монография «Ненормальные дети, воспитание их дома и в школе», вышедшая в России в 1909 г., охватывала широкий спектр вопросов, касающихся аномальных детей, включая и проблему контактов с родителями и их просвещение [цит. по 15].

В другой монографии немецкого ученого и педагога Б. Мэннеля «Школы для умственно-отсталых детей», переведенной на русский язык в 1911 г. врачом М. Владимирским, дается систематическое изложение состояния школ для умственно отсталых детей в Германии и отдельная глава («Родители и жизненные условия ученика») посвящается проблемам родителей подопечных [цит. по 15].

Истоки формирования семейной психотерапии на территории Российской империи связаны с образованием врачебно-воспитательных учреждений и организацией семейных патронажей для психически больных. В 1882 г. такое врачебно-воспитательное учреждение было создано в Петербурге. Возглавил его известный врач и педагог И. В. Маляревский. Опытом работы в подобных учреждениях заинтересовались в то время и за рубежом. В. М. Бехтерев, давая ответ на запрос, сообщал, что «12 учреждений такого рода достигают успехов в этом деле не только лечением, но и воспитанием призываемых» [16]. В применяемых И. В. Маляревским и его последователями мерах врачебного воздействия и воспитания огромное значение имела «диагностика взаимоотношений в семьях и выявление неправильности воспитания в формировании проявлений душевной болезни». Уделяя особое внимание «семейному воспитанию с родственниками» И. В. Маляревский отмечал, что «педагогическая неумелость родителей приводит в домашних условиях к образованию в детях развитого эгоизма, отсутствию сознания долга перед окружающими, к излишнему самолюбию, нередко принимаемому за душевное страдание». Исправление дефектов воспитания осуществлялось врачом в процессе бесед, про-

водимых с ребенком отдельно или по мере необходимости вместе с родителями. Для родителей отдельно проводились «совещания», на которых раскрывались недостатки семейного воспитания. Помощь в таких центрах при участии семьи оказывалась детям, которые имели «слабые степени идиотии, аномалии органов чувств и нервной системы, болезненные извращения детского ума и нрава, психические дефекты, выражающие душевную слабость» (то есть, в соответствии с современной классификацией, практически всем детям с отклонениями в развитии).

С 1912 г. в Петербурге при Психоневрологическом институте была открыта вспомогательная школа, при которой функционировали курсы для родителей. В программу этих курсов входило ознакомление с «учением о характерах и общая психопатология детского возраста». Проводились совместные занятия родителей и детей, на которых рассматривались не только сложные конфликтные ситуации в семье, но и давались советы и рекомендации по их устранению «путем взаимных уступок и отвлечения нервных детей от предмета их раздражительности». С 1907 по 1912 гг. подобный «кружок совместного воспитания и образования» работал и в Москве. С его программой был ознакомлен В. М. Бехтерев [16].

Таким образом, идея использования семьи в качестве организационно-лечебного и воспитательного компонента реализовывалась на территории Российской империи лучшими представителями медицинской науки в течение длительного времени и в различных формах.

Развитие этой идеи нашло свое продолжение и в советскую эпоху в работах ведущих отечественных психологов и психиатров (Л. С. Выготского (1982, 1983) [18, 19], М. С. Певзнер (1959, 1973, 1979) [20-22], К. С. Лебединской (1979, 1983) [22, 23], Ж. И. Шиф (1965) [24], Б. И. Пинского (1962) [25], С. Я. Рубинштейн (1986) [26] и др.).

Проблема изучения проявлений эмоциональных расстройств у родителей детей, имеющих отклонения в развитии, впервые возникла и стала дискутироваться в профессиональных кругах в XX веке.

Одним из первых упоминает о травмирующем воздействии душевнобольного на семью Э.Крепелин (1902, 1910) «...большинство из них живут десятки лет в состоянии слабоумия и полной беспомощности и составляют для семьи и для общества тяжелое, с каждым годом возрастающее бремя».



Первые работы, освещающие этот аспект проблемы, появились за рубежом [цит. по 10]. Спектр проблем, предлагаемых к обсуждению в этих работах, достаточно широк.

Одни авторы обращают внимание на различные формы влияния (эмоционального, социального и экономического) ребенка с нарушением развития на семью.

Другие выделяют понятия физического, финансового и эмоционального стресса в этих семьях [цит. по 10].

Третьи предлагают ввести понятие реабилитации в отношении этих семей, целью которой является обеспечение их эмоциональной стабильности и освобождение от психического стресса [27].

Большинство зарубежных авторов описывают большой диапазон невротических и психических расстройств у родителей детей с нарушениями развития [цит. по 15].

Среди рассматриваемых проблем, у исследователей вызывает интерес вопрос о степени выраженности и длительности эмоционального стресса. Некоторые авторы обращают внимание на смягчение эмоциональных расстройств в среднем лишь спустя 10 лет после рождения такого ребенка [цит. по 10]. Отмечается также тенденция к социальной изолированности и отчужденности таких семей.

Заслуживает внимания и вызывает интерес проблема, раскрывающая формы и этапы адаптации к стрессу семьи, воспитывающей аномального ребенка. Эта проблема широко дискутируется также в зарубежной литературе. Одни авторы считают, что семья, имеющая ребенка с нарушением развития, переживает две основные фазы кризиса: вначале (1 фаза) - неприятие факта нарушения развития, которое проявляется в виде шока или отрицания существования проблемы, а затем (2 фаза) приспособление к пониманию происшедшего и его принятие.

Другие считают, что наиболее популярной стала схема трех стадий, которую проходят родители больных детей в процессе своей жизни. В первой стадии, которая носит название эмоциональной дезорганизации, у родителей больных детей наблюдаются аффективно-шоковые реакции. Вторая стадия имеет характер реинтеграции, в период которой возможна частичная реалистическая оценка стрессовой ситуации родителями. Третья стадия - это зрелая адаптация, когда и отец и мать больного ребенка в состоянии правильно оценить создавшуюся ситуацию [цит. по 15].

В начале 80-х гг. XX века вышеописанная упрощенная двух или трех- фазовая модель кризисных состояний родителей трансформируется за рубежом в структурированную и многоступенчатую модель: 1) неуверенность, 2) отчаяние, 3) отрицание факта нарушения развития, 4) «пораженчество», 5) согласие, 6) принятие факта нарушения развития [цит. по 15].

На сегодняшний день установлено, что рождение и воспитание аномального ребенка вызывает у родителей комплекс негативных реакций и переживаний, которые обобщаются понятием «родительский стресс».

По мнению исследователей, он носит стадийный характер [28]. Содержанием первой стадии - эмоциональной дезорганизации - являются следующие состояния и реакции родителей: шок, растерянность, беспомощность, страх. Родители испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности и задаются вопросом: «Почему это случилось именно со мной?»

Вторая стадия или фаза рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Отрицание может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. На этой стадии развивается так называемое, «шоппинг – поведение», родители переводят ребенка от одного консультанта к другому, стремясь убедить себя, что специалисты не компетентны и ответственны за состояние ребенка.

Третья фаза родительского стресса - горевание. Чувство гнева или горечи может породить стремление родителей к изоляции, но, в то же время, найти выход в форме «эффективного горевания».

Четвертая стадия адаптации характеризуется эмоциональной реорганизацией, приспособлением, принятием больного.

Детальное рассмотрение кризисных состояний и переживаний родителей как процесса адаптации к новой жизненной ситуации проведен исследователем E. Schuchardt (1979) [цит. по 15]. Автор выделяет восемь таких кризисных состояний:

1. Неизвестность, неопределенность. Состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока, ощущение того, что рушится привычная «нормальная» жизнь.

2. Известность, определенность. Противоречие между пониманием проблемы на рациональ-

ном уровне и ее отрицанием на уровне эмоций и чувств.

3. Агрессия. Проявление негативных чувств в виде эмоциональных вспышек, в результате чего возникает агрессия, направленная на окружающий мир.

4. Активная хаотичная деятельность. Попытка овладеть безвыходной ситуацией с помощью имеющихся средств. Выделяются две основные стратегии такого поведения: поиск медицинского «светилы», врача-волшебника и поиск чудесного исцеления путем прямого обращения к Богу.

5. Депрессия. Переживание чувств безысходности, апатии и отчаяния в связи с безуспешностью усилий, предпринятых на предыдущем этапе.

6. Принятие факта нарушения развития. Обретение нового смысла жизни.

7. Активизация. Высвобождение сил, вследствие принятия факта нарушения развития, которые раньше уходили на борьбу и отрицание, и активное построение и осуществление жизненных планов.

8. Солидарность. Объединение с другими родителями, имеющими аналогичные трудности.

В отечественной науке этот аспект проблемы наиболее полно впервые был освещен в работах Р. Ф. Майрамяна (1974, 1976) [28, 29], предметом научного изучения которого стала семья умственно отсталого ребенка, что нашло отражение в его кандидатской диссертации «Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологические и психологические аспекты проблемы)» [29]. Впервые ситуация, сложившаяся в результате рождения в семье умственно отсталого ребенка, рассматривалась как «психотравмирующая, затрагивающая значимые для личности матери ценности». Автор высказал мнение, что блокирование в достижении психологически значимой для матери цели является одной из причин возникновения самых различных психопатологических расстройств. Травмирующая ситуация рассматривалась в качестве источника нарушения психического здоровья и резкого изменения сложившегося жизненного стереотипа. Психическая травма была тем более выражена, чем более для матери было значимым рождение здорового ребенка; обычно это отмечалось в тех семьях, где ребенок родился первенцем.

Обследование 102 женщин, имеющих умственно отсталых детей в тяжелой и глубокой

степени (имбецильность и идиотия), проводившееся с применением клинико-катамнестических методов и модифицированного теста ММРІ, показало, что клиническая картина психопатологических нарушений и их выраженность у матерей умственно отсталых детей характеризуется преобладанием аффективных расстройств. Причем характер психопатологического синдрома зависел от периода заболевания, преморбидных особенностей личности и факторов социального окружения.

Динамика психогенного заболевания характеризовалась автором как «смена психопатологических нарушений затяжными невротическими синдромами, а затем формированием различных типов патологического развития личности». Было подчеркнуто, что «психопатологические (синдром тревожной депрессии, выраженный аффект тоски и др.) и психосоматические расстройства (колебания АД, головные боли, тошнота, бессонница, нарушения терморегуляции, нарушения менструального цикла, психогенный зуд, крапивница, ранний климакс и др.) более выражены и чаще наблюдаются у личностей, преморбидно отличавшихся акцентуированными чертами характера».

Серьезный анализ результатов воздействия психотравмирующей ситуации на личностные особенности родителей и выявление взаимосвязи между отклоняющимся поведением родителей и особенностями аномалии развития их ребенка дан в работе Б. А. Воскресенского (1979) [30], целью которой была попытка установить особенности психотравмирующего воздействия на основе изучения личностных особенностей родителей детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения. Автором были обследованы 124 родителя. В процессе исследования выявилось, что патогенным может быть не просто «длительное эмоциональное и физическое напряжение в сочетании с соматической ослабленностью, а невозможность для больного прийти к некоторому выводу, остановиться на определенном решении, чего требовало от него неблагоприятное, психотравмирующее стечение обстоятельств». Также автором установлено, что «психотравмирующие переживания включают в себя фактор перенапряжения, истощения, но ведущим, «ключевым» является нарушение привычного стереотипа - трудность в принятии решения, проблема выбора. Она может возникать при различных психических травмах, но именно она сама по себе, независимо от житейского содержания события, является «клю-

чевым» для определенной личности (определенного уровня и типа реагирования) переживанием», влияющим и на форму дезадаптации (неврастения, невроз навязчивых состояний и истерический невроз).

Той же проблеме были посвящено диссертационное исследование В. А. Вишневого (1987) [31], в задачи которого входило изучение особенностей психогенного реагирования родителей на появление в семье ребенка с инвалидизирующим заболеванием. Было обследовано 143 родителя. Проведенное исследование показало, что воздействие длительной, неразрешимой, объективно крайне тяжелой психической травматизации (рождение в семье больного детским параличом ребенка) в двух третьих случаев вызывает у матерей появление депрессивной симптоматики, которая затем проявлялась в следующих формах: депрессивный невроз – затяжная невротическая депрессия – депрессивное невротическое развитие личности.

В исследовании рассматривались формы реагирования матерей в различные периоды их жизни с больным ребенком (три периода). Начальный период характеризовался острым проявлением эмоционально насыщенного депрессивного эффекта, обусловленного фиксацией внимания на психотравмирующих событиях, аффективно измененным мышлением и характерными механизмами психологической защиты, «надеждой на светлое будущее», общеневротическими расстройствами. На втором этапе преобладала стойкая и менее яркая депрессивная симптоматика с волнообразными колебаниями настроения. Отмечались постоянные вегетативные нарушения, астенические расстройства, сужение круга интересов, сохраняющиеся ошибки суждений, видоизменение психологической защиты и некоторое уменьшение аффективных расстройств. На третьем этапе депрессивная симптоматика становилась монотонной, исчезали колебания настроения. Наряду с этим имели место характерологические нарушения, обусловленные изменением эмоциональности. Вегетативно-соматические расстройства трансформировались чаще всего в психосоматические заболевания. Отмечался рост депрессивности и тревожности, усиливалась фиксация на фрустрирующей ситуации. У некоторых лиц были выявлены различные варианты невротического и патохарактерологического развития личности (истерическое, астеническое, возбужденное, паранойальное).

Таким образом, до начала 90-х гг. XX века

учеными – психиатрами делались активные попытки изучения семьи, в которой воспитывался ребенок с ограниченными возможностями. Однако, затем эти исследования вышли из поля психиатрии и стали активно разрабатываться педагогами, социальными работниками и др.

В настоящее время, несмотря на важность вышеизложенного, в научной литературе и клинической практике психиатрии и медицинской психологии отсутствуют системные разработки, направленные на повышение успешности семейного функционирования и медико-психологическую реабилитацию членов семей, в которых воспитывается ребенок с нарушением психического развития.

С учетом актуальности вышесказанного, нами на базе Евпаторийской городской психиатрично-наркологической больницы проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с нарушением психического развития (у 82% диагностированы нарушения кластера F 8 – расстройство психологического развития, у 18% – кластера F 7 – умственная отсталость).

Проведенное предварительное исследование подтвердило данные наличия у родителей таких детей психических состояний тревожно-депрессивного спектра, а также об имеющихся особенностях семейного функционирования, связанных с фактом наличия в семье больного ребенка.

Из 200 обследованных семей у членов 164 из них установлено преобладание высокого уровня реактивной тревожности (по методике Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина), симптомов тревоги (по клинической шкале Кови) и наличия легкой ситуативной депрессии или субдепрессивного состояния (по методике Зунге) [32]. Кроме того, эти супружеские пары выявились в той или иной степени неудовлетворенными своими брачными отношениями (согласно методике В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко) [33]. Показатели удовлетворенности браком среди женщин колебались от «полной неудовлетворенности» до «скорее удовлетворенности, чем неудовлетворенности», а среди мужчин – от «полной неудовлетворенности» до «скорее неудовлетворенности, чем удовлетворенности».

В то же время, члены 36 семей из общего числа обследованных, продемонстрировали успешность семейных отношений и отсутствие аффективных нарушений.

Таким образом, литературные данные и предварительные результаты собственных исследований позволяют нам сделать вывод о необходимости разработки и внедрения в практику ком-

плексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития, включающей мероприятия, направленные на укрепление здоровья семьи и повышение успешности семей-

ного функционирования. Такой комплексный подход даст возможность как поднять эффективность реабилитации детей, так и повысить качество жизни родителей детей с нарушением психического развития.

*М.В. Маркова, Т.Г. Ветрiла*

## ПРО РОЗРОБКУ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ПОРУШЕННЯМ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Харківська медична академія післядипломного навчання

На підставі аналізу наукової літератури та даних власних досліджень зроблено висновок про необхідність всебічного вивчення феномену функціонування сім'ї, що виховує дитину з порушенням психічного розвитку, на основі чого стане можливою розробка та впровадження комплексної системи медико-психологічної реабілітації таких сімей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 38-45).

*M.V. Markova, T.G. Vetrila*

## ABOUT DEVELOPMENT OF COMPLEX SYSTEM MEDICO-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF FAMILIES, WHICH EDUCATE CHILD WITH VIOLATION OF PSYCHICAL DEVELOPMENT

Kcharkiv medical academy of postgraduated education

On the basis of analysis of scientific literature and these own researches a conclusion about the necessity of comprehensive study of the phenomenon of functioning of family which educates a child with violation of psychical development is done, on the basis of what development and introduction of the complex system of medico-psychological rehabilitation of such families will become possible. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 38-45).

### *Литература*

1. Божович Л. И. Личность и ее развитие в детском возрасте / Л. И. Божович. — М. : Просвещение, 1968. — 464 с.
2. Бодалев А. А. Психология общения. Избранные психологические труды - 3-е издание, переработанное и дополненное / А. А. Бодалев. — Из-во : МПСИ, 2002 - 320 с.
3. Эйдмиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдмиллер, В. Юстицкий. — СПб: ЗАО «Из-во Питер», 1999. — 656 с.
4. Добряков И. В. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие. / И. В. Добряков, И. М. Никольская, Э. Г. Эйдмиллер — СПб. : Речь, 2007. — 352 с.
5. Кришталь В. В. Сексология: навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Харків : Фоліо, 2008. — 990 с.
6. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина. М.: Владос, 2003. 408 с.
7. Ткачева В. В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В. В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. М.: Академия, 2003. С. 280-290.
8. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. М.: УМК «Психология», 2004. 192 с.
9. Ткачева В. В. Рекомендации родителям, воспитывающим дошкольников с церебральным параличом / В. В. Ткачева // Коррекционная педагогика. 2006. № 1 (11). С. 6076.
10. Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие : Хрестоматия / авторы-составители И. В. Добряков, О. В. Заширинская. СПб. : Речь, 2007.-400 с.
11. Марютин М. Н. Комплементарность социальных ролей агентов реабилитации детей-инвалидов : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. н. : спец. 14.00.52 – социология медицины / М. Н. Марютин. — Волгоград, 2007. — 25 с.
12. Андриенко О. Ю. Изменение социальных функций и ролевых отношений в семьях с детьми с ограниченными возможностями : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. социол. н. : спец. 22.00.04 - социальная структура, социальные институты и процессы / О. Ю. Андриенко. — Хабаровск, 2008. — 23 с.
13. Сенека Луций Анней. Нравственные письма к Луцилию / Луций Анней Сенека [Перевод и примечания С. А. Ошерова]. — М. : "Наука", 1977. — 384 с.
14. Коменский Ян Амос. Материнская школа / Ян Амос Коменский. — М. : "Учпедгиз", 1947. -217 с.
15. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. — Режим доступа : [http://prosv.ru/ebooks/Levchenko\\_Psiholog\\_pomosh/1.html](http://prosv.ru/ebooks/Levchenko_Psiholog_pomosh/1.html)
16. Шерешевский А. М. Частные психиатрические больницы в России / А. М. Шерешевский, И. И. Щиголов. " СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 1995. " 79 с.
17. Кашенко В. П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. 2-е изд. / В. П. Кашенко. М. : Просвещение, 1994. 223 с.
18. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч. — М.:Педагогика, 1982. — Т. 1. — 366 с.
19. Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Собр.соч. — М.: Педагогика, 1983. - Т. 5. — 208 с.
20. Певзнер М. С. Дети-олигофрены / М. С. Певзнер. - М. : Просвещение, 1959.
21. Певзнер М. С. Дети с отклонениями в развитии / М. С. Певзнер, Т. А. Власова. — М. : Просвещение, 1973.
22. Певзнер М. С. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности / М. С. Певзнер, К. С. Лебединская, Г. П. Бертынь. — М. : Просвещение, 1979.
23. Лебединская К.С. Степени умственного недоразвития при олигофрении // Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. М.: Просвещение, 1983. С.18-22.
24. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / под ред. Ж. И. Шиф — М. : Просвещение, 1965.
25. Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников / Б. И. Пинский — М. : Педагогика, 1962.
26. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн — М. : Просвещение, 1986.
27. Грачева В. В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В. В. Грачева // Дефектология. - 1999.

- № 3. - С. 30-36.

28. Майрамян Р. Ф. Особенности невротических расстройств в семьях умственно отсталых детей / Р. Ф. Майрамян // III Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. докл. / под ред. В. М. Банщикова, Н. М. Шибанова. М., 1974. Т. 2. С. 295-297.

29. Майрамян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологический и психологический аспекты проблемы) : автореферат дис. на соискание уч. степени ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 – психиатрия / Р. Ф. Майрамян. – Первый Московский медицинский институт им. И. М. Сеченова МЗ СССР. – Москва, 1976. - 26 с.

30. Воскресенский Б. А. «Ключевые» переживания при основных формах неврозов / Б. А. Воскресенский // Журн. невропатол. и психиатр. - 1979. – в. 79: 6. – С. 1191-1195.

31. Вишневский В. А. Динамика депрессивного невроза : автореф. дис. на соискание уч. степени ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 – психиатрия / В. А. Вишневский. М., 1987. 28 с.

32. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара : Издательский дом «БАХРАХ», 1999. – 672 с.

33. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.

Поступила в редакцию 18.03.2009

УДК 616.8-053.2-085+614-08-039.76

*І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, Л.С. Ващенко***МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗАГАЛЬНОГО РОЗВИТКУ**

Українській НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: терапія, реабілітація, діти, порушення загального розвитку

Аутизм зустрічається в усіх країнах світу, його поширеність не залежить від расової приналежності, етнічного складу населення, рівня матеріального благополуччя суспільства та соціального середовища.

Стрімкий ріст захворюваності в Європі, Великій Британії та США приходить на кінець 80 – х років. В 1985 році поширеність розладів зі спектру аутизму становила 2 випадки на 10.000, у 2003 році – 34, у 2006 році – 60 на 10.000 дітей [1-5].

В 2008 році в Україні було зареєстровано 198 випадків захворювання. На кінець року на обліку стояло 1156 хворих із розладами загального розвитку [6]. Приведена цифра не дозволяє оцінити реальну поширеність розладів зі спектру аутизму в Україні. Дитячою психіатричною службою враховуються переважно випадки, так званого "типового" аутизма, відомого, як синдром Каннера. Унітарна концепція аутизма розширює поняття аутизма: від дітей з вираженим відставанням в інтелектуальному розвитку - «Каннеровського типу» до дітей з легкими когнітивними порушеннями і розладами соціального функціонування - синдромом Аспергера і дітей з формально збереженими пізнавальними процесами при важких порушеннях соціального функціонування – синдромом Булахової. Тому, якщо врахувати всі типи порушень загального розвитку, то показник поширеності розладу буде в кілька разів вищим. Значна частина батьків дітей з розладами зі спектру аутизму в Україні уникає офіційного обліку і не враховується в статистичних даних Міністерства охорони здоров'я. За даними експертної оцінки результатів епідеміологічного скринінгу, проведеного співробітниками відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології поширеність синдрому Каннера в Україні становить 8 – 10, синдрому Аспергера – 0.5 – 1.0, дезінтегративного розладу – 0.1 – 0.2, гіперактивного розладу з розумовою

відсталістю та стереотипними рухами – 10.0 – 13.0 випадків на 10 000 дітей [7-8].

Більшість дітей з розладами зі спектру аутизму мають когнітивну недостатність. За даними офіційної канадської статистики 75% аутичних дітей мають розумову відсталість [9]. В США у 66% хворих із розладами зі спектру аутизму діагностується розумова відсталість, в тому числі у 3,7% в структурі синдромів Дауна, Сан Пилипа, Ретта й ін. [10-11]. За даними українських досліджень тяжкість когнітивного дефіциту при розладах загального розвитку залежить від віку, в якому було діагностовано розлад і розпочато медико-соціальне втручання. Якщо лікування починали в віці до 4 років, розумова відсталість мала місце у 76%, при первинній діагностиці після 5 років у 92% дітей [7-8].

Як у DSM IV, так і в МКБ-10 аутизм розуміється не як захворювання з визначеною етіологією і патогенезом, а як синдром, що включає атипові поведінкові порушення й ознаки порушення загального розвитку, що приводять до глибокої інвалідності і неможливості самостійного функціонування [11-12]. У осіб з аутизмом грубо порушена функція спілкування і соціальної взаємодії. Для дітей характерна нерівномірність у розвитку. Це виражається в сполученні проявів підвищених здібностей в обмежених областях, таких, як музика чи математика з глибоким порушенням формування побутових життєвих умінь і навичок. Дуже багато осіб, що страждають на аутизм, мають супутню розумову відсталість, сенсорні розлади, що супроводжуються руховою гіперактивністю і стереотипіями, грубими порушеннями емоційної когніції та соціальної перцепції.

Методи лікування аутизму розроблені недостатньо. Вимоги Міністерства охорони здоров'я України, що до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму висвітлені в методичних рекомендаціях Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та

наркології [7-8]. Рання медико-соціальна реабілітація визнається ефективною формою інтервенції [11, 13-18]. Основними задачами терапії вважаються: нав'язування дитині комунікації, у тому числі полегшеної, усунення порушень перцепції, розвиток дрібної моторики, розвиток пізнавальних процесів, стимулювання розвитку емоційної когніції і соціальної перцепції, формування навичок соціального функціонування.

В відділенні медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними та поведінковими розладами Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології обсяг втручань при наданні медико-соціальної реабілітації дітям хворим на аутизм та їх родинам стандартизовано, як по формах, так і по тривалості інтервенцій [7-8, 15-17].

Ми пропонуємо родинам, що мають дитину хвору на аутизм програму медико-соціальної реабілітації, розраховану на щоденні терапевтичні інтервенції тривалістю 3 – 4 години (18 – 30 годин протягом тижня). Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів. Ми виділяємо: а) тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції, б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок), в) бихевіоральні тренінги, спрямовані на елімінацію небажаних форм поведінки, г) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінки в класі і т.д.)). При необхідності (відсутності експресивної чи мови на перших її етапах розвитку) використовувалися елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми).

Переважну частину щоденних вправ з дитиною згідно індивідуальних реабілітаційних програм мають робити батьки. Складання, коректування індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей, навчання батьків технікам проведення тренінгів проводяться нами під час щомісячних тижневих реабілітаційних курсів.

На першому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму основною задачею є усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини.

Основними формами психосоціального втручання при роботі з наслідком психопатологічних розладів ми вважаємо: а) нав'язування контакту з дитиною, б) подолання нейрофізіологічних пору-

шень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції, в) вироблення уміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання, г) елімінацію патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії, д) роботу з експресивною мовою, е) напрацювання уміння наслідувати іншим, ж) навчання грі іграшками відповідно їх призначенню, з) формування комунікативних навичок.

Сенсорна стимуляція та інтеграція забезпечуються при проведенні стимуляційних секвенцій комплексів вправ, спрямованих на подолання порушень сенсорного сприйняття та зменшення частоти та інтенсивності аутоstimуляцій. Сенсорні секвенції плануються на підставі сенсорної діагностики індивідуально для кожної дитини. До секвенції вводяться тренінгові вправи націлені на всі основні форми сприйняття: тактильне (стимуляція кистей рук, стіп, обличчя і ротової порожнини, поверхні тіла); зорове (вправи в затемненій кімнаті, стимуляція зору за допомогою яскравих предметів, локалізованих випромінювачів світла); нюхове (презентація різких і слабких нюхових подразників, у залежності від виду порушення чутливості: гіпо- чи гіперчутливості); вестибулярне (повороти тулубу, голови, перекиди, стрибки на пружній поверхні); смакове (презентація смакових подразників); пропріоцептивне (стимуляція глибокого суглобного почуття). Особливе значення має стимуляція слуху через поширеність у дітей із загальними порушеннями розвитку «тинітусів» вушних шумів чи підвищеної слухової чутливості на окремій різновиди подразників.

Стимуляційні секвенції батьки мають проводити 2-3 рази на день. Склад секвенцій потрібно переглядати щомісяця. При плануванні наступних секвенцій тренінгові вправи потрібно ускладнювати, вводити нові різновиди подразників. При появі можливості привертання та принаймні нетривалого утримання зорової уваги дитини потрібно починати відпрацьовувати навички виконання нею простих інструкцій, а у секвенцію додатково вводити елементи когнітивного тренінгу (інформаційні біти, вправи на дужу моторику, зорово-моторну координацію, наслідування).

На другому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму метою терапії має бути досягнення максимального рівня когнітивного і соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування.

Психосоціальне втручання на цьому етапі

медико-соціальної реабілітації передбачає: а) діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій з окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм, б) вироблення комунікативних навичок, в) трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність, г) вироблення альтернативних форм взаєморозуміння при відсутності експресивної мови, д) формування окремих навичок соціальної взаємодії.

Когнітивні тренінги на цьому етапі медико-соціальної реабілітації проводяться батьками хворих дітей по індивідуальній програмі у вигляді щоденних коротких занять тривалістю 15 – 20 хв. При необхідності призначаються додаткові (1 – 2 рази на тиждень) індивідуальні заняття з фахівцями -дефектологами.

Завдання когнітивних тренінгів для дітей спектру аутизму мають бути індивідуальними відповідно до рівнів їх когнітивного функціонування. На більш низькому рівні заняття мають бути спрямовані на розвиток наслідування, перцепції, великої і дрібної моторики. При більш високому рівні когніції до тренінгів включалися вправи на розвиток зорово-рухової координації, пізнавальних функцій і мови. Вищому рівню складності, доступному лише частині дітей, відповідали тре-

нінги емоційної когніції і соціальної перцепції. Ці тренінги мали на меті навчання дитини розумінню своїх і звернених емоцій: розумінню схематично зображених емоцій, градації почуттів, зв'язку емоцій із соціальними ситуаціями, оцінці і можливості передбачення емоційних реакцій інших людей, соціально сприйнятливим формам вираження емоцій а також навичкам групової соціальної комунікації.

Вимоги до обсягу медико-соціальної реабілітації дітей з розладами спектру аутизму повинні визначатися: а) біологічним і психологічним віком дитини; б) тяжкістю розладу; в) ступенем когнітивної недостатності; г) наявністю і тяжкістю розладів рецептивної та експресивної мови; д) наявністю перцепторних розладів і ауто стимуляцій; е) наявністю порушень активності та уваги.

Робота в реабілітаційних центрах має будуватися за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з лікарем – психіатром дитячим. Усі діти, в яких діагностовано розлади спектру аутизма, щомісячно повинні оглядатися корекційним педагогом, раз на півроку – лікарем-психіатром дитячим і лікарем-неврологом дитячим. Індивідуальну програму реабілітації можуть виконувати медичні сестри, психологи, корекційні педагоги, що мають спеціальну підготовку і досвід роботи з дітьми з розладами спектру аутизму, або безпосередньо батьки хворої дитини.

### **Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами спектру аутизму віком 2–5 років**

Основою реабілітаційної роботи є використання когнітивно-поведінкових методик (табл. 1). Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з розладами спектру аутиз-

ма віком 2 – 5 років має становити 30 – 40 годин на тиждень. Медико-соціальна реабілітація повинна проводитися в установах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я.

*Таблиця 1*

#### **Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизму віком 2–5 років**

<b>Реабілітаційна методика</b>	<b>Цілі реабілітаційної роботи</b>
<b>Сенсорна стимуляція та інтеграція</b>	Поліпшення сприйняття дитиною сенсорної інформації Зменшення кількості ауто стимуляцій Поліпшення здатності концентрувати увагу на відповідних подразниках
<b>Поведінкові методики</b> АВА FBA TEACCH	Корекція порушень поведінки Засвоєння навичок охайності Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Опрацювання елементів комунікації Розвиток ігрових навичок
<b>Тренінги мови і комунікації</b> Бітова система розвитку рецептивної мови Розвиток рецептивної мови за допомогою роботи з предметами Введення елементів полегшеної комунікації Робота з ярликами Робота з піктограмами	Розвиток розуміння мови Стимуляція використання / встановлення експресивної мови : – як засобу задоволення своїх потреб – як засобу коментування дій



## Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами спектру аутизма віком 6–9 років

Основою реабілітаційної роботи є використання засобів корекційної педагогіки і поведін-

кової психотерапії для усунення тяжких форм поведінки (табл. 2).

Таблиця 2

### Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизма віком 6 – 9 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Сенсорна стимуляція та інтеграція	Поліпшення сприйняття дитиною сенсорної інформації Зменшення кількості аутоstimуляцій Поліпшення здатності концентрувати увагу на відповідних подразниках
Поведінкові методики: АВА FBA TEACCH	Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Напрацювання елементів комунікаційних навичок Розвиток ігрових навичок Створення мотивацій II рівня
Тренінги мови і комунікації: Розвиток експресивної мови Тренінги комунікації в парі або групі Введення полегшеної комунікації Робота з ярликами Робота з піктограмами	Поліпшення здатності використання експресивної мови: розширення активного словникового запасу, правильна побудова речень розвиток/встановлення навичок комунікації у парі

Робота в реабілітаційних центрах має бути побудована за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з корекційним педагогом за участю дитячого психіатра. Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з розладами спектру аутизма віком 6 – 9 років становить 40 – 50 годин на тиждень.

Залежно від рівня когнітивного функціонування дитини і наявності стійких поведінкових порушень реабілітацію слід проводити в установах, підпорядкованих відповідно Міністерству освіти або Міністерству охорони здоров'я. Діти з IQ вище 70 повинні навчатися в загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педа-

гогічної корекції з додатковим об'ємом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ 35 – 70 мають навчатися за програмою допоміжної школи з додатковим об'ємом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ нижче 35 повинні навчатися за індивідуальною програмою, направленою на формування навичок самообслуговування і доступних форм соціального функціонування у сім'ї. У випадку наявності стійких порушень поведінки діти мають навчатися в установах Міністерства охорони здоров'я, а за відсутності стійких порушень поведінки – в установах Міністерства науки та освіти.

## Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами спектру аутизма віком 10–14 років

Основною метою реабілітаційної роботи для вказаної вікової групи є максимальна адаптація дитини в соціальне середовище, що досягається використанням навчальних методик і поведінкової терапії (табл.3).

Робота в реабілітаційних центрах має бути побудована за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з корекційним педагогом. Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій становить 40 – 50 годин на тиждень.

Реабілітаційна робота повинна проводитися в установах Міністерства освіти, Міністерства охорони здоров'я і Міністерства праці і соціальної політики відповідно до рівня когнітивного функціонування дитини і наявності стійких поведінкових порушень. Діти з IQ вище 70 мають

навчатися у загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педагогічної корекції з додатковим обсягом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ 35 – 70 повинні навчатися за програмою допоміжної школи з додатковим об'ємом освітніх послуг в спеціалізованих реабілітаційних центрах. Діти з IQ нижче 35 мають навчатися за індивідуальною програмою, направленою на формування навичок самообслуговування і доступних форм соціального функціонування в сім'ї. За наявності стійких порушень поведінки діти повинні навчатися в установах Міністерства охорони здоров'я, а за відсутності стійких порушень поведінки – в установах Міністерства освіти, Міністерства праці і соціальної політики.

## Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизму віком 10 – 14 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Сенсорна стимуляція та інтеграція	Поліпшення здатності концентрації уваги на відповідних подразниках
Поведінкові методики АВА FBA TEACCH	Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Розвиток ігрових навичок Створення мотивації II рівня
Тренінги мови і комунікації Тренінги комунікації у групі Використання полегшеної комунікації, ярликів і піктограм як альтернативного методу комунікації	Поліпшення можливості використання експресивної мови: – правильна побудова речень – формування діалогової мови Розвиток/встановлення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації

## Вимоги до програмно-цілового обслуговування дітей з розладами спектру аутизму віком 15–18 років

При плануванні реабілітаційної роботи метою є досягнення максимальної соціальної адаптації дитини з розладами спектру аутизма (табл. 4).

Таблиця 4

## Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з розладами спектру аутизму віком 15 – 18 років

Реабілітаційна методика	Цілі реабілітаційної роботи
Поведінкові методики АВА FBA TEACCH	Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки Створення мотивації II рівня
Тренінги мови і комунікації Тренінги комунікації у груп Використання полегшеної комунікації, ярликів і піктограм як альтернативного методу комунікації	Покращання можливості використання експресивної мови: – розвиток діалогової мови формування можливостей розповіді, переказу Використання і удосконалення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації
Тренінги соціального функціонування	Засвоєння складних навичок соціального функціонування

Основним є використання тренінгів соціальної компетентності, елементів корекційно-педагогічних методик і поведінкової терапії.

Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з РЗР віком 15 – 18 років становить 30 – 40 годин на тиждень. Залежно від рівня когнітивного функціонування реабілітаційна робота має проводитися в установах Міністерства праці і соціальної політики або Міністерства освіти. За наявності стійких порушень поведінки діти повинні отримувати реабілітаційні послуги в лікувальних закладах, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я.

Медикаментозної терапії аутизма приділяється обмежене, але усе-таки важливе місце [18-21].

Агресивність в поєднанні з надпобудливістю

є одним із проявів розладів спектру аутизма і її діагностика у пацієнтів дитячо-підліткового віку розглядається багатьма дитячими психіатрами, як достатня підстава для застосування інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (SSRI) чи нейролептиків. З іншої сторони існує небезпека, що дитячі психіатри і батьки можуть використовувати психотропні препарати необґрунтовано широко, у тому числі з метою контролю над поведінкою, придушуючи за допомогою призначення нейролептиків і антидепресантів власний страх і безсилля перед поведінкою дітей з розладами спектру аутизма.

Поява атипичних антипсихотиків відкрила нові потенційні перспективи для медикаментозного лікування розладів спектру аутизма [7-8, 15-21].

Можливі переваги цієї групи психотропних препаратів пов'язані: 1) із кращою, у порівнянні з конвенційними нейролептиками, переносністю; 2) зі здатністю не тільки не погіршувати, але навіть поліпшувати при тривалому застосуванні когнітивне функціонування дітей, збільшуючи можливості для соціальної реабілітації.

Проте, розчин Рисполепту для перорального застосування залишається єдиним в Україні атипичним антипсихотиком зареєстрованим Фармцентром МОЗ України для лікування аутизму у дітей та підлітків. Препарат широко застосовується для лікування дітей з порушеннями загального розвитку: корекції агресивної та аутоагресивної поведінки, усунення стереотипій.

У відділенні медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними та поведінковими розладами Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології дітей дошкільного і молодшого шкільного віку лікування Рисполептом (Рісперидоном) починають з призначення 0,5 мг препарату на добу. Для того щоб уникнути виникнення піків концентрації і забезпечувати сталість терапевтичної концентрації антипсихотика в сироватці крові ми застосовуємо чотириох - шестиразовий прийом препарату у дітей у віці 3-6 років і 3-х кратний прийом у віці 6-10 років. Початкову дозу Рисполепту протягом 3-4 днів шляхом титрування слід збільшувати до досягнення мінімально - ефективної, але не вище 4 мг на добу, величини. За нашим досвідом середньодобова доза Рисполепту у дітей в віці 6-10 років становила  $2.1 \pm 0,5$  мг, у дітей в віці до 6 років  $1,9 \pm 0,6$  мг на добу.

Рандомізовані дослідження, виконані в нашому відділенні [7-8, 15-17, 20-21]. свідчать, що медико-соціальна реабілітація в сполученні з тривалою терапією низькими (1-3 мг на добу) дозами Рисполепту ефективніше при корекції у дітей з розладами спектру аутизму порушень поведінки і перцепції, ніж мототерапія антипсихотиками та ізолювана медико-соціальна реабілітація. Сполучення терапії рисперидоном з медико-соціальною реабілітацією створює у дітей з порушеннями загального розвитку кращі передумови для мовного, когнітивного розвитку та подолання проблем у сфері комунікації і соціального функціонування.

Батьки дітей, що знаходилися на ізолюваній

медико-соціальної реабілітації кінцю 6-го місяця контрольованого дослідження оцінювали якість свого життя, як нижчу, порівняно з батьками дітей, що лікувалися Рисполептом і отримували комплексну терапію. Монотерапія Рисполептом, у порівнянні з традиційною медико-соціальною реабілітацією, дозволяла забезпечувати не менш високу якість життя дитини при більш низькій завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою і терапевтичними заходами. При сполученні терапії Рисполептом з медико-соціальною реабілітацією ми змогли досягти найбільш високих показників якості життя дітей при меншій, у порівнянні з мототерапією Рисполептом і ізолюваною медико-соціальною реабілітацією, завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою. Але при цьому завантаженість діагностичними і терапевтичними заходами, зв'язаними з дитиною батьки оцінювали як більш високу.

Таким чином, при плануванні допомоги дітям із розладами спектру аутизма медико-соціальною реабілітацією слід розглядати, як основну формою терапевтичної інтервенції. Комплексна медико-соціальна реабілітація дітей з розладами спектру аутизма повинна включати: а) тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції, б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідування, шкільних навичок), в) поведінкові тренінги, г) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування; г) елементи методик альтернативної комунікації. Сполучене застосування медико-соціальної реабілітації та терапії невисокими дозами Рисполепта (Рісперидона) дозволяє прискорити психомоторний розвиток дітей з розладами спектру аутизма, домогтися редукції в них продуктивно-дизонтогенетичної симптоматики і досягти більш високого рівня когнітивного функціонування і якості життя. У статті обговорюються особливості психофармакотерапії та реабілітації психомоторного розвитку, когнітивного та соціального функціонування дітей з порушеннями загального розвитку. Лікування дітей з порушеннями загального розвитку винно спиратися на медико-соціальну реабілітацію в поєднанні з тривалою терапією Рисполептом (Рісперидоном) у низьких дозах.

## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБЩЕГО РАЗВИТИЯ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

В статье обсуждаются особенности психофармакотерапии и реабилитации психомоторного, когнитивного и социального функционирования детей с расстройствами аутистического спектра. Лечение детей с нарушением общего развития должно опираться на медико-социальную реабилитацию в сочетании с длительной терапией рисполептом в малых дозах. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 46-52).

*I.O. Martzenkovskiy, Y.B. Bikshaeva, L.S. Vacshenko*

## DRUG THERAPY AND MEDICAL-SOCIAL REHABILITATION OF THE CHILDREN WITH DISTURBANCES OF GENERAL DEVELOPMENT

Ukrainian Scientific Research Institution of the social and legal Psychiatry and narcology

In article opportunities principles of psychopharmacotherapy, medical and social rehabilitation of psychomotor, cognition and social functioning of children with autism spectrum disorder. Treatment of children with should base on medical-social rehabilitation connected with long-term therapy of Risperlept (Risperidon) in small dozes. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 46-52).

### *Література*

1. Eaves et al. Screening for autism: Agreement with diagnosis // Autism. — 2006. — V.10, № 3. — P. 229 – 242.
2. Spence S.J., Sharifi P., Witznitzer M. Autism spectrum disorder: screening, diagnosis, and medical evaluation // Semin Pediatr Neurol. — 2004. — V.11. — P. 186 – 195.
3. Brereton A., Tonge B. Autism and related disorders // Section of Psychiatry of Mental Retardation, World Psychiatric Association. — 2002. — P. 1 – 24.
4. Chakrabarti S., Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children // JAMA. — 2001. — V.285. — P. 3093-3099.
5. Tsai LY. Medical treatment in autism // In: Zager DB, editor. Autism: identification, education, and treatment / London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. — 1999. — P. 199-257.
6. Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки за 2008 рік. — Міністерство охорони здоров'я України, 2009.
7. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму // Методичні рекомендації, 2009. — 46 с.
8. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму // Здоров'я України: Медична газета, 2008. — № 23 /1. — С. 58 – 63.
9. Yeargin-Allsopp M., Rice C., Karapurkar T., et al. Prevalence of autism in US metropolitan area // JAMA. — 2003. — V.289. — P. 49-55.
10. Arnold LE, Aman MG, Martin A, et al. Assessment in multisite randomized clinical trials of patients with autistic disorder: The Autism RUPP Network // J Autism Dev Disord. — 2000. — V.30. — P. 99-111.
11. Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Autism / Pervasive Developmental Disorders: Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years). — 1999. — P. 322.
12. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. — Washington DC, 1994. — 265 p.
13. Berney T.P., Corbett J. Management of pervasive developmental disorders // Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. — Washington, DC: American Psychiatric Press, — 2001. — P. 451- 466.
14. Edward F. Yazbak, M.D. Autism in the United States: Perspective // Journal of American Physicians and Surgeons. — 2003. — № 4, V. 8. — P. 103 – 107.
15. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектра аутизму // Нейро-News: психоневрологія та нейропсихіатрія. — 2007. — № 1, Вип. 2. — С. 29 – 35; № 2, Вип. 3. — С. 32 – 38.
16. Марценковський І.А., Дружинська О.В. Принципи медико-соціальної реабілітації дітей з розладами спектра аутизму (порушеннями загального розвитку) // Соціальна педіатрія: Зб. наук. праць. — К.: Інтермед, 2005. — Вип. 3. — С. 304 – 308.
17. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Психофармакотерапія розладів загального розвитку у дітей // Арх. психіатрії. — 2003. — Т. 10, № 2 (37). — С. 15 – 25.
18. Henry W.M Psychopharmacology in Autism Spectrum Disorders // Curr. Opin Psychiatry. — 2003. — V. 16(5). — P. 529-534.
19. Treatment with atypical antipsychotics: New indications and new populations /Glick I.D., Murray S.R., Vasudevan P., Marder S.R., Hu R.J.// J. Psychiatr. Res. — 2001. — V.35. — P.187-191.
20. Марценковський І.А., Бикшаева Я.Б. и др. Влияние рisperлепта на когнитивное функционирование и эффективность медико-социальной реабилитации у подростков, больных шизофренией и детей с общими нарушениями развития // Архив психиатрии. — 2001.- В.1. — С. 129 - 136.
21. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 4. — С. 39-42.

Поступила в редакцию 21.04.2006

УДК 616.895.8+615.851.4+13.3

*Е.М. Денисов***ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: параноидная шизофрения, медико-социальная реабилитация, психообразовательные программы, качество жизни, социальное функционирование

В современном мире организация помощи и лечение больных параноидной шизофренией (ПШ) остается одной из актуальной задачей. Традиционная психиатрическая практика с использованием клинико-диагностического подхода и фармакотерапии, ориентированная на патологический процесс, не учитывает индивидуальных, социальных и личностных особенностей пациентов и делает невозможным оказание им полноценной и качественной психиатрической помощи [1, 5, 6, 8, 9, 10].

Медикаментозное лечение позволяет достичь редукции отдельных психопатологических симптомов, снижения необходимости физического стеснения больных, однако оно не влияет на особенности их качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) вне больницы и не снижает риска рецидива болезни [2, 4, 11, 13].

Психофармакотерапия облегчает общение с больным, а зачастую является единственным условием установления психотерапевтического контакта [15]. Регулирование лекарственными режимами способствует удержанию пациента в психотерапевтическом процессе [16].

Оптимизация лечебной помощи пациентам с ПШ может быть осуществлена только в условиях, позволяющих реализовать медико-социальную реабилитацию (МСР) и внедрить ее в клиническую и социальную психиатрию [10-14, 18]. Учитывая, что МСР реабилитация охватывает все сферы жизни больного (семья, ближайшее окружение, профессиональная деятельность, социальные роли и т.д.), в условиях психиатрической больницы она ограничивается локальными целями [13, 15, 17].

МСР, проводящаяся в психиатрическом стационаре, в состоянии обеспечить положительный терапевтический эффект только на внутрибольничном уровне, но не оказывают существенного влияния на уровень профессионального приспособления больного в обществе [2, 9].

Психосоциальные и психотерапевтические вмешательства больным ПШ должны быть направлены не только на достижение максимально возможной ремиссии, предупреждения инвалидности, повышения личностного и социального статуса, но и на восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, социальных навыков, знаний и умений, противодействовать остаточным психотическим и дефицитарным симптомам [4, 11, 12, 14].

Особое место в структуре МСР занимают психообразовательные программы (ПП), как система психотерапевтического воздействия, направленная на информирование пациентов и их родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.

Обучающее направление ПП заключается в получении больными информации о психическом расстройстве, своевременном распознавании и контроле отдельных симптомов, ранних признаках рецидива, возможности благоприятного исхода, выработке адекватных навыков поведения, общения, реагирования в сложных ситуациях.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности ПП у больных ПШ в условиях психиатрического стационара.

**Материал и методы исследования**

В основную группу вошли 25 больных ПШ с эпизодическим течением (60%) и периодом наблюдения менее года (40%) с суммарной оцен-

кой по PANSS менее 80 баллов. Данные пациенты получали сочетанное лечение психофармакологическими средствами с использованием

ПП, которые начинались после купирования острого психотического состояния. В психообразование не были включены пациенты с непрерывным течением из-за наличия у них умеренных или выраженных негативных и нейрокогнитивных расстройств, которые затрудняли понимание содержания занятий.

Лечение проводилось традиционными (галоперидол, трифтазин, клопиксол) или атипичными антипсихотиками (азалептин, рисполепт, zipрекса, солиан) в средних терапевтических дозировках.

Группа сравнения, сопоставимая с пациентами основной группы, состояла из 30 больных ПШ с эпизодическим течением (53,3%) и периодом наблюдения менее года (46,7%). Эти больные получали только психофармакологическое лечение.

Поддерживающий прием лекарственных препаратов в обеих группах осуществлялся в течение 12 – ти месячного катамнестического периода.

Разработанные нами ПП представляли собой поэтапно осуществляемую систему информационных, психокоррекционных и социально – тренинговых воздействий. Психообразование, как один из методов групповой психотерапии, включало проведение тематических занятий, коммуникативной терапии и проблемно ориентированных дискуссий в группе.

Основной целью данного метода, являлось формирование у больных адекватного представления о психических расстройствах, умение управлять медикаментозной терапией, выработка навыков в решении жизненных проблем, снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания, улучшение эмоциональных, коммуникативных и психологических характеристик, имеющих существенное значение для улучшения КЖ и СФ.

ПП проводились в закрытых группах по 8 – 10 человек (после начала работы не принимали новых участников) с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса. Каждый цикл состоял из 10 занятий продолжительностью 50 - 60 минут каждое. Частота занятий – 1 – 2 раза в неделю.

Тематика ПП была следующей: восполнение у больных информационного дефицита медицинских знаний, формирование способности понимания болезни, обучение больных распознаванию первых признаков обострения психического расстройства и выработка самоконтроля над ним, знакомство с методами психофар-

макотерапии и психотерапии, особенностями побочных явлений и преодолением их, коррекция искаженных заблуждений социальных позиций больных, улучшение личных взаимоотношений, снижение уровня самостигматизации.

Для проведения обучающих сессий использовались отдельные помещения, высокие кресла с подлокотниками, журнальный столик, листы белой бумаги или ватмана, фломастеры, визуальная информация (таблицы), печатная продукция (информационные брошюры и буклеты).

Оценку эффективности ПП проводили при помощи шкалы изучения выраженности продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов (PANSS) [20], а также шкалы клинического впечатления (CGI-I) [19].

Исследование КЖ больных ПШ проводили при помощи русской версии опросника качества жизни – ВОЗКЖ-100 [3]. Данная шкала оценивала 6 модулей (сфер): физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные взаимоотношения, окружающая среда, духовная сфера, а также напрямую измеряла восприятие пациентами своего КЖ и здоровья в целом. Анализ уровня качества жизни осуществлялся по 20-бальной шкале (4-6 баллов – очень плохое, 7-10 баллов – плохое, 11-13 баллов – удовлетворительное (среднее), 14-17 баллов – хорошее, 18-20 баллов – очень хорошее).

Успешность СФ в различных социальных сферах и его параметры, отражающие характеристику 10 сфер жизнедеятельности, фиксировалось в опроснике СФ В.В. Зайцева (1999) [7]. Количественная сторона СФ характеризовала уровень успешности функционирования в различных сферах: производственная (учебно-трудовая), межличностные отношения, родительская семья, родственные отношения, организация быта повседневной жизни, проведение досуга), а также оценивал способность ухаживать за собой, внешний вид, физическую сферу, сферу работоспособности (дневной активности), сексуальные отношения. Уровень СФ в каждой сфере оценивался: 0-1 баллов (высокий), 1-2 балла (хороший), 2 – 3 балла (сниженный), 3-4 балла (низкий).

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Pentium II с использованием статистической программы STADIA 5,0. Для этого применяли описательную статистику ( $M \pm m$ ), параметрический  $F$ -критерий Стьюдента и  $t$ -критерий Фишера, коэффициент линейной корреляции Спирмана, непараметрический  $U$ -критерий Манна-Уитни.

## Результаты и обсуждение

Эффективность предложенного метода лечения заключалась в достоверном снижении суммарного показателя выраженности психопатоло-

гических симптомов по шкале PANSS в основной группе в отличие от больных группы сравнения (Табл. 1).

Таблица 1

### Степень редукции общего показателя по шкале PANSS у больных параноидной шизофренией на момент включения в исследование и при выписке из стационара

	Основная группа		Группа сравнения		Достоверные различия
	n=25		n=30		
	Включение	Выписка	Включение	Выписка	
Общий балл по шкале PANSS	70,21±3,12	58,92±2,10*	74,38±3,18	66,18±2,16*	p<0,05

Примечание: \* - достоверные различия при включении больных в исследование и выписки из психиатрического стационара на уровне p<0,05.

У 92% больных основной группы наблюдалась различной степени положительная динамика (значительное улучшение - 16%, умеренное улучшение – 64%, минимальное улучшение – 12%) психического состояния, и только у 8%

пациентов психические нарушения сохранялись. В группе сравнения клиническое улучшение было отмечено у 70% пациентов, в то время, как у 30% больных позитивной динамики психического расстройства не наблюдалось.

Таблица 2

### Эффективность лечебно – реабилитационного комплекса по шкале общего клинического впечатления

Клинический эффект	Основная группа		Группа сравнения		Достоверность различий
	n=25		n=30		
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
Значительное улучшение	4	16,0	3	10,0	p<0,05
Умеренное улучшение	16	64,0	6	20,0	p<0,001
Минимальное улучшение	3	12,0	12	40,0	p<0,05
Без изменений	1	4,0	5	16,6	p>0,05
Ухудшение	1	4,0	4	13,4	p>0,05

На протяжении катamnестического периода обострение заболевания возникало у 16% больных основной группы и у 33,3% в группе сравнения (p<0,001). Рецидив психического расстройства у пациентов основной группы был в

более позднем периоде катamnеза (9-12 месяцев), в отличие от пациентов группы сравнения, у которых обострение шизофрении наблюдалось на всем промежутке катamnестического периода (p<0,05).

Таблица 3

### Частота обострения параноидной шизофрении с госпитализациями в психиатрический стационар в основной группе и группе сравнения

Время начала обострения	Основная группа n=25		Группа сравнения n=30		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
До 3 месяцев	-	-	1	3,3	p>0,05
От 3 до 6 месяцев	-	-	2	6,7	p>0,05
От 6 до 9 месяцев	1	4,0	2	6,7	p>0,05
От 9-12 месяцев	3	12,0	5	16,6	p<0,05
В течение года обострения не было	21	84,0	20	66,7	p<0,05

Продолжительность последующей госпитализации при рецидиве и длительности острых психотических нарушений у больных основной группы были более короткими (47,32±2,56 дней и 14,1±1,32 дней), чем у пациентов в группе сравнения (57,47±2,12 дней и 18,8±1,40 дней).

Применение данного метода лечения у больных в основной группе приводило к повышению субъективной оценки психологических функций от 13,1±1,27 до 14,3±1,31 баллов ( $p<0,01$ ), уров-

ня независимости от 13,2±1,25 до 14,2±1,30 баллов ( $p<0,001$ ), социальных взаимоотношений от 12,7±1,10 до 14,0±1,26 баллов ( $p<0,001$ ), окружающей среды от 13,1±1,26 до 14,0±1,24 баллов ( $p<0,01$ ), восприятия своего здоровья в целом от 12,4±1,12 до 14,1±1,24 баллов ( $p<0,001$ ). Средняя суммарная оценка КЖ по шкале ВОЗКЖ-100 после лечения достоверно увеличилась от удовлетворительного (12,7±1,25 баллов) до хорошего уровня (14,0±1,26 баллов,  $p<0,05$ ). (Табл. 4).

Таблица 4

**Оценка качества жизни у больных основной группы при их включении в исследование и выписке из стационара**

Сферы качества жизни	При включении в исследование	При выписке	Достоверность различий
Физическая	12,9±1,11	13,5±1,23	$p>0,05$
Психологическая	13,1±1,27	14,3±1,31	$p<0,01$
Уровень независимости	13,2±1,25	14,2±1,30	$p<0,001$
Социальные отношения	12,7±1,10	14,0±1,26	$p<0,001$
Окружающая среда	13,1±1,26	14,0±1,24	$p<0,01$
Духовная	15,3±1,39	17,0±1,45	$p>0,05$
Восприятие своего здоровья в целом	12,4±1,12	14,1±1,24	$p<0,001$
<i>Средняя суммарная оценка</i>	12,7±1,25	14,0±1,26	$p<0,05$

В группе сравнения при выписке больных из стационара достоверное улучшение КЖ до хорошего уровня было зарегистрировано только в двух сферах – «социальные отношения» (12,2±1,10 до 13,9±1,23 баллов,  $p<0,05$ ) и «окружающая среда»

(от 13,5±1,24 до 14,0±1,28 баллов,  $p<0,001$ ). Повышение средней суммарной оценки качества жизни после лечения не носило достоверного значения ( $p>0,05$ ), оставаясь на удовлетворительном уровне (13,4±1,22 балла,  $p>0,05$ ). (Табл. 5).

Таблица 5

**Оценка качества жизни у больных группы сравнения при их включении в исследование и выписке из стационара**

Сферы качества жизни	При включении в исследование	При выписке	Достоверность различий
Физическая	12,5±1,17	12,5±1,21	$p>0,05$
Психологическая	13,3±1,22	13,5±1,30	$p>0,05$
Уровень независимости	13,0±1,29	13,0±1,34	$p>0,05$
Социальные отношения	12,2±1,10	13,0±1,23	$p<0,05$
Окружающая среда	13,5±1,25	14,0±1,28	$p<0,05$
Духовная	15,0±1,32	16,8±1,35	$p>0,05$
Восприятие своего здоровья в целом	12,2±1,10	12,9±1,14	$p>0,05$
<i>Средняя суммарная оценка</i>	12,9±1,20	13,4±1,22	$p>0,05$



Улучшение СФ у больных основной группы при катамнестическом наблюдении затрагивало относительно большое количество сфер, в частности «способность следить за внешним видом»

( $p < 0,05$ ), «межличностные» ( $p < 0,001$ ), «родительские отношения» ( $p < 0,001$ ), «организация быта в повседневной жизни» ( $p < 0,05$ ), «проведение досуга» ( $p < 0,05$ ). (Рис.1).



**Рис. 1.** Оценка социального функционирования у больных основной группы при их включении в исследование и в катамнезе

Условные обозначения сфер СФ: 1 – «Способность следить за собой (внешний вид)», 2 – «физическая», 3 – «работоспособность (дневная активность)», 4 – «учебно-трудовая (производственная)», 5 – «межличностные отношения», 6 – «родительская семья», 7 – «родственные отношения», 8 – «организация быта в повседневной жизни», 9 – «проведение досуга», 10 – «сексуальные отношения».

Предложенный терапевтический комплекс оказывал положительное влияние на семейные, родственные и родительские отношения, характеризовавшиеся в катамнестическом периоде достаточной содержательностью, гармоничностью, с формированием оптимальной эмоциональной дистанции между пациентом и членами семьи. Вместе с тем сохранялись или восстанавливались социальные связи семьи. Больные становились более общительными, открыто обсуждали свои переживания, в меньшей степени были склонны к разрыву социальных связей, сужению прежнего круга общения.

Большинство больных (65%) могли самостоятельно вести домашнее хозяйство, осуществлять необходимый контроль семейных расходов (в том числе при незначительной помощи со стороны). При этом пациенты занимались рутинной работой и ведением домашнего хозяйства с интересом, однако иногда плохо переносили длительные физические нагрузки.

Кроме этого, проведенные в стационаре психообразовательные и обучающие занятия способствовали лучшей адаптации больных ПШ в домашней среде с нормированной организацией быта и досуга. В результате этого они могли самостоятельно вести домашнее хозяйство, осуществлять необходимый контроль семейных расходов (в том числе при незначительной помощи со стороны). Необходимо отметить по-

ложительное влияние ПП, включающих в себя обучение больных общественным навыкам. Больные адекватно оценивали интерес к своему внешнему виду, чистоте одежды, причёске и макияжу.

В группе сравнения улучшение социального функционирования в катамнезе наблюдалось только в сферах «способность следить за собой» ( $p < 0,05$ ), «организация быта в повседневной жизни» ( $p < 0,05$ ). (Рис.2).

Таким образом, использование ПП в системе МСР больных ПШ в условиях психиатрического стационара в 92% случаев приводит к положительной динамике психического состояния, в 84% случаев к снижению вероятности рецидива заболевания и частоты повторных госпитализаций на протяжении года, сокращению продолжительности последующего психотического эпизода, достаточно быстрому купированию резидуальных психотических симптомов, а также по данным катамнеза (1 год) способствует повышению КЖ и улучшению СФ.

Применение ПП в психиатрической практике является необходимым компонентом реабилитационного процесса, помогая больному и членам его семьи стать более активными участниками лечебного процесса, что, безусловно, способствует более полному восстановлению пациента и подготавливает его к дальнейшему возвращению в сообщество.



**Рис. 2.** Оценка социального функционирования у больных группы сравнения при их включении в исследование и в катамнезе

*Є.М. Денисов*

## ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХООСВІТНИХ ПРОГРАМ У СИСТЕМІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Нами використовувалася у 25 хворих на параноїдну шизофренію техніка психоосвітньої психотерапії, яка була заснована на навчальних та психоосвітніх підходах. Нами досліджувалася ефективність психоосвітніх програм, вплив на рецидив захворювання, якість життя та соціальне функціонування. Оцінку ефективності психоосвітньої психотерапії вивчали за допомогою шкали загального клінічного враження (CGI-1), якості життя за допомогою шкали ВООЗ ЯЖ-100, соціальне функціонування за допомогою шкали соціального функціонування в різноманітних сферах Зайцева В.В. В ході лікування була показана висока ефективність психоосвітніх програм та був виявлений позитивний вплив на численні сфери якості життя та соціального функціонування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 53-58).

*E. M. Denisov*

## THE USING OF PSYCHOEDUCATION PROGRAMM OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN SISTEM OF THE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

Donetsk National Medical University n.a. M. Gorkiy

Were was used of methods psychoeducation psychotherapy of the 25 patients with paranoid schizophrenia, based on the teaching and education approaches. Was studied clinical efficiency of the psychoeducation psychotherapy by used the scale clinical global impression (CGI), quality of lifewith used scale WHO QOL –100 and social functioning by used scale social functioning by names Zaitsev V.V. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 53-58).

### Литература

- Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк: «Донецчина», 2004. - 272 с.
- Абрамов В.А., С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. Основы качественной психиатрической практики. Донецк: «Каштан», 2004. - 248 с.
- Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. С-Пб., 1998.
- Вид В.Д. Психотерапия шизофрении С-Пб: «Питер»,-2001 г., - 432 с.
- Влох І.Й., Гофман Г. Психосоціальна реабілітація. Принципи, результати в Україні та Австрії //Архів психіатрії.-2001.-№3 (26).-С.115-118.
- Гурович І.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия.-2003.-Т.13, №3.-С.26-30.
- Зайцев В.В. Влияние семейных параметров на социальную адаптацию больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук.-С-Пб, 1999, с.52.
- Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия.-2001.-№1.-С.22-27.
- Карлинг Пол Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Сфера. Киев, 2001.- 418 с.
- Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Архипова Е.Л. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях // Социальная и клиническая психиатрия.-2002. Т.12, №1.- С.48-53.
- Семенова Н.Д. Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия.-1998. Т.8, №4. – С.30-39.
- Anthony W.A. The psychosocial rehabilitation. Boston, 2001.- 256 p.
- Anderson C. A psychoeducational program for patients with schizophrenia. London.- 2000.-p.135.
- Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in clinical. Neuroscience Schizophrenia: Specific Topics –2001 – Volume 3 –No.2 – P.136-137.
- Crow S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms. Br. J. Psychiat.-2001. v.215.-p.253-272.
- Dixon L. Adams C. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull.-2000.-Vol.26, N 1.-P.5-20.
- Fenton WS, Blyler SR. Determinants of medical compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophr. Bull.-1997.-v.23., № 4.-p.637-651.
- Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medication for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull.-1992. –Vol. 28, N 3.- P.237-240.
- Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville. MD.- 1976.- p.12.
- Kay S.R, Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin.- Vol.13(2).- 1987.- P. 261-275.

Поступила в редакцию 4.03.2009

УДК 616.895.8 – 085.214.3

*В.А. Абрамов<sup>1</sup>, И.В. Жигулина<sup>2</sup>, И.Н. Левчук<sup>2</sup>, А.В. Абрамов<sup>1</sup>***ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА  
РИССЕТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького<sup>1</sup>, Донецкая областная  
клиническая психиатрическая больница<sup>2</sup>

Ключевые слова: риссет, рисполепт, шизофрения

При современном лечении шизофрении в качестве базовых используются две группы психотропных средств: стандартные классические нейролептики и атипичные антипсихотические препараты.

Классические антипсихотики доказали свою эффективность с точки зрения контроля таких проявлений шизофрении, как галлюцинации, бред, мания, нередко сочетающихся с агрессивностью, импульсивностью, ажитацией. Однако, они оказались мало- или совсем неэффективными для преодоления негативных симптомов и когнитивных нарушений. Поэтому появление атипичных антипсихотиков с иными фармакодинамическими характеристиками, обладающих хорошей переносимостью и незначительными побочными эффектами, и вместе с тем способных влиять на негативную симптоматику, смягчать проявления когнитивного дефицита, - открывает новые возможности в терапии шизофрении. Продолжительный прием этих лекарственных средств сопровождается улучшением показателей внимания, памяти, речи, исполнительной деятельности коммуникативной функции и других познавательных процессов. Столь же важными качествами является способность новых препаратов преодолевать резистентность к традиционным нейролептикам и высокая эффективность при противорецидивной терапии [1].

Атипичные нейролептики обладают мощным антипсихотическим эффектом и значительно реже вызывают возникновение экстрапирамидных побочных эффектов, связанных с большей блокадой серотониновых, меньшей и селективной блокадой дофаминовых рецепторных систем. Среди них особого внимания заслуживает Рисперидон или Рисполепт, производитель фирма «Янссен – Силаг», Бельгия [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Имеющийся к настоящему времени опыт клинического применения рисполепта свидетель-

ствует, что этот препарат является надежным, высокоэффективным и безопасным психотропным средством с хорошо прогнозируемым клиническим результатом. Быстрота наступления терапевтического эффекта и широкий спектр показаний делает рисполепт базовым препаратом как в клинике большой, так и пограничной психиатрии. Препарат обладает широким спектром антипсихотической активности, эффективно воздействует как на позитивные, так и негативные симптомы шизофрении, редко вызывает клинически значимые нежелательные побочные явления, что способствует соблюдению больными режима приема психотропной терапии. Можно констатировать, что терапия рисполептом становится «золотым стандартом» лечения больных шизофренией [8, 9, 10, 11, 12].

Из препаратов рисперидона, представленных на фармацевтическом рынке Украины, следует особо отметить Риссет компании «Плива» (Хорватия). Произведенный в полном соответствии с европейскими стандартами качества, Риссет является наиболее доступным в экономическом плане среди всех препаратов рисперидона, используемых в отечественной клинической практике. Последний фактор нередко играет определяющую роль при выборе того или иного атипичного антипсихотика, особенно в условиях длительной противорецидивной терапии, и в этом плане Риссет заслуживает первоочередного внимания [8].

Риссет «унаследовал» все те свойства, те затраты сил, времени и средств, что и препарат рисперидон. И можно сколько угодно утверждать, что оригинал всегда остается оригиналом, а воспроизведенное средство всего лишь воспроизведенным средством. Общее международное непатентованное название делает эти препараты аналогичными для потребителя, а генерик, из-за, как правило, меньшей цены, более доступным.

Препарат произведен 02.12.2005г., но уже за-

воевал большой спрос и количество потребителей. Его популярность в отечественной клинической практике основана, прежде всего, на оптимальном сочетании эффективности, безопасности и доступности.

Международное и химическое название: risperidone; 3 - [2 - [4 - (6-фтор-1,2-бензизоксазол-3-ил) пиперидино] этил] -6, 7, 8,9-тетрагидро-2-метил-4Н-пиридо [1, 2-а] пиримидин-4-он; выпускается в таблетках по 1, 2, 3, 4 мг. Риссет (рисперидон) антипсихотическое средство, обладающее седативным, противорвотным и гипотермическим эффектом. Является антипсихотическим средством, производным бензоказола, селективным моноаминергическим антагонистом. Обладает высокой аффинностью к серотониновым 5-HT<sub>2</sub> и дофаминовым D<sub>2</sub>-рецепторам, связывается также с альфа<sub>1</sub>-адренорецепторами и, при несколько меньшей аффинности, с H<sub>1</sub>-гистаминовыми и альфа<sub>2</sub>-адренорецеп-

торами. Не обладает сродством к холинорецепторам. Являясь мощным D<sub>2</sub>-антагонистом (что, считается, лежит в основе механизма улучшения продуктивной симптоматики шизофрении), рисперидон вызывает менее выраженное подавление моторной активности и в значительно меньшей степени индуцирует каталепсию, чем классические нейролептики. Сбалансированный центральный антагонизм рисперидона к серотонину и дофамину снижает выраженность экстрапирамидных побочных эффектов и расширяет терапевтическое воздействие препарата на негативные и продуктивные симптомы шизофрении.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности, безопасности и переносимости препарата риссет в дозе 2 и 4 мг в сравнении с рисполептом в тех же дозах для лечения больных шизофренией, получавших лечение классическими препаратами.

### Материал и методы исследования

В исследование включены пациенты, находившиеся на лечении в отделении медико-социальной реабилитации областной клинической психиатрической больницы г.Донецка. Это были лица мужского и женского пола, старше 18 лет. Возраст больных при отборе не ограничивался. Были включены пациенты от 20 до 61 года. Все пациенты находились на лечении с диагнозом параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, что определялось с помощью международного нейропсихиатрического мини-интервью MINI согласно критериям МКБ-10. У всех обследуемых наряду с продуктивной симптоматикой имелись выраженные дефицитарные расстройства. Все пациенты принимали ранее традиционные нейролептики.

Необходимым условием была общая сумма баллов по шкале PANSS не менее 60 баллов при первичном скрининге. Первичным параметром эффективности был средний показатель изменения общей суммы баллов по шкале PANSS соответственно началу исследования. Общая тяжесть заболевания пациентов оценивалась с использованием шкалы общего клинического впечатления CGI-S.

Критериями исключения являлись: гиперчувствительность к исследуемому препарату в анамнезе; беременность, лактация; заболевания сердечно-сосудистой системы; цереброваскулярные нарушения, болезнь Паркинсона; эпилепсия; нарушения функции печени и почек; прием противосудорожных препаратов в течение 2-х не-

дель, предшествующих включению в исследование, или других препаратов, которые могут взаимодействовать с рисперидоном.

Условия выбывания пациентов из исследования: индивидуальная непереносимость исследуемых препаратов или развитие в ходе исследования тяжелых и/или неожиданных побочных реакций, клинически значимые отклонения лабораторных показателей, несоблюдение режима назначения препаратов, отказ пациента от участия в исследовании.

Все пациенты, которые соответствовали критериям включения, до начала исследования принимали нейролептики преимущественно классического типа в различных дозах. 60% пациентов имели высокую резистентность к предыдущей антипсихотической терапии. Переход от классических нейролептиков осуществлялся одномоментно.

На стадии скрининговой оценки пациенты были разделены на две группы. Одна группа, состоящая из 30 человек, принимала риссет, другая, из 26 человек - принимала рисполепт в адекватных психическому состоянию дозах. Использовались препараты в дозе 1 мг и 3 мг, в комбинации по 2 и 4 мг. В первой группе препарат в дозе 2 мг принимало 10 человек, в дозе 4 мг - 20 человек. Во второй группе в дозе 2 мг и 4 мг принимало препарат по 13 человек. Мужчин в 1 группе было 24 человека (80%), во 2 группе - 19 человек (73%). В первой группе по критериям CGI-S у 10 человек определена умеренная сте-

пень выраженности психопатологической симптоматики и у 20 человек - выраженная степень,

во второй группе пациентов с умеренной и выраженной степенью было поровну.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов исследования, их статистическая обработка и итоговая оценка эффективности и переносимости Риссета проводились после окончания 60 – дневного курса лечения. Оценивались мышление и необычное содержание мыслей, галлюцинаторные переживания, враждебность, подозрительность, эмоциональные нарушения, заторможенность, социальная отгороженность, нестроение, соматические ощущения, тревожность, чувство вины, явления дезориентации и т.д. Основными критериями эффективности терапии сравниваемыми препаратами в обеих группах служили вы-

раженность и динамика показателей по шкале PANSS, суммарное снижение которых указывало на улучшение состояния больного. Это позволило определить уровень конечных результатов лечения как:

- «высокий» (снижение суммарной выраженности показателей на 20% и более),
- «умеренный» (снижение суммарной выраженности показателей на 10%) и
- «низкий» (снижение суммарной выраженности показателей менее чем на 10%).

Клиническая эффективность препарата по шкале PANSS представлена в таблице 1.

Таблица 1

#### Динамика выраженности суммарных психометрических показателей по шкале PANSS

Шкала PANSS	I группа		II группа	
	В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
Шкала позитивных симптомов	28.0	14.7*	27.3	13.0*
Шкала негативных симптомов	26.4	13.1*	28.0	12.0*
Шкала общей психопатологии	23.4	10.0*	24.8	15.0*
Суммарная оценка	77.8	37.8*	80.1	40.0*
Снижение показателей	38.0 (48.8%)		40.1 (49.9%)	

\* достоверность различий  $p < 0,01$

Как следует из данных приведенных в таблице 1, по завершению 60 дневного курса лечения сравниваемыми препаратами суммарная выраженность психометрических показателей, характеризующих психический статус больных, снизилась в среднем на 38,0 баллов в I группе при лечении Риссетом и на 40,1 балла во II группе при лечении Рисполептом. Что соответствует высокой степени эффективности обоих препаратов. На первых этапах лечения преобладала редукция дефицитарной симптоматики. Пациенты становились контактнее, активнее, эмоционально более раскрепощенными, с большим интересом включались в лечебные процессы. В целом же отмечалось сравнительно равномерное снижение показателей по отдельным субшкалам как позитивной, негативной так и общепсихопатологической симптоматики в обеих группах. Следует отметить, что у всех пациентов отмечалось улучшение когнитивных функций, в частности, концентрации и памяти. Для наглядности эти данные представлены графически.

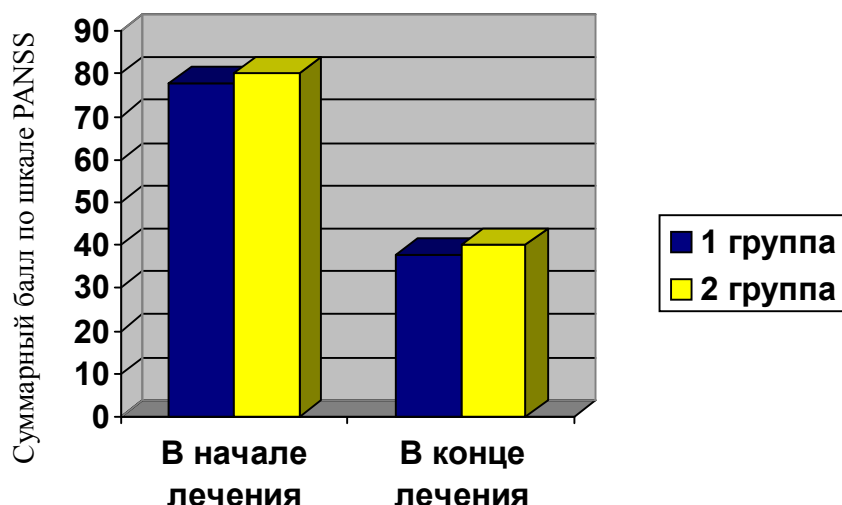
Оценивая общую тяжесть заболевания по

шкале общего клинического впечатления CGI-S, следует отметить, что по окончании исследования в связи с редукцией симптоматики в первой группе число больных с умеренной степенью выраженности уменьшилось до 6 человек (20%), число больных с легкой степенью выраженности составило 18 человек (60%), у 6 больных (20%) отмечалась клиническая ремиссия. Во второй группе число пациентов с умеренной степенью выраженности составило 5 человек (19%), легкой – 15 человек (57.6%), клиническая ремиссия отмечалась у 6 человек (23%). Таким образом, в обеих группах наблюдалось практически синхронное, статистически достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение уровня тяжести заболевания.

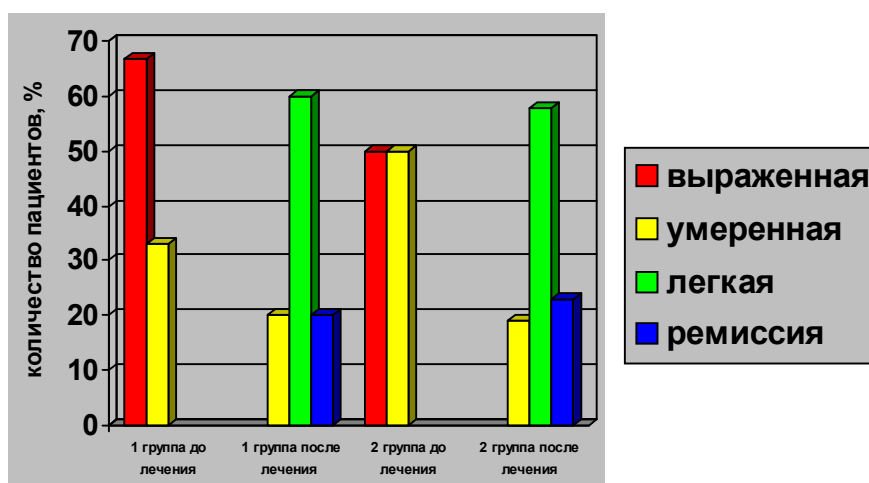
Переносимость сравниваемых препаратов оценивали на основании субъективных жалоб пациентов и объективных клинических данных, получаемых в процессе лечения. В первой группе побочные эффекты наблюдались у 14 пациентов (46,6%), из них 4 человека (13,3%) получали лечение риссетом в дозе 2 мг, 10 человек (33,3%) получали 4 мг Риссета в сутки. Во вто-

рой группе нежелательные эффекты наблюдались у 11 пациентов (42,3%), трое из которых

получали 2 мг рисполепта (11,5%) и 8 пациентов (30,8%) 4 мг рисполепта в сутки.



**График 1.** Редукция психопатологических симптомов по шкале PANSS в I и II группах пациентов.



**График 2.** Редукция степени тяжести заболевания, на основании общего клинического впечатления по шкале CGI-S в I и II группах пациентов

Исходя из полученных результатов можно сделать вывод о хорошей переносимости Риссета, наличии незначительных побочных действий, возникающих после приема как Риссета так и Рисполепта. Наиболее распространенны-

ми побочными эффектами являются бессонница, тревога, нарушение менструального цикла у женщин, реже – явления дистонии, запоры. Количественная оценка переносимости сравниваемых препаратов представлена в таблице 2.

*Таблица 2*

**Частота побочных явлений, возникающих при лечении шизофрении препаратами риссет и рисполепт**

Побочные действия	Риссет 2 мг		Рисполепт 2 мг		Риссет 4 мг		Рисполепт 4 мг	
	N	%	N	%	N	%	N	%
дистония	0	0	0	0	1	5	1	7.7
запоры	1	10	0	0	2	10	3	23
тошнота	0	0	0	0	2	10	0	0
тревога	1	10	1	7.7	1	5	2	15
бессонница	2	20	2	15	1	5	0	0
нарушение менструального цикла	0	0	0	0	3	33.3	2	15

## ВЫВОДЫ

Группа пациентов, принимающих лечение Риссетом, включала 30 человек. 10 пациентов принимали препарат в дозе 2 мг, 20 пациентов в дозе 4 мг. Все пациенты закончили исследование, выбывших из исследования пациентов не было.

Пациенты хорошо переносили лечение препаратом Риссет. Количество и частота побочных действий, которые возникали у пациентов при приеме Риссета, соответствует профилю безопасности этого препарата.

Установлена высокая антипсихотическая эффективность препарата Риссет при назначении больным непрерывной формой шизофрении, хорошая переносимость по сравнению как с типичными так и атипичными антипсихотиками.

Фармакотерапевтический эффект препарата у большинства больных выражался в значительном клиническом улучшении психического состояния, уменьшении возбудимости, нормализации эмоциональной сферы, повышении уровня

адаптации. Отмечена высокая эффективность препарата Риссет в дозе 4 мг при купировании психотического эпизода у пациентов с небольшой длительностью заболевания, достаточная компенсация когнитивного дефицита, полная биологическая эквивалентность оригинальному препарату. Низкий риск развития экстрапирамидных расстройств.

Объективно улучшение состояния больных подтверждается результатами комплексной оценки показателей, характеризующих выраженность и динамику их психического статуса в процессе лечения исследуемыми препаратами по шкалам PANSS и CGI-S.

По количественной выраженности показателей терапевтической активности и переносимости препарат Риссет («Плива» (Хорватия) сопоставим с препаратом Рисполепт («Janssen Pharmaceutica N.V., Бельгия») и не уступает ему по всем показателям терапевтической активности и переносимости.

*В. Абрамов<sup>1</sup>, I. Жигулина<sup>2</sup>, I. Левчук<sup>2</sup>, О.В. Абрамов<sup>1</sup>*

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ РИССЕТ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького<sup>1</sup>, Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня<sup>2</sup>

В роботі наведені результати вивчення ефективності та безпеки застосування препарату риссет в порівнянні з рисполептом для лікування хворих на шизофренію. Виділені критерії для призначення препарату та проаналізована редукція симптомів. Дани рекомендації для застосування препарату. Встановлено, що по кількісній виразності показників терапевтичної активності препарат Риссет дорівнює препарату Рисполепт. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 59-63).

*V. Abramov<sup>1</sup>, I. Zhygulina<sup>2</sup>, I. Levchuk<sup>2</sup>, A. Abramov<sup>1</sup>*

## THE ESTIMATION OF EFFICIENCY AND SAFETY OF APPLICATION OF PREPARATION RISSET

Donetsk State Medical University,<sup>1</sup> Donetsk regional clinical psychiatric hospital<sup>2</sup>

The pharmacology, pharmaceuticals, clinical efficacy, adverse effects, cost and dosage of the risset are reviewed. High antipsychotic efficiency of a preparation risset is established at purpose sick by the continuous form of schizophrenia. Criteria for purpose of a preparation are allocated and the reduction of symptoms is analysed, recommendations on use of a risset preparation are given. On the basis of assessment the conclusion risset, rispolept results was made higher clinical risset effectiveness, safenessendure. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 59-63).

### Литература

1. Незнанов Н.Г., Телия К.К. рисполепт конста: новые возможности долгосрочной терапии и комплайенса. // Архив психиатрии. — 2005. -№1 (40). — С. 157-162.
2. Аведисова А.С., Спасова С.А., Файзуллоев А.З. Рисполепт при терапии вялотекущей шизофрении и его влияние на когнитивные функции // Рос. Психиат. журн. — 2002. — №1. — С. 42-46.
3. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. — М.: Бином, 2004. — 415 с
4. Бородин В.И. Атипичные антипсихотики — эффективная терапия при шизофрении // Здоровья України. — 2007. — №6/1. — С. 68.
5. Влох І.Й., Степаненко Л.В. та ін. Дослідження ефективності рисполепту при лікуванні параноїдної шизофренії // Укр. вісн. психоневрол. — 2002. — т. 10, вип. 4. — С. 63-66.
6. Гаврилова С.И., Колыхалов И.В. Рисперидон (рисполепт) в лечении психотических и поведенческих симптомов деменции // Клин. геронтол. — 2001. — №5-6. — С. 60-68.

7. Громов Л., Чайка Л., Гомон О. Фармакодинамические особенности нейролептиков нового поколения // Вісн. фармакол. фарм. — 2003. — №12. — с. 2-9.
8. Каледа В.Г. Место рисполепта в современной психофармакотерапии. — М.: НЦПЗ РАМН, 2003. — 14 с.
9. Калинин В.В., Рывкин П.В. Атипичные нейролептики в психиатрии: правда и вымысел // Психиат. психофармакотер. — 1999. — №1. — С. 1-6.
10. Масловский С.Ю. Длительность и методика назначений нейролептиков при поддерживающей терапии // Невропатол. психиат. — 2006. — Т. 106, №12. — С. 81-85.
11. Мосолов С.Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении // Рус. мед. журн. — 2004. — Т. 12, №10. — С. 23-28.
12. Принципы и практика психофармакотерапии. — К.: Ника-центр, 1999. — 725 с.

Поступила в редакцию 4.02.2009

УДК 616.85: 616.891.4:618.17:615.851

*Н.В. Гавенко***ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЦЕНАРНОЙ (СКРИПТАЛЬНОЙ) ФОРМЫ ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: сценарная (скрипталная) сексуальная дезадаптация, психотерапия

Невротические расстройства, сопряженные с сексуальными нарушениями, имеют широкую распространенность среди населения, которая продолжает расти с каждым годом [1]. Сексуальные нарушения при невротических расстройствах у женщин встречаются, по данным различных авторов, в 20-83% случаев всей патологии, нередко приводя к нарушению отношений в семье, снижению репродуктивной функции, распаду брака [2-6]. Особое внимание уделяется вопросам лечения данных расстройств [6, 7]. Отмечаемая сложность синдромологической структуры сексуальных нарушений и невротических расстройств [6], существование хронологической и транснозологической коморбидной сексуальной патологии и нарушения сексуального адаптогенеза, предшествующих невротическому расстройству, обуславливает создание адекватных и все более совершенных методов терапии. Именно поэтому, в настоящее время получили свое развитие многоуровневые, дифференцированные системы терапевтического воздействия [6-8].

Нами было проведено системное исследование сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены, результаты которого послужили основанием для разработки системы патогенетически направленной психотерапии, представленной в настоящей работе.

В процессе исследования были выявлены причины, варианты и формы сексуальной дезадаптации при рассматриваемой патологии у жен-

щин, сформулированы диагностические и дифференциально-диагностические критерии клинических форм первичной и вторичной дезадаптации. Предлагаемая система психотерапии, построенная на этих данных, базируется на принципах комплексности, дифференцированности, последовательности и этапности психотерапевтического воздействия, проводимого, в соответствии с парным характером сексуальной функции, обоим супругам.

Важнейшим условием корригирующего воздействия при любой форме сексуального несоответствия мы считали его системный характер. Точно так же, как системный анализ является оптимальным методом установления причинно-следственных связей формирования сексуальной дезадаптации, добиться высокого терапевтического эффекта можно лишь при осуществлении системы ее коррекции.

В соответствии с терапевтической моделью В.В. Кришталя [9] предложенная нами система психотерапевтической коррекции первичных нарушений сексуально-поведенческой адаптации в контингенте пациенток с невротическим расстройством состояла из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) и личностного. При этом проводимые психотерапевтические мероприятия адресуются к трем подсистемам личности супругов – интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

**Материалы и методы исследования**

Разработанная система психотерапии была проведена нами 250 сексуально-дезадаптированным супружеским парам, жены которых страдали невротическим расстройством. У 140 (56%) пар имела место первичная (анозогенная) сексуальная дезадаптация и у 110 (44%)

– вторичная, нозогенная сексуальная дезадаптация: у 58 (23,2%) вторичная (нозогенная), обусловленная невротическим расстройством и у 52 (20, 8%) вторичная (нозогенная), обусловленная коморбидной патологией, в частности, “расстройством сексуальных отношений”



(F 66.2). В контрольной группе супругов (100 пар без сексуальной дезадаптации и невротического

расстройства) психотерапия не проводилась.

### Результаты исследования и их обсуждение

Данная работа посвящена рассмотрению психотерапевтической коррекции сценарной (скрипальной) формы первичной (анозогенной) сексуальной дезадаптации, верифицированной у 25 (10±4%) супружеских пар.

Следует отметить, что невротические расстройства у всех пациенток были причинно связаны со сценарным конфликтом в паре: хроническая психотравмирующая ситуация затрагивает наиболее значимые потребности личности женщины (адекватной социальной оценки, любовно-эротические, интимного общения, а также самовыражения и самоутверждения, что и приводит в итоге к развитию у нее невротического расстройства).

Психотерапевтическая коррекция дезадаптации супругов, независимо от формы невротического расстройства при скрипальном первичном сексуальном несоответствии состояла из следующих основных этапов.

На первом этапе (установочном) проводилось выявление и устранение неадекватных и деструктивных установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия.

На втором этапе психотерапевтической коррекции усилия у пациенток были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера. Психокоррекционные усилия у мужей пациенток на этом этапе были направлены на изменение девиантного сексуального сценария и на более нормативное, адекватное отношение к образу сексуального брачного партнера.

На третьем этапе супруги учились успешно, продуктивно и правильно сексуальному взаимодействию. На этом этапе повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое, более адаптивное сексуальное поведение.

В выборе конкретных методов, методик и техник проводимой психотерапии, мы опирались на описанные в литературе методические указания, из которых следует, что психотерапия при первичных формах сексуальной дезадаптации

должна быть адекватна как выявленным ее причинам, механизмам развития и проявлениям у каждой супружеской пары, так и этапу психотерапии, на котором она применяется [9].

I. Для первого этапа, мы определили основными методами коррекции: рациональную и информационную психотерапию.

Рациональная психотерапия характеризуется относительно директивным подходом с привлечением авторитета, престижа и знаний врача с помощью методик убеждения, переубеждения, разъяснения, ободрения и отвлечения. Мы проводили рациональную психотерапию в индивидуальной, парной и групповой форме. Важным аспектом проведения психотерапии методом убеждения являлось ознакомление с представлением каждого из супругов о характере имеющихся у них отклонений, особенностей нарушений в сексуальном взаимодействии и выяснение их личностных позиций и установок. Получаемая информация использовалась в последующих беседах и дискуссиях. Направленная на коррекцию личностных реакций каждого из супругов, рациональная психотерапия предусматривала логическую аргументацию выдвигаемых и обосновываемых врачом положений. При ее проведении постоянно и непротиворечиво выявлялась и демонстрировалась каждому из супругов неопределенность, противоречивость, непоследовательность и бездоказательность тех или иных выдвигаемых ими аргументов, касающихся декларируемых сексуальных проблем и связанных с ними неправильных установок. В доступной форме, логично и убедительно неправильным умозаключениям пациента противопоставлялись доказательные положения, показывающие возможность и пути выхода из неблагоприятной ситуации, сложившейся в супружеской паре. Одной из эффективных техник, применяемой нами на этом этапе являлась техника «Дискутирования» (оспаривания) иррациональных взглядов, предложенная А.Еллисом, W.Драйден [11]. Техника основана на использовании трех подкатегорий оспаривания: детекции, дебатирования и дискриминации. Детекция включала в себя установление и фиксацию дисфункциональных установок, мнений и оценок, характерных как для каждого из супругов, так и для пары в целом. Дебатирование представляло собой особым

образом организованный поток вопросов, которые задавались каждому из супругов, чтобы помочь им отказаться от имеющихся иррациональных мнений, оценок и убеждений. Часто прибегали к вопросам типа: «Есть ли доказательства вашим убеждениям?», «В чем ваше убеждение точно, а в чем нет?», «Что делает его таким?» и т. д. Вопросы задавались до тех пор, пока пациентка и ее брачный партнер не осознавали неточность своих иррациональных убеждений и точность его рациональной альтернативы. В дебатах использовались эмпирический, логический и прагматический аргументы, подробно описанные Albert Ellis, Windy Dryden [11]. Дискриминация заключалась в помощи терапевта в определении четких различий между неабсолютными ценностями супругов (их предпочтениями, желаниями, мечтаниями и планами) и абсолютными (потребностями, требованиями, императивами). Логические выкладки с применением дидактических и риторических техник мы сочетали с имагинативными техниками. Наиболее часто использовались техника рационально-эмоционального воображения по А. Ellis – Jr. Maultsby [11].

В процессе реализации этой техники, супруги учатся трансформировать собственные деструктивные эмоции, изменяя лежащие в их основе иррациональные верования и убеждения.

Структура и конкретное содержание рациональной психотерапии была максимально индивидуализирована нами в соответствии с особенностями каждого супруга, условиями и обстоятельствами развития сексуальной дезадаптации.

Рациональную психотерапию осуществляли в форме индивидуальной, парной и групповой психотерапии, используя техники, разработанные А. Ellis, W. Dryden [11]. Основной задачей этапа считали корректировку так называемого иррационального мышления у супругов. Этот тип мышления, обозначен в литературе как «абсолютистский» [11]. В основе иррациональных взглядов, ведущих к таким нездоровым эмоциям, как тревога, гнев, злость, обида, депрессия, стыд, вина или ревность, лежит мыслительный процесс известный в теории рационально-эмоциональной поведенческой терапии как «долженствование» [11].

В контексте супружеских отношений этот процесс характеризуется тем, что один из партнеров формирует абсолютные требования и правила для себя, другого партнера и (или) ситуации во взаимоотношениях. А. Ellis [11] отмечает, что такие мыслительные процессы как «дол-

женствование», «драматизация», «осуждение» представляют собой философию фанатичных убеждений, когда человек занимает богоподобную позицию и настаивает (а не просто желает или предпочитает) чтобы мир (и люди в нем) были такими, какими ему хочется. Рациональная (или утверждающая «Я») альтернатива этим абсолютистским взглядам заключается в нетребовательной, неабсолютной философии предпочтения.

Как показали наши исследования, ведущим при сценарной форме сексуальной дезадаптации является сценарный конфликт, при котором супруг с одним типом сексуального культурного сценария игнорирует сценарные потребности и сценарные реализации другого супруга с иным сексуальным сценарием и (или) пытается утвердить собственный сценарий как единственно возможный. В основе насильственного навязывания брачному партнеру чуждого ему сексуального сценария лежат иррациональные взгляды на то, что и как «должно быть в сексе». Мы полагаем, что проводимая рациональная психотерапия должна не только дискредитировать конструкты иррационального мышления у супругов, но обязана формировать у них рациональную мыслительную альтернативу, изменяя тем самым исходные дезадаптивные установки на принятие и (или) насаждение иного типа сексуального сценария.

При сценарной форме сексуальной дезадаптации большую роль играет также когнитивная (информационная) терапия. В ее задачу входит ликвидация дефицита правильной информации путем последовательного и планомерного повышения уровня компетентности супругов в вопросах супружеского взаимодействия и психогигиены половой жизни. Второй, не менее важной задачей является дискредитация и дезактуализация устойчивых дезадаптационных представлений супругов о том «как все должно быть», т.н. «семейно-брачных» мифов [11] и замена их на реалистичные представления.

Технически информационная терапия осуществляется в форме библиотерапии, видеотерапии, проведении образовательных микролекций по вопросам психогигиены половых отношений.

II. На втором этапе психотерапии основными методами коррекции в работе с пациентками и их брачными партнерами были: аутотренинг и гипносуггестивные техники, подробно описанные в литературе [12], а также модифицированный нами вариант мотивационной психотерапии А.Ю. Дышлевого [13]. Успешность данного эта-

па у женщин определяется регрессом невротической симптоматики и формированием позитивной установки в отношении брачного партнера. Успешность этапа для мужей пациенток является нормативное отношение к образу брачного сексуального партнера, формированию адекватных мотиваций сексуального поведения и мотивов полового акта.

На втором этапе психотерапевтической коррекции основные усилия у пациенток с невротическим расстройством направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, снятие деструктивных установок и патологических эмоциональных реакций на брачного партнера, а также на повышение его сексуально-эротической привлекательности.

С этой целью в микрогруппах проводились сеансы групповой десенсибилизации. После проведения соматосенсорных упражнений и достижения состояния релаксации и сомноленции пациенткам предлагали представить образ своих брачных партнеров в ситуациях нейтральных (на море, на отдыхе, пр.), а через 5-6 сеансов – представить их в ситуации интимной близости. На этом этапе выполнение супругами задания подкрепляется суггестивным воздействием. В течение этого периода запрещаются все формы эротического и сексуального контакта. В ряде случаев, десенсибилизация сочеталась с методикой эйдетического контрастирования: после представления сексуального партнера в негативно оцениваемой ситуации (ситуация интимной близости), супругам предлагают вспомнить положительно окрашенные ситуации в своей жизни и совместить их с образом сексуального партнера. На 8-10 сеансах формируется только положительно окрашенные эмоции в отношении сексуального партнера.

Групповая десенсибилизация сочетается с индивидуальной гипносуггестивной терапией. После введения пациентки в состояние гипноза одним из общепринятых методов проводится внушение, направленное на усиление сексуального влечения к сексуальному партнеру, повышение уровня эротической реактивности, формирование установки на желанность и приятность сексуальной близости с ним.

Мотивационная психотерапия мужьям, у которых был верифицирован дегуманизирующий сексуальный сценарий, проводилась нами поэтапно по определенной программе с использованием разнообразных психотерапевтических методов.

Первый этап – диагностический – проводился с помощью мотивационного интервьюирования с элементами рациональной психотерапии. Интервьюирование было направлено на чувство самодостаточности мужчин с девиационным сексуальным сценарием, открывало им перспективу и давало им надежду, что они могут добиться адекватного изменения своего сексуального поведения в текущем браке, во имя сохранения последнего.

Второй этап мотивационной психотерапии был посвящен трансформации эгоистического отношения пациентов к собственному девиантному сексуальному поведению в эгодистоническое. Иными словами, на этом этапе вырабатывалось недовольство своим поведением и желание избавиться от него. Это достигалось рациональной психотерапией.

Третий этап мотивационной психотерапии – информационный. Его задача – дать лицам с девиантным сценарием в доступной форме правильную информацию о формировании нормативного сексуального сценария, сексуального поведения, нормальной сексуальной мотивации и адекватных мотивах полового акта. С этой целью использовали рациональную, разъяснительную психотерапию в форме бесед. Рациональное психотерапевтическое воздействие осуществлялось с помощью мотивированного убеждения в состоянии бодрствования, и было направлено на коррекцию девиантных представлений, понятий, суждений и умозаключений в отношении сексуального партнера и сексуального функционирования.

На четвертом этапе – этапе выработки у пациентов негативного отношения к имеющейся у них девиантной сексуальной мотивации мы применяли гипносуггестивную терапию и внушение наяву. Гипносуггестивную терапию проводили для внушения необходимой эмоциональной и волевой перестройки, и, главное, для внушения отвращения к привычному сексуальному поведению [13]. С этой же целью использовали и внушение наяву.

На пятом этапе мотивационной психотерапии, посвященном нормативному восприятию образа брачного сексуального партнера, формированию адекватных мотиваций сексуального поведения и мотивов полового акта, основным методом корригирующего воздействия было гипномоделирование и эмоционально-волевой тренинг с использованием самовнушения.

III. На третьем этапе психотерапевтической

коррекции основными методами был сексуально-поведенческий тренинг. В нашей модификации он состоит из двух частей: ролевого психосексуального тренинга, направленного на формирование нового сексуально-поведенческого паттерна супругов и сексуально-эротического тренинга, направленного на оптимизацию проведения предварительного периода, самого полового акта и его заключительного периода. Из классического сексуально-поведенческого тренинга был исключен психосексуальная тренинговая часть, так как ни у одного находившихся под нашим наблюдением супругов нарушений психосексуальной ориентации не наблюда-

лось. Техника сексуально-эротического тренинга описана Н.К. Агишевой [14].

Этап расценивался завершённым при сформированности у супругов нового сексуально-поведенческого паттерна и достижения обоюдной стабильной психосексуальной удовлетворённости.

Таким образом, анализируя вышеизложенное можно сделать вывод о соответствии, целесообразности, полноте и патогенетической направленности разработанных методов психотерапии при сценарной (скрипталной) форме сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены.

*Н.В. Гавенко*

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СЦЕНАРНОЇ (СКРИПТАЛЬНОЇ) ФОРМИ ПЕРВИННОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЗАМІЖНІХ ЖІНОК ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНИЙ РОЗЛАД**

Харківський національний медичний університет

Нами розроблена система патогенетично спрямованої психотерапії сценарної (скрипталної) форми сексуальної дезадаптації подружньої пари при невротичному розладі у жінки. Психотерапія була проведена 25 подружнім парам зі сценарною формою сексуальної дезадаптації. На першому етапі було проведено виявлення та усунення неадекватних та деструктивних установок подружжя в галузі сексуальної взаємодії. На другому етапі зусилля були спрямовані у жінок на дезактуалізацію хвилювань, пов'язаних з сексуальною дезадаптацією. У чоловіків на змінення девіантного сексуального сценарію. На третьому етапі подружжя вчилася успішній, продуктивній і правильній сексуальній взаємодії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 64-68).

*N. V. Gavenko*

## **PSYCHOTHERAPEUTICAL CORRECTION OF SCRIPTAL FORM OF PRIMARY SEXUAL DISADAPTATION OF MARRIED WOMEN SUFFERING FROM NEUROTIC DISORDER**

Kharkiv National Medical University

The system of pathogenetically oriented psychotherapy of scriptal form of sexual disadaptation of married couple, in which women suffer from neurotic disorder, has been developed. 25 married couples with scriptal form of sexual disadaptation were treated. At the first stage the exposure of inadequate and destructive patterns of sexual interconnection were exposed and deleted. At the second stage our forces were directed to disactualization of worries connected with sexual disadaptation of women and changing of deviant sexual script of men. At the third stage partners studied successful, productive and right interconnection. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 64-68).

### *Литература*

1. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
2. Свядоц А.М. Женская сексopatология. — М.: Медицина, 1988. — 176 с.
3. Здравомыслов В.И. Функциональные расстройства у женщин, их классификация и терапия // Проблем. совр. сексopatологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1982. — Т.65. — С.409-425.
4. Агаркова Т.Е. Клиника невротических расстройств у женщин при сексуальной дезадаптации супружеской пары: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1986. — 23 с.
5. Горбачева С.П. Роль личностного фактора в формировании сексуальной патологии у женщин. — В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976. — С.79-81.
6. Панько Т.В. Принципы психотерапии женщин с сексуальными нарушениями невротического генеза // Украинский вiсник психоневрології. — Т.11, вип. 1 (34), 2003. — С. 86 – 88.
7. Писанная Н.Р. Система психотерапии сексуальной дезадаптации супружеской пары при соматизированном расстройстве у жены // Вiсник психіатрії та психофармакотерапії. - №1(7), 2005. — С.94-100
8. Закарян М.А. Сексуальная дисгармония супружеской пары

- при неврозах у женщин и ее психологическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1992. — 25 с.
9. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879с.
10. Тёмкина А. Сценарии сексуальности и гендерные различия // В поисках сексуальности / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной. — СПб.: «Дмитрий Буланин», 2002. — С.559-587.
11. Эллис А., Драйден У. (Ellis A., W. Dryden) Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии: Пер. с англ. — СПб: Речь, 2002, 352с.
12. Деган М.Д. (Degun M.D.), Деган Ж.С (Degun G.) Гипнотерапия и сексуальные проблемы // Гипнотерапия /Под ред. Майкла Хипа и Уинди Драйдена: Пер. с англ. — СПб.: «Питер, 2001. — 341с.
13. Дышлевой А.Ю. Дифференциальная диагностика и психокоррекция раптофилии // Український вiсник психоневрології. — Т.11, вип. 3 (36), 2003. — С. 43 – 45.
14. Агишева Н.К. Психологические и социальные психологические факторы в развитии и психологической коррекции супружеской дезадаптации супружеской пары: Автореф. дис. канд. психол. наук, Л.: 1990. - С. 26.

Поступила в редакцию 21.01.2009

УДК 616.89-051:613.6

*Е.М. Выговская, С.Г. Пырков***МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЙ ПУТЬ СИНДРОМОГЕНЕЗА**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: невротические расстройства, межличностные взаимоотношения, самоактуализация.

Изменения социально - политической структуры общества, научно-технический прогресс, информационные перегрузки, конфликты производственного и семейного характера, создают почву для неудержимого роста во всем мире заболеваемости невротическими расстройствами. В связи с этим проблема невротических расстройств является значимой как для клинической практики, так и для теории медицины.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств с психологическими причинами [1].

Невротическим расстройствам посвящено огромное количество научной литературы. Многочисленные теории и классификации последовательно развивали и обогащали друг друга. Вместе с тем, понятие неврозов стало терять свои клинические границы. Произошло это, возможно, потому, что клинический анализ этой

проблемы затрагивает лишь отдельные аспекты, внимание исследователей концентрируется на отдельных невротических симптомах. Иллюстрацией последнего тезиса является классификация МКБ - 10, в которой понятие «неврозы» исключено из диагностических категорий, а рубрика F4 «распалась» на отдельные клинические синдромы. Тем не менее, употребление данного понятия не только не вызывает отторжения у клиницистов и специалистов смежных специальностей (психологов, физиологов, биохимиков, фармакологов), но и остается ориентиром в диагностике и определения терапевтической тактики для данной категории патологических состояний.

Учитывая, что в современной психологии большая роль в возникновении невротических расстройств отводится конфликтам – интрапсихическому и межличностному, а также конвергенции между ними целью настоящего исследования явилось изучение межличностных взаимоотношений и самоактуализации лиц, страдающих невротическими расстройствами.

**Методы исследования**

В соответствии с программой исследования было проведено обследование 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин) с различными невротическими расстройствами: посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1) - 1 чел. (3,3%); ипохондрическим расстройством (F45.2) - 2 чел. (6,7%); диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44) - 2 чел. (6,7%); генерализованным тревожным расстройством (F41.1) - 2 чел. (6,7%); паническим расстройством (F41.0) - 2 чел. (6,7%); обсессивно-компульсивным расстройством (F42) - 3 чел. (10,0%); тревожно-фобическими расстройствами (F40) - 4 чел. (13,3%); расстройством адаптации (F43.2) - 4 чел. (13,3%); неврастенией (F48.0) - 10 чел. (33,3%), - по следующим методикам:

Шкалам социального самоконтроля (ШСС) [2] и эмоциональной возбудимости (ШЭВ) [3], Опросникам личностной ориентации (ЛиО) [4] и межличностных отношений (ОМО) [5].

Шкала социального самоконтроля разработана в Ярославском государственном университете (1996 год) на основании одноименной шкалы, предложенной М.Снайдером в 1974 году. Теоретической концепцией, использованной при создании этой шкалы, является представление о self-monitoring. Оно обозначает такие взаимосвязанные процессы как самоконтроль и самонаблюдение, нацеленные на достижение приспособленности. Существуют определенные трудности в переводе на русский язык понятия self-monitoring. Авторы русскоязычной версии ШСС

в качестве эквивалентного термина предложили понятие «социальный самоконтроль». Под социальным самоконтролем понимается способность человека управлять своим поведением и выражением своих эмоций. Стремясь предстать перед окружающими в том или ином образе и отталкиваясь от собственного понимания социальной приспособленности, люди в любой ситуации используют те или иные средства вербального или невербального самовыражения. Адекватность и легкость этих средств обусловлены уровнем социального самоконтроля.

ШЭВ представляет собой измеритель нейротизма, отличный от концепции Г. Айзенка. Под эмоциональностью здесь подразумевается повышенная возбудимость, частые проявления реактивности, высокая степень откликаемости. Иными словами, высоко эмоциональная личность имеет низкий порог переживания дистресса, переживает его более часто и с большей интенсивностью.

Методика ОМО является русскоязычной версией широко известного за рубежом опросника FIRO-B американского психолога Вильяма Шутца, разработавшего оригинальную теорию межличностных отношений. В теории межличностное поведение индивида объясняется на основе 3-х потребностей: включения, контроля и аффекта. Под термином аффект понимается вся совокупность эмоциональных компонентов, сопровождающих межличностные отношения. Потребность включения - это потребность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, на основе которых возникают взаимодействие и сотрудничество. Потребность контроля - это потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения с людьми, опираясь на контроль и силу. Для измерения потребности включения в методике используются две шкалы: Ie - выраженное поведение включения, которая отражает стремление принимать остальных, чтобы они имели интерес к индивидууму и принимали участие в его деятельности, а также активное стремление принадлежать к каким-либо социальным группам и быть как можно чаще среди людей; Iw - включение, как требуемое поведение, отражает усилия индивидуума, направленные на то, чтобы другие приглашали его принимать участие в их де-

ятельности, даже если он не прилагает к этому никаких усилий. Потребность в контроле измеряется шкалами Се и Сw. Первая из них измеряет выраженное поведение контроля, т.е. интенсивность попыток контролировать и влиять на остальных, стремление брать в свои руки руководство и принятие решений. Вторая шкала отражает требуемое поведение контроля, т.е. стремление к тому, чтобы индивидуума контролировали остальные, влияли на него, говорили, что он должен делать. Потребность в аффекте измеряется шкалами Ae и Aw. Шкала Ae отражает выраженное аффективное поведение, т.е. стремление быть в близких интимных отношениях с остальными, проявлять к ним дружеские, теплые чувства. Шкала Aw измеряет требуемое поведение аффекта, т.е. усилия больного, направленные на то, чтобы другие стремились быть к нему ближе и делились с ним своими интимными чувствами.

Опросник личностных ориентаций (ЛиО) был создан американским психологом Эвереттом Шостромом. Отправным пунктом исследования Э.Шострома была концепция самоактуализирующейся личности, наиболее полно развитая в работах А.Маслоу. Маслоу писал, что термин «самоактуализация» означает «стремление к самоосуществлению, точнее, тенденцию актуализировать то, что содержится в качестве потенций. Эту тенденцию можно назвать стремлением человека стать все более и более тем, чем он способен стать». Таким образом, Маслоу определяет самоактуализацию как непрерывную актуализацию потенций, способностей, талантов, как осуществление призвания или предназначения. Самоактуализирующаяся личность имеет тенденцию быть более независимой в своей ориентации как на внутреннее руководство, так и на руководство со стороны других. Однако, по сравнению с несамоактуализирующейся личностью, она обладает большей опорой на себя, большей независимостью от других. Необходимость создания опросника личностных ориентаций была продиктована потребностью многих консультантов и терапевтов во всестороннем измерении ценностей и поведения человека, как имеющих наибольшее значение для развития самоактуализации.

### Результаты исследования и их обсуждение

Среднее значение по методике ШСС составило  $3,97 \pm 0,269$ , что соответствует низкому уровню социального самоконтроля. Подобное обстоятельство свидетельствует о том, что по-

ведение и эмоциональный фон исследуемого контингента лиц в большей степени зависят от их «внутреннего» состояния, а не от требований той или иной социальной ситуации. При уп-

равлении своей поведенческой активностью и выражении своих эмоций данные лица в большей степени учитывают свое собственное «внутреннее» состояние, свои установки и предрасположенности, чем опираются на информацию о ситуационной адекватности того или иного поведения и эмоциональной экспрессии. Низкий уровень социального самоконтроля среди исследуемой группы лиц может свидетельствовать о том, что в социальные отношения они включались только в случае, если ситуация «подходила» их личности. Подобный стиль «неадаптивного» поведения в социальном плане делает данных лиц нестрессоустойчивыми, а так же затрудняют выработку адекватных психологических механизмов защиты. Здесь уместно вспомнить высказывание Дж.Вольпе о том, что «невроз – это плохая упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения».

Средний показатель по методике ШЭВ составил  $7,23 \pm 0,383$ , что соответствует высокому уровню эмоциональной возбудимости и свидетельствует о том, что многие жизненные обстоя-

тельства воспринимались исследуемым контингентом лиц как «угрожающие».

Средние значения по Опроснику личностной ориентации представлены на рис. 1.

Показатель «Отношение времени» (Ti/Tc) равен  $1 : 3,87$ . Подобное обстоятельство указывает на больший интерес прошлым и будущим в сравнении с настоящим. Данный контингент лиц слабо способен связать прошлое с настоящим в значимую последовательность и, следовательно, может быть обремененным чувством вины, сожаления или обиды от прошлого. Как указывал Э.Шостром: «Это личность, которая все еще ест маленькими кусочками неперевариваемые воспоминания и обиды прошлого» [4]. Если такая личность ориентирована на будущее, то человек живет идеалистическими целями, планами, ожиданиями, предсказаниями и, возможно, даже страхами. Он «переживает» будущее. Таким образом, в целом для исследованного контингента лиц оказалось характерным незначительное влияние прошлого в плане опыта и научения на настоящее и отсутствие связи целей в будущем с деятельностью в настоящем.

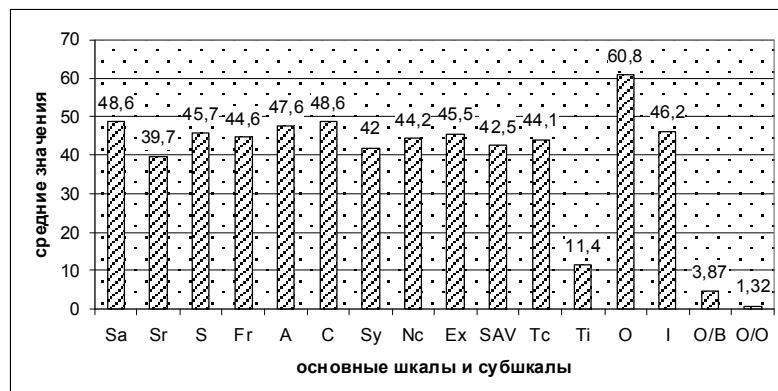


Рис. 1. Распределение показателей средних значений по методике ЛиО

Показатель «Отношение опоры» составил  $1 : 1,32$ , что соответствует экстремальному полюсу внутренней направленности личности у исследованного контингента лиц. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что источником направленности для них в большей степени является их внутренняя мотивация, чем внешние влияния и стимулы. Результатом подобной направленности могут быть затруднения при принятии решения: действовать ли им конформно или автономно. Поэтому они ни то, ни другое не делают хорошо.

Показатель субшкалы SAV (ценность самоактуализации) равен  $42,5 \pm 1,49$ , что соответствует показателю ниже среднего уровня. Таким образом, для изученной группы лиц ценности, ха-

рактерные для самоактуализирующейся личности являлись далеко не первостепенными.

Ниже среднего уровня был получен и балл по субшкале экзистенциальности (гибкости поведения)  $Ex=45,5 \pm 1,61$ . Подобное обстоятельство свидетельствует о том, что данная группа лиц в своем поведении придерживалась своих принципов настолько ригидно, что они становились компульсивными и догматичными.

Невысокий балл по субшкале «реактивной чувствительности» ( $Fr=44,6 \pm 1,44$ ) свидетельствует о низкой чувствительности к чувствам и нуждам других людей. Возможно это связано с низким уровнем спонтанности ( $S=45,7 \pm 1,69$ ), и, как результат, боязнь выразить свои чувства спонтанно.

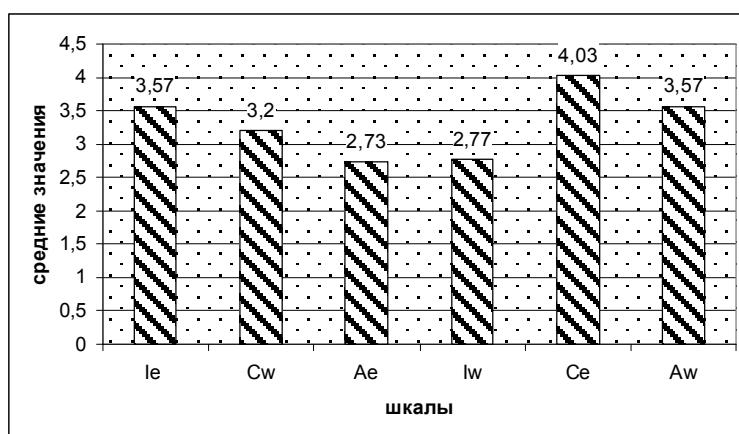
Обращает на себя внимание и полученный невысокий уровень по субшкалам «самоуважение» и «принятие себя» ( $Sr=39,7\pm 1,75$  и  $Sa=48,6\pm 1,48$  соответственно). Таким образом, исследуемый контингент лиц характеризовался низкой самооценкой и неспособностью принимать свои слабости.

Представляют интерес данные полученные по субшкале Nc (конструктивность природы человека), показатель по которой соответствует ниже среднего уровня ( $44,2\pm 1,9$ ). Полученный результат свидетельствует о принятии окружающих людей исследуемым контингентом лиц заведомо злыми и плохими по своей природе. Они обладали низкой способностью понимания дихотомии в природе человека. Вышеуказанное согласуется с низким уровнем

принятия агрессии со стороны других людей  $A=47,6\pm 1,51$ , целостности (синергии)  $Sy=42,0\pm 1,54$  и способности к установлению теплых межличностных взаимоотношений  $C=48,6\pm 2,45$ .

Можно предположить что, воспринимая социальную среду, как «потенциально враждебную», у исследованного контингента лиц, вполне естественно, могут формироваться различные защитные поведенческие реакции при общении с другими людьми, нарушаться межличностные взаимоотношения, что в свою очередь ослабляет адаптационные резервы организма к воздействию психотравмирующих ситуаций.

С целью проверки данной гипотезы проведено обследование изученной группы лиц с помощью методики ОМО (рис.2).



**Рис.2.** Распределение показателей средних значений по методике ОМО

По шкале Ie («включение – выраженное поведение») среднее значение -  $3,57\pm 0,29$ , что соответствует низкому уровню. Подобное обстоятельство свидетельствует о том, что исследуемый контингент лиц активно не стремился принадлежать какой-либо социальной группе и быть как можно больше и чаще среди людей. Низкие показатели были получены и по шкале Iw («включение – требуемое поведение») -  $2,77\pm 0,406$ .

В целом можно сделать вывод о сниженной потребности у изученной группы лиц в создании и поддержании удовлетворительных отношений с другими людьми, на основе которых возникает взаимодействие и сотрудничество. Это касается отношений обоих направлений, как от индивида к другим людям, так и от других людей к индивиду. На уровне эмоций потребность включения у лиц с невротическими расстройствами можно определить как несостоятельность в создании и поддержании чувства взаимного интереса. Таким образом, общее описание поведения при подоб-

ной реализации потребности включения соответствует тому, что индивиды не чувствуют себя хорошо среди людей и имеют тенденцию общаться с небольшим их количеством.

По шкале Ce («контроль – выраженное поведение») методики ОМО полученные показатели соответствовали  $4,03\pm 0,408$ , что ниже среднего уровня. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что индивиды имеют тенденцию избегать принятия решений и брать на себя ответственность. В то же время, низкие показатели ( $3,2\pm 0,354$ ) по шкале Cw («контроль – требуемое поведение») указывают на то, что оптимальным для группы пациентом с невротическими расстройствами в межличностном взаимодействии являлось отсутствие какого-либо контроля и за их поведением. Полученные результаты потребности контроля свидетельствуют о сниженном стремлении у исследованного контингента лиц создавать и сохранять чувство взаимного уважения, опираясь на компетенцию и ответственность.



Показатель по шкале Ae («аффект – выраженное поведение») находится в пределах  $2,73 \pm 0,258$ , что соответствует низкому уровню. Это свидетельствует о наличии слабой потребности у изученного контингента лиц создавать и удерживать удовлетворительные отношения с остальными людьми, опираясь на эмоциональные отношения и привязанность к ним.

Ниже среднего уровня был получен результат и по шкале Aw («аффект – требуемое поведение»):  $3,57 \pm 0,335$ . Таким образом, изученный контингент реализует потребность в аффекте, проявлял большую осторожность при выборе лиц, с которыми создавал более глубокие эмоциональные отношения.

Исходя из полученных результатов, были получены индексы объема интеракций (e+w) и противоречивости межличностного поведения (e-w):

- 1)  $Ie + w = 6,34$ ;  $Se + w = 7,23$ ;  $Ae + w = 6,3$ ;
- 2)  $Ie - w = 0,8$ ;  $Se - w = 0,83$ ;  $Ae - w = -0,84$ .

Полученные результаты свидетельствуют о том, что потребность в межличностном общении у изученного контингента лиц равномерно распределилась между «включением», «контролем» и «аффектом». Выраженность показателей объема интеракций оказалась ниже среднестатистических показателей для мужчин и женщин

( $Ie + w = 9,5$ ;  $Se + w = 8,8$ ;  $Ae + w = 9,0$ ).

Анализ противоречивости межличностного поведения показал, что наиболее проблемной для лиц с невротическими расстройствами явилась потребность в аффекте.

Суммируя полученные результаты, следует отметить, что для изученного контингента лиц являлся характерным «неадаптивный» стиль поведения, обусловленный во многом слабостью самоконтроля, самонаблюдения, высокой эмоциональностью. Выявленный низкий уровень самоактуализации свидетельствует об определенном дисбалансе индивидуума с внешней средой, что проявляется отсутствием установления оптимального соотношения внутри каждого из трех компонентов базового потенциала личности (первичных базовых стремлений, нравственных культуральных ориентаций и баланса в характерологическом статусе) и между этими компонентами. Полученные особенности межличностного взаимоотношения лиц с невротическими расстройствами указывают на наличие у них защитных поведенческих реакций при общении с другими людьми, которые ослабляют адаптационные резервы организма к воздействию психотравмирующих ситуаций и создают порочный круг в их невротизации.

*О.М. Виговська, С.Г. Пирков*

## **МІЖСОБИСТІСНІ ВЗАЄМВІДНОСИНИ І САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ ЯК ФАКТОРИ, ЩО ФОРМУЮТЬ НЕВРОТИЧНИЙ ШЛЯХ СИНДРОМОГЕНЕЗУ**

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Були досліджені хворі на невротичні розлади за допомогою опитувальників ОМВ, ШСС, ШЕЗ, ОсО. Виявлено особливості міжособистісних відносин у даних пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 69-73).

*Е.М. Vygovskaya, S.G. Pyrkov*

## **INTERPERSONAL INTERRELATION AND SELF-REALIZATION AS FACTORS, WHICH FORM NEUROTIC WAY OF SYNDROMOGENESIS**

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

The patients with neurotic disorders were investigated with help a few questionnaires. Interpersonal peculiarities of this patients were found. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 69-73).

### *Литература*

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — К.:Факт, 1999.— С.118-155.
2. Шкала социального самоконтроля (ШСС). Руководство. Научно-производственный центр «Психодиагностика», Ярославль, 1996. -6с.
3. Шкала эмоциональной возбудимости (ШЭВ). Руководство.

Научно-производственный центр «Психодиагностика», — Ярославль, 1996.- 6с.

4. Рукавишников А.А. Опросник личностной ориентации (ЛиО). Научно-производственный центр «Психодиагностика», — Ярославль, 1996.- 13с.

5. Рукавишников А.А. Опросник межличностных отношений. НПЦ «Психодиагностика», — Ярославль, 1992.- 47с.

Поступила в редакцию 7.04.2009

УДК 616.895.7+616.89-021.3

*О.И. Осокина***ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО БРЕДА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПСИХОЗА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: паранойяльный бред, первый эпизод психоза

Проблема бреда – одна из фундаментальных проблем психопатологии, но по сей день остается спорным возникновение и развитие бредовой идеи. Изучение патопсихологической структуры, предшествующей бреду, является главной задачей в познании бредообразования. Несмотря на то, что бред является центральной проблемой психопатологии, до настоящего времени не существует единого концептуального определения феномену бреда.

Так, А.О. Эдельштейн [1] определяет бред, как «расстройство психической деятельности, при котором возникают болезненно-извращенные представления, не поддающиеся устранению путем убеждения». По мнению В.А.Гиляровского [2], «бред не возникает неизвестно откуда; если он кажется непонятным, то только потому, что не вскрыты промежуточные звенья – от изменения восприятий до вполне сформированного бреда». По U. Peters, «бред – объективно ложное, возникающее из болезненных причин, а не соответствующих побуждений извне, суждение, которое удерживается, несмотря на обоснованные разумные контраргументы» [3].

Ю.С. Савенко под бредом понимает «нарушение не только когнитивных функций, но и аффективно-эмоциональных, и ценностных ориентаций, то есть, не только некие сложные структурные образования психического слоя, но и интегральные ко всем онтологическим слоям личности (биологическому, психическому и духовному)» [4]. Для него характерны «сверхустойчивые образования в сознании, сверхконстанты, которые обладают для субъекта сверхреальностью и сверхдействительностью» [5].

А.Б. Смулевич определил бред как «объективно ложное, обусловленное болезненными причинами суждение, возникающее у больного без адекватных внешних поводов, не поддающееся разубеждению и всегда вовлекающее личность больного» [6].

А.В. Снежневский [7], ссылаясь на Н.В.

Grule, вначале определяет бред как «некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований» и затем, дополняет его описанием важнейших критериев: сила неопровержимой истины с невозможностью коррекции, непосредственное отношение к самим носителям бреда, патологическое основание для его возникновения.

В.Г. Остроглазов делает акцент на необходимости изучения «патологического основания», имеющего место еще до появления самих бредовых идей, и подчеркивает, что субъективная реальная основа для появления бреда всегда есть; «то, что описывает А.В. Снежневский в качестве патологического основания, так же представляет собой реальность, только психическую, то есть субъективную реальность. Иначе пришлось бы допустить, что бред возникает неизвестно откуда – из ничего» [8].

Психотическое состояние, в том числе с бредом, всегда подразумевает изменение структуры личности, при этом бредовые проявления возникают на фоне и как следствие предшествующей трансформации мировосприятия (М.И. Моисеева, 1993) [9]. А.К. Ануфриев рассматривал в качестве такой трансформации феномен деперсонализации как наиболее общий признак расстройства, обязательно «предшествующего бреду и фундирующего бред» [10]. Бредовой деперсонализацией называется переживание больными измененности своего психического, физического «Я» или окружающей действительности, сопровождавшееся формированием характерных бредовых идей. У больных появляется бредовое переживание измененности, нереальности или отсутствия окружающего мира. Появляется убежденность в том, что они оказались в другом мире, существующем одновременно с нашим («бред параллельных миров»), или окружающий мир вообще не существует (нигилистический мегаломанический бред, «бред ги-

бели мира»). Больные считают, что все окружающее «подстроено», «вокруг одни декорации», они находятся «в какой-то нереальности», «в параллельном мире преступников», «попали в другой мир, населенный двойниками людей из нашего мира», живут «одновременно в двух мирах», все, что они видят вокруг, – «это воображение», «этот мир – созданная мною иллюзия». Некоторыми авторами описана тотальная бредовая деперсонализация, проявлявшаяся бредом тотального перевоплощения и нигилистическим мегаломаническим бредом. Больные были убеждены в изменении, нереальности или отсутствии как собственных тела и души, так и окружающего мира (солипсический бред) [11].

В.Г. Остроглазов пишет, что ядро бреда раскрывается в феномене дежавю, которое возникает апокалиптически, как озарение; «... в феномене дежавю с предвосхищением будущего заключено переживание неколебимой уверенности, которая переживается как очевидная истина и именно поэтому не может быть доступна никакому разубеждению» [8].

Как следует из описания изменяющегося в бредовом процессе сознания себя и окружающего мира, новые связи между явлениями устанавливаются вместо старых связей, а не параллельно им. Следовательно, старые связи (соответствующие реальным основаниям) должны быть разрушены. И это разрушение представляет собой негативную сторону бредового процесса, по J.H. Jackson, которая предшествует возникновению, «кристаллизации» бредовых идей (по И.М. Балинскому, 1859) [7]. Это подготовительное поле бреда имеет структуру протопатического изменения поля сознания, как это показал в своем анализе «начинающейся шизофрении» Klaus Conrad (1958).

Бред наблюдается при большинстве психических заболеваний эндогенной и экзогенной природы (шизофрения, циклотимия, инфекционные, интоксикационные, сосудистые и другие соматически обусловленные психозы, психозы

инволюционного и старческого возраста).

По происхождению различают первичные и вторичные бредовые идеи. Последние могут быть поняты как вытекающие из предшествующих интенсивных переживаний, потрясений, унижений и чувства вины, обманов восприятия и ощущений. В отличие от них, первичные бредовые идеи невыводимы из предшествующих переживаний. Они аналогичны непосредственному искажению переживания значений (K. Jaspers), или немотивированному «установлению беспричинной ассоциативной связи» (H. Gruhle), которое внезапно и непонятно вторгается в психическую жизнь. Их не удается вывести феноменологически, психологически понятным образом из предшествующих переживаний. Но психопатологический анализ всегда обнаруживает в основе такого бреда признаки патологического мозгового процесса – патологические расстройства общего и мышечного чувства, схемы тела, малые психические автоматизмы Клерамбо, пароксизмы деперсонализации-дереализации типа дежавю и жамевю. То есть то, что при шизофренических бредах G. Huber [13] называл переходной эндо-органической симптоматикой, чтобы подчеркнуть материальный мозговой субстрат шизофренического процесса.

«Вот истоки бреда как потрясения реальности в самих ее фундаментальных метафизических основах: пространства, времени, его необратимости. И неважно, что нет еще позитивных бредовых идей преследования или величия. Почва для них уже подготовлена, ибо противостоящей им реальности уже нет, она разрушена или потрясена» [8].

Именно с этих ядерных феноменов начинаются бредовые психозы. Начинаются, когда еще нет собственно бредовых идей в принятом в психопатологии смысле этого понятия.

Целью настоящего исследования было изучение клинико-психопатологической картины паранойяльного бреда в его динамике у больных с первым эпизодом психоза.

### Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 20 пациентов с первым эпизодом психоза, проходивших лечение в отделении кризисных состояний Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка в возрасте от 19 до 33 лет с остро развившимися психотическими состояниями, в клинической картине которых превалировал бредовый синдром. Среди пациентов, поступающих в стационар с первым эпизодом психоза,

для настоящего исследования были отобраны те, у которых бредовый синдром был единственным или ведущим среди других психопатологических проявлений и находился на начальном этапе своего формирования, что давало нам возможность проследить и проанализировать динамику развития бреда в каждом конкретном случае и оценить спектр его психопатологических проявлений. Распределение пациентов по диагно-

стическим категориям в соответствии с МКБ–10 [14] было следующим: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 3 человека, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 5 человек, острое бредовое расстройство (F23.3) – 9 человек, острое шизофреноподобное психоти-

ческое расстройство (F23.2) – 3 человека. В исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. При проведении настоящего исследования использовался клинический метод, опирающийся на данные анамнеза и наличествующий статус пациента, а также информацию, полученную от его социального окружения.

### Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из анализа собственных клинических наблюдений нами было прослежено динамическое развитие первичного паранойяльного бреда у больных с первым эпизодом психоза и определены следующие этапы его формирования:

Бредовое настроение. Это состояние характеризовалось растерянностью, изменением аффекта в виде неопределенной тревоги, чувства надвигающейся угрозы, беспредметного страха, «дурных» предчувствий или же депрессии. В этот период появлялись агрипнические нарушения, также становилось заметным изменение поведения больных: оно еще не носило характер «неправильного» или «странного», но заметно отличалось от повседневного. Во внешнем виде угадывалось напряжение, излишняя суетливость, «нервозность», стремление к бесцельной деятельности, сосредоточенность на своих переживаниях сочеталась с активным высказыванием мыслей о необходимости разобраться в происходящем, звучали просьбы о помощи в этом, больные стремились не оставаться в одиночестве, предпочитали быть среди людей. Ранее актуальные для больных жизненные события в этот период уходили на задний план, а вся энергия и деятельность сосредотачивалась на разрешении ситуации, связанной с предчувствием возможной опасности. Так, одна из больных просила в этот период объяснить ей, что вокруг происходит, была растеряна, крайне напряжена и тревожна; другая с абсолютной убежденностью сообщала, что «скоро произойдет что-то ужасное, она чувствует это»; еще один пациент просил разрешения в течение дня «посидеть в кабинете у врача пока тот работает», так как испытывал страх перед чем-то «неизвестным, пугающим, надвигающимся», а в кабинете у врача, по его словам, он чувствовал себя более защищенным.

Неопределенность, мучительность бредового настроения субъективно невыносима для пациентов, требует разрешения, определенности, нахождения точки опоры. Обретение опоры приносит с собой уверенность в своих силах и ком-

форт. Это возможно только как результат формирования идеи. Сознание реальности, пусть даже ложное, значительно снижает аффективную насыщенность переживаний, напряжение и оказывает успокаивающее воздействие [12].

Бредовое восприятие. Любому восприятию свойственен субъективный характер реальности. Оно никогда не является только механическим ответом на стимулы, воздействующие на органы чувств; они всегда являются также восприятиями значений. Интерпретации, которые мы даем тому, что воспринимаем, могут оставаться неосознанными, но они всегда присутствуют. Первичные (паранойяльные) бредовые переживания аналогичны этому видению значений, но осознание значений коренным образом меняется [12].

Спектр бредовых восприятий в нашем исследовании включал переживание неопределенного, смутного значения окружающего, что было характерно для начальных стадий процесса (бред значения), а также восприятие, сопровождающееся определенным, ясным значением (бред отношения). В первом случае речь шла не об интерпретации, а о прямом переживании смысла при нормальном процессе восприятия. Значение вещей внезапно менялось, предметы, люди, события казались измененными, странными, значительными, полными особого смысла. Пациенты были напряжены, вели себя настороженно, сообщали, что чувствуют какое-то странное изменение окружающего, и это изменение «вносит ужас». Так, один из пациентов описал это состояние следующим образом: «...я три недели не был в своей деревне, а когда вернулся, все стало другим, и дома, и люди; деревня стала похожа на город, стала пугать; люди враждебно ходили, машин стало больше; в церкви на иконах изменились лица святых; я был сильно напуган этим, неуверен в себе, стал бояться выходить из дома».

На смену бреду значения приходили бредовые идеи отношения, при которых воспринимаемые предметы, явления, события переживались

больными как нечто, связанное непосредственно с ними. Взгляды, жесты, походка других людей, проезжающие мимо машины, наставленные на улице рекламные щиты – «все наставлено и подстроено специально, полно тонких намеков, тайных посланий, сигналов». Одна из пациенток заявила, что соседка по палате специально вешает сушиться коричневое полотенце, намекая тем самым больной, что нужно искупаться, а другая пациентка незаметно для окружающих копирует ее походку, чтобы дать понять, что спину надо держать ровно; еще один пациент отказывался общаться с родными, объясняя, что те «смеются над ним странным смехом, а мать специально одевает дома голубой халат, чтобы намекнуть ему о том, что он неправильной ориентации».

У некоторых пациентов отмечалось обострение процесса нормального восприятия в этот период, по словам одного из них: «я начинал отчетливо различать мельчайшие детали предметов, которые раньше не замечал, видел, что они тоже существуют, из них складывался весь мир; смотрел из окна и видел среди всего прочего на земле маленькую палочку, ямки в земле, камушки». Еще одна пациентка сообщала, что «где бы она не появлялась, везде машины поворачивали к ней выхлопные трубы; это внушало ужас; люди всматривались в ее лицо, явно что-то замыслили; все до такой степени четко и ясно, нет никаких сомнений». Некоторые пациенты сообщали, что чувствуют, что меняются сами, «теряют свое Я», чувствуют свою «отдаленность», «измененность», в то же самое время переживают «нереальность окружающей действительности», «чуждость окружающего», «что-то неопределенное в воздухе», «все какое-то не такое». Рядом авторов [7,10,15,16] описаны ранее подобные переживания больных как бредовая деперсонализация. По А.В. Снежневскому (1983), больные с бредовой деперсонализацией «перестают быть для себя прежней личностью и становятся в своем сознании Богом, властителем Вселенной, посланцем иных планет и т.д. Возникающие при этом противоречия не вызывают у них сомнения» [7]. По А.А. Меграбяну (1962), при развитии бредовой деперсонализации «больные ... говорят о действительной нереальности окружающего, о потере своего «Я», о раздвоении личности, перевоплощении в других людей, даже животных, высказывают мысли религиозно-мистического, оккультного содержания» [16]. По мнению И.И. Сергеева, А.Я. Басовой [11] к бредовой деперсона-

лизации следует относить те бредовые переживания, которые по своей смысловой сущности и содержанию совпадают с классической деперсонализацией, то есть переживании измененности, нереальности, исчезновения, расщепления, отчуждения, нарушения границ и идентичности своего физического и/или психического «Я», а также отчуждения, отдаленности, ирреальности, искусственности и безжизненности окружающего мира при наличии ясного сознания и понимании субъективности указанных переживаний.

Наряду с бредовым восприятием у некоторых больных наблюдались бредовые представления, при которых больные по-иному окрашивали воспоминания, переосмысливали их и придавали им новый смысл. На этом фоне совершенно неожиданно рождались «озарения», которые не вытекали из предшествовавших размышлений. Так, одна из пациенток сообщила, что наконец поняла причину всего происходящего с ней, объяснив это тем, что «когда она смотрела фильм «Ночной дозор», один из героев фильма посмотрел прямо ей в глаза». Эти состояния предшествовали появлению следующего этапа – кристаллизации бреда (по Балинскому И.М., 1859). Бредовые идеи на высоте тревожного, аффективно насыщенного состояния возникали сразу в виде внезапно постигнутого смысла гнетущей неизвестности и сопровождалась чувством облегчения. Один из пациентов, испытывающий «страхи», «беспомощность», неуверенность в себе, высказывающий отрывочные идеи отношения, сообщил однажды, что «наконец-то разобрался во всем, все стало на свои места». Объективно отмечалось значительное снижение напряжения, страха и немотивированной тревоги, несмотря на то, что «выкристаллизовались» идеи персекуторного характера. Он сообщил, что семь лет назад его вызывали в милицию в качестве понятого, он явился только один раз, а потом решил больше не приходить; теперь же он был уверен, что милиция разыскивает его, придет и накажет; «хорошо, что я здесь, они меня дома будут искать и не найдут». На фоне проводимого лечения нейролептиками у исследуемых пациентов бредовые идеи едва достигали этапа систематизации, при этом бредовая система была неустойчивой, непродолжительной и довольно быстро подвергалась инкапсуляции, дезактуализации и обратному развитию. Длительной, устойчивой систематизации бредовых идей, усложнения бредовой системы у исследуемых пациентов не наблюдалось, что обнаруживалось

в процессе ежедневных бесед и наблюдения за больными.

Этап инкапсуляции и обратного развития бреда характеризовался прекращением дальнейшего развития бреда, утратой им влияния на осмысление окружающего и поведение больных. На этом этапе происходило также уменьшение значимости бреда, его дезактуализация при оставшихся сохранными прежних болезненных идеях, критика к которым продолжала оставаться сниженной. Бредовые идеи теперь активно больными не высказывались, поведение было упорядоченным, аффективный фон изменялся в сторону депрессии, апатии или тревожности. Часто снова возобновлялись агрипнические расстройства в виде «невозможности сразу уснуть», «частых ночных пробуждений», «поверхностности сна». Воспоминания о болезненных идеях вселяли сомнения – «а все ли действительно в порядке», «а не возобновится ли это дома», тем самым усиливая ведущий аффективный радикал.

Резидуальный этап. На данном этапе бредовой динамики на первый план в клинической картине выступала астеническая симптоматика, характеризующаяся собственно симптомами астении, анергией, истощаемостью психических процессов, иногда ослаблением памяти, вегетососудистыми и агрипническими расстройствами. Кроме того, отмечалась неполная критика к ранее имевшим место и наличествующим болезненным переживаниям; иногда сохранялись остаточные, отрывочные патологические идеи в дезактуализированном виде; в некоторых случаях отмечалась преходящая субдепрессивная или апатическая симптоматика; у части больных длительное время сохранялись нарушения сна, низкий порог к возникновению тревоги, а также нарушения памяти в виде парциальной амнезии периода психотического состояния.

Медикаментозная коррекция указанных состояний включала базовую терапию нейролептиками (использовались типичные нейролептики – галоперидол, трифтазин, аминазин, тизерцин, а также атипичные их аналоги – рисполепт, солиан, кветирон, зипрекса), симптоматическое лечение (корректоры нейролепсии, антидепрессанты, тимостабилизаторы, снотворные, транквилизаторы, ноотропы, сосудистые), витаминотерапию.

Психотерапевтическая работа с пациентами проводилась в индивидуальном порядке параллельно с назначением медикаментов в условиях стационара и включала на первых этапах установление доверительных отношений с больным.

Существенной особенностью эффективной психотерапии являлась правильная реакция врача на высказываемые больным бредовые идеи. На наш взгляд наиболее оптимальной в данном случае является нейтральная позиция врача, когда врач ни соглашаться с бредом, который высказывает больной, ни опровергает его, но в то же время активно не поддерживает убеждение больного о том, что бред представляет собой реальность. Утверждение врача в виде: «в рассказанной вами ситуации нужно разобраться», «давайте разберемся в этом вместе, для этого нужно немного времени», обычно одобрялось больными, вызвало доверие к врачу и способствовало установлению необходимого для лечения контакта. Больные соглашались на лечение и доброжелательно относились к врачебным назначениям, когда врач стимулировал мотивацию больных к получению помощи по поводу тревожности, страхов, бессонницы или раздражительности, не говоря больным, что надо лечить бред. На первых же этапах лечения больные ставились в известность о возможных побочных действиях препаратов, что снижало риск появления недоверия к врачу и к назначенному им лечению, а также «вплетения» врача в бредовые переживания. Во время индивидуальной психотерапевтической работы при высказывании больными бредовых идей можно было указать больным, что их слишком большая поглощенность этими идеями может повредить им самим и затруднить возобновление нормальной жизни, избегая при этом замечаний, выражающих сомнение в содержании бредовых идей. Когда больные начинали сомневаться в реальности своих бредовых переживаний, врач старался усилить их реальные жизненные позиции, спрашивая, какие у них интересы, цели в жизни, планы на будущее, иными словами корректировались жизненные установки с опорой на реальность.

Наиболее важным звеном психотерапевтической работы являлась работа с родственниками и с ближайшим окружением больных. Данная работа носила разъяснительный характер, врачом давались рекомендации о наиболее правильном поведении во время взаимодействия с больным в период его болезни, а также рекомендации на период после выписки из стационара. Как больным, так и членам их семей сообщалось, что будут соблюдаться конфиденциальность союза врач - больной и что сообщения, полученные от родственников, будут частично обсуждаться с больным. Хороший терапевтический исход зависит от умения врача правильно

реагировать на недоверие больного к окружающим и разрешать межличностные конфликты, фрустрации и неудачи. При выходе больных из психотического состояния, на стадии инкапсуляции, дезактуализации бредовых идей, оптимальным является научение больных распознавать ситуации, в которых возрастает угроза усиления бреда, и вселение в больных уверенности, что они могут найти правильные поведенческие и эмоциональные реакции в случае стресса. признаком успешного лечения является удовлетворительная социальная адаптация больных, а не только ослабление их бредовых переживаний.

Таким образом, в развитии острого паранойяльного бреда у больных с первым эпизодом психоза прослеживалось последовательное чередование следующих этапов бредовой динамики: бредового настроения, бредового восприятия (с бредом значения, идеями отношения, бредовым представлением и «озарениями»), кристаллизации бреда, его систематизации, инкапсуляции бреда и его обратного развития с дезак-

туализацией или полным устранением патологических переживаний, резидуальным этапом. Отсутствие в наших исследованиях устойчивой систематизации, а также достаточно быстрое обратное развитие бреда, вероятно, связано с адекватной, индивидуально подобранной терапией нейрорептиками в сочетании с симптоматическим лечением, назначенной и проводимой во всех случаях в относительно раннем периоде формирования бреда. Проведенная больным медикаментозная терапия была направлена на предотвращение хронификации болезненного процесса и оказалась достаточно эффективной с учетом достижения всеми больными устойчивых медикаментозных ремиссий в сроки до одного месяца. Проводимая на стационарном этапе индивидуальная психотерапия с пациентами с первым эпизодом психоза проводилась с первого дня пребывания в стационаре параллельно с медикаментозным лечением, и была направлена на коррекцию жизненных установок и повышение уровня социальной адаптации.

*О.І. Осокіна*

## **ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО МАЯЧНЯ У ХВОРИХ З ПЕРШИМ ЕПІЗОДОМ ПСИХОЗУ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У дійсному дослідженні розглянута проблема динамічного розвитку первинного паранойяльного маячня у хворих з першим епізодом психозу. Автором проведено літературний екскурс з питань формування маячня, а також проаналізовані результати власних клінічних спостережень. Описано психопатологічні особливості початкового періоду формування паранойяльного маячня, а також динаміка психопатологічної симптоматики на наступних етапах його розвитку, наведені клінічні приклади. Визначено деякі нюанси психотерапевтичної роботи з пацієнтами, проведеної з першого дня їхнього перебування в стаціонарі в сполученні з медикаментозною терапією. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 74-80).

*О.І. Osokina*

## **PARANOID DELIRIUM PROGRESS IN THE 1ST PSYCHOSIS EPISODE PATIENTS**

M. Gorky Donetsk state medical university

In the research there was considered the problem of paranoid delirium progress in the 1st psychosis episode patients. The literary review concerning delirium progress has been made by the author. The results of own clinical supervision were analysed. There were described psychopathological features of an initial stage of paranoid delirium and also the psychopathological semiology progress at the subsequent stages. There were described clinical examples. There was defined some nuances of psychotherapeutic work with the patients, which has been spent with the first day of their staying in a hospital in a combination to medicamentous therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P.74 -80).

### *Литература*

1. Эдельштейн А. О. Бред / А. О. Эдельштейн // МСЭ. - 1928. - Т.1. - С. 839.
2. Гиляровский В.А. Бред / В.А.Гиляровский // БМЭ. 2-ое изд. - 1958. - Т.4. - С.330 - 338
3. Peters U. H. Wahn Worterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie / U. H. Peters. - 2 Aufl.- Munchen, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg. - 1977. - S. 569-574.
4. Савенко Ю.С. Новая парадигма в психиатрии / Ю.С.Савенко // НПЖ. - 1997. - Т.4. - С. 2-16.
5. Савенко Ю.С. Разное понимание главной проблемы психопатологии / Ю.С.Савенко // НПЖ. - 2006. - Т.1. - С. 32 - 34.
6. Смулевич А.Б., Щирина М.Г. Проблема паранойи / А.Б.Смулевич, М.Г. Щирина. - М., 1972. - 254 с.

7. Снежневский А.В. Бред / А.В.Снежневский // Руководство по психиатрии в 2-х томах под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. - Т. 1. - С. 29-35.
8. Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности» или «процесс»? / В.Г. Остроглазов // НПЖ. - 2006. - Т. 1. - С. 27-32.
9. Моисеева М.И. К проблеме бредообразования при шизофрении / М.И.Моисеева. - НПЖ. - 1993. - Т.3 - 4. С. 21-25.
10. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредообразования / А.К. Ануфриев // НПЖ. - 1992. - Т.1-2. - С.14-24.
11. Сергеев И.И., Басова А.Я. Бредовая деперсонализация: психопатология и динамика / И.И.Сергеев, А.Я. Басова //

Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8(1). – С. 48–56.  
12. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. / К. Ясперс–  
М., 1997. - 1056 с.  
13. Huber G., Gross G. Wahn. Stuttgart / G.Huber, G. Gross. –  
1977. - 181 s.  
14. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд).

Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб.: АДІС,  
1994. – 304 с.

15. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного  
брёда / В.И. Аккерман. - ОГИЗ. – 1936/ - 137 с.

17. Меграбян А.А. Деперсонализация / А.А. Меграбян. -  
Ереван, 1962. – 355 с.

Поступила в редакцию 16.03.2009



УДК 616.89-082.4-039.76-059-085

*А.Н. Лунин, Ю.В. Никифоров, О.К. Малтапар***ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ С УСИЛЕННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, ресурсы поддержки, реабилитационный потенциал, социальное функционирование, реабилитационные мероприятия

Психосоциальная реабилитация – стабилизация болезни, восстановление, формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы у психически больных, что обеспечивает их интеграцию в обществе [1-4].

Психически больные требуют разнообразных вмешательств для решения проблем в различных сферах во время их болезни. И вмешательства должны быть объединены так, чтобы пациенты могли пройти путь от обострений к стабилизации состояния, стабильности функционирования и стадии восстановления [7-8].

Принудительное лечение в первую очередь направлено на снижение общественной опасности и риска совершения пациентами повторных противоправных деяний. Именно в процессе стационарного принудительного лечения с использованием ступенчатой (поэтапной) системы медицинских мер принудительного характера возможно постоянное, непрерывное осуществление разнообразных форм и методов психосоциального лечения [5,6].

В структуре биопсихосоциальной модели медицинская и социальная реабилитации сосуществуют в диалектическом единстве и представлены следующими этапами:

- Медико-психиатрический (биологический).
- Психотерапевтический (психологический).
- Социальный.

Биологический этап направлен на соблюдение пациентами назначенного медикаментозного лечения, а также увеличение сопротивляемости психогенным воздействиям в результате овладения навыками. При проведении работы на данном этапе необходимо правильное структурирование с учетом возрастающего эффекта, так, чтобы сверхстимуляция не привела к усилению симптомов. Эффект фармакологического лечения состоит в редуцирование или снижение

уровня клинических симптомов, что позволит выявить существующие у пациента ранее функциональные способности, а также приобретенные до развития болезни психосоциальные навыки. Медикаментозное лечение никогда не сможет сформировать у пациента новые функциональные навыки, оно может удалить факторы, препятствующие его обучению навыкам через психотерапевтические или образовательные процедуры [9-11].

Психосоциальное лечение наиболее полезно для симптоматически устойчивых пациентов, пациентов с редуцированной симптоматикой, т.е. когда они способны усвоить восстановление, принимают помощь, испытывают потребность в преодолении проблемы. Оно должно быть практично по содержанию и предоставлять конкретное решение каждодневных проблем пациента, определение и достижение личных задач [12,13].

В отделении с усиленным наблюдением КЛПУ «Областная психиатрическая больница г. Ждановка» широкое применение биопсихосоциальной модели реабилитации осуществляется с 2005 года, концепция которой включает ясные цели лечения, тесную связь между системой здравоохранения и системой правосудия, адекватную организационную структуру.

Внедрение данного подхода в лечебно-реабилитационную работу отделения направлено на стабилизацию течения болезни, обеспечение внутреннего и внешнего контроля агрессии, достижение способности пациентов понимать и принимать свои клинические потребности и юридические (законные) требования системы и демонстрировать согласие с этими требованиями, повышение уровня независимого функционирования, улучшение социального функционирования, снижение общественной опасности пациентов и степени вероятности повторных деликтов.

С этой целью в отделении выделена группа медицинских работников. Должность палатной медсестры заменена ставкой трудинструктора, введена должность психолога. Кроме того, должности палатных медсестер переданы в эту группу как должности медицинских сестер по реабилитации. В состав реабилитационной команды входит врач-психиатр, психолог, социальный работник, коррекционный педагог, руководитель арт-терапевтической группы.

После комплексного осмотра пациентов, определения степени его социального функционирования, уровня поддержки окружением, реабилитационного потенциала разрабатывается индивидуальный реабилитационный план, согласно которого и осуществляется реабилитационное вмешательство в дальнейшем. Каждый специалист команды проводит набор группы из 5 – 8 человек для осуществления мероприятий по своему направлению. В настоящее время набраны 4 группы по 5 человек каждая. При формировании групп учитывается не только психопатологические проявления заболевания у пациентов, но и данные о психологических качествах личности.

Низкий уровень социально-трудовой адаптации, а зачастую полная дезадаптация характеризует не столько отрицательное отношение пациента к занятости, сколько наличие продуктивной психопатологической симптоматики, эмоционально переживаемой пациентом и определяющей его отношение к окружающей действительности.

Предусмотрены как групповые, так и индивидуальные формы работы с пациентами.

Программа психосоциальной реабилитации носит ступенчатый характер.

- первый этап – подготовительный, включающий разъяснение пациенту особенностей режима отделения, правила поведения, ориентации и выполнения гигиенических навыков, формы общения с персоналом, друг с другом, вовлечение в трудовые процессы, ознакомление пациента с определением суда, выяснение отношения пациента к окружающему;

- второй этап – всестороннее клиническое и клинико-психологическое исследование пациента с целью выбора адекватных видов лечения, а также определение возможностей проведения индивидуальной или групповой рациональной психотерапии, установление ресурсов поддержки;

- третий этап – работа пациентов в трудовых мастерских, бригадах, с различной специализа-

цией занятости;

- четвертый этап – социальный (восстановление прописки пациента, улучшение взаимоотношения с близкими, решение вопросов трудоспособности);

- пятый этап – на основании выявленных факторов риска в генезе общественно опасных деяний пациентов, а также с учетом анализа эффективности поэтапного ведения принудительного лечения, разработка путей профилактики общественно опасных деяний в виде рекомендаций по наблюдению и ведению каждого случая индивидуально в психиатрических учреждениях с обычным наблюдением и во внестационарных условиях.

Пациенты отделения осведомлены под личную подпись о своем диагнозе, лечении, возможном побочном действии лекарственных препаратов. Имеют доступ к медицинской документации. Реализуют свои права на свободу переписки и обращения за юридической помощью. Получают пенсию через почтовое отделение г. Ждановка, при помощи медсестры социальной помощи осуществляет отоварку. В результате данной процедуры пациенты хорошо осведомлены о действующих ценах на продукты питания и личного пользования, хорошо ориентируются в качестве и объеме необходимых товаров.

В отделении проводится психосоциальная терапия – тренинговые занятия, как один из высоко структурированных интерактивных образовательных подходов к психосоциальной терапии, направленный на повышение устойчивости уязвимых в психобиологическом отношении хронически психически больных к стрессовым воздействиям (требованиям общества, семейным конфликтам и т.п.). Данный вид работы способствует формированию инструментальных навыков (взаимодействие с различными государственными и частными учреждениями, распределение бюджета, ведение домашнего хозяйства, совершение покупок, проведение свободного времени и пр.) и навыков межличностных отношений (навыков беседы, дружеских и семейных отношений).

В настоящее время разработаны и применяются следующие тренинги:

1. Тренинг навыков социального взаимодействия.
2. Тренинг навыков решения административно-правовых проблем.
3. Тренинг навыков поведения в конфликтных ситуациях.
4. Обучение навыкам самообслуживания в

быту.

5. Тренинг навыков трудоустройства.
6. Аутогенная тренировка.
7. Тренинговые занятия по профилактике наркомании и алкоголизма.
8. НЛП.
9. Арт-терапия конфликтных ситуаций.
10. Тренинг коммуникативных навыков.
11. Художественная арт-терапия.

Проводятся психообразовательные программы – о последствиях употребления алкоголя и наркотиков, приеме поддерживающего лечения, влиянии микроклимата семьи на течение болезни и прочие.

При внедрении данной модели реабилитации в отделении для принудительного лечения с усиленным наблюдением мы столкнулись с необходимостью учитывать специфику отделения.

Контингент отделения разнообразен по полу (11 женщин и 92 мужчин), возрасту (от 18 до 72 лет), нозологии, тяжести совершенных ООД, степени тяжести психического состояния, а также по объемам психиатрической помощи до поступления в наше отделение. Пациенты, поступившие из Украинской психиатрической больницы со строгим наблюдением г. Днепропетровска, находятся там от 1 года до десяти лет и более. За это время у пациентов, в основном, купируются психопатологические расстройства, они проходят этапы реабилитационной помощи, в то время как пациенты, поступающие из СИЗО получают необходимую медицинскую помощь в должном объеме в основном во время прохождения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, где они находятся около месяца, затем возвращаются в СИЗО, где проводят не один месяц до вынесения решения суда о применении принудительных мер медицинского характера и его выполнения.

Пациенты с выраженными психическими расстройствами, совершившие преступные деяния, представляют определенные трудности в достижении успеха в их лечении. Проблемы заключаются не только в обеспечении безопасности, но и в работе с пациентами, резистентными к лечению. Поэтому важно, чтобы у психически больных правонарушителей в результате лечения появилось некоторое понимание того, каково влияние их психического заболевания на опасное поведение в прошлом и потенциальном будущем, и того, что больные должны избегать ситуаций и поступков, которые могут увеличить риск криминальной активности или ухудшения их клинического состояния.

Лечение данного контингента пациентов должно сосредоточиться на стабилизации болезни, повышении уровня независимого функционирования, обеспечении внутреннего и внешнего контроля.

У пациентов должна сформироваться цель не соприкасаться с системой правосудия в дальнейшей жизни.

В ходе психосоциального лечения в отделении с усиленным наблюдением возникает необходимость использовать принуждение различной степени, во всяком случае, к тем пациентам, которые не способны к принятию собственных решений в отношении обострения их состояния и необходимости получения медицинской помощи.

Кроме того, больные зачастую имеют тенденцию проверять способность врача прогнозировать их агрессивные реакции и оперативно с ними справляться. Врач должен быть постоянно «аварийным и устойчивым», чтобы восприниматься как заботливый и способный защитить пациента от его собственного разрушительного поведения специалист.

Наряду с антипсихотической терапией, включающей нетипичные нейролептики, необходимы познавательные и психообразовательные методы, направленные на обучение управлению гнева.

Коррекция личностных установок - попытка найти и отрегулировать внутренний конфликт, изменить психологическую позицию пациента, т.е. откорректировать внешне обвиняющую позицию, исключить стихийность во взаимоотношениях, снизить крайне выраженную аффективность, импульсивность реагирования, выработать способность анализа конфликта, изменить антисоциальные установки.

В отделении в рамках реабилитационных мероприятий применяются элементы ландшафтотерапии. С этой целью оформлен прогулочный двор композициями из природных материалов и декоративных растений.

Кроме того, в качестве особого фактора лечебного воздействия на пациентов, страдающих расстройствами личности, используются элементы арттерапии, библиотерапии.

Руководитель арт-терапевтической группы занятости осуществляет оценку и коррекцию эмоционального состояния пациентов, совместно с лечащим врачом и психологом. Проводит организацию и стимуляцию творческой деятельности, знакомит пациентов с мировыми художественными ценностями, осуществляет художе-

ственный дизайн и организацию помещения отделения и прилегающей территории, творческие выставки поделок больных (в фойе, Красном уголке).

В отделении организована передвижная библиотека, пациенты также могут заказать через саннаблюдателей нужную книгу в больничной библиотеке.

Элементы арттерапии в работе с психически больными – это средство психической гармонизации и развития личности пациента и путь к разрешению социальных конфликтов, дает возможность пациентам испытать ощущение мира, гармонии, тишины, эстетической радости.

Больные принимают участие в концертах для медперсонала отделения, посвященных профессиональным и календарным праздникам. Высокоэффективна самоактуализация психических состояний через поэзию. Особенно близко больным отделению творчество Пушкина, Есенина. Пациенты с удовольствием принимают участие в литературных мероприятиях, на которых наряду с произведениями классиков читают и свои стихи. В марте (21 марта – Всемирный День поэзии) проводим час поэзии, где больные с удовольствием читают свои стихи.

Хорошо зарекомендовали себя музыкальные вечера, посвященные творчеству В.Высоцкого, А.Макаревича, Б.Окуджавы, с использованием грамзаписей, звучат песни в исполнении больных отделения.

Свободное время больных заполняется организованным досугом в Красном уголке: больные имеют возможность пользоваться настольными играми, смотреть телепередачи. Разрешено ношение личной одежды.

Применяются элементы трудотерапии. В отделении имеется комната трудотерапии, где силами больных осуществляется ремонт белья, обуви, твердого и мягкого инвентаря. Кроме того, больные вовлекаются в ремонтно-строительные работы в пределах отделения. Штатным расписанием утверждена должность трудинструктора, который непосредственно вовлекает больных в трудовые процессы. Вовлечение больных в трудовые мероприятия осуществляется только при наличии добровольного согласия (что оформляется в письменной форме). В результате пациенты обучаются навыкам и приемам самообслуживания, выполнению санитарно-гигиенических требований, элементарной трудовой деятельности, не нуждаются в дополнительной словесной стимуляции дежурного медперсонала и охотно выполняют санитарно-гигиенические

нормы, активно участвуют в реабилитационных мероприятиях, достигается улучшение уровня социального функционирования.

С октября 2005 года по апрель 2007 года реабилитационные программы завершили в полном объеме 94 пациента, которые были переведены из отделения с усиленным наблюдением в психиатрические стационары с обычным наблюдением и на принудительное амбулаторное лечение.

Индивидуальные формы работы применялись у 52 пациентов, что составляет 55 %, групповые – 42 пациентов, что составляет 45 % от количества выписанных пациентов.

Все пациенты выписаны с выраженной позитивной динамикой и в устойчивом психическом состоянии, что выражалось в наличии реально выполнимых планов на дальнейшую жизнь, отсутствии агрессивных и аутоагрессивных тенденций; у пациентов удалось сформировать позитивные социальные установки на будущее – к трудоустройству, ведению здорового образа жизни, оказание помощи семье, у некоторых – продолжать образование.

В настоящее время в отделении проходят групповые реабилитационные мероприятия 20 пациентов – 4 группы по 5 человек, из них с «тяжелыми» статьями – 12, т.е. 60 % группы.

Контроль за эффективностью проводимых реабилитационных мероприятий осуществляется с применением стандартизованных методик перед каждым освидетельствованием очередной врачебно-психиатрической комиссией.

Результаты проведенных исследований и их внедрение позволили констатировать повышение качества проведения принудительного лечения. Достигнуты более стабильные терапевтические ремиссии, уменьшился процент возврата больных на 30 %, снизился процент повторных общественно опасных деяний на 10 %). У больных выработаны положительные установки на будущее. Стабилизированы факторы для создания благоприятной микросоциальной среды.

Организационная структура биопсихосоциальной модели реабилитации достаточно гибкая, в реабилитационном процессе возможны и даже желательны дифференцированные методы и подходы к общению с пациентами в рамках медико-биологической, психологической и социальной реабилитации, своевременное реагирование на изменение психического состояния пациента, социального статуса, а также использование новейших исследований и достижений в психиатрии.

*О.М. Лунін, Ю.В. Никифоров, О.К. Малтапар*

## **ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІДДІЛЕННІ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ**

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Донецька область

В статті освітлені питання реабілітації пацієнтів з психічними розладами, що вчинили суспільно небезпечні діяння, з урахуванням застосування біопсихосоціальної моделі реабілітації Розглянуті питання впливу і ефективності психокоректувальних заходів на адаптаційні можливості і соціальне функціонування пацієнтів з психічними розладами, що скоїли СНД. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 81-85).

*O.M. Lounin, Yo.V. Niciforov, O.C. Maltapar*

## **EXPERIENCE OF INTRODUCTION OF BIOPSIHOSOTSIALNOY MODEL OF REHABILITATION IN THE SEPARATION WITH THE INCREASED SUPERVISION**

The Gdanivska regional funny house, Ukraine

In the article there are the questions of rehabilitation of patients lighted up with psychical disorders, that accomplished the dangerous acts publicly, taking into account application of biopsihosotsialnoy model of rehabilitation the Considered questions of influencing and efficiency of psihocorrectionnyh measures on adaptation possibilities and social functioning of patients with psychical disorders, that accomplished SND. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 81-85).

### *Литература*

1. Абрамов А.В., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. Донецк, "Каштан", 2009. - 589с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Москва, Медпрактика, 2004.
3. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии. Медицинские исследования. 2001 г.
4. Кондратьев Ф.В. Общественно опасные деяния психически больных. // Первый съезд психиатров социалистических стран. Москва, 1987 год.
5. Кудрявцев В.Н. Правовое поведение: норма и патология. Москва, 1982 год.
6. Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества. Москва, 1994 год.
7. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Медицина. 1985 год.
8. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей. Москва, 2001 год.
9. Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики (клинико-статистическое исследование). Москва, 1987 год.
10. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. С-Петербург, 1998 год.
11. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудова реабилитация психически больных. Ленинград, 1981 год.
12. Moloy F. Art Therapy and Psychiatric Rehabilitation: Harmonious Partnership Collision? – 1984.
13. Lund Ch., Ormerod E. // Br. J.Psychiatry. – 1986. – Vol. 149. – P. 512 – 515.

Поступила в редакцию 3.04.2009

УДК 616.8-039.76+615.851.46

*О.К. Малтанар, В.И. Баран***ЛАНДШАФТНО-САДОВАЯ ТЕРАПИЯ – КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: ландшафтно-садовая терапия, медико-социальная реабилитация, социальное функционирование

Американская Ассоциация Садовой Терапии определяет садовую терапию (садоводческая терапия, *horticultural therapy, therapeutic horticulture*) как дисциплину, которая профессионально использует растения и садоводческие технологии для терапии и реабилитации.

Ландшафтно-садовая терапия - это новый инструмент социальной адаптации и реабилитации людей со специальными нуждами для улучшения качества жизни, развития положительного мировоззрения, приобретения полезных навыков [6-8].

Известно, что работа с растениями благотворно влияет на физическое и психологическое благополучие человека и является одним из старейших видов активной терапии. Терапевтические, реабилитационные и образовательные дисциплины используют растения, садоводство и другие виды деятельности на природе как мотивационный инструмент для улучшения социального, психологического и физического благополучия детей и взрослых [1-5].

За рубежом программы садовой терапии имеют широкое применение для людей со специальными нуждами и широко используются в учреждениях социальной защиты (дома престарелых, центры для пенсионеров, детские дома, интернаты), школах, госпиталях, хосписах, тюрьмах, реабилитационных центрах для людей с алкогольной и наркотической зависимостью и учреждениях для людей с психическими проблемами. При них часто создаются специальные сады, для того, чтобы у пациентов была возможность контактировать с живыми растениями [13-25].

В США и Канаде сотни госпиталей работают с растениями, обеспечивая мощную форму терапии для пациентов с эмоциональными и физическими проблемами. Зарегистрировано более 250 профессиональных садовых терапевтов в Северной Америке, успешно работающих в разных организациях, от домов престарелых до тюрем, школ и госпиталей. Они пытаются

облегчить ментальные и физические недостатки и создать творческие, рекреационные и профессиональные активности для людей, которые часто имеют очень ограниченные возможности самореализации. В США ежегодно проводится национальная неделя Садовой терапии, конференции, международные симпозиумы. Многие университеты США и Канады готовят профессиональных садовых терапевтов [9,17]. В нашей стране пока такая профессия отсутствует в перечне специальностей.

Исследованиями Durham R.A., Kenline N.G. (1996) были установлены некоторые из очевидных преимуществ ландшафтно-садовой терапии: обеспечение физической активности, обеспечение чувственной стимуляции, появление мотивации, улучшение концентрации внимания и развитие памяти, облегчение эмоциональной боли от тяжелой утраты, воспитание чувства любви к себе и веры в себя, чувства ответственности, уменьшение стресса и снятие агрессии, возможности для социализации, улучшение координации движения рук и получение начальных рабочих навыков.

Множество растений может употребляться для целей садовой терапии, но первое, с чего начинается выбор растений для Сада терапии – они должны быть безопасны. Не рекомендуется брать растения ядовитые (олеандр, аконит, клещевина, паслен, прострел, чемерица, белладонна и др.), колючие (кактусы), вызывающие аллергические реакции (полынь и др.), имеющие едкий сок (борщевик, лютик едкий и др.), содержащие наркотические или галлюциногенные вещества (дурман обыкновенный, конопля и др.). Следует особенно избегать растений, сок которых при попадании на кожу и при одновременном воздействии солнечных лучей вызывает фотохимический ожог (пастернак, борщевик и др.). Желательно использовать растения, которые выделяют фитонциды, оздоравливают воздух в помещениях, убивая патогенную мик-

рофлору (Цыбуля, Фершалова, 2000). Например, хлорофитум, бегонии, мирт, пеларгония, туя и др. Особый интерес имеют душистые растения или те, которые приятно потрогать, с необычной и приятной на ощупь текстурой. Поэтому для грамотного подбора растений для Сада терапии требуется консультация опытного специалиста-ботаника [5-7].

В КЛПУ «Областная психиатрическая больница г. Ждановка» созданы условия для проведения ландшафтно-садовой терапии. Территория больницы устроена как Сад терапии: проложены аллеи, которые засажены декоративными, ниспадающими кустарниковыми растениями, цветущими с конца мая начала июня, разбиты цветочные клумбы, розарии, альпинарии, созданы микроландшафты в форме боскета из деревьев и кустарниковых насаждений. Размещены скамьи и панорамные беседки для отдыха и созерцания отдаленных видов. Оборудовано специальное помещение для выращивания рассады, хранения семян и растений, которые выкапываются на зиму. С целью проведения данного вида терапии на балансе больницы имеется около тысячи зеленых насаждений – деревьев, кустарников, цветов.

Методические консультации по уходу и выращиванию растений осуществляют сотрудники Донецкого ботанического сада, с которым заключен договор.

При обустройстве Сада терапии в больнице учитывалось одно из главных требований – сад должен быть безопасным. Для этого к каждой грядке и клумбе имеется хороший доступ. Покрытие дорожек – твердое, ровное и не скользкое. Обязательным условием при обустройстве Сада являлось наличие затененных мест для отдыха со скамейками. Для целей ландшафтно-садовой терапии использовалось множество растений с учетом периода их цветения, а также вечнозеленые растения для проведения ландшафтной терапии в зимний период времени. Были использованы как однолетние, так и многолетние цветы, плодовые культуры (сливы, черешни, вишни, яблони и др.). Кроме того, использовались различные овощи (томаты, лук, бобы), пряно-ароматические травы (душица, Melissa), которые высаживались на солнечных участках с питательной почвой.

Наше исследование является демонстрацией возможностей садовой терапии для рекреации, реабилитации и новых профессиональных возможностей у психически больных. Ландшафтно-садовая терапия проводится со всеми паци-

ентами больницы, однако, данное исследование посвящено вопросам реабилитации пациентов общепсихиатрических отделений.

Назначение ландшафтно-садовой терапии осуществлялось в комплексе с другими реабилитационными мероприятиями. Подбор и коррекция реабилитационной программы проводилась индивидуально с учетом потребностей каждого пациента, реализации конечной цели реабилитации.

При проведении садовой терапии преследовались следующие цели:

- пробуждение любопытства
- улучшение способности планировать и принимать решения
- улучшение навыков общения
- получение новых профессиональных навыков
- усиление чувства собственного достоинства и веры в себя, становление адекватной самооценки
- развитие и улучшение основных моторных навыков
- уменьшение проявления агрессии и проявление социально адаптированного поведения
- улучшение коммуникативных навыков, социальной адаптации.

Чаще работа проводилась в групповой форме, использовались круглогодичные программы: осенью и зимой – программы в помещениях, весной и летом – под открытым небом. Подбор групп осуществлялся с учетом выявленных проблем – «мишеней» в ходе проведенного психологического исследования. После завершения реабилитационной программы результаты также были оценены на основании повторно проведенного психологического исследования.

Среди контингента больных, принимавших участие в садовой терапии, преобладали пациенты в возрасте 31-40 и 41-50 лет, большая часть из которых страдает шизофренией с нарастающим эмоционально-волевым дефектом. Участвовали также пациенты с умственной отсталостью и психическими расстройствами вследствие органического поражения головного мозга. Садовая терапия применялась у пациентов как мужских, так и женских отделений. Было сформировано 2 группы пациентов по 10 человек в каждой. Пациенты привлекались к высадке и последующему уходу за растениями, как на территории больницы, так и в отделениях.

Каждой группе давали простое, заранее утвержденное задание. По мере его выполнения пациентов обязательно нужно было словесно,

причем довольно часто, поощрять, т. к. больные с ограниченными возможностями в психическом плане очень эмоционально привязчивы, они требуют очень много внимания и понимания со стороны медицинского персонала. Их внимание очень рассеянно - монотонные простые задания могли выполнять, не отвлекаясь, в течение 5-10 мин., затем обязательно нужно было предложить новый вид деятельности, причем уровень сложности его выполнения не должен был превышать первоначальный. Практические занятия проводились обычно в первой половине дня 2 раза в неделю и длились не более полутора-двух часов. Перед пациентами ставились следующие задания:

- очистка и калибровка семян цветов;
- пикировка рассады;
- подготовка почвы для посадки семян и рассады;
- посадка семян и рассады в подготовленную почву;
- уход за растениями: прополка и рыхление почвы, полив;
- обрезка кустарниковых растений и др.

Под руководством трудинструкторов они учились сеять семена цветочных и древесно-кустарниковых культур, пикировать сеянцы, высаживать рассаду, подкармливать, мульчировать и т.д. – то есть осваивают практические навыки выращивания растений. Для воспитания чувства ответственности у каждой группы были закрепленные за ними растения, клумбы, альпинарии, кустарники, за которыми они имели возможность регулярно наблюдать и ухаживать. При проведении садовых работ трудинструкторами проводились образовательные занятия: пациенты изучали названия растений, особенности ухода за ними, слушали стихи и рассказы о цветах. Пациенты, осуществляющие данную работу, вели «дневник наблюдения за растениями», где описывают свои наблюдения и свои ощущения. Итоги работы постоянно обсуждались на совместных собраниях 2-х садоводческих групп. Пациенты живо обсуждали результаты проведенной работы.

При проведении реабилитационной работы в каждой группе определялись лидеры, которые имели определенный опыт работы с растениями. Часть пациентов, первое время была пассивна, но в процессе обучения, рассказов о растениях, демонстрациях фотографий цветов, которые предстояло вырастить, у этих пациентов стал проявляться интерес к садоводству. С пациентами-лидерами проводились постоянные

беседы о необходимости коллективной работы в группе, об оказании помощи другим членам группы. Лидерам групп поручалось самостоятельно давать задания остальным пациентам и контролировать их работу. Опытные участники программы помогали новичкам, что улучшало товарищеские отношения и взаимопонимание.

По данным психологического исследования, проведенного после завершения ландшафтно-садовой терапии, у пациентов была улучшена волевая организация, снижен уровень тревожности, агрессивности, повышена самооценка.

У пациентов были сформированы ценностные ориентации, социально одобряемые мотивы и установки, улучшена адекватная самооценка, самокритичность, самостоятельность и умение доводить начатое дело до логического конца.

Пациенты стали больше общаться между собой, совместно старались выполнить задачи, поставленные перед ними. У них расширился словарный запас, отмечалось улучшение когнитивных функций. Особенный эмоциональный подъем в группах отмечался при появлении первых всходов растений, при появлении бутонов, при первом распускании цветов. В процессе работы у большинства пациентов отмечалось улучшение навыков работы с садовым инструментом, развитие мелкой моторики рук. У пациентов, особенно страдающих шизофренией, в той или иной степени улучшались волевые качества, формировалось чувство ответственности, уверенности в себе. Участники садоводческих групп стали активнее вести себя внутри отделений: охотно включались в трудовые процессы, стали самостоятельно ухаживать за комнатными растениями, самостоятельно привлекали других пациентов к работе в садоводческих группах.

Таким образом, с уверенностью можно говорить о положительном влиянии ландшафтно-садовой терапии на психическое состояние и социальное функционирование пациентов с психическими расстройствами.

На основании проведенного исследования сделаны выводы о том, что ландшафтно-садовая терапия как один из эффективных методов медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами:

1. Содействует активному участию в полезной деятельности, формирует положительное отношение к труду.

2. Обеспечивает стимуляцию и развитие чувств.



3. Предоставляет возможности для осознанной социально важной деятельности.
4. Формирует возрастающее чувство уверенности в себе и в своих возможностях.
5. Развивает способность к концентрации, внутренней мотивации.
6. Тренирует ловкость рук и дает навыки практической работы.
7. Способствует развитию волевых качеств личности.
8. Способствует развитию познавательных процессов, памяти, улучшению словарного запаса, расширению кругозора

Садовая терапия является недорогим способом реабилитации и социальной адаптации. Поэтому она доступна для большинства специализированных учреждений, которые имеют дело с разными возрастными и социальными группами людей со специальными нуждами или

ограниченными возможностями, при условии грамотной постановки работы и консультировании квалифицированными специалистами. Этот метод может опираться на уже существующие ресурсы университетских ботанических садов и использовать местные материалы и растения. Разнообразные ресурсы Донецкого ботанического сада и других аналогичных учреждений не только в Донецкой области, но и по всей стране, могут эффективно использоваться для этих целей.

Для успешного применения подходов ландшафтно-садовой терапии и устройства специализированных Садов терапии должно быть налажено непосредственное взаимодействие и сотрудничество между профессионалами (ботаниками, психологами, медиками, ландшафтными архитекторами, инженерами, строителями) в интересах пациентов с психическими расстройствами.

*О.К. Малтапар, В.І. Баран*

## ЛАНДШАФТНО-САДОВА ТЕРАПІЯ ЯК ОДИН З ЕФЕКТИВНИХ МЕТОДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Донецька область

В статті освітлені питання реабілітації пацієнтів з психічними розладами. Розглянуті питання впливу і ефективності ландшафтно-садової терапії на адаптаційні можливості і соціальне функціонування пацієнтів з психічними розладами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 86-90).

*О.К. Maltapar, V.I. Baran*

## LANDSHAFTOTERAPIYA AS ONE OF EFFECTIVE METHODS OF MEDICO-SOTSIALNOI REHABILITATION OF PATIENTS WITH PSYCHICAL DISORDERS

The Gdanivska regional funny house, Ukraine

In the article there are the questions of rehabilitation of patients lighted up with psychical disorders. The considered questions of influencing and efficiency of landshaftoterapii on adaptation possibilities and social functioning of patients with psychical disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 86-90).

### *Литература*

1. Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года.
2. Декларация прав ребенка. Провозглашена резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года.
3. Декларация о правах инвалидов. Провозглашена резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1975 года.
4. Джексон П.В. 2001. Анализ коллекций и научно-технической базы ботанических садов // Информационный бюллетень СБСР и ОМСБСОР, Москва, 2001. Вып.12.- С.59-65
5. Кузеванов В.Я., Сизых С.В. Ресурсы Ботанического сада Иркутского государственного университета: Образовательные, научные и социально-экологические аспекты. Справочно-методическое пособие. - Иркутск: Изд-во Ирк. гос. ун-та, 2005.- 243 с.
6. Сизых С.В., Кузеванов В.Я. Реабилитация и социальная адаптация проблемных подростков с использованием американского опыта садовой терапии // Ботанические сады России в системе непрерывного экологического образования: Материалы 1-й Всероссийской конференции по экологическому образованию в ботанических садах (13-17 мая 2003 г.)- Москва,

2004.- С.64-68

7. Цыбуля Н.В., Фершалова Т. Д. 2000. Фитонцидные растения в интерьере. Оздоровление воздуха с помощью растений. Новосибирское книжное издательство. - Новосибирск, - 111 с.
8. Сизых С.В., Кузеванов В.Я., Белозерская С.И., Песков В.И. Садовая терапия: использование ресурсов ботанического сада для социальной адаптации и реабилитации. Справочно-методическое пособие. Иркутск. Изд-во Ирк. гос. ун-та, 2006. 48с.
9. Airhart D. L., Willis T., and Westrick P. Horticultural Training for Adolescent Special Education Students. Journal of Therapeutic Horticulture, 1987. №2, P.17-22.
10. Barnes M. Designing for Emotional Restoration: Understanding Environmental Cues. Journal of Therapeutic Horticulture. 1996. №, P.811-814.
11. Chicago Botanic Garden. The Buehler Enabling Garden: Gardening for People of All Abilities. Brochure VP0115, 2000. 4 p.
12. Cole C. Fruits of the Earth. NCTRH Newsletter. 1975. 2:5:3
13. Cornille T. A., Rohrer G. E., Phillips S. G., and Mosier J. G. Horticultural Therapy in Substance Abuse Treatment. Journal of Therapeutic Horticulture 1987. № 2, P. 3-8.
14. Daubert J.R., Rothert E.A. Horticultural Therapy for the Mentally Handicapped. Chicago Horticultural Society, 1981. P.118

15. Durham R.A., Kenline N.G. The Walter and Alice Borgeest Garden at Friends Hospital. *Journal of Therapeutic Horticulture*. 1996. №8, P.53-55.
16. Houseman D. Developing Links between Horticultural Therapy and Aging. *Journal of Therapeutic Horticulture*. 1986. №1, P.9-14.
17. Kuzevanov V., Sizykh S. Botanic Gardens Resources: Tangible and Intangible Aspects of Linking Biodiversity and Human Well-Being. *Hiroshima Peace Science*. 2006. 28, P. 113-134
18. Langer E. J., Rodin J. The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting. *J. Personality & Social Psychol.* 1976. 34:2, P.191-198
19. Lewis C. The Meaning of Plants in Our Lives. *Green Nature/ Human Nature*. 1996.
20. Relf D. (ed.). *The Role of Horticulture in Human Well-Being and Social Development*. Timber Press. 1992. 254 p.
21. Rotherth G. *The Enabling Garden. Creating barrier-free gardens*. Taylor Publishing Company. Dallas. 1994. 148 p.
22. Simson S.P. and M.C. Straus. *Horticulture as therapy*. The Haworth Press. Binghamton, New York. 2003.
23. Sizykh S., Kuzevanov V. The first gardening experience for orphaned children in Siberia / *Plants, People and Planet Earth – the role of botanic gardens in sustainable living: Proceedings of the Fifth Int. Botanic Gardens Conservation Congress, Cape Town, South Africa, 1998* (Электрон. ресурс).- Cape Town, South Africa, 2001.- (CD-ROM)
24. Song Ji-Hyun. *An Experimental Study on the Effects of Horticultural Therapy with Special Reference to the Negative Symptoms of Schizophrenia*. Thesis at Graduate School of Korea University. 1997.
25. Sizykh S. A new educational tool for Siberians and Ecotourists // *Teaching for the 21 Century: Botanic Garden Education for a New Millennium: Proceedings of the Third Int. Congress on Education in Botanic Gardens (6-10 Sept. 1996, New York)*. –New York, 2001.- P.107-108

Поступила в редакцию 4.04.2009

УДК 612.017.2-08-039.76+351.74-051

*Я.М. Онищенко***ПОСТСТРЕССОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

Военно-врачебная комиссия ГУ УМВД в Донецкой области

Ключевые слова: стресс, психологическая защита, сотрудники правоохранительных органов, реабилитация

В настоящее время невозможно пройти мимо того факта, что наша планета охвачена все возрастающим числом военных катастроф. На сегодня в мире зарегистрированы свыше 70 районов, где ведется война, несущая с собой огромные человеческие страдания. Они выражаются прежде всего в психосоциальных расстройствах, т.е. в посттравматическом эмоционально-стрессовом синдроме [1].

Если раньше в центре внимания медицины ставили задачу быстрого реагирования на физические увечья, то в настоящее время признается, что «психическая травма», представляет собой гораздо большую проблему. Число таких пострадавших во много раз превосходит количество получивших физические травмы. К кругу этих лиц относятся: получившие телесные повреждения, уцелевшие, родственники погибших и увечных, случайные очевидцы катастрофы, весь персонал оказывающий помощь. И только в последнее время персоналу стали уделять больше внимания [1-2].

Проведенное в Западной Германии в 1998г. исследование более 800 ликвидаторов катастроф показало, что 75% из них страдали психосоматическими расстройствами, причем у 40% от этого количества обнаружены симптомы депрессии [1].

Деятельность сотрудников правоохранительных органов постоянно связана с множеством непрогнозируемых трудных ситуаций, общением с правонарушителями, значительным психоэмоциональным напряжением, а также непосредственным приказным начальствующим исполнением [3]. Экстремальный характер деятельности правоохранительных служб с неизбежностью порождает значительное количество психотравмирующих реакций у сотрудников

правоохранительных органов [4]. Развивается синдром психоэмоционального выгорания: хроническая усталость, повышенная утомляемость, общее недомогание, явления разочарования и деморализации, непосредственно связанные с их профессиональной деятельностью [5]. Следовательно, снижается внимание, быстрота реакции, страдает качество выполняемой работы.

Таким образом, проблемы психологической реабилитации сотрудников правоохранительных органов остаются важными проблемами современного общества. Современная медицина с помощью различных средств и методов пытается устранить патологические процессы, т.е. преследует принцип ремонта поврежденных мест в организме, действует локально. Более адекватным человеческой сущности подходом к терапии и реабилитации было бы стимулирование, усиление саногенетических процессов, представляющих собой проявление саморегуляции и самоисцеления. [1,6]. Особенно хорошо зарекомендовал себя в постстрессовой ситуации следующий комплекс терапевтических мер:

- биологическое воздействие – терапия минералами, особенно магнием и кремнием;
- физиологическое воздействие – дыхание, движение и другие виды физиотерапии;
- социально-педагогическое воздействие – просветительские семинары здоровья;
- психологическое воздействие – визуализация связанная со словом [1].

Проблемы психологической реабилитации сотрудников правоохранительных органов не только остаются важными проблемами современного общества, но и приобретают все большую актуальность.

**Материалы и методы исследования**

В исследуемую группу были отобраны 42 сотрудника правоохранительных органов, неза-

висимо от пола, возраста. Контрольную группу составили 23 здоровых сотрудника правоохра-

нительных органов. Для сравнения и определения преобладающих механизмов психологической защиты, стратегии копинг-поведения нами проанализированы результаты опросника Келлермана-Плутчика. Результаты, полученные в процессе обработки, показывают адаптивные механизмы, направленные на редукцию патогенного эмоционального напряжения, предохранение от болезненных чувств и воспоминаний и дальнейшего развития пси-

хологических и физиологических нарушений. Также были учтены и оценены данные составленной нами анкеты. Это позволило оценить различные аспекты: наличие конфликтных ситуаций в семье, коллективе, субъективное мнение о состоянии здоровья, отношения с родителями и детьми, материальное положение, ношение и применение оружия, влияние политических изменений в стране на уровень жизни.

### Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе сотрудников правоохранительных органов 37 мужчин (88,1%) и 5 женщины (11,9%). Жители города 38 человек (90,4%). 19 человек (45,2%) в исследуемой группе имеют высшее образование, 3 человека (7,1%) – среднее, 17 человек (40,5%) – среднее-специальное, 2 человека (4,8%) – неоконченное высшее. 32 сотрудника (76,2%) состоят в браке, 8 сотрудников (19%) – неженаты, 2 сотрудника (4,8%) – разведены. Средняя продолжительность лет прожитых в браке – 15,5 (от 1 года до 32 лет). 13 опрошенных сотрудников (30,9%) отмечают отсутствие семейных конфликтов, 27 сотрудников (64,3%) указывают на редкие семейные конфликты. Свое материальное положение как удовлетворительное оценили 24 человека (57,1%), как хорошее – 6 человек (14,3%), как терпимое – 12 человек (28,6%). Продолжительность рабочего дня, в исследуемой группе, 8 часов составила у 7 человек (16,6%), 8-10 часов – у 17 человек (40,4%), 10-12 часов – у 8 человек (19%), более 12 часов – у 10 человек (24%). Редкие конфликты с руководством отмечали 23 человека (54,8%), никогда не имели конфликтов с руководством 18 человек (42,8%). У 39 опрошенных сотрудников (92,9%) хорошие отношения в коллективе. Часто полными сил и энергии себя чувствуют себя 23 человека (54,8%), редко – 11 человек (26,2%). Редко чувство усталости возникает у 29 человек (69,1%), часто – у 9 человек (21,4). 25 сотрудников (59,5%) указывают на редкие стрессовые ситуации и 5 человек (11,9%) – на частые стрессовые ситуации. 11 опрошенных сотрудников правоохранительных органов (26,2%) отметили, что их эмоциональное состояние влияет на качество работы, 24 человека (57,1%) не связывают качество выполненной работы с эмоциональным состоянием. Удовольствие от своей работы получают 33 человека (часто – 19 человек (45,2%), всегда – 14 человек (33,4%)). Постоянно носят оружие 7 человек

(16,6%), часто – 16 человек (38,2%), редко – 11 человек (26,2%), никогда – 8 человек (19%). Из них 36 человек (85,7%) никогда не применяли оружие и 6 человек (14,3%) – редко. 16 человек (38,2%) опрошенных отмечают, что эмоциональное и физическое состояние после работы, немного мешает проводить время с семьей, друзьями, коллегами. Более сильное влияние эмоционального и физического состояния после работы ощущают 7 человек (16,6%), очень сильное влияние – 1 человек (2,4%). Хорошие отношения с детьми и родителями складываются у всех опрошенных. Уверенность в завтрашнем дне выразили 37 человек (88,1%), не уверены в своем будущем 3 человека (7,1%). Политические изменения в стране не оказывают влияние на 20 опрошенных сотрудников правоохранительных органов (47,6%), на 13 сотрудников (30,9%) политические изменения оказывают незначительное влияние, 9 человек (21,4%) указали, что политические изменения оказывают на них сильное влияние. Состояние своего здоровья считают отличным 4 человека (9,5%), хорошим – 21 человек (50,1%), посредственным – 13 человек (30,9%), плохим – 4 человека (9,5%).

В контрольной группе сотрудников правоохранительных органов 22 мужчины (95,7%) и 1 женщина (4,3%). Жители города 20 человек (86,9%). 6 человек (26,1%) в исследуемой группе имеют высшее образование, 4 человека (17,4%) – среднее, 11 человек (47,8%) – среднее-специальное, 2 человека (8,7%) – неоконченное высшее. 10 сотрудников (43,5%) состоят в браке, 13 сотрудников (56,5%) – неженаты. Средняя продолжительность лет прожитых в браке – 6,8 (от 6 месяцев до 17 лет). 15 опрошенных сотрудников (65,2%) отмечают отсутствие семейных конфликтов, 8 сотрудников (34,8%) указывают на редкие семейные конфликты. Свое материальное положение как удовлетворительное оценили 13 человека (56,5%), как хорошее – 9

человек (39,1%), как терпимое – 1 человек (4,3%). Продолжительность рабочего дня, в контрольной группе, 8 часов составила у 5 человек (21,8%), 8-10 часов – у 13 человек (56,5%), 10-12 часов – у 3 человек (13%), более 12 часов – у 2 человек (2,8%). Редкие конфликты с руководством отмечали 9 человека (39,1%), никогда не имели конфликтов с руководством 13 человек (56,5%). У 19 опрошенных сотрудников (82,6%) хорошие отношения в коллективе. Часто полными сил и энергии себя чувствуют себя 11 человека (47,8%), редко – 2 человек (8,7%). Редко чувствуют себя уставшими 20 человек (87%), часто – 1 человека (4,3%). 13 сотрудников (56,5%) указывают на редкие стрессовые ситуации, никогда – 9 человек (39,1%) и 1 человек (4,3%) – на постоянные стрессовые ситуации. 5 опрошенных сотрудников правоохранительных органов (21,8%) отметили, что их эмоциональное состояние влияет на качество работы, 11 человека (47,8%) не связывают качество выполненной работы с эмоциональным состоянием. Удовольствие от своей работы получают 20 человек (часто - 13 че-

ловек (56,5%), всегда - 7 человек (30,4%). Постоянно носят оружие 5 человек (21,8%), часто – 10 человек (43,5%), редко – 5 человек (21,8%), никогда – 3 человека (13%). Из них 21 человек (91,3%) никогда не применяли оружие и 2 человека (8,7%) – редко. 5 человек (21,82%) опрошенных отмечают, что эмоциональное и физическое состояние после работы, немного мешает проводить время с семьей, друзьями, коллегами. Очень сильное влияние эмоционального и физического состояния после работы ощущают 2 человека (8,7%). Хорошие отношения с детьми и родителями складываются у всех опрошенных. Уверенность в завтрашнем дне выразили 19 человек (82,6%), не уверен в своем будущем 1 человек (4,3%). Политические изменения в стране не оказывают влияние на 17 опрошенных сотрудников правоохранительных органов (73,9%), на 6 сотрудников правоохранительных органов (26,1%) политические изменения оказывают незначительное влияние. Состояние своего здоровья считают отличным 12 человек (52,2%), хорошим - 10 человек (43,5%), посредственным – 1 человек (4,3%).

Таблица 1

Результаты шкал опросника Келлермана-Плутчика ( $M \pm m$ )

Шкалы опросника	норма	патология в анамнезе	t	p
Реактивное образование	2,03±0,24	2,83±0,33	2	<0,01
Отрицание	3,54±0,29	4,61±0,27	2,74	<0,01
Замещение	0,62±0,14	0,95±0,11	1,43	-
Регрессия	1,49±0,28	2±0,31	5,3	<0,01
Компенсация	2,47±0,33	2,47±0,36	0	-
Проекция	2,06±0,36	2,4±0,43	6,8	<0,01
Вытеснение	2,52±0,51	2,53±0,25	0,33	-
Рационализация	5,01±0,39	5,59±0,38	1,07	-

В результате обработки данных опросника Келлермана-Плутчика было установлено, что достоверными являются показатели полученные по шкалам: реактивного образования (формирования реакции), отрицания реальности, регрессии и проекции. Результаты полученные по другим шкалам опросника оказались недостоверными (табл. 1). Реактивное образование подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Испытываемое чувство заменяется противоположным и носит двуступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. В исследуемой группе реактивное образование в среднем соста-

вило 2,83±0,33, в контрольной группе – 2,03±0,24 ( $p < 0,01$ ). Отрицание реальности – отвержение мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые не приемлемы на сознательном уровне. В исследуемой группе отрицание реальности в среднем составило 4,61±0,27, в контрольной группе – 3,54±0,29 ( $p < 0,01$ ). Регрессия подразумевает неосознанный возврат к более раннему уровню приспособления (формам мышления, способам поведения) позволяющим удовлетворять желаниям. В исследуемой группе регрессия в среднем составила 2±0,31, в контрольной группе – 1,49±0,28 ( $p < 0,001$ ). Проекция – бессознательное приписывание индивидом другому лицу или объекту собственных мыслей,

чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает вследствие их социальной неприемлемости. В исследуемой группе проекция в среднем составила  $2,4 \pm 0,43$ , в контрольной группе –  $2,06 \pm 0,36$  ( $p < 0,001$ ).

Выводы:

1. Результаты исследований, полученные по шкалам реактивного образования, отрицания, регрессии и проекции носят достоверный характер и правильно отражают объективную реальность, т.е. механизмы психологической защиты у здоровых сотрудников правоохранительных органов и имеющих соматическую патологию в анамнезе.

2. Средние показатели шкал в исследуемой

группе выше, чем показатели контрольной группы. Это свидетельствует о том, что сотрудники правоохранительных органов, имеющие соматическую патологию в анамнезе, более подвержены стрессовым ситуациям и сложнее их преодолевают, чем здоровые.

3. Показатели шкал замещения, компенсации, вытеснения, рационализации не могут быть использованы, т.к. полученные по ним результаты носят не достоверный характер.

4. Полученные данные позволяют утверждать, что наряду с реабилитацией соматически больных сотрудников МВД, необходимо проводить реабилитацию сотрудников подвергшихся стрессовой ситуации.

*Я.М. Онищенко*

## **ПОСТСТРЕСОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПІВРОБІТНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ**

Військово-лікарська комісія ГУ УМВС у Донецькій області

У несприятливих соціально-економічних умовах повсякденної життєдіяльності правоохоронних органів, участі їх у миротворчих діях, виконання професійних обов'язків в умовах стресу, потребують психологічної допомоги і реабілітації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 91-94).

*Y.M. Onischenko*

## **POSTSTRESS AN AFTERTREATMENT OF THE EMPLOYEES OF LAW-ENFORCEMENT ORGANS**

Military-medical commission of SA of MIA of Ukraine in Donetsk region

In unfavorable socio economic conditions of daily vital activity of law-enforcement organs, involvement them in миротворческих operations, the executions of professional duties in conditions of a stress, require(demand) the psychological help and aftertreatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 91-94).

### *Литература*

1. Покровский В.И. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. – М.: Медицина, 2004. – 400с.

2. Прокопенко Н.А. Возрастные особенности психоэмоциональной напряженности при стрессогенном воздействии//Проблемы старения и долголетия. – 2004. – Т13, №2. – С.115-124.

3. Постылякова Ю.В. Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности//Психологический

журнал. – 2005. – Т.26, №6. – С.35-43.

4. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий//НейроNews. – 2008. - №2(07).- С.36-39.

5. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы//Психологический журнал. – 2001. – Т.2, №1. – С.23-26.

6. Комоцкая Е.В. Тревожные расстройства (диагностика и терапия)//Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.132, №15. – С.1019-1021.

Поступила в редакцию 18.03.2009

УДК 616-056.3-084-053.2

*Н.Г. Міхановська***МУЛЬТИАКСІАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОГРАМ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

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

Ключові слова: діти раннього віку, діагностика і реабілітація психопатологічних порушень

На цей час визначається тенденція щодо поширення кількості дітей з нервово-психічними порушеннями, які обумовлюють їх соціально-психологічну дезадаптацію на всіх етапах постнатального онтогенезу. Такий стан проблеми викликає потребу у створенні програм допомоги, які були б спроможні зменшити ризик розвитку важких розладів розвитку дітей починаючи з раннього віку.

Результати досліджень відомих спеціалістів в галузі теорій розвитку дитини і прив'язаності дають велику кількість концептуальних положень відносно етапів, їх психологічної наповненості, впливу на всі вікові конфлікти в дитячо-підлітковому віці [1,2]. Але, в той же час, останні роботи все частіше стверджують необхідність спостереження за розвитком дитини в самій клінічній практиці для об'єднання теоретичних концепцій з реальним станом проявів і поведінкою хворих [3]. Крім того, історично психоаналітичні теорії і концепції розвитку базувалися на спостереженні за дітьми, що розвивалися звичайно, а даних відносно особливостей психологічного розвитку в межах психопатології раннього віку, обумовленою перинатальними органічними ураженнями нервової системи, значно обмежені.

Виходячи з розуміння різноманітності проявів диспропорціональності розвитку психічних

функцій у дитини з перших днів життя в умовах перинатального ураження нервової системи незалежно від його генезу, необхідним є формування програм втручання, які максимально ефективно здібні щодо створення розвиваючого середовища для дитини з усіма його дефіцитарними і збереженими можливостями.

Формування диференційованих медико-психологічних реабілітаційних програм потребує удосконалення діагностичної процедури, спроможної до кваліфікування затримки від нормативного розвитку з урахуванням відхилень всіх складових психічного розвитку дитини в ранньому віці в обставинах особливостей характеру дитячо-батьківських відносин. Створення мультиаксіального діагнозу, структура якого чітко відбиває напрямки медико-психологічного втручання, розширює ресурси допомоги дітям і сім'ям, які виховують дитину з обмеженими можливостями розвитку.

Метою дослідження з явилось формування мультидисциплінарного підходу до діагностики психопатологічних порушень у дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи, що базувалося на урахуванні дефіцитарності обох компонентів - суб'єктів взаємодії - дитини і матері з їх потенційними ресурсами і зовнішніми можливостями до експансії функціональних систем.

**Обсяг та методи дослідження**

Під спостереженням знаходилася група дітей, батьки яких вперше звернулися до психіатра, в віці від 3-х місяців до 1,5 років життя (1 група - 95 дітей) та у віці 1,5 - 3,5 років (2 група - 132 дитини). Діагностична процедура включала до себе аналіз відхилень від нормативного розвитку всіх сфер, які характерні для віку дітей з їх клінічною кваліфікацією в контексті дитячо-ма-

теринських відносин [4].

Стосовно матерів використовувався метод включеного спостереження з аналізом особливостей їх взаємодії з дитиною, а також експериментально-психологічні методи - тести Спілберґера-Ханіна, Цунґа та модифікована для умов ситуації медичного огляду анкета з визначенням рівня тривожності і депресивності.

## Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка нервово-психічного розвитку дитини базувалася на екологічній теорії розвитку з урахуванням єдності біологічних факторів і впливу найближчого соціального – психологічного середовища, яким є для дитини раннього віку двокомпонентна система діадичних дитячо-материнських відносин. В такій системі відносини між суб'єктами можуть бути взаємопотенціюючими, спрямованими на розвиток, або інгібіруючими в залежності від ступеню їх пошкодження.

Принципово важливими вважалось вивчення особливостей розвитку дітей в критичні періоди якісних змін в набутті нових навичок, які характеризують періоди «відкриття» функціональних систем з подальшою їх експансією. Таким чином можливо виділення двох параметрів, за допомогою яких можливе оцінювання розвитку функціональної системи: часового (своєчасне, затримане, випереджене) та якісного (адаптивного, неадаптивного). Використання цих параметрів надає змогу оцінювати всі складові розвитку дитини – його рухові можливості в віковому аспекті та формування психічних функцій в контексті дитячо-материнських відносин.

Мультиаксіальна функціональна діагностика нервово-психічних розладів повинна враховувати, виходячи з екологічної концепції розвитку, характеристику біологічних чинників, внаслідок

яких можливе відхилення від строків їх нормативного созрівання (перинатальне ураження нервової системи, черепно-мозкові травми і нейроінфекції в ранньому віці) - 1 вісь; характеристику неврологічного дефіциту (порушення м'язового тону, сенсомоторні порушення, вегетовісцеральні та судинні розлади), які обмежують вікові можливості дитини до подання зрозумілих моторних знаків відносно свого емоційного стану для забезпечення комунікації, подолання гравітаційного навантаження, локомоції, здібності до вертикалізації та пересування, дрібної моторики – 2 вісь; характеристику емоційного, когнітивного, мовного, комунікативного розвитку, які складаються із вікових стадій формування об'єктних відносин і соціалізації – 3 вісь; оцінку дитячо-материнських відносин, характеристику емоційного стану матерів, які відповідають за формування розвиваючого адаптивного середовища для дитини – 4 вісь.

Виходячи з потреб визначення мультиаксіального діагнозу в нашому дослідженні було проаналізовано всі його складові за вищевизначеними осями.

Першу вісь в якості підґрунтя формування психопатологічних розладів складала фактори обтяженого перинатального анамнезу, які наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Фактори перинатального анамнезу

Перинатальні фактори	1 група – діти від 3-х місяців до 1,5 років (N=95) %	2 група – діти 1,5 – 3,5 років (N=132) %
Токсикоз I/II половини вагітності	26,31 / 21,05	27,7 / 19,7
анемія	27,37	15,9
нефропатія	6,31	8,33
Загроза переривання у I/II половині вагітності	40 / 36,84	43,18 / 37,88
Інфекції TORCH комплексу	22,10	12,12
Фетоплацентарна недостатність	27,37	25
імуноконфлікт	6,31	2,27
Передчасно народжені	21,5	18,8
Слабкість пологової діяльності/стимуляція	28,42 / 24,21	24,24 / 29,54
Кесарів розтин плановий/екстрений	15,79 / 16,84	9,1 / 14,39
Акушерське втручання	17,79	16,66
Безводний період більше 6 годин	13,68	12,12
Внутрішньоутробна гіпоксія	25,26	13,64
Пологова травма	14,74	17,42
Порушення гемоліквородинаміки	41,05	28,79
асфіксія	31,58	30,3
Розлади дихання	24,21	20,45
Судомний синдром	8,42	8,33



Представленість факторів в обох вікових групах не має, в цілому, великої різниці, але імовірно більш висока частота анемії та інфекцій TORCH комплексу, внутрішньоутробна гіпоксія і гемоліквородинамічні порушення серед дітей молодшого віку свідчить про актуальність дії цих факторів у формуванні нервово-психічних розладів.

Другу вісь представляють ті неврологічні синдромокомплекси, які формуються внаслідок гіпоксично-ішемічного, інфекційного, травматичного тощо ураження нервової системи. Серед дітей 1 вікової групи неврологічний діагноз з перших днів життя мали 89,47%, в 2-й – 91,79%. Представленість деяких клінічних синдромів у дітей досліджуваних груп наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

**Представленість клінічних синдромів**

Неврологічні синдроми	1 група – діти від 3-х місяців до 1,5 років (N=95) %	2 група – діти 1,5 – 3,5 років (N=132) %
Перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження нервової системи	57,89	37,12
Синдром підвищеної збуджуваності	35,79	30,3
Синдром тонусних порушень	53,68	39,39
Синдром пригнічення	11,58	10,6
Епілептичний синдром	17,89	14,39

Саме такі основні розлади з'явилися біологічною складовою у формуванні дизнейроонтогенетичних порушень і спотворення адаптивних психологічних механізмів розвитку у ранньому віці.

В дослідженні було проаналізовано клінічні прояви розладів поведінки малюків і дітей раннього віку, які можна було кваліфікувати з точки зору теорій розвитку, об'єктних відносин, формування прив'язаності і соціалізації. Вони склали третю вісь мультиаксіальної діагностики розвитку.

Не викликає сумніву важливість перших днів життя дитини, стан його здоров'я та якість взаємодії з матір'ю. В нашому дослідженні було встановлено, що серед дітей 1-ї групи в періоді «первинної взаємодії», або предоб'єктній фазі, в зв'язку з важким станом відбулася їх сепарація з матір'ю і таким чином було обмежено можливість до подальшого формування об'єктних відносин у 43,16% малюків. В подальшому відбувалося спотворення встановленню афективного зворотнього зв'язку, в якому мати і малюк мають спілкуватися за допомогою поглядів, торкань, збудження, голосу і рухів. При спостереженні за взаємодією в цій групі досліджуваних було встановлено, що в 35,79% випадках діти не демонстрували необхідну якість реакції поживлення, своєчасну появу соціальної посмішки (32,63%). Сенсорні розлади мали 63,16% досліджуваних у вигляді гіперакузії, підвищеної чутливості до торкань. Вони були апатични-

ми з низькою диференційованістю емоційних реакцій (31,58%). Схильність до збудженості, занепокоєння, в цілому «поганий настрій», скімлення демонструвало 11,58%, 26,31%, 16,84% дітей відповідно. В віці більше 6 місяців такі діти ще не набували здібностей щодо відкривання циклів взаємодії зрозумілими знаками і встановлювання достатньо ефективного підтримуючого діалогу з матір'ю. В той же час відмічалося відхилення у формуванні експансії моторних функцій, що, з одного боку, було пов'язано з недостатністю мотиваційного компоненту розвитку, низьким рівнем зацікавленості, намагань до вивчення оточуючого простору (53,68%), а, з другого, недосконалістю моторної координації і використанням ранніх оральних механізмів дослідження об'єктів (у 23,16%). Крім того, майже у 40% дітей 1-ї групи спостерігалася затримка і низька модульованість домовленевих знаків комунікації. Ці відхилення у перші місяці життя обмежували такі значущі для цього віку процеси, як здібність до безпечного відділення від матері. Свідком того, що у досліджуваних 1-ї групи дітей не створювалася достатньо безпечна емоційна прив'язаність до матері, є те, що у 95,79% з них не був сформований перехідний об'єкт і половина з них не надавала знаків занепокоєння в структурі «страха перед незнайомим». Таким чином, ці деякі поведінкові прояви у дітей першого року життя можна було кваліфікувати

як неадаптивний психологічний розвиток.

Серед дітей 2-ї групи наявними ознаками значної напруженості психологічних процесів соціальної адаптації на протязі другого і третього років життя, можна було вважати труднощі в подоланні відчуттів тривоги і афективної збуджуваності, пов'язаних з відділенням від матері. Амбівалентність відносин, коли агресивні поведінкові реакції існували поруч із значною залежністю від материнської підтримки мали прояви у вигляді важкості пристосування до нових обставин, приміщень, зміни діяльності, необхідності до сепарації від матері навіть на короткий термін тощо (у 46,21%; 37,12% відповідно). Підвищена тривожність, занепокоєність (46,97%) існували поряд із значним «приліпанням» до матері або певною байдужістю до неї, ігноруванням (12,12%, 16,66% відповідно). У дітей цієї вікової групи визначалися також ознаки відсутності впевненості в собі і задоволеності своєю компетентністю в регулюванні процесів станів напруження, прийомі їжі і контролю за діяльністю кишечника і сечового міхура (46,21%; 65,9%; 10,61% відповідно). Таким чином, в цьому віковому періоді визначається порушення процесів самоідентифікації і інтерналізації, що може гальмувати гармонійний розвиток дитини в подальшому.

Четверту вісь мультиаксіальної діагностики складає характеристика дитячо-материнських відносин. В нашому дослідженні матері дітей обох вікових груп в більшості випадків демонстрували неадаптивний характер взаємодії. Так, недостатній рівень інформованості відносно вікових особливостей розвитку дитини, особливо коли вона має певні обмеження можливостей до надання зрозумілих знаків було зареєстровано у 85,26% матерів, нерозуміння сигналів дитини було характерно для 87,36% і неадекватність за напрямком і швидкістю реакції на них

– у 86,31%. Біля 90% матерів мали низький рівень здібностей до формування розвиваючого середовища для дитини. Зовнішні ознаки емоційних порушень були зареєстровані у 73,68% матерів дітей 1-ї вікової групи і 69,7% 2-ї групи дітей. При цьому за результатами експериментально-психологічного обстеження були визначені середній рівень тривожності ( $6,7 \pm 0,9$ ) і депресивності ( $0,47 \pm 0,03$ ) в цілому в групах за тестом Цунга. За тестом Спілбергера-Ханіна майже у половини матерів визначався високий рівень ситуативної тривожності, рівень якої, в середньому, складав ( $43,2 \pm 2,5$ ) і високий середній рівень особистісної тривожності ( $46,1 \pm 2,5$ ).

Таким чином, результати дослідження свідчать про необхідність клінічної кваліфікації порушень розвитку у дітей раннього віку з урахуванням біологічних і соціально-психологічних складових, що їх спричиняють. Встановлено, що формування об'єктних відносин у дітей перших місяців життя вже на етапі предадаптації до майбутнього включення до соціальної взаємодії, деформуються в значному ступеню і розповсюджуються на подальший розвиток дитини. Недостатність емоційного, афективно-значущого відчуття, задоволення-незадоволення з поступовою трансформацією до диференційованих соціальних, емоційних знаків включення до соціальних контактів при формуванні дитячо-материнської взаємодії з перших тижнів життя дитини має певні клінічні прояви і можуть кваліфікуватися в якості діагностичних симптомів порушення розвитку. Важливою складовою забезпечення гармонійних відносин є емоційний стан матерів. Саме тому диференціація напрямків втручання повинна базуватися на урахуванні всіх визначених осей мультиаксіальної діагностики і реалізовуватися мультидисциплінарною командою фахівців.

*Н.Г. Михановская*

## **МУЛЬТИАКСИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

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

В работе представлены результаты собственных исследований, посвященных изучению психопатологических расстройств у детей раннего возраста с перинатальным поражением нервной системы. Предложена мультиаксиальная диагностика нарушений развития, которая включает в себя характеристику биологических патологических факторов перинатального периода, квалификацию неврологического дефицита и искажений формирования психических функций с позиций теорий развития в раннем возрасте, оценку детско-материнских отношений и эмоционального состояния матерей. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 95-99).

**MULTIAXIAL APPROACH TO FORMATION OF MEDICOPSYCHOLOGICAL  
INTERVENTIONAL PROGRAMS FOR CHILDREN OF EARLY AGE WITH PERINATAL  
DAMAGE OF THE NERVOUS SYSTEM**

SI “Institute of Children and Adolescents Health Care of AMS of Ukraine”

The article presents the results of our own investigations intended to study psychopathologic disorders in children of early age with perinatal damage of the nervous system.

There is proposed multi-axial diagnosis of developmental disturbances which includes characterization of biological pathologic factors in perinatal period, estimation of neurologic deficiency and distortions of psychic functions formation from the stand-point of development in early age theories, as well as child-mother relations and emotional state of the mothers. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 95-99).

*Література*

1. Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001.- 159 с.
2. Зауш-Годрон Ш. Социальное развитие ребенка. - СПб.: Питер, 2004. – 123 с.
3. Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития:

Пер.с англ. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998.- 528 с.

4. Міхановська Н.Г., Кукуруза А.В. Процедура оцінки розвитку дітей раннього віку в системі раннього втручання. (Кравцова А.М., Деменкова І.Г., Ахназарянц Е.Л., Беляєва О.Е. - Метод. Рекомендації.- Харків 2005. – 29 с.

Поступила в редакцию 4.03.2009

УДК: 616.89-008.441.33-053.2-08

*В. И. Пономарев, Ю. Ф. Чуев***ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: синдром зависимости, летучие органические соединения, ингаляционная токсикомания, дети и подростки, медикаментозные и немедикаментозные методы терапии

Разработка и усовершенствование современных принципов терапии синдрома зависимости от летучих органических соединений (ЛОС) направлено на поиск инновационных терапевтических технологий, способных в короткие сроки реально разрешать проблемные клинические ситуации, возникающие при состояниях интоксикации, синдрома отмены и сопутствующих постинтоксикационных коррелятах наркотизации. Данные инновации базируются на оригинальном сочетании лечебных эффектов современной фармакотерапии и немедикаментозных методов, что подтвердило свою результативность в плане поиска новых селективных подходов к синдромальной и нозологической терапии в клинике одного

из самых распространенных видов зависимости в детско-подростковой популяции. На сегодняшний день проблема лечения синдрома зависимости от ЛОС составляет один из важнейших разделов клинической наркологии. Подходы к терапии основываются на новых данных о клинических проявлениях, систематике, патогенетических звеньях этого расстройства, на достижениях экспериментальной и клинической медицины в области изыскания эффективных медикаментозных и немедикаментозных методов терапии [1-10].

Цель исследования: разработка и усовершенствование основных принципов медикаментозной и немедикаментозной терапии синдрома зависимости от ЛОС у детей и подростков.

**Материалы и методы исследования**

Основными принципами при составлении алгоритма терапевтических мероприятий являются: 1) патогенетическая направленность; 2) комплексность; 3) дифференцированность; 4) индивидуализированность; 5) минимизация лечебных дозировок фармакологических средств коррекции; 6) отказ от применения в терапевтических схемах препаратов бензодиазепинового, барбитурового и зопиклонового ряда. Главными специфическими задачами при построении лечебного процесса являются детоксикационные мероприятия, купирование острых психопатологических и соматоневрологических состояний в клинике синдрома отмены, восстановление нарушений гомеостаза, нормализация обменных процессов, подавление влечения к ЛОС, коррекция аффективных нарушений и церебральных дисфункций, стабилизация ремиссионного состояния. Для решения перечисленных задач применяются медикаментозные методы (инфузионная терапия, витаминотерапия, общеукрепляющее лечение, психофармакотерапия, симптома-

тическая терапия) и немедикаментозные методы (оксигенотерапия, лазеротерапия, энтеросорбционные методы, электромагнитные излучения крайне высокой частоты и низкой интенсивности).

Нами обследовано 60 больных, поступивших на лечение в наркологическую клинику по поводу синдрома зависимости от ЛОС. Возраст больных (все лица мужского пола) составлял от 7 до 14 лет, средний возраст  $11,1 \pm 0,5$  года. Диагностика осевых синдромов зависимости от ЛОС проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. У всех больных определялась сформировавшаяся клиническая картина синдрома зависимости от ЛОС, включавшая выраженную психическую и физическую зависимость, тяжелый синдром лишения, высокую толерантность, соматические, неврологические и психопатологические последствия хронической интоксикации, десоциализацию и криминогенность, морально-этическое снижение, деградацию, ауто- и гетероагрессивность, извращенный инстинкт са-

мосохранения. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 3 лет. Суточные дозы (по «уличным» меркам) составляли от 1 до 3 флаконов клея «Момент», или «Квинтол». Все больные принимали токсические субстанции путем ингаляции, используя для этих целей полиэтиленные кульки, бумажные пакеты и пр. Первично госпитализированных было 17 чел. (28,33%), повторно 43 пациентов (71,67%), все повторно госпитализированные имели в анамнезе по 3-4 госпитализации, в том числе принудительного порядка, по направлению специализированных детских приютов.

### Результаты исследования и их обсуждение

В исследованной группе синдром отмены ЛОС проявлялся характерными сомато-вегетативными, агрипническими, алгическими и психопатологическими расстройствами. Степень тяжести синдрома лишения была квалифицирована как легкая у 21 (35%), средняя у 34 больных (56,67%) и как тяжелая у 5 больных (8,33%). Из исследования исключались больные с коморбидными хроническими соматическими и неврологическими заболеваниями в стадии обострения, субпсихотическими расстройствами.

Клиника синдрома отмены включала компульсивную, неодолимую формы влечения, угнетенное настроение, раздражительность, вялость, тревожность, слезящиеся глаза, чихание, насморк, слюнотечение, озноб, потливость, «гусиную кожу», зевоту. В условиях лечебной депривации у пациентов происходило усиление чувства тревоги, физической слабости, нарастали явления тахикардии, аритмии, учащенного дыхания, повышалась температура тела, возникали тошнота, рвота, понос, тремор, болевой синдром (боли в животе, в области сердца, зуд, жжение, зубная боль, цефалгия). В этом состоянии больные становились беспокойными, неусидчивыми, назойливыми, давали непредсказуемые истерические реакции, были склонны к актам агрессии и аутоагрессии, суицидальным высказываниям. Аппетит частично или полностью отсутствовал, диссомнические расстройства были представлены нарушениями засыпания, поверхностным сном с частыми просыпаниями, ранним пробуждением, кошмарными сновидениями.

Как показали наши исследования, применение исключительно таблетированных лекарственных форм симптоматического действия при терапии абстинентных расстройств допустимо только в случаях легкого их течения, что возможно лишь на начальных стадиях зависи-

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. Клиническое исследование эффективности терапевтической программы проводилось соответственно протоколу, с согласия пациента и его родственников (опекунов), официальных представителей. В работе использовались шкалы оценки соматоневрологических и психопатологических проявлений в структуре синдрома отмены, шкала общего клинического впечатления. Обследование больных проводилось в день поступления, в дальнейшем на 3, 6 и 10 день лечения.

мости от ЛОС. При осложненных формах состояния отмены, протекающих на фоне развернутых постинтоксикационных соматических и неврологических нарушений, меры терапевтического воздействия должны обязательно дополняться комплексом детоксикационных мероприятий с включением препаратов нейролептического, антидепрессивного, ноотропного и гепатопротекторного действия, средствами нейрометаболической коррекции.

На первом этапе применялась инфузионная детоксикационная терапия (раствор NaCl 0,9%, трисоль, реосорбилакт) и лекарственные препараты психофармакологического действия, с использованием антиконвульсантов (карбамазепин, финлепсин), которые назначались в комплексе с витаминами группы В,С и ноотропами, а также препаратами обладающими снотворными и анксиолитическими эффектами без явлений формирования привыкания (анданте по 1 капсуле на ночь, афобазол 10 мг 2-3 раза в день, стрезам по 50 мг 2-3 раза в день). Как показали наши исследования, данная терапевтическая программа оказалась эффективной при лечении аффективных нарушений, купировании дисфорических расстройств, уменьшении влечение к приему ЛОС, снижала судорожную готовность, что подтверждалось данными динамического ЭЭГ-мониторинга. Своевременное назначение финлепсина в период интоксикации ЛОС предотвращало развитие тяжелых форм абстинентных расстройств, аффективных и дисфорических нарушений, которые трансформировались в более легкие формы течения, приводило к нормализации аффективной сферы, редукции тревожно-депрессивной патологии.

При проведении инфузионной терапии суточный объем вводимых растворов составлял до 200-400 мл, превышение индивидуальных доз не допускалось, так как могло вызвать гипергид-

ратацию и привести к избыточной нагрузке на сердечно-сосудистую систему и другим неблагоприятным последствиям. Наиболее часто использовался реосорбилакт – плазмозаменяющий раствор, в состав которого входят ионы натрия, магния, хлора, кальция. Применяли реосорбилакт внутривенно капельно со скоростью 40-60 капель в 1 минуту. Повторные вливания производились не менее чем через 24 ч после предыдущей инфузии. Детоксикация при купировании абстинентных расстройств проводилась, в том числе, и с использованием изотонических растворов. В случаях когда поступали больные с явлениями кахексии, истощения, предпочтение отдавалось внутривенному введению раствора натрия хлорида 0,9% или 5% раствору глюкозы внутривенно капельно по 200-400 мл/сутки.

С целью детоксикации применялось также введение 10-20 мл 30% раствора тиосульфата натрия. Хорошие результаты при купирования постинтоксикационных расстройств в клинике зависимости от ЛОС были получены при применении 25% раствора магния сульфата, который способствовал нормализации баланса электролитов крови, снимал эмоциональное напряжение, дисфорические нарушения, давал заметный седативный и транквилизирующий эффект. Помимо этого, назначение сульфата магния способствовало нормализации артериального и внутричерепного давления, и что особенно важно, показано больным с черепно-мозговой патологией и пароксизмальными расстройствами в анамнезе.

Параллельно с проведением дезинтоксикационной терапии при купировании состояния от-

мены ЛОС показано назначение витамина РР (никотиновая кислота), который благоприятно влиял на восстановление функции печени, особенно при наличии клинических симптомов гепатита, хронических гастритических расстройствах, колитах. Внутрь никотиновую кислоту назначали в индивидуально подбираемых дозах от 0,05 до 0,2 г на прием 3 раза в день. При наличии у больного явлений резкого истощения, увеличенной печени назначали курс витамина В<sub>с</sub> (фолиевая кислота) в дозировке 0,005 г 2 раза в день в течение 25-30 дней. При лечении больных с синдромом зависимости от ЛОС нами широко применялся витамин С. Для восстановления нарушенного интоксикацией ЛОС обмена веществ в комплексном лечении широко использовались препараты, содержащие аминокислоты (метионин по 0,5-1 г 3-4 раза в день, глутаминовая кислота по 0,5-1 г 2-3 раза в день, аминлон по 0,5-1 г 3 раза в день).

Базовая медикаментозная терапия острых абстинентных расстройств с поведенческими расстройствами включала в себя также назначение малых доз нейролептиков (труксал по 25 мг х 3 раза в день, галоприл по 1,5 мг х 3 раза в день, тизерцин 25 мг на ночь, рисполепт по 1 мг 2 раза в день), антидепрессантов (амитриптилин по 25 мг х 3 раза в день, велаксин 37,5 мг утром, феварин 25 мг утром, ципралекс 10 мг утром), ноотропов и нейрометаболиков (пирацетам, мексидол, энцефабол), гепатопротекторов (гептрал, эссенциале) и других препаратов по симптоматическим показаниям. Дозы подбирались индивидуально, исходя из особенностей психического и соматического статуса пациента (см. табл. 1).

Таблица 1

Схема базовой медикаментозной терапии синдрома зависимости от ЛОС

Наименование препарата	Средняя суточная доза
Р-р Реосорбилакт (Трисоль)	200 мл в/в капельно
Карбамазепин	100 мг х 3 раза в день
Тиосульфат натрия 30%	10 мл в/в
Вит В <sub>1</sub> 5%	1 мл в/м
Вит В <sub>6</sub> 1%	1 мл в/м
Вит В <sub>12</sub> 0,1%	1 мл в/м
Вит С 5%	2 мл в/в
Пирацетам	5 мл в/в
Рибоксин	5 мл в/в
Энтеросорбент	по показаниям
Гептрал	5 мл в/м
Энцефабол	100 мг х 3 раза в день
Мексидол	0,125 г х 2 раза в день
Стрезам	50 мг х 3 раза в день
Тизерцин	25 мг на ночь
Рисполепт	1 мг х 2 раза в день
Амитриптилин	25 мг утром

При длительных и массивных ингаляциях токсических субстанций на основе средств бытовой химии назначались энтеросорбент на основе активированного угля, в целях снижения концентрации продуктов распада токсикантов, ослабления токсической нагрузки на печень и улучшения ее функции. Суточная доза энтеросорбента составляла 10-12 таблеток, сорбент назначался 3 раза в день в равных дозах, за 1,5-2 часа до или после еды. Полный курс лечения составлял 6-8 дней.

Целесообразно включение метода гипербарической оксигенации (ГБО) в комплексную терапию синдрома зависимости от ЛОС у детей и подростков [11,12]. Назначался курс ГБО, направленный на коррекцию явлений гипоксии, вызванной нарушением функции внешнего дыхания, вследствие длительных и массивных ингаляций токсикантов. Режим оксигенации подбирался индивидуально, в зависимости от соматического состояния пациента, наиболее эффективным являлось давление кислорода в барокамере от 98,0 до 196,1 кПа с экспозицией до 30 минут, курс лечения составлял 3-4 сеанса. Сразу после окончания сеанса пациенты отмечали чувство успокоенности, редуцировалось состояние психического и физического дискомфорта, появлялся прилив бодрости, активности, улучшался аппетит и сон. Данная позитивная симптоматика в последующем закреплялась с помощью сеансов психотерапевтической коррекции.

По индивидуальным показаниям назначался курс лазерной рефлексотерапии, направленный на коррекцию явлений астении, общего дискомфорта, нарушений сна, аппетита. Режим лазеротерапии подбирался исходя из особенностей соматического статуса пациента, наиболее эффективным являлось воздействие шадящими методиками, на точки акупунктуры общего действия (4 ЙЙ, 36 ЙЙЙ, 6 ЙV, 10 VЙЙ, 7 Й, 20 ХЙ, 2 ХЙЙ и др.).

При купировании состояния отмены с применением разработанной нами терапевтической программы к 3-4 дню пребывания больного токсикоманией на лечении наблюдалась постепенная редукция абстинентной симптоматики. Больные сообщали об улучшении общего самочувствия, нормализации настроения, уменьшении явлений астении. Наблюдалось оживление эмоционально-мимических реакций, уменьшение тревоги, раздражительности, вспыльчивости, отмечалась тенденция к нормализации артериального давления, частоты сердечных сокращений, восстановление сна и аппетита. В последу-

ющие дни нормализовалось общее самочувствие больных, исчезали жалобы на слабость и повышенную утомляемость, вялость, редуцировалась эмоциональная лабильность, психический и физический дискомфорт. Эти симптомы сменялись чувством успокоенности, уверенности в себе, снижалась интенсивность влечения к ЛОС, происходила окончательная нормализация сна и аппетита, стабилизация основных гомеостатических параметров.

Формализованная оценка эффективности терапии в ее динамике проводилась с помощью шкалы оценки субъективных и объективных симптомов, состоящей из 16 пунктов [13].

Выраженность каждого симптома оценивалась два раза в сутки на протяжении 7 дней лечения по 3-х-балльной системе, где 1 балл означал легкую, 2 балла умеренную и 3 балла максимальную выраженность симптоматики. Статистическая обработка данных проводилась с применением t-критерия Стьюдента.

Динамичное улучшение состояния больных заставляло корректировать с 3-4 дня терапии назначения транквилизаторов и нейролептиков в сторону понижения их лечебных дозировок (см. табл. 2).

Как видно из представленной таблицы применение разработанной нами схемы детоксикации в комплексной терапии синдрома зависимости от ЛОС к 3 дню происходило существенное уменьшение выраженности ведущих симптомов абстиненции, а к 7 дню практически полностью купировать его основные проявления. При этом наблюдалось синхронизированная по времени редукция основных психопатологических и соматовегетативных расстройств в структуре синдрома зависимости. Важно отметить, что в ходе лечения достаточно быстро удавалось добиться уменьшения выраженности болевых ощущений, наиболее тягостно переносимых больными. Одновременно уменьшалась аффективная напряженность, уменьшалось влечение к ЛОС, восстанавливался сон и аппетит, что позволяло довольно скоро облегчить состояние больных.

Наш опыт показал, что при курации детей и подростков с проблемами зависимости от ЛОС являлось необходимым использование препаратов нейрометаболического действия, способных улучшить мозговой метаболизм, уменьшить явления гипоксии коры головного мозга, приостановить патогенное действие интоксикационного фактора на центральную нервную систему и психическую сферу. Одним из таких препаратов является препарат «Энцефалол». Избира-

тельная способность «Энцефабола» улучшать реологические свойства крови и кровообращение в ишемизированных участках мозга, увеличивать их оксигенацию, осуществлять коррекцию нару-

шений интегративной функции мозга явилось абсолютным и патогенетически оправданным показанием для его включения в комплексную терапию синдрома зависимости от ЛОС.

Таблица 2

**Динамика основных симптомов синдрома зависимости от ЛОС в процессе терапии**

Симптом	День 1 M±m	День 2 M±m	День 3 M±m	День 4 M±m	День 5 M±m	День 6 M±m	День 7 M±m
<b>Субъективные симптомы</b>							
Тяга к ингаляции	1,19±0,19	1,55±0,25	0,96±0,11	0,85±0,15	0,64±0,06	0,51±0,04	0,59±0,12
Тревога	0,56±0,11	0,68±0,14	0,67±0,17	0,45±0,13	0,33±0,04	0,39±0,07	0,42±0,09
Беспокойство	0,49±0,12	0,91±0,17	0,74±0,12	0,70±0,15	0,61±0,11	0,43±0,08	0,34±0,03
Бессонница	0,94±0,19	1,30±0,22	1,01±0,21	0,96±0,27	0,92±0,23	0,91±0,16	0,86±0,12
Мышечные боли	0,89±0,21	1,13±0,19	0,82±0,18	0,51±0,11	0,47±0,13	0,31±0,05	0,24±0,09
Снижение аппетита	1,24±0,13	1,23±0,21	1,24±0,16	1,26±0,15	1,14±0,10	0,71±0,05	0,55±0,14
Горькота	0	0,53±0,08	0,39±0,07	0	0	0	0
Озноб	1,23±0,14	1,03±0,17	0,53±0,12	0	0	0	0
<b>Объективные симптомы</b>							
Ринит	0,83±0,13	1,04±0,21	0,57±0,14	0,43±0,09	0,32±0,10	0,26±0,12	0,21±0,08
Гремор	0,49±0,06	0,21±0,03	0,11±0,07	0	0	0	0
Потливость	0,91±0,14	0,69±0,13	0,33±0,08	0,16±0,04	0	0	0
Зевота	0,92±0,09	0,83±0,05	0,57±0,07	0,35±0,03	0	0	0
Гусиная кожа	0,58±0,08	0,51±0,07	0,39±0,06	0,21±0,05	0	0	0
Рвота	0	0	0	0	0	0	0
Понос	0,46±0,05	0,74±0,09	0,67±0,10	0,56±0,12	0,49±0,05	0,24±0,09	0,09±0,02
Слезотечение	1,61±0,21	1,44±0,11	1,11±0,13	0,80±0,08	0,76±0,08	0,41±0,04	0

Препарат «Энцефабол» назначался в дозе 300-400 мг на курс лечения 40-60 дней. Наиболее эффективным применением данной методики оказалось при коррекции психической утомляемости, нарушении памяти, слабой концентрации внимания, общей слабости, пониженном настроении, эмоциональной лабильности. Отчетливый эффект кумуляции констатировался на 15-20 день, когда применение «Энцефабола» обнаруживало достаточно выраженное стимулирующее действие, что определялось ускорением темпов восстановления дефицитарной психоневрологической симптоматики в клинике зависимости от ЛОС. Первый опыт дает основания утверждать о способности препарата энцефабол стабилизировать имеющиеся у больных проявления церебральной дисфункции.

Нами получены перспективные результаты по применению препарата «Мексидол» при коррекции интеллектуально-мнестических и аффективных нарушений с явлениями адинамии и психоастении в клинике постинтоксикационных нарушений при зависимости от ЛОС. По имеющимся данным, мексидол является антигипоксантом с ноотропными, анксиолитическими, стресспротективными, противосудорожными и антиоксидантными свойствами, способен улучшать мозговой метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию и реологи-

ческие свойства крови, обладает отчетливым противосудорожным действием, оказывая влияние на эпилептиформную активность мозга с хроническим эпилептогенным очагом. Ноотропные свойства Мексидола выражаются в способности улучшать обучение и память, способствовать сохранению памятного следа и противодействовать процессу угасания привитых навыков и рефлексов. Мексидол оказывает выраженное антиамнестическое действие, устраняя нарушения памяти, вызванные различными токсическими воздействиями. Очень важными для проблем наркологии оказались возможности мексидола уменьшать объем жировой дистрофии гепатоцитов, нормализовать энергетический баланс гепатоцитов, ускорять восстановление суммарного генома гепатоцитов и увеличивать содержание нуклеиновых кислот в ткани печени и ядрах гепатоцитов.

Препарат мексидол назначался в дозировках по 0,125 г 2 раза в день, на курс до 30 дней. В результате курсовой терапии мексидолом отмечена редукция невротических и соматоформных расстройств в клинике синдрома зависимости от ЛОС на этапе стабилизации ремиссии, улучшался общий психосоматический статус пациентов, нормализовался фон настроения, влечение к ингалянтам теряло свою актуальность, носило характер отдельных мыслей без патологическо-



го аффективного фона. При сохранении жалоб на плохой сон, пониженное настроение, плохой аппетит нами апробирована лечебная комбинация, включавшая сочетанное применение мексидола и препарата ципралекс по 10 мг за 2-3 часа до сна. Данная терапия оказалась эффективной, в течение 8-12 дней приводила к улучшению состояния пациента, дополнительных назначений не требовалось. В тех наблюдениях, где у пациентов сохранялся в течение дня лабильный фон настроения добавлялось: при тревожных радикалах – афобазол по 10 мг утром, при дисфорических включениях - стрезам по 50 мг утром и 50 мг вечером. Назначение этих препаратов позволило у всех пациентов в короткие сроки купировать аффективные колебания, причем побочных эффектов (нарушение аккомодации, диплопии, слабости, сонливости), присущих классическим антидепрессантам не отмечалось. Немаловажным фактом в наших наблюдениях являлось и отсутствие явлений привыкания и формирования перекрестной зависимости к использованной группе лекарственных средств.

Таким образом, комбинированное применение мексидола в одной терапевтической программе с препаратами антидепрессивного и анксиолитического действия позволило максимально оптимизировать лечение пациентов с синдромом зависимости от ЛОС.

Перспективным методом лечения ингаляционной токсикомании вследствие злоупотребления ЛОС является использование немедикаментозных методов лечения, к которым относится микроволновая биорезонансная информационно-пунктурная (БРИП)- терапия с применением электромагнитного излучения (ЭМИ) крайне высокой частоты (КВЧ) и низкой интенсивности (НИ) в полосе биологически активных резонансных частот.

Установлено, что биологические реакции на низкоинтенсивные КВЧ излучения развиваются в рамках общего адаптационного синдрома и выражаются в повышении неспецифической резистентности организма. Доказано, что ЭМИ НИ определенной частоты имитирует сигналы, вырабатываемые живыми организмами и способствует восстановлению пострадавших систем организма. При этом исключаются “тепловые удары” на молекулярном уровне, корректируется разбалансированный энергоинформационный гомеостаз, стимулируя защитные силы организма; происходит коррекция психофизиологического состояния больных [14].

Суть нового подхода к проблемам лечения различных наркологических заболеваний заключается: в целенаправленном воздействии на биологически активные точки (БАТ) акупунктурной системы организма человека электромагнитными волнами КВЧ диапазона НИ, что позволяет, через восстановления нарушенной структуры информационных сигналов, вырабатываемых в клетках, органах, тканевых системах и в организме в целом, восстановить разбалансированный (искаженный) энергоинформационный гомеостаз и усилить компенсаторные и адаптационные возможности организма. Путем воздействия на определенные биологически активные зоны, точки акупунктуры осуществляется селективное влияние на организм с целью управления его адаптационными реакциями. Данный метод – эффективное средство безмедикаментозной коррекции физиологического состояния организма человека. Данная терапия осуществляется путем воздействия неинвазивного, локального, не имеющего побочного действия на точки акупунктуры, БАТ, зоны информационным низкоинтенсивным (0,5 мкВт/см<sup>2</sup>) ЭМИ КВЧ на биологически активных резонансных частотах на дистальные точки акупунктуры (4 II, 36 III). Длительность экспозиции составляла 10-12 минут, курс лечения не превышал 7-10 сеансов. Уже через 4-7 сеансов отмечалась нормализация жизненных функций организма, улучшение общего состояния пациентов, ослабление и исчезновение симптомов болезни [15].

Результаты наших исследований показали, что данную методику возможно применять не только как монотерапию, но и в сочетании с фармакологическими препаратами. При этом отмечается значительное уменьшение количества препаратов, их дозировок и сроков применения без снижения качества лечения или же полная их отмена, а так же повышается качество лечения.

Выводы.

Проведенное исследование показало высокую эффективность и безопасность использования малых доз нейрорептиков, антиконвульсантов и антидепрессантов при купировании синдрома зависимости от ЛОС. Это позволило значительно уменьшить эффект гиперседации и нарушений гемодинамики, значительно облегчить курацию больных и, в целом, повысить качество терапевтических мероприятий при синдроме лишения. Приобретенный опыт комплексной детоксикации в сочетании с ноотропной терапией позволит накопить новые данные, без

которых решение многоаспектной проблемы зависимости от ЛОС является трудно разрешимой задачей. Внедрение в практику врача-нарколога инновационных методов фармакоррекции (мексидол, ципралекс, афобазол, стрезам) в сочетании с немедикаментозными методами (оксигенотерапия, лазеротерапия, энтеросорбционные методы, ЭМИ КВЧ и НИ) позволит суще-

ственно повысить качество жизни пациентов с проблемами зависимости от ЛОС. Данная терапевтическая программа потенцирует действие используемых лекарственных препаратов, уменьшает суточные лечебные дозировки и сокращает объем лекарственной нагрузки, сроки купирования синдрома отмены и постинтоксикационных расстройств.

*В. І. Пономарьов, Ю. Ф. Чуєв*

## ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Харківський національний медичний університет, Харківська медична академія післядипломної освіти

З метою розробки та удосконалення основних принципів медикаментозної та немедикаментозної терапії синдрому залежності від ЛОС у дітей та підлітків було обстежено й проліковано 60 пацієнтів у віці від 7 – до 14 років.

Впровадження в практику лікаря-нарколога інноваційних методів фармакорекції в сполученні з немедикаментозними методами (оксигенотерапія, лазеротерапія, ентеросорбційні метод, ЕМВ НВЧ та НІ) дозволять суттєво підвищити якість життя пацієнтів з проблемами залежності від ЛОС. Описана в роботі терапевтична програма потенціє дію відомих лікарських препаратів, зменшує добові лікувальні дозировки та скорочує обсяг лікарського навантаження, терміни купірування синдрому відміни та постінтоксикаційних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 100-106).

*V.I. Ponomaryov., Y.F.Chuev*

## MAIN THERAPEUTIC PRINCIPLES OF SYNDROME OF DEPENDENCE ON VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS OF CHILDREN AND TEENS

Kharciv National Medical University

For the purpose of development of main principles of drug and non-drug therapy of syndrome of dependence on volatile organic compounds of children and teens 60 patients in age 7-14 years have been examined and treated.

Innovate methods of pharmaceutical correction combined with non-drug methods (oxygen therapy, laser therapy, methods of enterosorbition, electro-magnetic waves of ultra-high frequency and low intensiveness) helps to boost life's quality of patients suffering from dependences on volatile organic compounds. The given therapeutical program allows to minimize doses of drugs per day, improves the treatment of withdrawal syndrome and postintoxicate disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 100-106).

### Литература

1. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии.—М.: Медицина, 2000.— 318 с.
2. Иванец Н.Н. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий.— М.: Анархис, 2000. — 57 с.
3. Битенский В.С., Аймедов К.В. Новые аверсивные методы терапии в наркологии // Украинский вестник психоневрологии. — 2002. — Т. 10, вып. 1 (30), дод. — С. 249 — 250.
4. Михайлов Б.В., Мартиненко А.О., Сарвір І.М., Маркова М.В. Теоретичні проблеми лікування та профілактики залежності від психоактивних речовин // Архів психіатрії, 2000. - № 3. — 4 (22 — 33). — С. 9 — 10.
5. Минко А.И., Линский И.В., Сулова Л.В., Маркозова Л.М., Самолова Е.С., Бараненко А.В. Современные взгляды на лечение аффективных расстройств в клинике зависимости от психоактивных веществ (обзор) // Архів психіатрії, 2003. — Т. 9. - № 1. — С. 96 — 99.
6. Шаповалова В.О., Шаповалов В.В., Малініна Н.Г., Сосін І.К. Фармакотерапія станів залежності від легких розчинників // Методичні рекомендації. — Харьков, 2008. — 26 с.
7. Чув Ю.Ф., Сосін І.К. Роль и место современных эфферентных технологий в комплексном лечении неотложной наркопатологии // Материалы XXV11 Международной научно-практической конференции «Применение лазеров в медицине и биологии»: Шестые Васильевские чтения. 18-21 апреля, Харьков, 2007. — С. 80 — 82.
8. Сосін І.К., Чув Ю.Ф. Новые подходы к комплексной детоксикационной терапии в наркологии // Довженківські читання: Лікування та реабілітація осіб, залежних від психоактивних речовин: Матеріали 7-ї науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів. 4-5 квітня, Харків, 2006. — С.156-157.
9. Сосін І.К., Волков А.С., Гончарова Е.Ю. Новые подходы к купированию токсико- гипоксических расстройств у больных с сочетанным употреблением наркотических веществ // Сучасний погляд на лікування станів залежності та патології потягів: Матеріали 8-ї Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів — «Довженківські читання», 3-4 квітня, Харків, 2007. — С.190-192.
10. Шевченко Ю.С., Наседкин А.А., Баронец В.Ю. Эффективность лечения больных героиновой наркоманией подростково-юношеского возраста с помощью низкоинтенсивного лазерного излучения. Вопросы наркологии. —2003. —№1. — С.18-24.
11. Волков А.С. Гипербарическая оксигенация в деятельности кафедры наркологии // Аналитический обзор. Материалы Украинської науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин». — Харків, 2008. — С.44-59.
12. Сосін І.К., Волков О.С. Патент на корисну модель № 36787. «Спосіб лікування залежності дітей та підлітків від легких розчинників. Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на винохіді 10.11.2008 р. (21) Номер заявки U 2008 06130. (22) Дата подання заявки: 12.05.2008. (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: 10.11.2008, Бюл. №21. Власник: Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 01176, Україна.
13. Charney D., Heninger G., Kleber H. // Am.J.Psychatry — 1986. — Vol.143, № 7. — P. 831-837.
14. Чернобровкина Т.В. Биорезонанс как универсальный принцип в лечении и реабилитации больных зависимостями (или: от доминирования бихевиоризма к биохимизму в теории зависимостей) // Психическое здоровье. — 2007. - № 3. — С.46-57.
15. Воробйова Т.М., Берченко О.Г., Гейко В.В., Пономарьов В.І., Бевзюк Д.О. Патент на корисну модель № 36153. «Спосіб моделювання корекції адитивної поведінки. Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на винохіді 10.10.2008 р. (21) Номер заявки U 2008 07245. (22) Дата подання заявки: 26.05.2008. (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: 10.10.2008, Бюл. №19. Власник: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068, Україна.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.69-008.1:613.88

*И. А. Бабюк, А. Е. Табачников, О. Е. Шульц, С. И. Шамраев, Л. А. Гашкова***ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХОМВИО-ТЕНЗИНА НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова : гипертензия, эректильная функция, хомвио-тензин

Артериальная гипертония (АГ) в настоящее время регистрируется всё чаще [2, 5]. Особенно подобная тенденция наблюдается в развитых странах; на это влияют различные неблагоприятные факторы:

- динамичный образ жизни современного человека;
- появление избыточной массы тела;
- психо-эмоциональное перенапряжение;
- широкое распространение курения, злоупотребления алкоголем;
- приверженность к соленой пище.

Так, в Украине зарегистрировано около 8,5 млн. больных с АГ, что составляет около 21% взрослого населения страны [3].

К тому же, если ранее АГ считалась заболеванием преимущественно пожилого возраста, то сейчас у молодых людей выявляются различные ее формы, причём в молодом возрасте более всего подверженными развитию АГ являются мужчины. Поэтому очень важным является вопрос длительной медикаментозной терапии таких пациентов [4, 6]. Как препараты первого ряда, эксперты ВОЗ рекомендуют использовать [6, 7]:

- диуретики;

- в-адреноблокаторы;
- антагонисты кальция;
- б-адреноблокаторы;
- ингибиторы АПФ;
- антагонисты рецепторов ангиотензина II;
- комбинированные лекарственные средства.

Эректильная дисфункция - это неспособность возникновения и/или поддержания эрекции полового члена, адекватной для выполнения полового акта [1]. В ходе Мас-сачусетского исследования по изучению вопросов старения мужчины (MMAS, 1994) было установлено, что частота эректильной дисфункции (ЭД) среди мужчин-гипертоников, получающих лекарственную терапию, составляет более 15% [7]. Среди гипотензивных средств наиболее достоверно ЭД вызывают диуретики (Chang S.W., 1991); адреноблокаторы (Smith E., 1996).

Цель работы - клиническое исследование эффективности и безопасности гомеопатического препарата Хомвио-тензин в лечении ГБ I-II стадий. Параллельно оценивалась влияние препарата на сексуальную функцию пациентов согласно стандартному опроснику оценки международного индекса.

**Материалы и методы исследования**

Препарат Хомвио-тензин производства «Хомвиора» (Др. Хагедорн Гмбх и Ко, Германия), который содержит:

- алкалоид резерпин (0.032 мг);
- экстракт раувольфии (0,032 мг);
- экстракт омелы белой (0,32 мг);
- боярышник.

Антигипертензивный эффект препарата обусловлен воздействием на кардиоваскулярный центр продолговатого мозга (омела белая); снижением общего периферического сосудистого сопротивления (раувольфия); снижением концентрации катехоламинов в ЦНС. Боярышник

вызывает спазмолитический эффект и расширяет сосуды, уменьшает венозное давление и улучшает эластичность сосудистой стенки. Кроме того, для омелы белой и боярышника характерен небольшой гипотензивный эффект. Все растительные компоненты препарата - антиоксиданты. Мягкий седативный эффект Хомвио-тензина снижает чувство страха, депрессии, эмоционального напряжения за счёт непосредственного действия на ЦНС.

В исследовании приняли участие 20 пациентов в возрасте от 41 до 52 лет мужского пола: из них:

- 8 пациентов страдали АГ I стадии; антигипертензивной терапии не получали;

- 12 пациентов страдали АГ II стадии; из них 3 получали и АПФ (эналаприл в дозе 5 мг 2 раза в сутки).

Все пациенты были без каких-либо психических и органических нарушений половой функции.

Регистрировались демографические данные (возраст, масса тела). АД измеряли стандартным методом. После трёх последовательных измерений АД определяли среднее давление на основании результатов, полученных при втором и третьем измерениях. Кроме того, на каждом визите производилась оценка ЭД с помощью международного опросника эректильной функции SSEF5 (по R.C.Rosen et al, 1997) и критериев качества копулятивного цикла [1, 8]. Критериями возможного исключения из исследования были:

- возникновение серьёзных побочных эффек-

тов от приема препарата;

- отказ пациента от дальнейшего исследования.

Пациентов информировали, что целью исследования является определение эффективности Хомвиотензина, как гипотензивного препарата, и его влияния на эректильную функцию. Препарат назначался в зависимости от исходного АД:

- при АД в пределах 145/85 - 159/89 мм рт. ст. Хомвио-тензин следовало принимать по 1 табл. утром и вечером;

- при АД в пределах 160/90 - 179/99 мм рт. ст. - 2 табл. утром и одна - вечером.

Пациенты, получавшие до исследования и АПФ, за первую неделю уменьшили его дозу вдвое и принимали его вместе с Хомвио-тензином, затем принимали только Хомвио-тензин. Срок лечения составил 4 недели с рекомендацией последующего приема препарата по 1 табл. 1-2 раза ежедневно в качестве поддерживающей дозы.

### Результаты и их обсуждение

За время проводимого исследования отмечалась хорошая переносимость Хомвио-тензина. Побочных эффектов на фоне лечения зарегистрировано не было. Субъективные жалобы на какие-либо нарушения со стороны органов и систем отсутствовали. Кроме того, по результатам

там анализа опросников эректильной функции было выявлено положительное действие препарата на мужскую половую сферу в сравнении с предыдущим лечением гипертонии другими препаратами. На 21 день приема у 15 пациентов АД достигло целевых значений. Динамика АД при лечении Хомвио-тензином представлена в таб-

Таблица 1

Среднее АД в исследуемых группах пациентов до и после курса приема препарата Хомвио-тензин

Стадия	Количество пациентов	Артериальное давление (мм рт. ст.)	
		до лечения	после курса лечения
1	8	150,7 ± 2,9/88,7 ± 2,9	134,0 ± 4,2/79,0 ± 2,7
2	12	165,6 ± 4,3/88,3 ± 5,6	131,8 ± 5,2/83,2 ± 2,9
3	0	-	-

Пациенты указывали на удовлетворительную эрекцию при половых контактах 1-2 раза в неделю, выраженное либидо и оргазм. При этом на фоне лечения «Хомвиотензином» отмечалась адекватная эрекция полового члена, в 7 случаях - утренние непродолжительные эрекции. Таким образом, приём препарата «Хомвиотензин» существенно не влиял на показатели половой жизни у мужчин, что позволяет сделать вывод о нем, как о гипотензивном препарате выбора, не оказывающем негативно-го влияния на эректильную функцию в сравне-

нии с другими синтетическими лекарственными средствами. Согласно еженедельному исследованию по опроснику оценки международного индекса ЭД, эректильная функция соответствовала показателям нормы, нарушений I, II, III степени при этом не определялось. Кроме того, на фоне приёма препарата «Хомвиотензин» была отмечена тенденция смещения качества половой жизни в сторону позитивных показателей.

На основании проведенного исследования можно сделать предварительные выводы.

1. Препарат Хомвио-тензин показал хорошую переносимость у пациентов с АГ I-II стадии - за всё время исследования не выявлено побочных эффектов ни субъективных, ни объективных.

2. У пациентов с АГ III стадии препарат удачно сочетается с другими гипотензивными средствами.

3. В отличие от других гипотензивных препаратов, Хомвио-тензин существенно не влияет на качество половой жизни и состояние эрек-

тивной функции у мужчин.

4. Натуральный растительный препарат рекомендован для применения у пациентов с непереносимостью синтетических гипотензивных средств.

5. Препарат Хомвио-тензин может быть рекомендован в качестве моно- и комбинированной терапии для более широкого амбулаторного и стационарного использования при лечении больных с ГБ I, II и III стадии (в комбинации с другими гипотензивными средствами).

*I. O. Babuk, O. E. Tabchnikov, O. E. Shults, S. I. Shamraev, G. A. Gashkova*

## **ОЦІНКА ВПЛИВУ ХОМВІО-ТЕНЗИНУ НА ЕРЕКТИЛЬНУ ФУНКЦІЮ ЧОЛОВІКІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Донецький національний медичний університет

Наведені результати дослідження ефективності препарату Хомвіо-тензин у чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу I-II стадії, відсутність побічних ефектів на статеву функцію, покращення якості життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 107-109).

*I. A. Babuk, O. E. Tabchnikov, O. E. Shults, S. I. Shamraev, L. A. Gashkova*

## **ELEVATION OF INFLUENCE OF HOMVIO-TENSIN ON MEN'S ERECTIL FUNCTION NATUROPATHIC TREATMENT OF CHRONIC ITCHING DERMATITIS**

Donetsk State Medical University

The results of an investigation into efficiency of antihypertensive drug Homvio-tenzin use for men demonstrate its sufficient antihypertensive effect at men with 1-2 stage of morbus hypertonicus, absence of side effects on sexual function and improvement of quality of life of this patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 107-109).

### *Литература*

1. Бабюк И.А., Федотов В.П., Цветков Д., Родионов В.Г. Диагностика и лечение нарушений эрекции. - Донецк, 2003. - 40 с.
2. Бритов А.Н., Быстрова М.М. Новые рекомендации ОНК по предупреждению, диагностике и лечению АГ (США): от JNC VI до JNC VII // Кардиология. - 2003. - № 1. - С. 13-97.
3. Ватулин Н.Т., Бабюк И.А., Звягина Т.В. и др. Клинический опыт применения комбинированного препарата «Lozar-H» при АГ у мужчин и его влияния на эректильную функцию // Дерматология. Косметология. Сексопатология. - 2004. - № 3-4 (7). - С. 280-282.
4. Карпов Ю.А. Блокаторы ангиотензивных рецепторов:

- применение при АГ // Рус. Мед. журнал. - 2000. - № 13-14. - С. 57-59.
5. Нетяженко В.З., Варна О.Н. АГ: современные подходы к дифференцированному лечению // Doctor. - 2003. - № 3. - С. 64.
6. Collister J.P., Hendel M.D. Role of the Subfornical organ in the chronic Hypotensive response to losartan in normal rats // Hypertension. - 2003. - Vol. 3, No 41. - P. 576-582.
7. Grimm R.H., Grandits G.A., Prineas R.J. et al. Longterm effect on sexual function of 5 antihypertensive men and women. TOMHS. / Hypertension. - 1997. - No 29. - P. 8-14.
8. Rosen R.S. et al. International interrogatory erectile function 5 // Urology. - 1997. -No 49. - P. 822-830.

Поступила в редакцию 16.01.2009

УДК 616.895.8+615.851.823-039.76

*О.К. Малтанар***ЦВЕТОТЕРАПИЯ – КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: параноидная шизофрения, цветотерапия, реабилитация

Лечение цветом применялось с давних времен. Ещё наши давние предки считали, что цвет – это особо эффективное средство для лечения как души, так и тела. Авиценна прописывал своим пациентам воздействие определенными цветами в зависимости от характера заболевания и их душевного состояния. Многие современные прогрессивные клиники мира также часто обращаются к цветотерапии в случаях стрессовых состояний, головных болей, нарушений сна, синдрома хронической усталости у пациентов, применяя её в двух основных направлениях: непосредственного воздействия на мозг человека и создания соответствующей лечебной среды вокруг больного [11-12].

Цвет, как энергия, необходим для поддержания тонуса центральной нервной системы. Известны случаи т.н. «цветового голодания», когда при цветовой бедности окружающего пейзажа и обстановки развивались симптомы астенизации. У детей, длительное время проживающих в условиях «цветового голодания», отмечаются даже задержки интеллектуального развития (В.Е. Демидов).

Свет и цвет оказывают мощное воздействие на формирование психофизиологического статуса организма человека [5]. Цветотерапия – немедикаментозный метод лечения, основанный на том, что каждая из биологически активных зон организма реагирует на один из цветов: воздействие цветом происходит на орган зрения, а через него и через зрительный анализатор – на нервную систему. Воздействие определенного цвета снимает энергетическую блокаду, являющуюся причиной функционального расстройства [7-9].

По цветовым предпочтениям делается вывод о характере человека, его самооценке и самовосприятии. Первый цвет, называемый человеком, характеризует его личность в настоящий момент времени, второй является цветом, который можно использовать для улучшения жизни, это "ра-

бочий" цвет, третий показывает взаимоотношения человека с окружающими его людьми [6-7].

Л.Н. Миронова, анализируя различия в цветовых предпочтениях в зависимости от возраста и образовательного уровня, полагает, что простые, чистые, яркие цвета действуют на человека как сильные, активные раздражители. Они удовлетворяют потребностям людей со здоровой, неутомленной нервной системой дети, подростки, молодежь, люди физического труда, открытые, простые и прямые натуры. Сложные, малонасыщенные, разбавленные оттенки действуют, скорее, успокаивающе, чем возбуждающе, вызывают более сложные ощущения, отражают потребности субъектов достаточно высокого культурного уровня и предпочитают чаще людьми среднего и пожилого возраста, интеллигентного труда, лицами с утомленной и тонко организованной нервной системой.

Цветовые предпочтения больных шизофренией во многом напоминают «детский тип» цветового выбора «любовь» к яркому и светлому [1-4]. С клинических позиций данный факт может быть рассмотрен как один из первых признаков эмоциональной неадекватности, а с точки зрения психофизиологии цветового воздействия как свидетельство по выражению Н.В. Агазаде и Л.М. Кульгава особой «заинтересованности» психики больных шизофренией в интенсивных цветовых раздражителях. В ходе исследования Базымы Б. А. было установлено, что как и у здоровых, на цветовые симпатии больных оказывают влияние такие биологические факторы как пол и возраст. Но в отличие от здоровых, у которых яркие, светлые цвета чаще выбираются мужчинами, у больных шизофренией наблюдалась обратная картина женщины предпочитают яркие и светлые цвета выраженнее, чем мужчины.

Рядом работ (И.Г. Беспалько, А.И. Певзнер, С.А. Болдырева, С.В. Крайц, В.Д. Азбукина, С.В. Кравков, И.Л. Гольдовская, Э.Т. Дорофеева, Г.Я. Якупова и др.) было установлено, что измене-

ния цветовой чувствительности при шизофрении в грубой ли форме (например, цветовые обманы) или выявляемые лишь с помощью специальных экспериментальных методов, отражают клиническую картину данного заболевания.

По утверждению L. Navratil, P. Hartwich, H. Pfister, H.K. Суворовой цветность рисунка больного шизофренией может служить индикатором наличия продуктивной симптоматики бреда, галлюцинаций и т.д. В то время, как отсутствие интереса к цвету, на что указывает С.А. Болдырева, свидетельствует о злокачественном протекании болезненного процесса, характеризующегося негативной симптоматикой или выпадением определенных психических функций.

Данная работа посвящена исследованию возможностей цветотерапии в комплексной реабилитации больных шизофренией. В плане лечебно-реабилитационной программы использовались другие виды реабилитационных мероприятий, а также медикаментозная терапия.

Перед началом работы ставились следующие задачи:

- ослабление имеющихся у больных симптомов, оптимизация их психического состояния (коррекция поведенческих нарушений);
- достижение более высокого уровня психосоциальной адаптации, формирование навыков саморегуляции, развитие способности выражать свои чувства и мысли как в вербальной, так и в невербальной форме;
- совершенствование способностей самостоятельно принимать решения, действовать в конфликтных и напряженных ситуациях, формирование устойчивой системы социально-значимых связей, интересов, увлечений.

С этой целью было обследовано 50 больных параноидной шизофренией. Возраст испытуемых варьировал в пределах от 19 до 60 лет. Группу контроля составили больные параноидной шизофренией, имеющие аналогичные половозрастные и диагностические характеристики (32 человека). В контрольной группе цветотерапия не проводилась. В качестве экспериментальной методики был использован полный цветовой тест М. Люшера, с помощью которого были определены цветовые предпочтения больных. Кроме того, использован опросник ВОЗ КЖ-100 для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, адаптированных в России

Всем испытуемым были поставлены три задачи:

1. Выбрать два или более привлекательных

для них цвета;

2. Выбрать два или больше неприятных цветовых тонов;

3. Разделить все цвета на три группы «веселые», «мрачные» и «нейтральные».

В качестве «приятных» больные шизофренией чаще всего выбирали голубой, красный, зеленый. Желтый и коричневый оценивались подобным образом очень редко. В 18 случаях из 50 (36%) все цвета «скопом» были оценены как «приятные» либо больные затруднялись с определением степени их приятности. В разряд самых «неприятных» чаще всего попадали те же черный и серый. Наибольшие затруднения испытуемые обнаружили при выборе «мрачных» цветов. В 15 случаях (30%) больные вообще отказывались это делать (феномен цветового отказа), мотивируя тем, что они «все веселые» или «нейтральные». В остальных случаях «мрачными» чаще оценивались серый, черный и коричневый, но в процентном отношении подобная оценка этим цветам выставлялась больными реже, чем в контрольной группе. К «нейтральным» чаще всего больные относили темно-оранжевый, темно-синий, бежевый, красный и зеленый.

Было выявлено, что, в целом, больные шизофренией достоверно чаще, чем испытуемые контрольной группы, выбирают в качестве симпатичных и приятных цветов самые яркие и светлые тона во всех таблицах полного теста Люшера. Особенно это касалось цветов «активной» стороны: красного, желтого, оранжевого, а также желто-зеленого, голубого и др. Темные, тусклые, мрачные оттенки выбирались больными достоверно реже, чем в контрольной группе; например, черный, темно-синий, коричневый и др. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении цветоэмоционального ассоциирования при шизофрении.

При обследовании больных шизофренией, для которых в картине болезни характерны невротоз- или психопатоподобные расстройства, было выявлено что больные, чаще отмечающие у себя апатию и раздражительность и реже радость или спокойствие, предпочитают темные, тусклые цвета теста Люшера, а красный и желтый отвергают. При сравнении больных, у которых выявлялись синдромы параноидного круга (параноидный, галлюцинаторно-параноидный, депрессивно-параноидный и др.), с больными, в клинической картине болезни которых на первый план выступали невротозоподобные, психопатоподобные или апато-абулические расстройства, обнаруживается, что для первых основная

тенденция цветовых предпочтений при шизофрении носит существенно более выраженный характер. Различия между синдромами параноидного и непараноидного типа были особенно наглядными в отношении к красному цвету. Красный и его оттенки особо предпочитались больными с параноидными расстройствами. Предпочтение красного параноидными больными сигнализирует о том, что их «психическая энергия» вышла из - под контроля. Они становятся зависимыми от своих «красных состояний», определяющих как их поведение, так и отношение к окружающему. Это означает установку на непримиримую борьбу, поиск врагов, признание лишь крайних мер и отрицание компромиссов. «Красное состояние» ищет борьбу и сопротивление и, если не находит этого в реальном мире, то обращается к иллюзорному.

Сохранение повышенного предпочтения красного после проведенного лечения, свидетельствует о некачественной ремиссии, несмотря на редукцию бреда и галлюцинаций и появление критики.

Противоположностью «красного состояния» является «синее». Оно, практически, не было свойственно параноидным больным. Поэтому, с точки зрения цветовой психологии, реабилитационная программа параноидных больных должна включать в свои цели и обретение ими возможности переживать «синие состояния» релаксацию, умиротворение, чувство удовлетворения и т.д. Касаясь цветовых профилей непараноидных синдромов, прежде всего, следует отметить роль таких цветов как зеленый и красный. Для больных с невротоподобными расстройствами, среди которых преобладали астенизация, раздражительность, фобии, общим оказалось негативное отношение к красному цвету. Больные с психопатоподобными расстройствами эксплозивностью, брутальностью, повышенной конфликтностью обнаруживают выраженное отрицательное отношение к зеленому цвету.

С учетом установленных цветовых предпочтений, а также психологии цвета с пациентами основной группы проводилась цветотерапия. Терапия занимала 15-20 мин в день, заключалась в просмотре последовательности цветных слайдов, подобранных с учетом психологии цвета, а также различных пейзажотерапевтических факторов. Работа с больными проводилась в специально оборудованном кабинете. Занятия проводились трижды в неделю, курсом 3-4 недели. Количество участников группы составляло в среднем 10 человек (варьировало от 5 до 10 че-

ловек). Группы были гомогенными по нозологическому и возрастному признаку.

При проведении цветовой терапии учитывалась психология цвета. Так, у больных параноидной шизофренией с синдромами параноидного круга предпочтение отдавалось синему, голубому, бирюзовому цветовым оттенкам. У пациентов с невротоподобными (астенизация, фобии, раздражительность) и апато-абулическими расстройствами в рамках шизофрении предпочтительнее использовались желтый, оранжевый, бирюзовый, красный оттенки. С больными с психопатоподобными расстройствами цветотерапия проводилась с превалированием голубой цветовой гаммы, а также использованием оттенков зеленого и оранжевого цветов (абрикосовый, персиковый).

Для оценки эффективности поставленных задач использовалось повторное обследование пациентов по цветовому тесту Люшера, опроснику для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, адаптированных в России.

Анализ цветовых выборов больных показал, что соотношение сумм «красной» и «желтой», к «синей» и «зеленой» колонок теста Люшера после проведенных реабилитационных мероприятий в основной группе увеличилось в сторону равномерного предпочтения в большей степени, чем в контрольной. Появилась смена типа цветового предпочтения, больные «симпатизировали» таким цветам, как коричневый, серый, синий, а красный и желтый отвергали.

При проведении акта цветового ранжирования сократилось до 10 человек (20%) количество больных, которые затруднялись с определением степени приятности цветов.

Кроме того, отмечена положительная динамика в основной группе по показателям субъективной оценки социального функционирования и качества жизни, которая значительно более выражена, чем в контрольной. Так, значительно увеличилось количество больных в сферах: «ощущение благополучия» (до 65%), «удовлетворенность физической работоспособностью» (до 75%), «удовлетворенность отношениями с окружающими» (до 96%).

Таким образом, включение цветотерапии в комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию больных параноидной шизофренией, повышает их эффективность, улучшая социальную интеграцию, о чем свидетельствует достоверное улучшение субъективных оценок качества жизни и социального функционирования.



На основании проведенного исследования сделаны выводы, что изучение восприятия и отношения к цвету при психической патологии способствует более глубокому и дифференцированному пониманию закономерностей цветового воздействия на психику, генезиса и содержа-

ния цветовой символики, патопсихологических механизмов психических нарушений, прежде всего, аффективной сферы человека. Кроме этого, цвет может быть использован в качестве средства ранней, дифференциальной диагностики и коррекции психических отклонений.

*О.К. Малтанар*

## **КОЛЬОРОТЕРАПІЯ – ЯК ОДИН З МЕТОДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Донецька область

Це дослідження викриває проблему реабілітації хворих на параноїдну шизофренію. У статті висвітлені можливості кольоротерапії у комплексній реабілітації хворих на параноїдну шизофренію. Викладені особливості застосування щодо цього контингенту хворих. Розглянуті питання впливу кольоротерапії на адаптаційні можливості та соціальне функціонування хворих на параноїдну шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 110-113).

*О.К. Maltapar*

## **COLOROTERAPIYA – AS ONE OF METHODS OF MEDICO-SOTSIALNOI REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Zdaniv regional psychiatric hospital

This research disrobes the problem of rehabilitation of patients with paranoidou schizophrenia. In the floor there are the possibilities of coloroterapii lighted up in the complex rehabilitation of patients with paranoidou schizophrenia. The features of application laid out in relation to this contingent of patients. The considered questions of influencing of coloroterapii on adaptation possibilities and social functioning of patients with paranoidou schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 110-113).

### *Литература*

1. Агазаде Н.В., Кульгавин Л.М. Опыт использования цветового теста Люшера при исследовании психических больных. // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982. с. 146-150.
2. Базыма Б.А. Цвет как способ диагностики эмоциональных нарушений при шизофрении. // Тезисы докладов VIII съезда невропатологов, психиатров и наркологов УССР. Харьков, 1990. т. 2. с. 123-124.
3. Базыма Б.А. Цветовые симптомы эмоциональных нарушений при шизофрении. // Неврология и психиатрия. Киев, 1991. выпуск. 20. с. 60-63.
4. Базыма Б.А. Исследование отношения к цвету как метода в диагностике эмоциональных нарушений при шизофрении. Диссертация и автореферат на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Ленинград, 1991.
5. Васильева В.Л., Корнева Т.В. Исследование эмоциональной направленности больных малопродвинутой шизофренией. // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. с. 139-143.
6. Канивец Р.П. Клинико-психологические особенности суицидального поведения больных хроническим алкоголизмом с суицидальными тенденциями и профилактика суицидов. Автореферат кандидатской диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Харьков, 1993.
7. Щетинский В.В., Польшин С.Н. Тест Люшера как показатель преабстенентного варианта алкогольной личности. // Тезисы VIII съезда невропатологов, психиатров и наркологов УССР. Харьков, 1990. т. 2. с. 231-232.
8. Люшер М. Сигналы личности. Воронеж, 1993. 160 с.
9. Магия цвета. Харьков, 1996.
10. Соловьева Е.А., Тутушкина М.К. Психосемиотический подход к проблеме цвета в практической психологии. // Актуальные проблемы современной психологии (Материалы научных чтений, посвященных 60-летию Харьковской психологической школы). Харьков, 1993. с. 429-432.
11. Керлот Х.Э. Словарь символов. М., 1994.
12. Лосев А.Ф. Философия. Мифология. Культура. М., 1991.
13. Самарина Л.В. Традиционная этическая культура и цвет (Основные направления и проблемы зарубежных исследований) / Этнографическое обозрение. М., 1992. № 2. с. 147-156.
14. Базыма Б.А., Кутько И.И. Цветовые предпочтения подростков с акцентуациями характера. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Том 97, №1, 1997 г. с. 24-28.
15. Серов Н.В. Психологическая специфичность идеального. Представлено на Ананьевских чтениях-06 (СПб: СПбГУ, 2006, с. 118-119)
16. Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности. М., 1997.

Поступила в редакцию 4.04.2009

УДК: 616.8-085.851-056.24

*Б.В. Михайлов, С.М. Мороз***ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В РАМКАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украинский НИИ медико-социальных проблем инвалидности

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, инвалидность, реабилитационный потенциал, психотерапия

В клинике внутренних болезней у больного преобладает соматическая концепция заболевания, которая выражается в осознании болезни, как нарушении функционирования какого-то органа или системы организма. На глубинные психологические процессы и психические деформации, оказывающие влияние на возникновение, ход и развитие соматического заболевания, обращается мало внимания, как самим пациентом при предъявлении жалоб на свое здоровье, так и лечащим врачом, предметом исследования которого является соматический статус пациента. Но у большинства практикующих врачей рано или поздно возникает потребность в более полном понимании психологических особенностей пациентов, особенно в тех случаях, когда все предпринимаемые действия оказываются недостаточными для достижения терапевтического эффекта или же когда даже значительное объективно регистрируемое улучшение соматического состояния больного не приводит к улучшению качества жизни больного и его самочувствия [ 2, 3, 4].

У больных с различными соматическими заболеваниями практически всегда отмечается наличие психосоматической предрасположенности, т.е. чрезмерного влияния эмоциональной сферы на соматическое состояние и качество жизни, что определяет большую вероятность развития психопатологических личностных деформации и новообразований, для значительного большинства больных характерно выраженное снижение пластичности в поведении, нарастание общей ригидности. Все эти процессы усугубляются ситуацией инвалидизации [ 1, 4, 7, 8].

Инвалидность – сложная психотравмирующая ситуация, которая запускает механизм кризисного состояния человека. Главное в содержании данного кризиса – накопление противоречий в уже сложившейся актуальной социальной

ситуации: между возможностями и системой смысловых связей с миром, между внешними обстоятельствами и внутренними условиями развития. Наиболее травматичные изменения в связи с инвалидностью происходят в социальной ситуации: изменяется уровень психических возможностей осуществления деятельности, человек идет на вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, переживает необходимость смены профессии, часто по объективным и субъективным причинам ограничивается профессиональная деятельность в целом, в крайних случаях речь идет о полной потере работоспособности. Больной превращается в объект семейной опеки, происходит изоляция от привычного социального окружения, ограничивается круг контактов с окружающими людьми. Формируется своеобразная одномерность потребностно-мотивационной сферы: любые события в жизни больного интерпретируются им с позиции вреда или пользы здоровью [ 5].

Глубинные нарушения на всех уровнях личностной организации индивида в большинстве приводят к формированию психических нарушений. Это подтверждается проведенными нами ранее клинико-психопатологическими обследованиями инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем [4, 7, 8], которые позволили сделать вывод, что инвалидность, вследствие хронического соматического заболевания вызывает появление различного рода непсихотических психических расстройств практически у всех инвалидов с различными соматическими заболеваниями. Отдельно следует отметить, что в большинстве случаев выявить наличие психопатологических проявлений у инвалидов с различной соматической патологией удается только при направлении пациента к психиатру и при-

цельном поиске этой патологии. Наиболее распространенной формой непсихотических расстройств, выявляемых у инвалидов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, являются тревожные и конверсионные расстройства. Наименее представлены обсессивно-фобические расстройства. Для инвалидов с заболеваниями дыхательной системы также характерно преобладание тревожных расстройств, но в сочетании с высокой представленностью соматоформных расстройств. Реже всего у инвалидов с заболеваниями дыхательной системы диагностируются расстройства личности. Для инвалидов с заболеваниями пищеварительной системы наиболее распространены соматоформные и депрессивные расстройства, значительно меньше представлены тревожные и конверсионные расстройства. Ведущими расстройствами для инвалидов с заболеваниями мочеполовой системы являются обсессивно-фобические и депрессивные расстройства, в значительно меньшей степени представлены конверсионные расстройства [7, 8].

В большинстве случаев основные реабилитационные мероприятия для инвалидов с хроническими соматическими инвалидизирующими заболеваниями направлены на повышение эффективности терапевтического воздействия на основную соматическую патологию и улучшение социальных показателей жизни инвалида, но они охватывают не все направления нарушений в результате инвалидизирующего заболевания, так как при этом не учитывается психическое состояние больного, психологическая составляющая качества жизни инвалида, которые достаточно часто являются очень значимыми, а порой определяющими составляющими всего реабилитационного процесса. Оценка эффективности реабилитации у таких лиц должна быть дифференцированной и отвечать трехмерной концепции последствий болезни, ограничения жизнедеятельности и социально-психологической дезадаптации больного [7, 8].

Учитывая вышеизложенное, согласно Закона Украины «О реабилитации инвалидов в Украине» (2005) и Постановлений Кабинета Министров Украины «Об утверждении Государственной типовой программы реабилитации инвалидов» (2006), «Об утверждении Положения о индивидуальной программе реабилитации инвалида» (2007) и «Об утверждении порядка заполнения индивидуальной программы реабилитации инвалида, ребенка-инвалида» в перечень лечебных и реабилитационных мероприятий, оказываемых инвалидам в обязательном

порядке включается психотерапевтическая помощь, психологическая диагностика, консультирование, патронаж и коррекция. Для решения этих вопросов, опираясь на комплекс проведенных исследований нами подается в МОЗ проект приказа, куда внесены выявленные нами с учетом всех форм непсихотических психических расстройств дополнения. Так к критериям установления уровня утраты профессиональной работоспособности помимо включенных ранее астенического, ипохондрического, психопатологического и психорганического синдромов добавлены депрессивные, тревожные, обсессивно-фобические синдромы.

Для клинической и экспериментальной практики нами разработана и апробирована интегральная оценка психологической составляющей реабилитационного потенциала и психотерапевтических аспектов биомедицинской реабилитации инвалидов. Эта деятельность осуществляется на основе результатов последовательного изучения элементов (уровней), из которых она складывается:

1. Биомедицинской (саногенетической) составляющей потенциала, которая определяет физические возможности человека по восстановлению или компенсации нарушений соматического состояния больного.

2. Психологической составляющей,

- 2.1. Психофизиологического потенциала, который характеризует возможности использования, развития и адаптации функциональных способностей человека, которые сохранились, для восстановления (компенсации ограничений) социальных навыков и привычной для него деятельности,

- 2.2. Состояние эмоционально-динамического паттерна личности, который определяет состояние эмоциональной сферы личности, внутреннюю картину болезни для инвалида, его личностные адаптационные возможности, характер социальной ситуации инвалида,

- 2.3. Личностного потенциала, который включает в себя возможности, способность и направленность личности активно принимать участие в реабилитационном процессе и достигать поставленных реабилитационных заданий,

3. Профессионального (трудового) потенциала, который определяет возможности восстановления профессионального и социально-трудового статуса,

4. Социального потенциала – возможностей восстановления или компенсации социального статуса.

Для разработки и реализации программы восстановления биомедицинского реабилитационного потенциала проводятся различные исследования функциональных систем организма, учитывается тяжесть патологии, тип течения заболевания, эффективность восстановительного лечения, компенсаторные возможности организма, клинический прогноз. При наличии у инвалида диагноза непсихотического психического расстройства в разделе биомедицинской составляющей реабилитации медикаментозное лечение и медицинская модель психотерапии этих расстройств должны быть обязательно включены в общий комплекс лечебных мероприятий [5, 6, 8, 10].

Таким образом, нами выделен целостный комплекс реабилитационного потенциала инвалида, связанный с психической организацией функционирования личности. Оценка реабилитационного потенциала данной сферы включена в несколько разделов индивидуальной программы реабилитации: медицинская и психолого-педагогическая реабилитация, как оказывающее одно из ведущих влияний на раздел в целом, и как опосредованное влияние на профессиональную, социально-бытовую разделы реабилитации. Так оценка профессионального потенциала и экспертиза профпригодности базируются на результатах изучения уровня профессиональных знаний, навыков, умений, склонностей и возможностей больного к профессиональной деятельности в обычных или специально созданных условиях, необходимости, условий и возможностей переобучения и переквалификации.

Реабилитационная работа должна начинаться с этапа диагностики и, при наличии нарушений психического состояния инвалида медикаментозной коррекции психического состояния. На биомедицинском этапе реабилитационной работы первичной осуществляется психодиагностика эмоционально-динамического паттерна личности инвалида, при наличии каких-либо изменений состояния инвалид должен быть направлен на консультацию к врачу-психотерапевту, который производит медицинскую коррекцию состояния больного, и одновременно проводит психотерапию (медицинская модель). Затем инвалид направляется к психологу для продолжения психотерапии (психологическая модель), что определяет начало собственно психо-

лого-педагогической реабилитации инвалида.

Устранение сопутствующих психических нарушений зависит также от адекватного и своевременного использования психосоциальных воздействий, недостаточность которых нередко имеет следствием фиксацию переживаний и усугубление болезненного состояния.

Таким образом, нами разработана поэтапная программа реабилитации инвалида (психотерапевтический аспект)

#### 1. Медицинский этап.

На этом этапе производится:

- Психологическая диагностика особенностей эмоционально-динамического паттерна личности совместно с психиатром выявление психопатологических расстройств,
- Патопсихологическая диагностика всей личностной организации психической деятельности, оценка качества жизни инвалида,
- Подбор медикаментозной терапии, направленной на устранение психопатологических синдромов,
- Выявление и обоснование наиболее эффективного психотерапевтического воздействия.
- Проведение медицинской модели психотерапии

Этот этап осуществляется в рамках соматического стационара или поликлиники врачом-интернистом и врачом-психотерапевтом совместно.

#### 2. Психолого-педагогический этап.

На этом этапе проводится следующая работа:

- В случае необходимости психологическая диагностика особенностей личности и уровня подготовки для дальнейшей психотерапевтической работы и профессиональной реадaptации,
- Осуществляется психологическая модель психотерапии,
- Проводится профессиональная переподготовка и социальная адаптация.

Этот этап осуществляется психологом-психотерапевтом в рамках реабилитационных центров или в рамках работы МСЭК.

Сложный процесс реабилитации инвалидов с различными соматическими заболеваниями может быть действительно эффективен только с учетом нарушений психической сферы этих больных при включении в комплекс мероприятий психотерапии и психологической коррекционной работы.

*Б.В. Михайлов, С.М. Мороз*

## **ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ У РАМКАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ІЗ ХРОНИЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

ХМАПО, УкрДержНДІМСП

В статті представлена поетапна програма реабілітації інваліди (психотерапевтичний аспект) на підставі розробленої авторами інтегральної оцінки психологічної складової реабілітаційного потенціалу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 114-117).

*B. V. Mihailov, S. M. Moroz*

## **THE BASICS OF THE ORGANIZATION OF THE PSYCHOTHERAPEUTICAL WORK WITHIN THE FRAMEWORK OF THE REHABILITATION OF THE DISABLED PEOPLE WITH CHRONIC SOMATIC DISEASED**

Kharkiv Medical Academy of Postgraduated Education, Ukrainian State Reseach Study Institute of medical-social problems of invalidity

The prominent programm of the rehabilitation of the disabled person (psychotherapeutic aspect) at the basic of the integral assessment of the psychological component of rehabilitation potential developed by the autors is presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 114-117).

### *Литература*

1. Бойцов С.А., Шуленин С.Н., Парценяк С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.-2001.-№1. — С. 19-24.
2. Бройтигам В., Коистан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
3. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2004. — 420 с.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М. — «МЕД-Пресс-информ».-2002. — 588с.
5. Михайлов Б.В., Мороз С.М. Инвалидность как хроническая психотравмирующая ситуация // Архив психиатрии. — 2008. — Т.14, №2 (53). — с. 4-8.
6. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия. — Харьков. — 2002. — 762с.
7. Мороз С.М. Психосоматические состояния (классификация, клиника, принципы терапии) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2005. - №1(7). — С. 87-89.
8. Мороз С.М. Структура психосоматических расстройств при основных терапевтических инвалидизирующих заболеваниях // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. - №4 (14). — С. 58-61.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 170 с.
10. Професійна реабілітація інвалідів: Довідково-методичний посібник / Упорядн. Іпатотов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г., та ін. / За редакцією к.м.н. Маруніча В.В. — Дніпропетровськ: Пороги, 2005. — 227 с.

Поступила в редакцию 6.04.2009

УДК 616.89 - 008.1 – 053.5: 654.197

*А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков, Л.О. Герасименко***ПРИНЦИПИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ПАЦІЄНТАМИ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ**

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані підлітки, психотерапія, невротичні розлади

Висока соціальна значимість, зростання поширеності та виразні негативні наслідки захворюваності на ВІЛ-інфекцію та СНІД, обумовлюють необхідність пошуку нових, більш специфічних до даного явища, ефективних та демократичних у застосуванні методів психокорекційної роботи з даним контингентом пацієнтів [1,2,]. У вітчизняній літературі питання клініко-психопатологічних особливостей ВІЛ-інфікованих підлітків [3] та причин формування у них псих-

ічних та поведінкових розладів [4,5] висвітлювались недостатньо. Виходячи з цього, необхідність розробки нестандартного і багатопланового арсеналу ефективних методів профілактики і психокорекції у ВІЛ-інфікованих пацієнтів підліткового віку, є надзвичайно актуальною.

Отож метою нашого дослідження була розробка принципів психокорекційної роботи з ВІЛ-інфікованими підлітками.

**Об'єкт та методи дослідження**

В ході дослідження нами були обстежені 68 ВІЛ-інфікованих підлітків у віці 14-18 років (1990 - 1995 р.н.). Було проведене комплексне багатобічне обстеження підлітків – клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне та

соціологічне. У рамках експериментально-психологічного обстеження були використані 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттела (1979) та тест ПДО Н.Я.Іванова і А.Є.Лічко (1981).

**Результати роботи та їх обговорення**

Дані проведеного нами дослідження засвідчили, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільш часто звертаються зі скаргами, які за своєю природою є швидше емоційними та поведінковими, аніж соматичними. До провідних стресогенних факторів пов'язаних із самим фактом ВІЛ-інфікування належать: страх розголошення факту ВІЛ-інфікування, соціальний остракізм, страх смерті, сімейні конфлікти.

Серед симптомів стресу найбільш часто ми спостерігали дисфорію (76,84%), відчуття безнадійності свого становища (72,34%), фіксування уваги виключно на проблемах пов'язаних із власною хворобою (49,92%), а також порушення адекватності самооцінки (49,92%). На тлі традиційних адаптивних проблем підліткового віку це часто призводило до формування проявів психічних та поведінкових розладів різної інтенсивності, які були виявлені у всіх обстежених.

Неефективна стратегія подолання проблем і нездатність адаптуватись до свого нового статусу

стають факторами розвитку емоційних розладів, що є вторинними по відношенню до ВІЛ-інфікованості. В цілому дистрес, пов'язаний з ВІЛ-інфекцією, позитивно корелює з неефективними стратегіями подолання. Хворі по різному реагують на свої проблеми: переважно це відчай, спроби самозаспокоїтись або розвіятись. Досить розповсюдженим способом самозахисту є заперечення, або перехід на фантазійне мислення.

Це може за певних умов бути досить ефективним, якщо хворий продовжує медикаментозну терапію. Проте, нагадування про хворобу, як то зміна схеми терапії чи смерть хворого друга, може призвести до дезадаптивної поведінки. Більш небезпечним є виникнення у деяких пацієнтів ідей самозвинувачення, а іноді (досить рідко) прагнення до ризикованої діяльності, посилення сексуальної активності і вживання психоактивних речовин

Згідно результатів клініко-психопатологічного обстеження даного контингенту підлітків у

їх середовищі найбільш поширеними були психічні порушення невротичного регістру: чільне за розповсюдженістю місце займали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F4-) - 84,28%, а другими за поширеністю були поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F5-) – 36,12%. У структурі невротичних розладів переважали розлади адаптації та тривожно-фобічна симптоматика.

Більшості з обстежених були властиві виразні адаптивні проблеми підліткового періоду, подолання яких ускладнювалось властивими їм на особистісному рівні невпевненістю у собі та правильності своїх дій, а також надмірною тривожністю стосовно сприйняття оточуючими факту їхнього захворювання. У якості захисних механізмів вони часто використовували такі дезадаптивні форми поведінки, як зловживання психоактивними речовинами та підкреслена опозиційність.

На перший план у роботі з цими підлітками нами були поставлені елементи раціональної психотерапії, пояснення хибності їх поглядів, а також допомога в процесі гармонійного особистісного становлення. Запорукою ефективності психокорекційних заходів була їх етіопатогенетична спрямованість, послідовність (етапність), диференційованість і комплексність.

Психофармакологічне лікування переважно використовувалось для подолання проявів депресивної, тривожно-депресивної та тривожно-фобічної симптоматики.

Основою психотерапевтичних заходів було подолання підліткової проблеми самоідентифікації та раціональне роз'яснення хибності та неконструктивності попереднього ставлення до власного статусу та взаємодії із соціальним оточенням. На першому (підготовчому) етапі проводилось встановлення психологічного контакту з ВІЛ-інфікованими підлітками, з'ясування емоційних розладів у межах психологічного конфлікту, а також попереднє пояснення пацієнтам причин розладів, які потребують корекції і ознайомлення їх із загальним планом лікування. Безпосередній вибір виду каузальної терапії відбувався індивідуально у кожному випадку. Тривалість першого етапу, як правило, не перевищувала одного тижня.

Внутрішні психологічні конфлікти ВІЛ-інфікованих підлітків переважно базувались на

невідповідності уявлень про статус і значимість власного "Я" у власних очах та сприйнятті оточуючих із реальним станом справ, який виникнув після звістки про власний статус ВІЛ-інфікованого. Ситуацію, як правило, суттєво ускладнювали хибні, часто відверто міфологізовані уявлення обстежених про ВІЛ-інфекцію та її наслідки для хворого та оточуючих.

Відповідно, основним завданням другого етапу була допомога підліткам у гармонійному становленні особистості, вирішення наявного психічного конфлікту, корекція системи цінностей та уявлень, відмова від наслідування деструктивних моделей поведінки і, як наслідок, відновлення повноцінного соціального функціонування (суб'єктивного та об'єктивного). Ці завдання реалізовувались переважно на основі патогенетичного методу. Паралельно проводилась диференційована симптоматична психотерапія, спрямована на подолання патологічних проявів (АТ, умовно-рефлекторні тренінгові методики, НЛП). Найбільш ефективними психотерапевтичними заходами були на цьому етапі при застосуванні їх в умовах групи та при залученні членів сім'ї пацієнтів.

На третьому (завершальному) етапі значно скорочувалась або повністю відмінялась медикаментозна терапія і основний акцент переносився з каузальної (етіотропної) та патогенетичної психотерапії на соціальний тренінг, перенесення здобутого на попередніх етапах в умови наявного мікросоціального середовища. При цьому проводилась відповідна роз'яснювальна робота з сім'ями підлітків, застосовувались елементи соціального тренінгу з метою відновлення повноцінного соціального (суб'єктивного і об'єктивного) функціонування пацієнтів.

Згідно отриманих нами даних, після проведеної за вищенаведеними принципами психокорекційної роботи вдалось досягнути послаблення (49 осіб, 72,05%) та зникнення (11 осіб, 16,17%) невротичної симптоматики. У 8 підлітків (11,77%) помітної динаміки психопатологічних проявів не спостерігалось. При катamnестичному спостереженні протягом 6 місяців після закінчення психотерапевтичної корекції ознаки покращення соціального функціонування (повернення до навчання, працевлаштування, нормалізація сімейних стосунків) спостерігались у 86,54% обстежених ВІЛ-інфікованих підлітків.

*А.Н. Скрипников, Р.И. Исаков, Л.А. Герасименко*

## **ПРИНЦИПЫ ПСИХОКОРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПОДРОСТКАМИ**

ВДУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”, Полтава

На основании комплексного обследования клинико-психопатологических и психологических особенностей ВИЧ-инфицированных подростков были разработаны принципы психокоррекционной работы с ними. Основой таких мероприятий является коррекция присущей таким подросткам на личностном уровне неуверенности в себе и тревожности, а также ложных стереотипов относительно ВИЧ-инфекции и ее последствий. Психокоррекционная работа в данном случае должна быть комплексной и индивидуально дифференцированной, базироваться на принципах этапности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 118-120).

*A.M. Skrypnikov, R.I. Isakov, L.O. Herasymenko*

## **PRINCIPLES PSYCHOCORRECTION WORK WITH HIV-INFECTED PATIENT ADOLESCENCE**

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

Based on a comprehensive survey of clinical-psychopathological and psychological features of HIV-infected adolescents have developed the principles work with them. The basis for such a correction is inherent in these adolescents at the individual level, self-doubt and anxiety, and false stereotypes about HIV and its consequences. Work in this case should be comprehensive and individually differentiated, based on the principles of phasing. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P.118-120).

### *Література*

1. Хамаганова Т.Г., Семке С.Т., Даниленко О.В. Психическое здоровье школьников-подростков // Врач. - Чехов, 2009. - С. 19-21.
2. Скрипніков А.М. Лікування та реабілітація хворих на ВІЛ/СНІД // Український вісник психоневрології. - 2005. - Том 9, вип 1(26). - С. 31-33.
3. Подкорытов В.С. Основные направления работы по медико-социальной реабилитации детей и подростков с пограничными

- нервно-психическими заболеваниями // Український вісник психоневрології. - Харків, 2005. - Том 3, вип. 2. - С. 368-369.
4. Проскурина Т.Ю., Михайлова Е.А., Матковская Т.Н. Клинико-психологические особенности поведения у детей и подростков с неврозами и невротоподобными расстройствами // Вісник проблем біології та медицини. - 1998. - Вип.20. - С. 68-71.
5. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко С.И., Чугунов В.В. Психотерапія. - Харьков: ОКО, 2002. - 761 с.

Поступила в редакцию 18.02.2009



УДК 614.253.52+615.581:115.89-057

*С.Г. Пырков, Е.М. Выговская***СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, медицинские работники

Синдром «эмоционального выгорания» широко исследуется в зарубежной психологии уже более двадцати пяти лет. В отечественной психологии интерес к этому явлению возник относительно недавно. Всемирная организация здравоохранения признала тот факт, что указанное выше состояние является проблемой, требующей медицинского вмешательства. В МКБ-10 «синдром выгорания» выделен в отдельный диагностический таксон – проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью (Z 73.0).

Существуют различные определения «выгорания», в наиболее общем виде это явление рассматривается как долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. В связи с этим синдром «психического выгорания» (в зарубежной литературе он известен под термином «burnout») обозначается рядом авторов понятием «профессиональное выгорание», что позволяет рассматривать это явление в аспекте личностной деформации профессионала под влиянием профессиональных стрессов [4].

Сам термин «burnout» («сгорание», «выгорание», «затухание горения») был введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974г. [4]. По сути, он описал феномен, который наблюдал у себя и своих коллег (истощение, потеря мотиваций и ответственности) и назвал его

запоминающейся метафорой выгорание. Им обозначалось психическое состояние людей, интенсивно и тесно общающихся с другими. Изначально Х.Дж.Фрейденбергер занес в эту группу специалистов, работающих в кризисных центрах и психиатрических клиниках, позже она объединила все профессии, предполагающие постоянное, тесное общение ("человек - человек").

В многочисленных исследованиях показана масштабность проблемы эмоционального выгорания у медицинских работников. От 40 до 70% из них имеют те или иные признаки выгорания, которые негативно влияют на профессиональную деятельность и качество их жизни [1, 3].

Однако, несмотря на многочисленные исследования синдрома эмоционального выгорания, в настоящее время нет ответа на вопрос о том, что же является главным в возникновении этого явления. Какова основная его причина - личностные черты или характеристики деятельности, особенности взаимодействия с клиентами или факторы рабочей среды? Все это - отражение общего методологического вопроса о взаимодействии личности и профессии. Решение данных проблем особо важно, прежде всего, для разработки мер по предупреждению эмоционального выгорания.

Целью настоящего исследования явилось изучение эмоционального выгорания среди медицинских работников различных специальностей.

**Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе Донецкой областной больницы профзаболеваний и трансплантационного центра Донецкого областного клиничко-территориального медицинского объединения (ДОКТМО).

Проведено обследование 14 медицинских работников (7 врачей и 7 медицинских сестер), работающих в трансплантационном центре До-

нецкого областного клиничко-территориального медицинского объединения (ДОКТМО) (1-ая группа) и 50 медицинских работников (6 врачей и 44 медицинских сестёр) Донецкой областной больницы профзаболеваний (2-ая группа) по методике эмоционального выгорания В.В.Бойко [2].

Достоверность результатов исследования

обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM –совместимом компьютере в пакете программ STADIA. Для

установления корреляционных связей был использован метод Пирсона. Корреляционные связи принимались значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследованных лиц 1-ой группы составил  $29,3 \pm 2,61$  лет, общий стаж работы в медицинских учреждениях и трансплантационном центре –  $8,36 \pm 1,99$  и  $3,8 \pm 1,38$  лет соответственно. Средний возраст 2-ой группы составил  $40,4 \pm 2,04$  года, общий стаж работы в медицинских учреждениях и больнице профзаболеваний –  $20,7 \pm 1,96$  и  $12,8 \pm 1,67$  лет соответственно.

Среди неблагоприятных профессиональных факторов изученный контингент 1-ой группы отметил постоянный контакт с кровью больных и возможность заражения инфекционными заболеваниями, передающимися через нее (92,86%); эмоциональные перегрузки на работе (64,29%); тяжесть состояния больных, неблагоприятный прогноз их выздоровления и высокую летальность (57,14%); шум диализных машин (50,0%); работу в экстремальных условиях (28,57%) и с дезинфицирующими средствами (28,57%). Мед.работники Донецкой областной больницы профзаболеваний выделили следующие неблагоприятные факторы своей профессиональной деятельности: большое количество «бумажной работы» – 90,0%; сложные взаимоотношения с больными, «конфликтность» больных – 80,0%; эмоциональные перегрузки на работе – 60,0%; конфликтные взаимоотношения между персоналом – 10,0%; работу с дезинфицирующими средствами – 10,0%.

В результате проведенного исследования было установлено, что из 14 врачей и медсестер трансплантационного центра у 10 человек (71,4%) отмечался «синдром эмоционального выгорания» и у 4 (28,6%) «синдром эмоционального выгорания» был в стадии формирования. Структура сформированных фаз «выгорания» была следующей: напряжения – 31,25%, резистенции – 43,75% и истощения – 25,0%. Лиц с одной сформированной фазой были 60,0%; с двумя – 30,0%; с тремя – 10,0%.

Признаки синдрома эмоционального выгорания во 2-ой группе имели 47 (94,0%) опрошенных, что оценивалось по наличию формирующихся либо сформированных фаз синдрома. При этом у 20 человек (40,0%) СЭВ был представлен уже сформированными фазами и у 27 (54,0%) – фазы были в стадии формирования. Структура сформированных фаз «выгорания»

была следующей: напряжения – 20,0%; резистенции – 53,33% и истощения – 26,67%. Из указанного выше контингента лиц с одной сформированной фазой были 65,0%; с двумя – 20,0%; с тремя – 15,0%.

Результаты сопоставления двух сравниваемых групп по критерию углового преобразования Фишера показали, что с достоверностью  $p < 0,05$  СЭВ (сформированные фазы) встречаются чаще у медицинских работников трансплантационного центра, несмотря на меньший стаж работы и более молодой возраст.

Можно предположить, что формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников зависит не столько от стажа их работы, сколько от неблагоприятных факторов их профессиональной деятельности (эмоциональных перегрузок; дестабилизирующей организации деятельности; повышенной ответственности за исполняемые функции и операции; неблагоприятной психологической атмосферы профессиональной деятельности), а также психологических особенностей личности.

С целью проверки данной гипотезы был проведен корреляционный анализ основных показателей методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко со стажем работы.

Проведенный корреляционный анализ основных показателей методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко с длительностью работы в трансплантационном центре достоверных связей не выявил ( $p > 0,05$ ). Однако, выявлены достоверные связи следующих показателей вышеуказанной методики с общим медицинским стажем обследуемых лиц: переживание психотравмирующих обстоятельств ( $r = 0,596$ ;  $p = 0,0136$ ); "загнанности в клетку" ( $r = 0,523$ ;  $p = 0,0285$ ); тревоги и депрессии ( $r = 0,7$ ;  $p = 0,0035$ ); суммарного показателя фазы напряжения ( $r = 0,769$ ;  $p = 0,0011$ ), а также психосоматических и психовегетативных нарушений ( $r = 0,627$ ;  $p = 0,0094$ ).

Установленные положительные корреляционные связи у медицинских работников трансплантационного центра свидетельствуют о том, что с увеличением общего медицинского стажа нарастает удельный вес тревожных, психосоматических и психовегетативных нарушений в рам-

ках «синдрома эмоционального выгорания». Обращает на себя внимание снижение резистентности к психотравмирующим ситуациям, отсутствие радости от работы и полученных положительных результатов по мере увеличения времени работы в медицинских учреждениях. Данное состояние способствует мыслям об ошибке в выборе профессии, смене места работы, безысходности и сложности ситуации, сложившейся вокруг.

Исследование корреляционных связей во 2-ой группе выявило достоверную отрицательную связь с показателем «загнанность в клетку» фазы «Напряжение» синдрома эмоционального выгорания -  $r = -0,281$ ;  $p = 0,0475$  и  $r = -0,325$ ;  $p = 0,0212$  соответственно.

Установленная единственная достоверная отрицательная корреляция в группе мед.работ-

ников Донецкой областной больницы профзаболеваний свидетельствует о том, что с увеличением стажа работы происходит своеобразная адаптация персонала, накапливается опыт профессионального общения с людьми, в результате снижается риск возникновения «интеллектуально-эмоционального затора» или тупика. Таким образом, у изученного контингента 2-ой группы по мере роста профессионального стажа вырабатывалась своеобразная психологическая защита на психотравмирующие ситуации.

Проведенный анализ распространенности синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников различных специальностей показал значительную распространенность данного состояния среди исследованного контингента лиц, а также сложную его детерминированность различными факторами.

*С.Г.Пирков, О.М.Виговська*

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ (ПОПЕРЕДНЄ ПОВІДОМЛЕННЯ)**

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Були обстежені медичні працівники Донецької обласної лікарні профзахворювань і трансплантаційного центру ДОКТМО. У досліджуваних осіб вивчені особливості, структура і фактори ризику виникнення синдрому емоційного вигорання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 121-123).

*S. G. Pyrkov, E. M. Vygovskaya*

## **COMPARATIVE DESCRIPTION OF THE EMOTIONAL BURNING OUT AMONG THE MEDICAL WORKERS OF DIFFERENT PROFESSIONS (PRELIMINARY REPORT)**

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

The medical workers of the hospital professional disease and of the transplantation centre were investigated. In research is shown, that the specificity of professional activity of the medical workers of promotes formation "syndrom of emotional burning out". (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 121-123).

### *Литература*

1. Водопьянова Н., Старченкова Е. Синдром выгорания (диагностика и профилактика). - Санкт-Петербург, 2005. - 336с.  
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. - Самара, 2002. - 672с.

3. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. - К.: Сфера, 2004.  
3. Freudenberger H.J. Staff burn-out // Journal of Social Issues. - 1974. - Vol.30. - P.159-165.

Поступила в редакцию 4.04.2009

УДК 616.895.8:616.89-008.441.13]+616.89-008.45

*В.В. Дворніков, С.О. Лобанов, Є.В. Харчук, Т.В. Сiniцька, Ю.Ю. Мартинова***ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ МИСЛЕННЯ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, КОМОРБІДНОЮ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: коморбідність, мислення, шизофренія, залежність від алкоголю

Актуальність виявлення хворих із поєднаною патологією обумовлюється їх високою розповсюдженістю серед загальної популяції користувачів психіатричної допомоги [1]. В останній період часу спостерігається збільшення частоти випадків зловживання психоактивними речовинами (ПАР) серед населення, що призводить до зростання числа осіб, які зловживають ПАР, серед хворих на шизофренію [2]. За деякими даними коморбідність виявляється протягом усього життя у 47% пацієнтів, у тому числі алкогольна залежність - у

36,7% хворих на шизофренію [3,4]. Відомо, що при шизофренії, поєднаній з алкогольною залежністю, спостерігаються короткі загострення, часті повторні госпіталізації до стаціонару, неповні ремісії; продуктивна симптоматика є більш вираженою, а негативна – може бути порівняна з пацієнтами без залежності [5,6].

Метою дослідження є вдосконалення діагностики процесів мислення у пацієнтів з коморбідною патологією - поєднанням параноїдної шизофренії та алкогольної залежності .

**Матеріали та методи дослідження**

На базі стаціонарних відділень КМКПНЛ №1 обстежені 3 групи хворих. Першу групу склали хворі з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та параноїдна шизофренія) – 19 осіб, другу групу – хворі з залежністю від алкоголю – 7 осіб, третю групу склали хворі на параноїдну шизофренію – 11 осіб.

Процеси мислення ми досліджували ме-

тодиною виключення у малюночному варіанті. Критичність мислення та динаміку розумової діяльності - методикою «прості та складні аналогії». Структура саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованість вивчали за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій.

**Результати дослідження**

Досліджуючи особливості процесів мислення, що спостерігаються у коморбідних хворих із сполученням шизофренії параноїдної та алкогольної залежності у порівнянні з хворими мононозологічних груп відповідного напрямку, ми отримали наступні результати.

При проведенні дослідження домінуючого рівня узагальнення ми отримали наступні дані. Так відсутнє узагальнення у хворих першої групи, та хворих третьої групи не спостерігалось, на відміну від хворих другої групи – у 2 осіб (28,6%). Конкретно-ситуаційний рівень узагальнення у хворих першої групи спостерігався у 5 осіб (26,3%), на відміну від хворих другої групи – у 3 осіб (42,9%), та від хворих третьої групи – 1 особа (9,1%). Функціональний рівень узагальнення у хворих першої групи спостерігався у 8 осіб (42,1%), на відміну від хворих другої групи

– у 2 осіб (28,6%), та від хворих третьої групи – 1 особа (9,1%). Вивчаючи категоріальний рівень узагальнення ми встановили, що, як домінуючий рівень узагальнення, він спостерігався лише у хворих третьої групи – 2 осіб (18,2%). Викривлення рівня узагальнення у хворих першої групи спостерігалось у 6 осіб (31,6%), у хворих другої групи не спостерігалось, а у хворих третьої групи - у 7 осіб (63,6%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися у переважанні конкретно-ситуаційного рівня узагальнення у хворих другої групи над хворими першої групи, та у хворих першої групи над хворими третьої групи. При цьому функціональний рівень узагальнення у хворих першої групи зустрічався достовірно частіше (Раш,ш <0,05), ніж у хворих третьої групи, а викривлення узагальнення зустрі-

чалосся достовірно рідше (Раш,ш <0,05).

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме домінуючого рівня узагальнення, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) показало, що у коморбідних хворих частіше домінують слабке та помірно зниження процесу узагальнення, але менш виражене, ніж при залежності від алкоголю, поряд з викривленням, яке зустрічається рідше, ніж при шизофренії.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме середнього показника питомої ваги рівнів узагальнення, у хворих коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) нами були отримані наступні дані. Так, відсутнє узагальнення у хворих першої групи спостерігалось у середньому у 3,4% випадків, на відміну від хворих третьої групи – 23,4% тестових ситуацій. Конкретно-ситуаційний рівень у хворих першої групи спостерігався у 25,5% тестових ситуацій, на відміну від хворих з другої групи – 53,2%, та від хворих на третьої групи – 12,4% всіх рішень. Функціональний рівень у коморбідних хворих досліджуваної групи спостерігався у 31,1% рішень, на відміну від хворих з залежністю від алкоголю – у 15,9%, та від хворих на шизофренію – 14,5%. Вивчаючи категоріальний рівень ми встановили, що у першої групи хворих він спостерігався у 5,3% рішень в середньому, схожими були дані, отримані у хворих другої групи – у 4,9%, у хворих третьої групи – 12,4% всіх ситуацій. Останній показник викривлення рівня узагальнення у коморбідних хворих з залежністю від алкоголю та шизофренію спостерігався у 35,3%, на відміну від хворих з ознаками залежності від алкоголю – у 2,6% тестових реакцій, та з ознаками шизофренії – у 60,7% реакцій.

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися за параметрами середньогрупового показника питомої ваги конкретно-ситуаційного рівня узагальнення та викривлення узагальнення. Так, перший показник достовірно частіше зустрічався при залежності від алкоголю, ніж при коморбідних станах, а при коморбідних станах частіше, ніж при шизофренії. Другий показник навпаки – зустрічався достовірно частіше при шизофренії, ніж при коморбідних станах та при коморбідних станах частіше, ніж при шизофренії.

У загальному підсумку виходить, що середньогруповий показник питомої ваги рівнів узагальнення у хворих з коморбідною патологією

характеризує проміжні позиції між середніми показниками відповідних мононозологічних груп, що характеризує тенденцію до змін окремих показників при даному коморбідному поєднанні.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме критичності мислення, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою методики «Прості та складні аналогії», ми отримали наступні дані. Так порушена виражено критичність мислення у хворих першої групи спостерігалася у 5 осіб (26,3%), на відміну від хворих другої групи – у 4 осіб (57,1%), та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%). Порушена слабо критичність мислення у хворих першої групи спостерігалася у 8 осіб (42,1%), на відміну від хворих з другої групи – у 2 осіб (28,6%), та від хворих третьої групи – 4 особи (36,4%). Збережена критичність мислення у хворих першої групи спостерігалася у 6 осіб (31,6%), на відміну від хворих другої групи – у 1 особи (14,3%), та від хворих третьої групи – 4 особи (36,4%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися у кількості осіб, що мали виражено порушену критичність мислення серед першої групи та другої групи хворих (Раш,а <0,05). А от збережена критичність частіше спостерігалася в першій групі хворих, ніж в другій групі (Раш,а <0,05).

У загальному підсумку виходить, що за показником критичності мислення у хворих з залежністю від алкоголю більш виражені порушення означеного параметру мислення, ніж в групі коморбідних хворих.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме динаміки розумової діяльності, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій, ми отримали наступні дані. Так виражена нестійкість способу виконання завдань хворих першої групи спостерігалася у 4 осіб (21,1%), на відміну від хворих другої групи – у 1 осіб (14,3%), та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%). Помірна нестійкість способу виконання завдань у хворих першої групи спостерігалася у 4 осіб (21,1%), на відміну від хворих другої групи – у 3 осіб (42,9%), та від хворих третьої групи – 4 осіб (36,4%). Динамічне мислення у коморбідних хворих досліджуваної групи спостерігалось у 4 осіб (21,1%), на відміну від хворих з залежністю від алкоголю – у 1 особи

(14,3%), та від хворих на шизофренію – 2 осіб (18,2%). Спостерігаючи помірне застрягання на способі ми встановили, що у коморбідних хворих з залежністю від алкоголю та шизофренію воно спостерігалось у 6 осіб (31,6%), на відміну від хворих з залежністю від алкоголю – у 2 осіб (28,6%), та від хворих на шизофренію – 1 особа (9,1%). Виражене застрягання на способі виконання завдань у коморбідних хворих з залежністю від алкоголю та шизофренію спостерігалось у 1 особи (5,3%), в інших групах воно не спостерігалось.

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися за параметром помірної нестійкості у виконанні завдання. Так, коморбідні хворі мали цей показник меншим, ніж у обох групах порівняння.

У загальному підсумку виходить, що дослідження динаміки розумової діяльності за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих і складних аналогій, ми отримали наступні дані. Показано, що коморбідні хворі мають певне застрягання на способі виконання завдання, тобто мають ознаки, що схожі на риси ендогенно-органічного реагування. При цьому спроби виконання завдань такими хворими були більш енергійними та застрягання на способі носило компенсаторний характер, внаслідок орієнтації досліджуваного на мотив досягнення виконання завдання та намагання отримати позитивну оцінку від екзаменатора.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованості, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій, ми отримали наступні дані. Так, переважання контрольної функції (спрямованості на перевірку) у хворих першої групи спостерігався у 12 осіб (63,2%), на відміну від хворих другої групи – у 3 осіб (42,9%), та від хворих на третьої групи – 8 осіб (72,7%). Конструктивна функція (спрямованість на створення) у хворих першої групи спостерігався у 7 осіб (36,8%), на відміну від хворих з другої групи – у 4 осіб (57,1%), та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності спостерігалися у хворих першої групи у порівнянні з хворими з другої групи: так, більшість хворих першої групи мали переважання контрольної функції (Раш,а <0,05), а більшість хворих другої групи – конструктив-

ної функції (Раш,а <0,05).

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованості, у хворих з коморбідною патологією показало, що за структурою саморегуляції коморбідні хворі більше подібні до хворих на шизофренію, тобто ми спостерігаємо наявність специфічного шизофренічного (дисоціативного) дефекту.

При проведенні дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності з точки зору переважаючої її функції, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) за допомогою аналізу результатів виконання методик виключення та простих та складних аналогій, ми отримали наступні дані.

Так, захисна функція (спрямованість на утримання від діяльності, непродуктивна) у хворих першої групи спостерігався у 10 осіб (52,6%), на відміну від хворих з другої групи – у 5 осіб (71,4%) та від хворих на третьої групи – 8 осіб (72,7%). Вираження мобілізуючої функції (продуктивна, спрямованість на створення) у хворих першої групи спостерігалось у 9 осіб (47,4%), на відміну від хворих другої групи – у 2 осіб (28,6%) та від хворих третьої групи – 3 осіб (27,3%).

Серед отриманих результатів достовірні відмінності не спостерігалися, проте спостерігалася тенденція до симетрії кількісних показників обох функцій, що відрізнялося від показників обох груп порівняння.

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її функцій, у хворих з коморбідною патологією (залежністю від алкоголю та шизофренія параноїдна) показало, що за даними параметрами достовірних відмінностей не спостерігається.

Таким чином, підводячи загальні підсумки дослідження особливостей процесів мислення, що спостерігаються у коморбідних хворих із сполученням шизофренії параноїдної та залежності від алкоголю у порівнянні з хворими мононозологічних груп відповідного напрямку, можна дійти наступних висновків.

Дослідження особливостей мислення, а саме домінуючого рівня узагальнення, у хворих з коморбідною патологією (залежність від алкоголю та шизофренія параноїдна) показало, що у коморбідних хворих частіше домінують слабке та помірно зниження процесу узагальнення, але

менш виражене, ніж при залежності від алкоголю, поряд з викривленням, яке зустрічається рідше, ніж при шизофренії.

Середньогруповий показник питомої ваги рівнів узагальнення у хворих з коморбідною патологією характеризує проміжні позиції між середніми показниками відповідних мононозологічних груп, що характеризує тенденцію до змін окремих показників при даному коморбідному поєднанні.

Коморбідні хворі даної групи мають більш збережену критичність мислення, ніж хворі з залежністю від алкоголю, що може свідчити про більше збереження критичності при поєднанні прогресивного процесу та наростаючого враження головного мозку.

Дослідження динаміки розумової діяльності показало, що коморбідні хворі мають певне зас-

тряння на способі виконання завдання, тобто мають ознаки, що схожі на риси ендогенно-органічного реагування. При цьому спроби виконання завдань такими хворими були більш енергійними та застрягання на способі носило компенсаторний характер внаслідок орієнтації досліджуваного на мотив досягнення, виконання завдання та намагання отримати позитивну оцінку від екзаменатора.

У загальному підсумку виходить, що дослідження особливостей мислення, а саме структури саморегуляції пізнавальної діяльності, її спрямованості, у хворих з коморбідною патологією показало, що за структурою саморегуляції коморбідні хворі більше подібні до хворих на шизофренію, тобто ми спостерігаємо наявність специфічного шизофренічного (дисоціативного) дефекту.

*В.В. Дворников, С.О. Лобанов, Е.В. Харчук, Т.В. Сеницкая, Ю.Ю. Мартынова*

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ МЫШЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, КОМОРБИДНОЙ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии, Киев

В статье представлены результаты исследования процессов мышления, структуры саморегуляции и направленности познавательной деятельности у больных с алкогольной зависимостью, коморбидной с параноидной шизофренией в сравнении с больными с алкогольной зависимостью и больными параноидной шизофренией. Авторы делают вывод о наличии специфического шизофренического (диссоциативного) дефекта у больных с коморбидной патологией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 2 (22). — С. 124-127).

*V.V. Dvornikov, S.O. Lobanov, V.V. Harchuk, T.V. Sinitskaya, Y.Y. Martinova*

## **PECULIARITIES OF THINKING PROCESSES IN THE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE COMORBIDIED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA**

Ukrainian SRJ of social and forensic psychiatry, Kyev

The results of investigation of the thinking processes, the structure of selfregulation and direction of cognitive activity in the patients with alcohol dependence comorbidied with paranoid schizophrenia compared with the patients with alcohol dependence and the patients with paranoid schizophrenia are presented in the article. Authors put a conclusion about presence of specific schizophrenic (dissociative) defect in the patients with comorbidied pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 124-127).

### *Література*

1. Т.Ю.Тулская. Диагностика коморбидных состояний у больных малопрогредиентной шизофренией, сочетающейся с зависимостью от алкоголя // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. - Т. 1 - N 2 – 2004. - <http://www.consilium-medicum.com/magazines/>

2. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии. – Новосибирск: Наука, 1998. – 80 с. 3. Kessler R.C. et al, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of National Comorbidity Survey// Arch. Gen. Psy.- 1994.

Vol. 51, p.8-19.

4. Regier D.A., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study// JAMA. –1990. Vol. 264, p.2511-2518.

5. Drake R.E., Mueser K.T., Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Schizophrenia// Am. J. Psychiatry.- 2002. Vol.2, p.208-211.

6. А. А. Александров. Типы коморбидности у пациентов с шизофренией и алкогольной зависимостью. - [http://www.belmapo.by/downloads/psihiatry/tipi\\_komorbidnosti.doc](http://www.belmapo.by/downloads/psihiatry/tipi_komorbidnosti.doc)

Поступила в редакцию 12.04.2009

УДК 616.891-053.6

*Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Д.А. Мителев, Т.Н. Матковская***К ПРОБЛЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

Ключевые слова: подростки, невротическая болезнь, комплаенс, реабилитация

Тенденция к преобладанию затяжных и хронических форм невротических расстройств у подростков, резистентность к терапии ставит проблему изучения психогений в число наиболее приоритетных, имеющих как медицинскую, так и социальную значимость [1,2,3]. Недостаточная эффективность существующих методов терапевтического вмешательства в отношении данных нозологических форм обусловлена ограниченным использованием социальной и психотерапевтической составляющих лечения, полипрагмазией, наличием у многих психофармакологических средств существенных побочных эффектов затрудняет их применение в подростковой практике. Известно, что под действием психотропных препаратов, традиционно применяемых в лечении невротической болезни [4], изменяются «энергетические возможности» активного ряда когнитивных процессов, система «сон – бодрствование», вегетативного регулиро-

вания и др. Это способствует не только редукции психопатологии, но и в ряде случаев ухудшению качества жизни больного (затормаживание моторных реакций, появление эмоционального безразличия). Исходя из этого, требуется комплексный анализ влияния психоактивных лекарственных препаратов с учетом возможных точек приложения к различным звеньям, обеспечивающим функциональную активность внутреннего и внешнего контуров, формирующих психофизические возможности человека [4] и возможность проведения эффективной психотерапии и психосоциальной реабилитации. При этом важно учитывать наличие у любого психофармакологического средства не только его собственного психотропного влияния, но и соматотропного и нейротропного, вносящего существенный вклад в общую терапевтическую эффективность и реабилитационный процесс в целом.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Комплексное исследование 400 подростков с различными формами невротических расстройств (неврастения, депрессивное невротическое расстройство (ДНР), тревожно-фобическое расстройство (ТФР)), проведенное в клинике ГУ «ИОЗДП АМНУ», позволило выделить для каждой нозологической формы специфические и неспецифические маркеры, существенные в формировании неблагоприятных форм их течения.

Так, для подростков с затяжной неврастенией характерно наличие в регистре психопатологии депрессивной симптоматики, хронический тип течения конфликта, наличие умеренной церебральной органической недостаточности, коморбидность с хронической головной болью напряжения. Для ДНР – синдром нервной анорексии, девиантное поведение, наличие конфликта в сексуальной сфере, деструктивный тип

семьи, наличие акцентуации характера (эпилептоидный), нарушения в сфере социальной активности, коморбидность с тиреопатией. При ТФР – максимальная интенсивность показателя тревоги, витальный фокус зоны действия конфликта, отягощенность анамнеза одного из родителей психосоматическими заболеваниями, циклоидный тип акцентуации характера, наличие умеренной выраженности церебрально-органической недостаточности.

Исследованиями установлено, что формирующееся стабильное психологическое ядро невротического расстройства, неадекватные механизмы психологической защиты, низкие показатели теста качества жизни по шкалам «Физическое благополучие», «Общее восприятие жизни», «Работоспособность» также выступают диагностическими маркерами пролонгированного невротического расстройства у подростков.



Хронический тип течения невротической болезни у подростков преобразует личность, блокирует личностное развитие и приводит к личностной деформации, формированию стойких патологических форм психологической самозащиты, клинических вариантов девиантного поведения, включая негативизм, протест, волевые расстройства, снижению эффективности терапии, что способствует развитию некомплаенса. Как известно, комплаенс формируется внутри терапевтического альянса как саморегулирующаяся система и является результатом согласованности взглядов подростка, его семьи и врача на проявления заболевания, методы лечения и оценки действий. Отсутствие терапевтического сотрудничества или его недостаточность не позволяет осуществить мероприятия, необходимые для оптимального психического и социального функционирования больных подростков с невротической болезнью. Особые проблемы возникают в случае невротической болезни коморбидной с девиантным поведением в виде нарушения пищевого поведения, выраженной реакции эмансипации и психопатизации личности, сверхценных увлечений (религиозный фанатизм, компьютерная зависимость, азартные игры и др.), гиперсексуального поведения, ношения атрибутики и особого стиля поведения, злоупотребления спиртными напитками.

Для достижения комплаенса и обеспечение максимального эффекта психосоциальной у подростков с невротической болезнью реабилитации нами были созданы алгоритмы терапевтического вмешательства. В качестве метода улучшения комплаенса больных подростков с невротическими расстройствами предлагается использовать упрощенные режимы психофармакотерапии. Исследованиями установлено, что больные, принимающие, в частности, фенотропил однократно более комплаентны, чем пациенты, принимающие ноотропы несколько раз в день. Использование кортексина в терапии пролонгированных невротических расстройств у подростков, формирующихся на резидуальном органическом фоне, позволяет обеспечить регресс эмоциональных, когнитивных и неврологических нарушений [5,6].

Монотерапия пикамилоном (трансорбитальный гальванофорез в сочетании с пероральным приемом препарата) показала достаточно высокую эффективность купирования астенической, obsessивной, депрессивной симптоматики у больных независимо от нозологической формы невротической болезни. Прогнозирование по-

бочных эффектов и непереносимости нейролептиков в практике лечения невротических расстройств также обеспечивает формирование комплаенса у подростков. Так, малые дозы нейролептиков (эглонил, сонапакс, ридазин) в сочетании с централизованной психотерапией формирует комплаенс в связи с легкой переносимостью терапии. Кратность терапевтического вмешательства при депрессивных расстройствах у подростков в связи с использованием новых технологий (аэроионотерапия в сочетании с флуоксетином в минимальных дозах) также предотвращает некомплаенс. Важную роль в формировании терапевтического сотрудничества при формировании невротических расстройств, имеющих затяжной и хронический тип течения играют психотерапевтические методы, широкое использование арттерапии, гештальт-терапии. Артдиагностика выступает в качестве маркера эффективности психотерапевтического вмешательства в системе обучения больных, контроля поведения и эмоций, что обеспечивает лучшую адаптацию подростков в ситуации хронической невротической болезни. Для улучшения терапевтического сотрудничества с подростками, страдающих невротическими расстройствами, используются психообразовательные программы, основанные на предоставлении больным информации о симптомах заболевания, его причинах, последствиях, вариантах лечения, результатах терапии и качестве психического и социального функционирования. В рамках психообразовательной программы использована авторская «технология психологической и лечебно-педагогической коррекции девиантного поведения у подростков с невротическими расстройствами», использование элементов самовнушения (положительные утверждения) по методике Г.Н. Сытина, семейное консультирование в сочетании с семейной психотерапией. В контексте рассматриваемой проблемы и задачах последней программа включает информирование родителей об особенностях личности подростка с конкретной нозологической формой невротической болезни и разработку тактики поведения.

Для предупреждения некомплаенса предложен новый метод терапевтического вмешательства у подростков с невротическими расстройствами и хронической головной болью напряжения, разработанный сотрудниками ГУ «ИОЗДП АМНУ», который обеспечивает быстрое купирование болевого синдрома, стойкий клинический эффект, восстановление качества жизни, оптимизацию реабилитационных про-

грамм.

Метод основан на комбинированном действии на биологически активные точки и зоны (волосистая часть головы, мышцы затылка, трапециевидные, дельтовидные мышцы и паравerteбрально) пучком игл (металлоиглочатый аппликатор Н.Г. Ляпко), поведенческой (техника систематической десенсибилизации) и релаксационной психотерапии в сочетании с фармакотерапией – седативный препарат растительного происхождения (нота – 1 таб. 3 р/д) и ноотроп, производный ГАМК (пикамилон 1 таб., 0,05 г 3 р/д) курсом 3 недели [7]. Терапевтический эффект достигается за счет рефлекторно-механического действия и избирательного микроэлек-

трофореза металлов (цинк, медь, железо, никель, серебро), снижения возбудимости центральной и вегетативной нервной системы, нормализации психоэмоционального состояния, купирования болевого синдрома, снижения рефлекторного напряжения основных мышечных групп, повышения активности антиноцицептивных систем.

Таким образом, определена роль клинических, психологических, социальных и терапевтических факторов в развитии некомпенса у подростков с невротическими расстройствами, предложены методы, оптимизирующие терапевтический альянс, направленные на улучшение их психического и социального функционирования.

*Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Д.А. Мительов, Т.М. Матковська*

## ДО ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

На підставі лонгитудінального дослідження 400 підлітків з невротичними розладами виділено чинники, що сприяють формуванню затяжних і хронічних форм захворювань. Запропоновані нові методи їх лікування з позицій досягнення комплаєнсу та оптимізації реабілітаційного процесу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 128-130).

*I. Mykhailova, T. Proskurina, D. Mitelyov, T. Matkovska*

## TO THE PROBLEM OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

SI "Institute of the Health Care of Children and Adolescents of the AMS of Ukraine", Kharkiv

On the basis longitudinal researches of 400 adolescents with neurotic disorders are allocated the factors promoting formation of fixing and chronic forms of diseases. New methods of their treatment from positions of achievement compliance and optimization of rehabilitation process are offered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 128-130).

### *Литература*

1. Александровский Ю.А. О некоторых общих подходах к профилактике и терапии пограничных психических расстройств // Арх. психіатрії. — 2001. - № 4 (27). — С. 16-18.
2. Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю. Особенности терапии депрессивных невротических расстройств у подростков // Укр. вісник психоневрології. — 2007. - Т.15, Вип.2(51) — С. 81-83.
3. Проскурина Т.Ю., Михайлова Е.А., Мителев Д.А. Клинико-нейрофизиологическая характеристика тяжелых невротических расстройств у подростков // Психічне здоров'я. — 2007. - №3(16). — С.55.
4. Проскурина Т.Ю., Михайлова Е.А., Мительов Д.А. До

- проблеми охорони психічного здоров'я дітей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2007. - №4(422). — С.143-144.
5. Скоромец А.А., Дьяконов М.М. И.П. Павлов, мозг ... и кортексин // Вестник Росс. Воен.-Мед. акад.-2004.-№2(12). — С. 29-30.
6. Цыган В.Н., Богословский М.М. Коррекция кортексином стресс-индуцированных нарушений цикла «бодрствование-сон» // механизмы стресса в экстремальных условиях: Сб. научн. трудов. — М., 2004. - С. 134-137.
7. Патент України № 39854, опубл. 10.03.2009. Бюл. № 5.

Поступила в редакцию 24.02.2009

## НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.89-008.442.36-028.77

*Г.С. Кочарян***ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ: ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЬФРЕДА КИНСИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: гомосексуальные отношения, распространенность, США

Для обоснования нормальности гомосексуальности очень часто обращаются к данным исследований А. Kinsey (А. Кинси) и его сотрудников, результаты которых отражены в книге «Sexual behavior in the human male» («Сексуальное поведение мужчины») [1], изданной в США в 1948 г. В результате опроса мужчин авторы пришли к выводу о довольно широком распространении в этой стране гомосексуальных отношений. При проведении исследований использовалась разработанная А. Кинси семибальная шкала. Эта шкала – попытка измерить сексуальную ориентацию людей в континууме от нуля (исключительно гетеросексуальная ориентация) до шести (исключительно гомосексуальная ориентация). В соответствии с этой шкалой, обследованные подразделялись следующим образом: 0 – исключительно гетеросексуал, 1 – преимущественно гетеросексуал, лишь изредка практикующий гомосексуальные контакты, 2 – преимущественно гетеросексуал, но гомосексуальные контакты не очень редки, 3 – в равной степени практикует гетеросексуальные и гомосексуальные контакты, 4 – преимущественно гомосексуал, но гетеросексуальные контакты не очень редки, 5 – преимущественно гомосексуал, лишь изредка практикующий гетеросексуальные контакты, 6 – исключительно гомосексуал [2].

Результаты проведенного исследования оказались следующими. Хотя бы один гомосексуальный контакт в своей жизни имели 48% опрошенных мужчин, причем 37% из них испытали при этом оргазм, сопровождающийся семяизвержением. Между 16 и 55 годами несколько гомосексуальных контактов имели 25% мужчин, а 18% в течение, по крайней мере, трех лет имели одинаковое число гомо- и гетеросексуальных контактов. 10% мужчин были более или менее исключительно гомосексуальны (т.е. соответствовали 5 или 6 баллам) в течение, по крайней

мере, трех лет между 16 и 55 годами, а 4% были исключительно гомосексуальны на протяжении всей жизни, начиная с юности [1].

Обсуждая полученные данные, И. С. Кон [3] отмечает, что выборка Кинси не была статистически случайной и репрезентативной, так как среди его добровольных информаторов оказалось непропорционально много людей с разными сексуальными проблемами, включая гомосексуалов, что могло отразиться на его итоговых результатах. Некоторые его статистические приемы были несовершенны, однако главные споры шли вокруг интерпретации полученных данных.

Высказываются и другие критические замечания в отношении проведенных исследований. Так, например, указывается, что они не были репрезентативными для населения США в целом, несмотря на очень большие выборки (было опрошено 5300 мужчин). Это, в частности, связывают с тем, что среди респондентов преобладали заключенные, выпускники колледжей и протестанты. Вместе с тем старики, жители сельской местности и малообразованные люди были представлены в выборках слабо. Кроме того, в первоначальные публикации не вошли данные по представителям черной расы, потому что их было сравнительно мало (этот недостаток в 1979 г. исправили Гебхард и Джонсон) [4].

Ф. М. Мондимер [5, с. 124–125] также отмечает, что, к сожалению, А. Кинси не избежал ошибки, за которую он критиковал других, писавших о половом поведении. «В стремлении снять клеймо с гомосексуальности, удалив пятно «психопатии» с людей, склонных к однополной любви, он утверждал, что выбор сексуальных партнеров был именно выбором и, конечно, не определялся индивидуальными особенностями личности. А. Кинси отвергал значение биологических факторов, особенно наследственности, и подчеркивал роль культуры и социали-

зации в формировании гомосексуальной или гетеросексуальной модели «удовлетворения». Кинси -полагал, что выбор сексуального партнера определялся традицией, социальными запретами, возможностями и даже соображениями выгоды... – интерпретация, которая не полностью подтверждалась собранными им данными». Автор подчеркивает, что такое представление об истоках гомосексуальности, возможно, привело бы его в наши дни в лагерь ученых-социологов, которые называют себя «конструктивистами». Согласно их мнению, у людей имеет место неконцентрированное, ненаправленное половое влечение, которое в соответствующее рамкам культуры русло направляют обычай, моральные установки и другие социальные факторы.

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что гомосексуальность может быть обусловлена влиянием биологических факторов, существующих еще до рождения ребенка.

В связи с обсуждаемой нами проблемой, для определения частоты гомосексуальности необходимо определиться с самим этим понятием. Нужно отметить, что следует различать гомосексуальное поведение и гомосексуальное влечение. Также следует учитывать тот факт, что лица, которые испытывают гомосексуальное влечение, могут принимать его или нет. Человек, имеющий гомосексуальные отношения, вовсе не обязательно испытывает гомосексуальное влечение, и наоборот. В качестве примера может быть приведено следующее наше клиническое наблюдение. Так, еще в период существования СССР к нам за лечебной помощью в связи с сексуальным расстройством (затруднения при гетеросексуальных контактах) обратился женатый молодой мужчина-гетеросексуал, который попутно рассказал, что периодически, с целью получения выгоды, предоставляет одному начальнику возможность осуществлять фелляцию своего пениса. Результатом этого, в частности, явилось то, что его не мобилизовали работать на ЧАЭС после произошедшей на ней аварии, а также получение его семьей государственной квартиры. Другой пример из нашей клинической практики касается молодой женщины, обратившейся в связи с сексуальными проблемами, которая на мой вопрос о том, были ли у нее гомосексуальные контакты, ответила, что были с одной «продвинутой» женщиной, которая приехала из Москвы, хотя пациентка никогда не испытывала гомосексуального влечения (влияние моды, обусловленной воздействием СМИ).

Есть люди, которые испытывают выраженное

сексуальное влечение только к лицам одноименного пола, однако никогда в жизни не имели гомосексуальных контактов. Кроме того, они считают свое гомосексуальное влечение болезненным и неприемлемым для себя. Тех из них, кто не принимает свое сексуальное влечение, называют эго-дистониками. J. Nicolosi также называет их (когда речь идет о мужчинах) гомосексуалами не-геями (non-gay homosexuals) [6]. Другие лица принимают гомосексуальную направленность своего полового влечения (эго-синтониками). Если позволяют внешние условия, эти лица вступают в гомосексуальные отношения, так как не испытывают какихлибо интрапсихических ограничений. Следует особо подчеркнуть, что гомосексуалами нельзя считать тех, кто в силу тех или иных обстоятельств имел гомосексуальные контакты, но у кого отсутствует влечение к лицам одноименного пола.

Интерпретация полученных А. Кинси данных может быть неоднозначной. Это связано с тем, что он главным образом устанавливал ненаправленность -сексуального влечения, а частоту гетеро- и гомосексуальных контактов. По этой причине к гомосексуалам могли быть отнесены, например, лица с гетеросексуальной ориентацией, которые имели гомосексуальные контакты, обусловленные сексуальным экспериментированием или ситуационными факторами. Так, известно, что подростки с выраженным сексуальным влечением к лицам противоположного пола могут иногда иметь гомосексуальные контакты, которые сопряжены с эротическими представлениями гетеросексуального характера. Это бывает обусловлено лимитированным возрастом затруднением осуществления гетеросексуальных связей.

Жаркие споры разразились вокруг пресловутых 10%. Как отмечалось нами выше, по данным отчета Кинси, десять процентов мужчин белой расы имели в большей или меньшей степени исключительно гомосексуальные отношения, т.е. соответствовали отметкам «5» или «6» на протяжении, по крайней мере, трех лет в период между 16 и 25 годами. Это вовсе не означает, что десять процентов взрослого мужского белого населения США является в большей или меньшей степени исключительно гомосексуально ориентированным. Ведь половое поведение не равнозначно половому влечению. Так, подросток, который раз или два вступил в сексуальную связь с мужчиной, а в зрелости стал исключительно гетеросексуальным, за несколько лет до своего гетеросексуального контакта может

получить 6 баллов по шкале Кинси [5]. С таким же успехом можно было бы считать страдающим никотинизмом человека, который когда-то выкурил несколько сигарет. Один из выводов, который можно сделать на основании исследований А. Кинси и его сотрудников, состоит в том, что 4% мужского белого населения США являются гомосексуалами.

А. Кинси и его сотрудниками также изучалась сексуальная жизнь женщин (опрошено 5940 человек). Результаты этой работы нашли отражение в книге «Sexual behavior in the human female» («Сексуальная жизнь женщин»), которая была опубликована в 1953 г. [7]. Согласно приведенным данным, хотя бы однажды эротические чувства к другим женщинам испытали 25% представителей женского пола, а 19% женщин до 40 лет имели хотя бы один гомосексуальный контакт, в том числе 13% – с оргазмом. Исключительно гомосексуальная жизнь имела место только у 1% женщин.

Ошибочная интерпретация данных А. Kinsey et al. [1], согласно которой 10% американских мужчин являются гомосексуалами, явилась мощным оружием в руках гей-сообщества. За этот процент ухватился Гарри Хей (Harry Hay) – отец движения за гражданские права гомосексуалов [9], когда он основал организацию «Mattachine Society», утверждающую, что гомосексуальность должна рассматриваться не как содомия, а как свойство меньшинства, составляющего 10% населения. Сегодня множество гомосексуальных активистов считают А. Кинси человеком, который сделал гомосексуальное движение возможным [9].

Д. Майерс [10] в связи с этим отмечает, что до недавнего времени популярная пресса допускала, что исключительно гомосексуально 10% людей. Однако более десятка национальных опросов, касающихся сексуальной ориентации, которые были проведены в Европе и США и гарантировали анонимность респондентов, свидетельствуют о том, что более точная цифра – примерно 3 или 4% (для мужчин) и 1% (для женщин). В связи с этим небезынтересно привести данные отчета многопланового изучения сексуального поведения в США, согласно которому гомосексуалами среди 1333 опрошенных мужчин считали себя 4% лиц, а среди 1411 опрошенных женщин – 2% [11].

Дж. Николоси, Л. Э. Николоси [12] сообщают о существовании в США школьной программы «Проект-10», которая получила данное название благодаря заявлению, что гомосексуала-

ми являются 10% населения. Однако было доказано, что эта цифра, названная в начале 1950-х годов, является неточной. Авторы отмечают, что согласно нескольким недавним масштабным исследованиям, среди взрослого населения приблизительно 2% гомосексуалов. Однако пресловутые 10% имели тактическую ценность для защиты нормальности гомосексуализма. Tom Stoddard (Том Стоддарт), который ранее возглавлял «Lambda Legal Defensive Fund», правозащитный центр людей нетрадиционной ориентации, заявил: «Мы использовали эту цифру, когда большинство геев скрывали свою ориентацию, чтобы создать впечатление нашей многочисленности» [по 13, р. 66.].

Что касается оценки большей распространенности гомосексуальных контактов (речь при этом не идет о гомосексуальной направленности полового влечения) по сравнению с существовавшим до проведения исследований А. Кинси и его бригадой представлением и сделанных на этом основании выводов, то уместно привести следующее высказывание И. С. Кона [3, с. 38]: «Статистическая распространенность явления вовсе не доказывает его «правильности». В каждом обществе есть преступность, уничтожить ее невозможно. Значит ли это, что общество должно отказаться от борьбы с ней, которая только и вводит преступность в определенные рамки? Как писал, критикуя работу Кинси, Ирвинг Бибер (Bieber et al., 1962, р. 304), большинство ньюйоркцев в определенное время года простужаются, и статистика позволяет прогнозировать частоту респираторных заболеваний. Тем не менее они остаются болезнями! Не так же ли обстоит дело с гомосексуальностью?» В качестве примера также может быть приведена распространенность расстройств личности, которые имеют место у 6–9% населения [14]. Однако это не является основанием для отнесения их к психической норме.

В этом плане интересно привести данные о частоте сексуальных дисфункций. Недавно были опубликованы результаты масштабного исследования, в котором приняли участие 1410 мужчин и 1749 женщин в возрасте от 18 до 59 лет [15]. Опрос респондентов проводили опытные интервьюеры. Отмечается, что демографические характеристики данной выборки позволяют считать ее репрезентативной для популяции США [16]. В результате этого исследования было установлено, что у 43% женщин и 31% мужчин имели место те или иные сексуальные дисфункции [15]. Эти данные дают основание утверж-

дать, что они распространены шире, чем тревожные расстройства, расстройства настроения и расстройства, которые связаны со злоупотреблением психоактивными веществами [17]. Однако, несмотря на столь высокую частоту сексуальных дисфункций, ни у кого не возникает соблазна отнести их к норме.

В заключение следует еще раз подчеркнуть,

что мужская выборка А. Кинси не была ни случайной, ни репрезентативной. Поэтому можно сделать вывод, что частота выявленных им гомосексуальных контактов у мужчин, по всей видимости, значительно превышала их истинную распространенность, которая, в свою очередь, значительно больше процента лиц с гомосексуальным влечением (гомосексуалов).

*Г.С. Кочарян*

## ГОМОСЕКСУАЛЬНІСТЬ: ДОСЛІДЖЕННЯ АЛЬФРЕДА КІНСІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наводяться дані А. Кінсі щодо поширеності гомосексуальних відносин у США. Обговорюються зроблені на цій підставі висновки. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 131-134).

*G.S. Kocharyan*

## HOMOSEXUALITY: A. KINSEY RESEARCH

Kharkov Medical Academy of Post-graduate Education

Alfred Kinsey data are informed on frequency of homosexual intercourses in the USA. Conclusions are discussed, which have made on this basis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P.131-134).

### *Литература*

1. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. Sexual behavior in the human male. — Philadelphia: Saunders, 1948. — 804 p.
2. Шкала Кинси // Википедия. Свободная энциклопедия // [http://ru.wikipedia.org/wiki/шкала\\_Кинси](http://ru.wikipedia.org/wiki/шкала_Кинси)
3. Кон И. С. Лики и маски однополый любви. Лунный свет на заре. — 2е изд., перераб. и доп. — М.: Астрель: АСТ, 2006. — 574 с.
4. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. — М.: Мир, 1998. — 692 с.
5. Мондимер Ф. М. (Mondimore F. M.) Гомосексуальность: Естественная история / Пер. с англ. — Екатеринбург: У-Фактория, 2002. — 333 с.
6. Nicolosi J. Reparative therapy of male homosexuality. A new clinical approach. — Lancham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: A Jason Aronson Book. Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2004. — 355 p.
7. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. Sexual behavior in the human female. — Philadelphia: Saunders, 1953. — 842 p.
8. Reisman J. Kinsey and the Homosexual Revolution // <http://www.leaderu.com/jhs/reisman.html>
9. Long Road to Freedom: The Advocate History of the Gay and Lesbian Movement / Ed. Mark Thompson, Stonewall Inn Edition. — New York: St. Martin's Press, 1994.
10. Майерс Д. Психология / Пер. с англ. — 2е изд. — Мн.: Попурри, 2006. — 848 с.
11. Janus S. S., Janus C. L. The Janus Report on Sexual Behavior. — New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1993 — 430 p.
12. Николоси Дж., Николоси Л. Э. (Nicolosi J., Nicolosi L. A.) Предотвращение гомосексуальности: Руководство для родителей / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2008. — 312 с.
13. Socarides Ch. Freedom Too Far. — Phoenix: Adam Margrave, 1995.
14. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. доп. // Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — 512 с.
15. Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors // Journal of the american medical association. — 1999. — 281 (6). — P. 537–544.
16. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 912 с.
17. Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. — 1994. — 51 (1). — P. 8–19.

Поступила в редакцию 26.01.2009

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.899-053.9+616.895.4]-085-039.76

*О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.В. Чаплінська***МОДЕЛЬ ЕФЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕМЕНЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ З ДЕПРЕСИВНИМ КОМПОНЕНТОМ, НА ПРИКЛАДІ ВИПАДКУ З ПРАКТИКИ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

Ключові слова: деменція, депресія, терапія, реабілітація

Досягаючи певного віку людина починає гупіти. Власне це чекає на більшість з нас, тих, хто доживе до віку 70 і більше років. Неохоче беручи в терапію стариків, які проявляли чудеса глупості та дезорганізованості, ми часто запитували себе і їх дітей які безпорадно розводили руками: „Що Ви очікуєте від терапії?” Ще ніхто не відповів, що хоче щоб старенькі батьки видужали і були при повній пам'яті та глузді. Люди давно змирилися з тим, що старість у нас патологічна в принципі (маса хронічних соматичних порушень) і вибачте за сленг – „дементна” в психічному плані. Основний запит був: покращити стан душевних проявів (в основному пам'яті, орієнтації і мислення) хоча би до ступеня безпеки власної поведінки та самообслуговування.

Ми повторюємо, що не любимо брати в терапію таких стариків в силу власної безпорадності від цієї ж терапії. Але життя заставляло щось пробувати зробити з цими нещасними людьми, які щовечора поривалися іти на роботу, яка закінчилася для них ще років 20 назад, не знали ні дати, а інколи і місця де вони знаходилися, забували або і не впізнавали рідних і несли всяку нісенітницю, психуючи і подразнюючись з любого приводу.

Ми комбінували терапію, пробував чогось їх навчити. Успіх був дуже і дуже сумнівним що і викликало наш песимізм.

Наші останні наробики з цього питання пов'язані з нашим досвідом роботи з новою для України групою препаратів і не менш новою навчальною терапією, яку ми апробували в кількох випадках і яку ми так сміливо назвав спробою моделі ідеальної терапії пацієнта з органічною деменцією інволюційного генезу. Ми взяли за приклад лише одну пацієнтку, тому що саме з нею ми з нашим волонтером – студенткою ме-

дико-психологічного факультету Національного медичного університету впровадили у вечірній час інтенсивні тренінгові заняття та когнітивно-поведінкову терапію. Проводила її у вечірній час волонтер, а у денний – я та мої колеги - лікарі психіатри.

Власне ми попрабували доказати цією терапією, що відмовлятися від пацієнта з дементними розладами органічного генезу та ще на фоні інволюційних змін мабуть не варто. Виявляється можна допомогти і як не дивно допомогти достатньо ефективно. Буручись за цю нелегку справу ми розуміли, що пробуємо перебороти власний стереотип – органічні зміни з вираженим когнітивно-мнестичним дефектом не перспективні в терапії і це лише сфера соціальної допомоги. В дійсності це виявилось не так. Допомогти можна.

Але спочатку. Власне з чим ми працювали? Так і хочеться сказати – з органічною деменцією. Перший стереотип, який ми вчилися долати. В реальності ми працювали не з деменцією, а з пацієнтом у якої є її прояви. Різниця суттєва. І принципова, навіть для терапії.

Цю статтю ми писали так, щоб вона стала якимось матеріалом для практичної роботи лікаря, який береться за таку допомогу. Тому ми побудували її за принципом – дещо з теорії і основне - практичні дії.

За даними Н.Д.Селезневої деменція альцгеймерівського типу (ДАТ) - найбільш часта причина порушення пам'яті, інтелекту та вищої психічної діяльності в цілому у осіб похилого та старечого віку. По даним вітчизняних дослідників, частота ДАТ в старших вікових групах населення (60 років і більше) становить 4,5% [1]. В клінічних та постмортальних дослідженнях R. Terry і співавт. [2] та D. Galasko і співавт. [3] показано, що найбільш розповсюдженою причиною деменції, яка розвивається в похилому та

старечому віці, є ДАТ. Її частота у віці 65 років становить більше 90%. У відповідності з міжнародними критеріями [4], діагноз ДАТ потребує наявної сукупності наступних ознак: синдром деменції, в структуру якого входять множинні когнітивні порушення, в тому числі розлади пам'яті, мови, гнозису, праксису та порушення інтелектуальної діяльності, які перешкоджають нормальному професійному та соціальному функціонуванню пацієнта. Вказані порушення розвиваються поступово, повільно і невідносно прогресують до тотальної деменції [5].

Окрім облігатних (когнітивних) проявів в структурі синдрому альцгеймерівської деменції часто виявляються некогнітивні (так звані поведінкові) розлади, в тому числі афективні, маячні, галюциаторні та потьмарення свідомості (частіше за все стани сплутаності). Розповсюдженість симптомів депресії серед хворих ДАТ варіює в різних дослідженнях від 0 [6] до 86% [7]. По результатам ретроспективного аналізу медичної документації та об'єктивних анамнестичних даних, в когорті досліджуваних нами хворих ДАТ (168 осіб) депресивні розлади спостерігались у 45,2% (76) хворих. Депресивні розлади частіше зустрічаються на відносно ранніх етапах ДАТ - на етапі "м'якої" (в 73,2% випадків) та помірної (в 79,3% випадків) деменції. Вони виникають або одночасно з появою ознак інтелектуально-мнестичного зниження, або дещо передують їм, часто маскуючи симптоми когнітивного дефіциту. На етапі "м'якої" та помірної деменції вони можуть ставати більш вираженими або їх інтенсивність може коливатись. При подальшому прогресуванні атрофічного процесу і переході на етап тяжкої деменції депресивні розлади мають тенденцію до збіднення та стереотипізації проявів. Особливістю депресивних розладів при ДАТ є відсутність депресивних скарг хворих, тому ознаки депресії визначаються на основі об'єктивної оцінки – наявності зниженого настрою, втрати зацікавленості, зниження активності, підвищеної втомлюваності, заниженої самооцінки, песимістичного бачення майбутнього. У край поодиноких випадках виявляються суїцидальні думки або дії, самопошкодження, порушення сну та апетиту. Властива депресивним розладам знижена здатність до зосередження та уваги настільки характерна для самого дегенеративного процесу, що не можливо розцінити її як прояв тільки депресії. Глибина депресивних розладів при ДАТ коливається від відносно неглибоких затяжних дистимічних станів до епізодів депресії (лег-

ких, помірних або тяжких), в тому числі з психотичними (маячними та галюциаторними) проявами. Дистимії (хронічний депресивний настрій) у хворих ДАТ характеризувались тривалим (до декількох тижнів або місяців) зниженням настрою. Хворі відмічали майже постійну втому та пригніченість, наявність тягисних думок, відчуття безперспективності існування, складнощі у прийнятті рішень, відсутність почуття радості, відчуття дискомфорту. На постійно зниженому афективному фоні спостерігались окремі епізоди поглиблення депресії, які інколи чергувались з періодами відносно рівного настрою. Легкі та помірні депресивні епізоди відрізнялись за ступенем зниження настрою і вираженості інших проявів – підвищеної втомлюваності, втрати інтересів і здатності відчувати почуття радості, заниженої самооцінки, відсутності впевненості у собі. При помірному ступеню депресії виявлялись ідеї винності і самозвинувачення, думки про смерть, порушення сну та апетиту. Депресивні епізоди помірного і тяжкого ступеню завжди супроводжувались тривогою.

В клінічній картині тяжких депресивних епізодів окрім описаних проявів були присутні симптоми рухового неспокою, які доходили до ажитації. У деяких хворих в структурі депресії мали місце маячні розлади (конфабулятивна маячня і маячня переслідування «малого масштабу» або фантастичного змісту) та хиби сприйняття. Інші симптоми депресії, такі як складності у виконанні соціальних функцій, побутових справ, професійні труднощі не можуть враховуватись при визначенні глибини депресії в структурі ДАТ, тому що когнітивні розлади, які є облігатними проявами ДАТ, самі по собі призводять до соціально-побутової дезадаптації. Не дивлячись на те що депресії у хворих ДАТ не мають достатньо чіткого синдромального оформлення, виділення різних типів синдрому все ж таки можливе. В цілому структура депресивного синдрому в ході перебігу захворювання мало змінюється, хоча наявність тих або інших депресивних симптомів може коливатись. Дистимічні порушення іноді визначались тільки меланхолічною симптоматикою, однак частіше поєднувались з проявами дисфорії, тривоги, іпохондрії, з істероподібними реакціями. Рідше зустрічались дистимії з апатичними та астеничними симптомами.

Меланхолічна дистимія проявлялась класичною тріадою розладів неглибокого ступеню вираженості, або тільки тужливим афектом. Характерною особливістю був пригнічений настрій з



відчуттям безвихідності, тривогою та внутрішньою напругою. Іноді відмічались добові коливання депресивних проявів з найбільшою їх вираженістю в ранкові години і меншою інтенсивністю у другій половині доби. Дистимія з дисфоричними розладами мала різні відтінки емоційно-поведінкових проявів. Вона нерідко характеризувалась понурим (монотонним або з деякими коливаннями) настроєм із зануренням в коло власних переживань, намаганням усамітнитись, відмовою від контактів. „Ниючий” афективний фон, невдоволення оточуючими та недоброчинне до них ставлення супроводжувались скаргами на близьких, пригадуванням старих образ, ідеями відношення з висловлюванням докорів в адресу знайомих про недостатню увагу, про забуття їх минулих заслуг та недооцінку їх значущості у вирішенні сімейних проблем. Понурий настрій періодично переривався епізодами негативізму та озлобленості, а в окремих випадках супроводжувався ідеями збитковості та обкрадання. В деяких випадках дисфоричний афект досягав значного ступеню вираженості і супроводжувався епізодами агресивної поведінки з брутальністю. Дисфоричні розлади іноді носили відтінок роздратованості та конфліктності: постійна готовність до ініціації конфліктів призводила до сварок з сусідами чи незнайомими людьми. А крикливе звинувачування оточуючих супроводжувалось розмахуванням руками, нападанням з кулаками, "качанням прав". Все це могло супроводжуватись сльозами злобною чи безпорадною образою, ідеями обкрадання і вимогами повернути начебто вкрадені речі.

При триєвжній дистимії спостерігався неспокій, відчуття небезпеки, загрози або страху за власне здоров'я, чи життя, або здоров'я близьких. Тревога могла бути пов'язана з побоюваннями за збереження власності або зі страхом зіпсувати власність сусідів. Тревожна дистимія в деяких випадках супроводжувалась плаксивістю, фрагментарними ідеями відношення і претензіями до оточуючих, іноді протікала на фоні розгубленості або рухового неспокою чи метушливості. Дистимія з іпохондричними розладами характеризувалась фіксацією уваги хворого і звертанням уваги близьких до соматичних переживань, стереотипними скаргами на больові чи інші неприємні відчуття, пошуками контактів з лікарями (може бути і недовіра до лікарів), проханнями або вимогами лікарських консультацій, прагненням до повторних досліджень, запитаннями про їх результати (або, навпаки, страхом досліджень, в тому числі і лаборатор-

них), бажанням ретельно виконувати лікарські поради.

В структурі дистимії, що перебігала з іпохондрією, іноді спостерігався тривожний афект (з руховим збудженням або без нього). Тревожному афективному фону могли передувати фобічні розлади, які перебігали у вигляді хронічних або гостроповторювальних епізодів танато- чи кардіофобії. Страх смерті внаслідок зупинки серця або по невизначеній причині супроводжувався проханнями підрахувати частоту пульсу, величину артеріального тиску, неспокійним очікуванням відвідування лікарем. Іноді в рамках іпохондричної дистимії відмічались сенестопатії ("пече в голові") та сенестальгії (наприклад, скарги на невизначені хворобливі відчуття в ділянці живота, грудей, в кінцівках).

Сенестопатичні та фобічні розлади могли поєднуватись з дисфоричним афективним фоном та образами на недостатність уваги і допомоги що надана. Іноколи відмічались і дисморфобічні розлади (постійні переживання за стан шкіри обличчя, невдоволення своїм обличчям, уважне розглядання його в дзеркалі, промацування шкіри, часті консультації та лікування з приводу прищів, почервоніння, надмірне захоплення мазями, кремами).

При дистиміях з істероподібними проявами істероподібні реакції відрізнялись діапазоном - від мінорних до брутальних, були обмежені мікросоціальним оточенням або маніфестували в макросередовищі, коли масштаб оточення втрачав значення. Істероподібні реакції виникали на фоні пригніченого настрою, супроводжувались тривогою, страхом, вимогами не залишати їх на одинці, демонстративними риданнями. Ридання і навіть епізоди агресії виникали при складнощах у виконанні завдань під час дослідження, при найменшій провокації чи невдоволенні зі сторони оточуючих. Істероподібна поведінка часто провокувалась образами і супроводжувалась звинуваченнями в адресу близьких, руховим неспоєм, криками, тупотінням ногами, розкидуванням речей, меблів, грюканням дверима. В деяких випадках спостерігались грубі істероподібні реакції, в тому числі з істеричною «дугою», які тривали до декількох годин. В ряді випадків відмічались соматовегетативні прояви - тремор кінцівок і тіла, пітливість, гіперемія шкіри обличчя, тахіпноє.

Апатичні дистимії, як правило, характеризувались тьмяним настроєм, бідністю афективних переживань, тупим поглядом і виразом обличчя, гіпо- або амімією, гіподинамією, гіпобулією,

відсутністю потягів, безініціативністю, відсутністю або таким, що вкрай складно виявляється, відчуттям неспроможності.

При дистимії з астенічними проявами відмічались підвищена стомлюваність, загальна слабкість, залежування у ліжку. Переживання мали альтруїстичне направлення, у висловах лунали вибачення за створений дискомфорт, прохання не хвилюватись за хворого, потяг повернути до себе увагу був відсутнім. Характерні бажання вилікуватись, надія на ефективність терапії і в той же час сумніви в цьому. З найменшого приводу виникала плаксивість, хоча в деяких випадках її не було зовсім. Зазвичай хворі відчували власну неспроможність. Для виникнення дистимії з астенічними проявами не обов'язкова наявність супутньої соматичної хвороби. Доволі часто дистимічним розладам передували конфабуляторні порушення. В ряді випадків вони не впливали на стан афективного фону, але іноді конфабуляторні ідеї обкрадання супроводжувались тривогою, яка пояснювалась уявним зникненням речей або продуктів харчування. У деяких випадках на фоні пригніченого настрою та тривоги виникали стани амнестичної сплутаності з дезорієнтацією в оточуючих обличчях, місті та часі, з розгубленістю, руховим неспокоєм, метушливістю, пошуками родичів або начебто зниклих речей. Станам амнестичної сплутаності звичайно передувала зміна стереотипу життя, наприклад, зміни умов при поступленні у лікарню, переїзд на нове місце проживання, на дачу, а також у випадках приєднання соматичних захворювань.

У частини хворих приведені різновиди дистимічних розладів поєднувались, утворюючи мозаїчну картину клінічних проявів депресії (наприклад, істеріпохондричні, істеродисфоричні стани). У перебігу захворювання відмічались і більш глибокі депресивні розлади, однак їх тривалість не перевищувала 2-3 діб, а частіше коливалась від декількох хвилин до декількох годин. Інші депресивно-тривожні розлади, що епізодично повторюються, перебігали на фоні нецілеспрямованого рухового збудження. В інших випадках поведінка відображала потяг втекти і сховатись від оточуючих або спроби захиститись від уявної загрози, відмічались агресивні реакції та брутальні дії. Такі стани могли також супроводжуватись гострим почуттям страху або жаху, які досягали ступеню паніки. Депресивні порушення при ДАТ в ряді випадків поєднувались з конфабуляторно-маячними ідеями переслідування ("злодії, що очікують у підзді і б'ють,

погрожують вбити, намагаються пограбувати, нападають з палками та пістолетами»), які іноді мали дивну фантастичну фабулу ("карлик, який спускається по стічних трубах і загрожує розправою»). Конфабуляторно-маячні переживання супроводжував тривожно-депресивний афект з почуттям неспокою або страху, з побоюванням за власне життя чи життя близьких з використанням запобіжних та захисних засобів.

У поодиноких випадках в структурі психічних депресивно-маячних порушень виявлялись фрагментарні зорові та слухові хиби сприйняття, про що могли свідчити особливості мімічного та поведінкового реагування.

#### Диференційна діагностика

Особливості клінічних проявів та розвитку ДАТ дозволяють вже на відносно ранніх етапах захворювання провести розмежування з деменціями іншого генезу. Але при поєднанні облігатних (мнестико-інтелектуальних та когнітивних) порушень з депресивними (некогнітивними) розладами виникають суттєві диференційно-діагностичні складності. Можливість їх подолання ґрунтується на зворотності як афективних, так і когнітивних порушень при адекватному лікуванні депресивної "псевдодеменції" [8]. Існують підтвердження, що відповідь на антидепресивну терапію в групі хворих з депресією або зі змішаною когнітивно-депресивною симптоматикою, і у хворих з депресією без когнітивних порушень однакова [9].

На відміну від хворих з ДАТ, при ендогенній депресії в анамнезі часто відмічаються депресивні розлади, а захворювання має гострий чи підгострий початок. Знижений афект зазвичай стабільний, ступінь вираженості порушень пам'яті та інтелекту коливається. Відношення до когнітивних розладів критичне, з тривогою та пошуками лікування, хворі звичайно перебільшують їх глибину. Порушення пізнавальної діяльності торкаються в основному розладів пам'яті на події недавнього часу, кіркові вогнищеві розлади не виявляються.

При ДАТ початок непомітний, наростання симптомів поступове, кіркові вогнищеві розлади та порушення пам'яті з'являються на ранніх етапах хвороби. Прояви депресії непостійні та мінливі, а когнітивні розлади виявляються постійно і безперервно прогресують. Відношення до порушень пізнавальної діяльності не критичне, частіш за все активних скарг хворі не висувають, а тільки визнають неспроможність, виявлену під час дослідження.

Складності диференційної діагностики з'яв-

ляються і при ускладненнях нейролептичної терапії у вигляді кіркових вогнищевих розладів та порушеннях пам'яті, які виникають при лікуванні ендогенних захворювань, що супроводжуються депресивною симптоматикою. Відмінною ознакою є тісний зв'язок дифіцитарних розладів з терапією – розвиток на фоні лікування нейролептиками (галоперидолом, стелазином) і зменшення або повне зникнення після відміни препарату та проведення дезінтоксикаційної терапії. Трициклічні антидепресанти, особливо амітриптілін, та похідні бензодіазепіну, також можуть викликати подібні ускладнення.

#### Терапія

Розвиток депресивних розладів при первинній дегенеративній деменції може бути обумовлений множинною нейротрансмітерною дефіцитарністю, яка у частини хворих ДАТ зачіпає окрім холінергічної серотонінергічну та адренергічну системи. Це підтверджують як нейроанатомічні [10, 11], так і фармакотерапевтичні дослідження [12, 13]. Терапевтична тактика при лікуванні депресивних розладів, що виникають при ДАТ, повинна будуватися з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку захворювання. Тому застосування стимуляторів адренергічної нейротрансмітерної системи (трициклічних антидепресантів - нортриптіліну, іміпраміну, амітриптіліну, дезіпраміну, лофепраміну, мапротиліну, протриптіліну, хломіпраміну, доксепіну, триміпраміну), що мають антихолінергічні властивості, недопустиме.

Найбільшу перевагу для лікування депресивних розладів при ДАТ надають селективним інгібіторам зворотнього захоплення серотоніну циталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін [14] та інгібітори аміноксидази (MAO) моклобемід, тразодон [15]. Інгібітори зворотнього захоплення серотоніну викликають менш виражені, ніж при призначенні трициклічних антидепресантів, антихолінергічні реакції, стани седації та сплутаності. Однак при їх використанні спостерігаються гастроінтестинальні розлади, головні болі, ажитація, безсоння. При лікуванні інгібіторами MAO спостерігаються схожі побічні явища і, крім того, - гіпотензивні розлади, головокружіння, тривога, седативні прояви в денний час. Все це необхідно враховувати при їх застосуванні у похилому віці. На наш погляд достатньо безпечним та ефективним при цій патології виявився новий антидеперсант – мелітор (агомелатін) в стандартній дозі 25-50 мг на добу. Переваги препарату були ще і в тому, що його дія починалася з відновлення сну, що було

дуже важливим фактором в дезактуацізації структури психопатологічних переживань.

При тривожно-депресивних станах нецільне призначення похідних діазепінового ряду (седуксен, еленіум, феназепам, тазепам та інш.) внаслідок виникнення побічних реакцій у літніх пацієнтів (підсилення проявів депресії, атаксія, падіння, деліріозні розлади). Рекомендується застосування буспірону, агоніста 5-НТ-рецепторів, у комбінації з селективними інгібіторами зворотнього захоплення серотоніну [15], або так званих малих нейролептиків (сонапакс, хлорпротиксен, терален). Для лікування неглибоких (дистимічних) афективних розладів при ДАТ окрім антидепресантів слід застосовувати препарати, що призначені для лікування власне когнітивних порушень, які також мають властивості антидепресантів, тобто засоби, що використовуються для подолання глутаматергічного нейротрансмітерного дисбалансу (акатинол мемантин), та препарати з нейропротективними властивостями (церебролізін).

Акатинол мемантин призначають у добовій дозі 20 мг. Збільшувати дозу слід поступово: в перші 3 доби призначають 5 мг препарату вранці, протягом наступних 5 днів - 10 мг також вранці, а решту часу періоду лікування - по 10 мг 2 рази на добу – у ранковій та денній години. Тривалість курсу терапії не повинна бути менше 2 міс. Акатинол мемантин, модулятор глутаматергічної системи, володіє в той же час норадренергічними та серотонінергічними властивостями. Церебролізін призначають у дозі 20 - 30 мл/доб. Препарат розводять в 100 - 150 мл фізіологічного розчину і вводять внутрішньовенно крапельно. Всього роблять 20 внутрішньовенних крапельних вливань. Церебролізін також діє на різні нейротрансмітерні системи завдяки своїм мультимодальним властивостям – нейротрофічному ефекту, який сприяє уповільненню дегенеративного процесу, регуляторному впливу на метаболізм нейронів, обумовленому наявністю в ньому пептидів та його комплексним складом, і нейропротекторній дії на нейрони центральної нервової системи. Тому при лікуванні хворих ДАТ акатинолом мемантином та церебролізином більша вираженість депресивних розладів до моменту початку терапії корелює з більш значним клінічним та когнітивним покращенням в результаті лікування. [1]

#### Приклад.

Пацієнка Б., 1937 р.н., пенсіонерка, жителька села. Діагноз: органна, складного генезу (судинна та постінсультна) деменція з вираженим

депресивним розладом, інтелектуально-мнестичне зниження вираженого ступеня.

Скарги на зниження пам'яті, уваги, погіршення настрою, тривогу, смуток, коливання артеріального тиску, хиткість під час руху, порушення сну, раннє пробудження, слабкість. Спадковість психічних захворювань не виявлена.

В даний час пенсіонерка за віком. Має дітей, опікується сином. Проживає окремо. Біля 3-х років тому помер чоловік, після цього почав погіршуватись настрій, лікування приймала періодично, однак стан не покращав. Туберкульоз, вірусний гепатит, ВІЛ інфекцію, венеричні захворювання, черепно-мозкові травми, алергологічний анамнез, не відмічено.

У 1993 році видалення матки з придатками.

Пролікована з 27.05.07 по 11.06.07 у неврологічному відділенні з діагнозом: дисциркуляторна енцефалопатія 3 ст. змішаного генезу. Залишкові явища гострого порушення мозкового кровотоку. Стенокардія напруження ф.к. 2 ст.

Психостатус: Контакт доступна. Орієнтована вірно. Емоційно лабільна. Депримирована. Пам'ять, увага знижені. На момент огляду без психотичної симптоматики. Критична. Соматоневротичний ст-с.

Шкіра та видимі слизові чисті, звичайного кольору. Дихання в легенях везикулярне, хрипів нема. А/Т 120/70 мм. рт. мт. Пульс 70 уд/хв. Живіт м'який, безболісний. Набряків нема. Відмічається тремор рук. Хитка хода. Гострої невротичної симптоматики на момент огляду не виявлено.

Попередній діагноз: Гострий емоційно - лабільний розлад. Депресивний синдром.

Оглянута терапевтом. Скарги на давлячі болі за грудиною, відчуття „внутрішнього тремтіння”, слабкість.

Загальний стан задовільний, А/Т 130/90, пульс 104 уд/хв. Серцева діяльність ритмічна. В легенях жорстке дихання. Живіт м'який, збільшений за рахунок дуже розвиненої жирової тканини, безболісний, фізіологічні відправлення в нормі.

Діагноз: ІХС, атеросклероз, кардіосклероз, коронаросклероз, аортосклероз, Симптоми артеріальної гіпертензії 3 ст. Наслідки пренесеного інсульту. Дисциркуляторна енцефалопатія 3 ст.

Була проведена енцефалограма: помірні дифузні зміни ЕЕГ на фоні домінуючого регулярного сповільненого альфа-ритму з недостатніми зональними відмінностями, явищами дизритмії. Реакція активації знижена. Реєструються поодинокі загострені поліфазні комплекси в задніх відведеннях, більше справа при гіпервен-

тиляції.

Були проведені дослідження: ЕКГ, біохімічний аналіз крові, клінічний аналіз крові, серологічне дослідження на сифіліс, загальний аналіз сечі. Аналізи без відхилення.

Оглянута ендокринологом. Скарги на загальну слабкість, відчуття тремтіння у всьому тілі, хиткість під час ходи, тремор рук, нудоту, відчуття серцебиття, підвищення АТ, зміни у психоемоційній сфері (лабільність настрою, тривожність, погіршення пам'яті), похудання. Щитоподібна залоза пальпується 0-1 ст. неоднорідна.

Шкіряні покриви дуже сухі, лущаться, стончені. Пульс лабільний 88-104 уд/хв. Зі слів хворої полідипсії, поліурії нема. Зменшилася вага сечі 1002. Відмічаються тремор рук, голови.

Зі слів хворої нещодавно отримала лікування з приводу виразкової хвороби.

Було проведено УЗД. Печінка + 1 см. однорідної структури. Жовчний міхур гіпотонічний, стінка ущільнена, конкрементів нема. Нирки звичайної форми та розмірів. Гідронефроз 1-2 ст. з обох сторін.

Огляд окуліста: Скарги на сльозотечу, погіршення гостроти зору.

Огляд терапевта (повторно): На момент огляду скарги на болі у лівій половині грудної клітини, що посилюються під час руху.

Об'єктивно: Язик рожевий, шкірні покриви звичайного кольору. Тони серця приглушені, акцент 2-го тону над аортою, А/Т 130/70, пульс 98 уд/хв. Дихання везикулярне, хрипів нема, перкуторно - легеневий звук, ЧД 80/хв, живіт м'який, доступний глибокій пальпації, безболісний, печінка біля краю реберної дуги. Фізіологічні відправлення в нормі. Посилення болю при пальпації у ділянці 4-5 ребер на рівні

Діагноз: ІХС, атеросклероз, кардіосклероз (Б 3 ст. СИ 1ст.) Остеохондроз грудного відділу хребта, радикулярний с-м.

Психофармакотерапія: Абікса за схемою (з 5 мг до 20 мг на добу), гінкго білобо. Психотерапія: КБТ.

Психотерапевтична робота волонтера (за її (волонтера) денником).

Моє знайомство з пацієнткою відбулося в коридорі відділення. Скоріш за все це найважливіший момент початку спілкування, завжди існує страх - як тебе сприймуть. Моя поява стала несподіванкою і зовсім не порадувала пацієнтку. Ось в такому настороженні ми пішли в палату. Певно півтора місяці перебування в клініці зробило палату тим місцем, де можна почува-

тись вільно і захищено, тому розмова швидко стала легкою і невимушеною. Вже хвилин через п'ятнадцять я тримала в руках знак прийняття себе - найбільший зі зв'язки банан.

Заняття домовились проводити у вечірні години ( 17.45.-19.00) два рази на тиждень. Завдання були підібрані різні, на почергову стимуляцію лівої та правої півкулі мозку. Почали з мисленевих образів. І тут виник перший блок: пацієнтка взагалі не хотіла малювати, ссилаючись на тремор рук. Та спробувавши і відчувши що це не так вже й складно як здається, погодилась. Намалювали чотири малюнки: гарну погоду (траву, сонце і промені від нього, все блакитним фломастером), дерево (спочатку дуб, потім за власним бажанням березу, все різними кольорами), радість (правнук Олексій; вперше за спілкування на обличчі з'явилися емоції - посмішка, щира і ніжна); ліс( зелена трава і багато різнокольорових квітів). В процесі, з кожним новим малюнком лінії ставали більш точними, рухи впевненішими.

І, якщо з початку малювання кожний рух супроводжувався запитаннями що малювати, як, яким кольором, то надалі пацієнтка вже сама висловлювала що саме і як вона буде робити, тільки перепитувала чи вірно малює.

Наступне завдання - скласти головоломку (танграм). Спочатку складали картинку на картонці з намальованими в певному положенні фігурками, потім ту ж саму картинку на столі. Складнощі викликали трикутники: якою стороною їх потрібно розвернути, щоб вони співпадали з прикладом. Відчувався страх покласти фігурку не так, помилитись. Після 5-6 занять, покрутивши в руках трикутник, пацієнтка знаходила йому вірне положення за лічені секунди. А завдання з кожним разом ставали складнішими: починали складати відразу на столі, образи на картинках підбирались більш абстрактні. До восьмого заняття ця головоломка стала найулюбленішою для пацієнтки. То ж друге заняття почали з танграму. З 2-3ї картинки час складання ставав коротшим, фігури більш точними, тремор рук слабшав.

Завдання на розфарбовування геометричних фігур в різні кольори (за зразком) пацієнтка виконала творчо, намалювавши в кожній фігурі новий орнамент, «щоб не витратити час на повне замальовування». Починала з обведення контуру, щоб визначити межі, а далі – візерунок. Але залишити таке завдання на самостійну роботу не захотіла категорично, пояснюючи що самостійно не зможе нічого зробити. Далі – малю-

нок будинку. Це власний будинок в селі, з шифером на даху і чотирма вікнами, дверима з замком-колодкою і віконцем на горищі. А коло нього криниця, до якої іде стежка. Поряд з будинком зелене дерево («мабуть тополя?»). Себе намалювати у подвір'ї відмовилась, попросила декілька хвилин на відпочинок, прилягла, а в очах з'явилися сум і сльози.

І весь час розмови про гроші, як багато сини витрачають на неї, як все дороге вартує. Постає навіть питання про оплату наших занять. Задовольнившись відповіддю про безкоштовність занять, питання грошей поставало 2-3 рази за час кожної зустрічі.

З третього заняття почали працювати в зошиті з підготовки до школи «Вчимося мислити без проблем», де підібрані завдання на увагу, точність рухів, узагальнення предметів, зорову та слухову пам'ять, лічбу, просторове та логічне мислення, уяву. Найскладнішим виявились завдання на домальовування орнаменту; знов посилювався тремор рук, швидко втомлювались очі, потрібен був довший час для відновлення сил. Потім пацієнтка терпляче і відповідально продовжувала завдання, та часто була незадоволена результатом, критикувала себе, висловлювала думки, що намалювати рівну лінію вже ніколи не зможе. З восьмого заняття орнаменти стали точнішими, лінії рівнішими, критика до себе меншою. А після найвдалішого домальовування залишилась задоволена собою та погодилась, що тренування позитивно впливають на результати. Так з'явилися стимул і мета працювати далі, впевненість у власних можливостях..

З лічбою взагалі ніяких складнощів не виникало, приклади розв'язувались легко і вірно.

Вразило мене швидко і безпомилкове знаходження тіней намальованих предметів, і що характерно, лінії з'єднання також стали чіткими та впевненими. Похвалу пацієнтка сприйняла радісно, не сумніваючись у власних досягненнях. Таке позитивне підкріплення подіяло стимулююче, з'єднання тварин з будинками в наступному завданні взагалі не супроводжувалось тремором. Нарешті пацієнтка повірила у власні можливості, побачила результати своїх старань, відчула впевненість у «самостійній» роботі. Домашні завдання, домовились, будуть у вигляді читання оповідань з наступним переказом сюжету. Так на початку кожної зустрічі я слухала 2-3 нових сюжета з журналу, розпитувала подобиці, дізнавалась про емоції та ставлення до прочитаних подій. На третьому тижні нашої сумісної роботи пацієнтка попросила мене прине-

сти їй любовний роман.

А трохи раніше, на п'ятому занятті, висловила прохання обрізати їй нігті, виявила бажання подивитись у дзеркало на свій вигляд перед виходом на вулицю. Навіть вираз обличчя став по трошку змінюватись, частіше з'являлась посмішка, в спогадах більше відтворювались приємні події минулого, але залишалась невпевненість у самотійному житті без сторонньої допомоги, без нагляду медичного персоналу.

Новим завданням стало вивчення віршика. Щоб запам'ятати перший вірш ми малювали сюжети, уявляли і розмірковували про героїв (кошеня і баранця). Протягом двох тижнів повторювання вірш вже відтворювався безпомилково, швидко і з інтонацією. Наступний вірш пацієнтка взагалі вивчила самотійно за два дні, чим мене неймовірно здивувала і вразила.

Цікавим виявився той факт, що у завданні на узагальнення групи предметів і викреслення одного зайвого, з 12-ти пунктів помилка була лише у переліку: дідусь, вчитель, тато, мама. «Зайвим» виявився дідусь. Можливо, це пов'язано зі смертю чоловіка, який на той час дійсно вже став дідусем. Навіть у розмовах про свою родину жодного спогада про чоловіка, тільки діти, робота, дитинство і юність. Одного разу в розмові була згадка про життя після весілля, яка виразилась у смутку, що після заміжжя взагалі не вистачало часу на себе ( вишивання хрестиком було найулюбленішим заняттям ще з дитинства, на заручини подарувала майбутньому чоловіку гарну вишиванку, а після весілля жодного хрестика не зробила).

Спробували нове завдання – використовуючи різнокольорові лічильні палички я складала малюнок, пацієнтка намагалась його запам'ятати (колір та кількість паличок, як розташовані, що нагадує малюнок), а потім самотійно відтворити. Знову повернення в минуле – не зможу, це дуже складно, потрібна допомога. Почали разом пригадувати які були кольори, кількість, на що схоже. Перший малюнок склали разом, далі вже без моєї допомоги. І знову помилки, навіть не значні, викликали відчуття безпорадності. Продовжуємо роботу, я відхожу до вікна – трохи більше часу і картинка відтворена без помилок. Позитивні емоції.

На початку восьмого заняття пацієнтка, діставши гаманець, безапеляційно заявила, що дає мені гроші, і простягнула купюру, чим викликала амбівалентні емоції у мене. Розмови зі мною про гроші виникали вже рідше, та й умови нашої роботи були вже узгоджені, але як вия-

вилось для пацієнтки фінансова сторона життя не втратила своєрідної важливості. Одного разу пацієнтка виявила навіть припущення, що всі її хвороби виникли внаслідок хвилювань за гроші.

На занятті знову малювали мисленеві образи - радість і день. Пригадуючи власне життя, пацієнтка вирішила зобразити радість у вигляді себе на роботі: будинок, кабінет і жінка в хустинці, все зеленого кольору, детально пояснюючи зображене. Нарешті на малюнку пацієнтка зобразила себе. А день пригадався у садибі старшого сина: гарний сонячний літній день, затишне подвір'я, зручний великий намет з диваном, поблизу куц білих троянд, будинок з черепицею на даху, асфальтовані стежки, багато різних квітів, дерева, і жінка, що заходить через ворота - « Це я з сумочкою, приїхала в гості». І знову посмішка. Вже робота в зошиті і танграм - звичні завдання, що старанно і впевнено виконуються. Через 10-15 хвилин роботи тремор в руках зменшується, кількість завдань за заняття збільшуються, менше потрібно часу на перепочинок. Навіть пропонуючи зробити перерву, як правило у відповідь: «Ще попрацюємо трохи».

Дев'яте заняття домовились провести третім на тижні. З перших хвилин пацієнтка висловлює скарги на пагане самопочуття, підвищений тиск, головний біль, слабкість, що її турбують з самого ранку. Пропоную не займатись, а просто по-розмовляти. Та пацієнтка обирає заняття. Як виявилось такий соматичний стан не завадив плідній роботі. З кожним наступним завданням знову зменшується тремор в руках, покращується уважність, перерви на відпочинок не збільшуються. У перервах багато розповідей про своє життя, про долю, про синів. Та й моя персона вже викликає цікавість: чим займаюсь, як проводжу вільний час.....

Погляд з кожною зустріччю стає все живіший, міміка виразніша, а думки і висловлювання різноманітнішими, яскравішими та гнучкішими.

Згодом спілкування супроводжує весь час наших занять. Пацієнтка не відриваючись від завдань вже може запитувати, слухати відповіді, вступати в діалог. Все частіше виражає емоції, власне ставлення до подій, зацікавленість життям. Дуже часто запитує: «що далі? як далі жити?», і ми знову розмірковуючи «приміряємо» нові можливості. Ось так ми разом вчимось знову відчувати життя і бачити мету у майбутньому, радіти навіть найменшому досягненню і не здаватись перед будь-якими труднощами.

Через місяць після виписки зі стаціонару ми зустрілись з пацієнткою знову. Я приємно зди-

вована новою зачіскою, живим рум'янцем та блиском очей. Відчуваю, за цей час відбулось багато приємних змін: питання, що раніше залишались без відповідей, вже не лякають і не викликають відчуття безпорадності, навіть навпаки спонукають до пошуку, стимулюють та наповнюють життя змістом; думки про майбутнє стали «різнокольоровими», фіксація на неприємних очікуваннях значно зменшилась. А найголовніше, впевненість в собі, реальне сприйняття та прийняття себе просто вражаючі! Куди зникли ті малесенькі невпевнені кроки та тремор? І спілкування наше було легким, різнобарвним і дуже ширим. Ми природньо приймали та щедро дарували одне одному емоції у розмові як про погоду, так і про досить інтимні переживання.

Минуло пів року, життя пацієнтки стало по доброму звичайним. Як і у однолітків, у неї виникають особливості зі сном, інколи турбують суглоби та зуби, але вона відчуває життя, себе у ньому та цінність цього процесу.

З віком темп життя стає менш інтенсивним в усіх аспектах (хода, мислення, швидкість реакцій, обмін речовин). Але важливо щоб рух відбувався, і спрямованим був вперед. І нехай швидкість буде незначною, та якщо вона є комфортною для пацієнта, то нагороду отримують обоє.

Стимульний матеріал який використовується при роботі з пацієнткою.

1. Завдання на стимуляцію когнітивних функцій

Мисленні образи.

Інструкція: спробуйте до кожного мною названого слова зробити малюнок.

- Гарна погода
- Дерево
- Веселе свято
- Відчай
- Радість
- Успіх
- День
- Ліс

2. Мисленеві образи та емоції.

Інструкція: Я вам буду говорити фрази, а Ви після кожної закрийте очі і уявіть собі відповідну картинку.

- Сонце в ясну погоду.
- Пляма на Вашій улюбленій спідниці
- Блискавка в темряві
- Собака, що крутить хвостом
- Краплі, що сяють на сонці
- Осине гніздо
- Пташка, що купається в калюжі

· Дитина що грається  
· Пташка, яка злітає щоб врятуватись від kota  
Тепер на листку паперу спробуйте згадати та записати перелічені фрази.

3. Тренування зорової пам'яті.

Потрібні лічильні палички. Навчаючий з паличок складає фігурку, потім її накриває листком паперу, потім показує на 1-2 сек. Він (вона) повинен подивитись і скласти таку ж фігурку, після чого їх порівнюють.

Тренування зорової пам'яті.

Показати 12 зображень протягом 30 сек. і закрити їх, потім попросити відтворити ці картинки.

4. Емоційне сприйняття предмету. Аналіз викликаних емоцій.

Подивіться на предмет і скажіть яке враження він на Вас складає.

Як він називається?

Він Вам приємний чи ні?

Здається вражаючим чи ні?

Сумним чи веселим?

5. Встановлення зв'язку між елементами матеріала.

Я називаю слова, а Ви до кожного підберіть картинку, яка допоможе Вам запам'ятати це слово.

- Пожежа
- Завод
- Корова
- Борщ
- Стул
- Вода
- Помилка

6. Запам'ятовування слів.

Я вам прочитаю 5 слів, а Ви спробуйте їх запам'ятати. Щоб було легше їх запам'ятовувати, поєднайте їх в оповідання.

- Дерево
- Стіл
- Ріка
- Корзина
- Сонце

7. Запам'ятовування віршів (по одному рядочку)

8. Запам'ятовування тексту.

9. Запам'ятовування чисел.

Кожній цифрі привласнюється свій візуальний код.

Наприклад: нуль-коло, один-стовп, два – близнюки, п'ять-зірка, шість- навісний замок, сім-коса, вісім-окуляри, дев'ять-равлик, десять-пальці обох рук.

10. Завчання на короткотривалу пам'ять.

Почергове запам'ятовування предметів.

## Література

1. Селезнева Н.Д. Депрессивные расстройства при деменциях альцгеймеровского типа и их лечение Интернет публикация
2. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Динамика показателей и распространенности психических расстройств в населении пожилого и старческого возраста // Материалы международной конференции 21 - 22 октября 1997 г. "Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы" - М., 1997. - С. 181-9.
3. Terry RD, et al. Structural basis of the cognitive alterations in Alzheimer's disease. In: Terry R.D., Katzman R., Bick K.I. (eds.). Alzheimer disease. Raven Press, New York 1994;179-96.
4. Galasko D, et al. Clinical-neuropathological correlation in Alzheimer's disease and related dementias. Arch Neurol 1994; 55:888-95.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
6. Гаврилова С.И. Ранняя диагностика болезни Альцгеймера. Современная Психиатрия 1998 №4.
7. Knesevich J, et al. Preliminary report on affective symptoms in early stages of senile dementia of the Alzheimer type. Am J Psychiatry 1983; 40:233-5.
8. Merriam A, et al. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1988;26:7-12.
9. Kiloh LG. Pseudodementia. Acta Psychiatrica Scandinavica 1961;37:336.
10. Reynolds III CF, et al. Open-trial response to antidepressant treatment in elderly patients with mixed depression and cognitive impairment. Psychiatry Research 1987;21:111-22.
11. Liston EH, et al. Depression in Alzheimer's disease: an overview of adrenergic and cholinergic mechanisms. Comprehensive Psychiatry 1987; 28,5:444-57.
12. Reifler BV, et al. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. Am J Psychiatry 1982;139:623-6.
13. Reifler BV, et al. Double-blind trial of Imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. Am J Psychiatry 1989;146:45-9.
14. Gottfries CG, Karlsson I. Depression in later life. Sterling Press Ltd., Oxford, UK, 1997;38.
15. Newhouse PA. Use of serotonin selective reuptake inhibitors in geriatric depression. J Clin Psychiatry 1996;57(suppl. 5):12-22.
16. Lauter H. Therapeutic aspects of depression in late life. Int Conf. on aging, depression and dementia. Graz, Austria. Ed. by Hofmann P. et al. Verlag, 1995:177-87.

Поступила в редакцию 26.04.2009



## ИЗ ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89(092)

*П.Т. Петрюк<sup>2</sup>, А.П. Петрюк<sup>1</sup>*

### АКАДЕМИК АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ ЮЩЕНКО: ШТРИХИ К ЖИЗНЕННОМУ И НАУЧНОМУ ПУТИ ИЗВЕСТНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПСИХИАТРА (К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3<sup>1</sup>, Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков<sup>2</sup>

Ключевые слова: биографические данные, жизненный и творческий путь, научный задел



*Биография ученых позволяет в лицах „изобразить мировую повесть науки“.*

*К.А. Тимирязев*

Академик Александр Иванович Ющенко (1869-1936) – известный отечественный учёный, психиатр, талантливый педагог, общественный деятель, действительный член Академии наук СССР, заслуженный деятель науки и техники СССР, один из основателей биохимического направления в психиатрии, автор разработанного эволюционно-генетического направления о роли и месте конституции в психиатрии, известный организатор психиатрической помощи, много сделавший для развития отечественной психиатрии.

А.И. Ющенко окончил медицинский факультет Харьковского университета в 1893 году. В 1896 году защитил диссертацию на тему о строении симпатических узлов у млекопитающих и человека и получил научную степень доктора медицины. Ученик профессора П.И. Ковалевского и академика В.М. Бехтерева. Работал под руководством первого в Харькове и Варшаве; затем в 1896-1897 годах работал в клинике В.М. Бехтерева и лаборатории И.П. Павлова, а с 1901 по 1915 годы в биохимической лаборатории Института экспериментальной медицины. В

1911 году Павел Иванович – приват-доцент, в 1918 году – ординарный профессор, а в 1934 году – действительный член Академии наук СССР.

В последующем, будучи сотрудником кафедр и отделов психиатрии в ряде медицинских вузов и учреждений (Варшава, Винница, Петербург, Юрьев, Воронеж, Ростов-на-Дону, Харьков), А.И. Ющенко создал большую научную школу отечественных психиатров и невропатологов, которые продолжали разрабатывать его идеи, особенно биохимическое направление в психиатрии, а ряд его учеников стали заведующими кафедрами психиатрии и невропатологии, руководителями в различных медицинских научных и практических учреждениях страны [1].

Истоки кафедры психиатрии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко уходят в далекое прошлое и связаны с преподаванием медицины в Дерптском, позже Юрьевском университете, основанном по указу императора Александра I еще в 1802 году. В те времена психиатрия еще не выделялась в отдельную клиническую дисциплину и, вместе с неврологией, преподавалась в клинике внутренних болезней. Лишь в 1879 году на медицинском факультете Юрьевского университета была учреждена кафедра душевных и нервных болезней. Кафедрой последовательно руководили такие крупные психиатры того времени, как Г. Эммингауз, Э. Крепелин, В.Ф. Чиж и А.И. Ющенко.

В 1918 году Юрьевский (Дерптский) университет по решению Советского правительства был эвакуирован в город Воронеж, где 1 июля был открыт, а с 12 ноября упомянутого года начал функционировать Воронежский государственный университет в составе четырех факуль-

тетов: историко-филологического, физико-математического, юридического и медицинского. Кафедра душевных и нервных болезней была развернута на базе губернской земской психиатрической лечебницы.

Организатором и первым руководителем кафедры душевных и нервных болезней медицинского факультета Воронежского государственного университета был в 1918 году профессор А.И. Ющенко, который в своей известной работе «Сущность душевных болезней и биологохимические исследования их» (1912) обосновывал идею изучения душевных болезней не только с позиций психологии, анатомии, но и биохимии. Подобные исследования в то время были новым научным направлением в мировой психиатрии [2, 8].

А.И. Ющенко, после переезда в г. Ростов-на-Дону, постоянно проявлял заботу о молодых и перспективных научных кадрах кафедры психиатрии Донского университета: выискивал молодых и талантливых врачей и добивался назначения их хотя бы «сверхштатными ординаторами без содержания». Александр Иванович является признанным «отцом» отечественной биологической психиатрии, именно он заложил фундамент Ростовской научной школы психиатрии, создал первые лаборатории по изучению природы психических заболеваний – биохимическую, нейрофизиологическую (рефлексологическую), по изучению вегетативных расстройств. Четыре слона, на которые опиралась в представлении А.И. Ющенко психиатрия, – это психология и психопатология; анатомия и гистология; биохимия; физиология коры мозга – были хорошо знакомы ему, работавшему с В.М. Бехтеревым и И.П. Павловым, ординатору и прозектору 1000-коечной Винницкой окружной психиатрической больницы, ученику блестящего отечественного психиатра-клинициста П.И. Ковалевского и крупнейшего гистолога А.А. Колосова [3, 4].

Развитие концепции биологических исследований в психиатрии были развиты в дальнейшем преемниками А.И. Ющенко, особенно в период заведования кафедрой профессоров М.П. Невского и В.М. Коваленко, когда на кафедре были созданы спектроскопическая, биохимическая и электрофизиологическая лаборатории.

Однако, с приходом А.И. Ющенко к руководству кафедрой и клиникой, эти научные планы были только на горизонте, а решать приходилось в первую очередь прозаические вопросы быта. С первых же шагов самостоятельной работы он вплотную столкнулся с тяжелым материальным

положением: отсутствовали деньги на содержание отделений, тогда как до конца года было необходимо, по меньшей мере, 200000 рублей, клинику отключили от электричества, администрация пыталась отдать здание, отведенное клинике, под столовую на 500 мест. Такая ситуация препятствовала лечению, приводила к отказам в госпитализации многим пациентам, создавала «угрозу самых ужасных эксцессов, как пожары, самоубийства, убийства больными друг друга и служащих» (из рапорта профессора А.И. Ющенко). На этом историческом отрезке, когда в университете интенсивно шел процесс «пролетаризации и советизации», «коренное изменение классового состава студенчества», а многие преподаватели признавались антисоветски настроенными, и их проищем приписывались порча имущества» имущества, мебели, исчезновение отопления и освещения, несомненно, требовалось большое гражданское мужество, чтобы даже просто огласить эти проблемы. В своём рапорте руководству факультета профессор А.И. Ющенко характеризует положение психиатрического отделения как «безотрадное» и «осмеливается» бросить обвинения руководству – из-за отсутствия угля и воды «обмывание, а тем более ванны, более чем затруднительны», опытного среднего медперсонала, а, тем паче, младшего (сиделок и служащих) нет, белье в прачечной держат месяцами и возвращают негодным, не установлены специальные газовая и спиртовая печи для разогрева пищи, остывающей при ее транспортировке из центрального пищеблока. Он прямо указывает на то, что в таких условиях невозможны не только научный и педагогический процессы, но и удовлетворительное содержание и лечение больных (протокол заседания медфака от 30 июня 1920 года).

Приоритет прав больного и обязанностей медперсонала всех уровней как важнейшее этическое правило Ростовской психиатрии был заложен именно при профессорах К.С. Агаджанянце и А.И. Ющенко, сознательно нарушавшими свойственный тому времени принцип «защиты чести мундира» и выносившими «сор из избы». В такой непростой обстановке работу нового директора клиники можно сравнить только с борьбой. Александр Иванович вынужден был бороться за клинику, за больных, за преподавание и науку, будоражить ректорат. И, что самое удивительное, ему это удавалось. В чрезвычайно затруднительной экономической ситуации 1924 года кафедра начала капитальный ремонт, согласовав его с Правлением университета, и

искала источники внебюджетного финансирования. Например, по инициативе кафедры был заключен договор с Азовско-Донско-Кубанским водным здравотделом весной 1924 года, согласно которому лечение одного их больного в общей палате оценивалось в 1 руб. 50 коп., а в отдельной палате – в 2 руб. 50 коп. Коллектив добился специальной программы, вытребовав, чтобы заработанные им средства шли не в Фонд Медфака, своеобразный «общий котел», а тратились подконтрольно самим коллективом на «ежедневно производимые строительные уплаты» [5].

Именно в эти годы, несмотря на тяжелое экономическое положение, коллектив сумел таки создать в клинике музей и библиотеку, вести интенсивную педагогическую и научную работу. Вот что пишет по этому поводу профессор П.И. Эмдин (1928): «У всех пустовали аудитории, не было больных, в палатах было холодно и голодно, а в аудитории Александра Ивановича было много студентов и в палатах полно больных. А.И. Ющенко требовал, чтобы студенты учились. Всюду ... он негодовал, грозил, требовал ... И молодежь быстро начала (учиться) не за страх, а за совесть, ибо лекции были увлекательны, занятия новы и интересны. Поднята была дисциплина в клинике снизу доверху. Александр Иванович сконцентрировал вокруг себя много талантливых молодых врачей. ... Научная работа закипела в кабинетах и лабораториях клиники».

В эти годы из кафедры выходят серьезные научные труды, посвященные рефлексологии и физиологии, биохимии, социальным и криминальным проблемам психических расстройств, истерии и *dementia praecox*. Тогда же профессор А.И. Ющенко заложил кафедральные основы студенческой науки. Уделяя большое внимание «студенческой научной секции (научному студенческому кружку) по изучению невропатологии и психиатрии», например, летом 1923 года он организовал научную студенческую экспедицию для ознакомления с лечебными средствами курортов Минеральные Воды, Абас-Тумана, Боржоми и добился ее финансирования деканатом.

По инициативе А.И. Ющенко в мае 1920 года было создано Ростовское общество невропатологов и психиатров. Среди его основателей профессора М.С. Доброхотов, С.Н. Давиденков, Н.Н. Корганов, Я.Н. Корганов, Н.М. Иценко, А.А. Перельман и В.В. Браиловский.

Умело выискивая кадры, Александр Иванович привел в науку и клинику будущую гордость

отечественной психиатрии и неврологии, будущих профессоров и руководителей кафедр, институтов Н.Н. Корганова, Я.Н. Корганова, Н.М. Иценко (чьим именем названа болезнь Иценко-Кушинга), Э.М. Залкинда, Д.Г. Шеффера, В.А. Никольского, Х.И. Гаркави, С.А. Гинзбурга, З.А. Соловьеву, Е.В. Маслова, М.А. Чалисова, В.В. Браиловского, А.Б. Когана, А.Б. Александровского, В.А. Глазова. На кафедре, в лабораториях и отделениях трудились доктора Л.П. Свамицкая, П.А. Порошина, Е.С. Ермакова, М.П. Берлин, Д.А. Бирюков, Н.М. Вольфсон, С.А. Гинзбург, В.А. Дзиковский, Н.Б. Тамбиев, К.В. Шатенштейн, Д.А. Цацах и многие другие.

Только через 5 лет – 31 мая 1923 года предметная комиссия по нервным и душевным болезням утвердила предложенный А.И. Ющенко проект разделения клиники на два самостоятельных подразделения. Совет факультета и правления университета одобрили эти предложения и направили их в Москву, где в 1924 году и было принято окончательное решение: клиника нервных и душевных болезней разделилась на две самостоятельные – на «клинику с кафедрой нервных болезней» с преподаванием означенной дисциплины на 4-ом курсе и на «клинику с кафедрой душевных болезней с психоневрозами» для преподавания пятикурсникам (рапорт отдела медобразования в правление ДГУ от 23.03.23 года и решение Правления ДГУ от 11.07.23 года). Самостоятельной кафедра психиатрии стала в ДГУ в мае 1924 года.

Уже в те годы коллектив кафедры психиатрии предпринимал меры по «дестигматизации» психиатрии. Так, при разделении был впервые поднят и решен вопрос и о переименовании клиники в «психоневрологическую клинику (клинику болезней личности)», что «более соответствует» положению дел и более приемлемо для больных».

Перу А.И. Ющенко принадлежит множество научных работ, из них 7 – монографии. Его книга «Сущности душевных болезней и биологохимические исследования их» (1912) – первый фундаментальный труд в области биологической психиатрии, открыла перед психиатрами новое направление в познании сущности душевных расстройств. Его «Лекции по психиатрии» (1923-1924) – один из первых опытов обоснования психопатологических феноменов через патофизиологические процессы. Завершающим этапом научной работы Александра Ивановича на Ростовской земле явилось разработанное им эволюционно-генетическое направление о роли

и месте конституции в психиатрии.

Вклад А.И. Ющенко в отечественную и мировую психиатрию был достойно оценен – именно заведующий кафедрой Ростовского мединститута стал первым в истории советской психиатрии академиком – он был избран действительным членом Академии наук УССР [5].

В дальнейшем А.И. Ющенко написано около 120 работ, из которых главнейшие: ряд биохимических исследований при душевных болезнях, синтезированных в курсе «Сущность душевных болезней и биолого-химические исследования их» (1912), переведенном в последующем на многие иностранные языки. В этих работах он показал изменения окислительных, ферментативных и других процессов у душевнобольных и у животных с эндокринными поражениями; сюда примыкают работы Александра Ивановича о химизме пищеварительных процессов; исследования, посвященные учению о конституциях, названному им эволюционно-генетическим; А.И. Ющенко выделяет три типа: эотип, палеотип, неотип, создавшиеся вследствие образа жизни, производственно-трудовых отношений и других моментов, присущих эпохам развития человечества; работы по сущности и классификации неврозов [острые реактозы, истинные неврозы, персононеврозы (целые)] и патологии характеров (эпилептоидия, схизоидия, психастеноидия, истероидия, циклоидия и некоторые другие). Анализ тех и других дается с учетом особенностей «этажности» личности, вегетатики, типологии, социальной направленности и т.п.

С 1929 году Александр Иванович работал в Харькове в Украинской психоневрологической академии, в организации которой он принимал самое активное участие, где он занимает должности члена президиума академии, директора клиники неврозов, председателя научных конференций и сессий. Перед этим Александр Иванович работал в Харькове директором Украинского государственного института клинической психиатрии и социальной психогигиены, занимая ряд должностей по совместительству по научно-исследовательской и педагогической деятельности. В 1934 году избран действительным членом Академии наук УССР. Общественная деятельность А.И. Ющенко была интенсивна: почетный член и председатель ряда научных обществ, член Ростовского городского совета, Донского исполкома, Краевого исполкома, председатель Крайбюро СНР, редактор различных

журналов и т.п. Состоял членом английской медико-психологической ассоциации и международного психогигиенического комитета [5, 6, 7].

В научном наследии Александра Ивановича наибольшее значение имеют его работы о строении симпатических узлов, по исследованию ферментативных процессов и эволюционно-генетических процессов у душевнобольных.

Среди трудов А.И. Ющенко следует отметить: «*Paratyoclonus multiplex*» (в соавторстве с Н.М. Плохинским, 1894), «Юношеский прогрессивный паралич» (1895), «К вопросу о постельном содержании душевнобольных» (1901), «Сущность душевных болезней и биолохимические исследования их» (1912), «Лекции по психиатрии: В 2-х частях» (1923), «Вопросы классификации, профилактики и лечения так называемых травматических неврозов» (1935).

Умер академик А.И. Ющенко 13 июня 1936 года, его прах покоится на одном из кладбищ г. Харькова. В некрологе подчеркивалось, что умер один из старейших психоневрологов Советского Союза [7]. Большой и оригинальный ум, разносторонняя образованность, большая творческая активность, жизнерадостность, простота и доступность – основные черты личности Александра Ивановича, который так много сделал для отечественной науки.

С целью увековечивания памяти академика А.И. Ющенко президиум Украинской психоневрологической академии решила: 1) просить Наркомздрав разрешить дать имя академика А.И. Ющенко клинике неврозов и лаборатории биохимии академии; 2) установить повышенную стипендию имени академика А.И. Ющенко на психоневрологическом факультете II медицинского института; 3) установить одну аспирантскую стипендию имени академика А.И. Ющенко; 4) организовать выпуск сборника, посвященного академику А.И. Ющенко; 5) сберечь в академии мозг академика А.И. Ющенко [7].

Академик А.И. Ющенко, несомненно, внес большой вклад в развитие медицинской науки Украины и России. Его принципиальность, целеустремленность, широта научных интересов и оригинальность мышления, добросовестность, настойчивость в труде являются хорошим примером для молодежи, которая посвятила себя психиатрической науке.

Безусловно, творческая биография и научные достижения Александра Ивановича имеют большой интерес для истории отечественной науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

*П.Т. Петрюк<sup>2</sup>, О.П. Петрюк<sup>1</sup>*

**АКАДЕМІК ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ ЮЩЕНКО: ШТРИХИ ДО ЖИТТЄВОГО ТА  
НАУКОВОГО ШЛЯХУ ВІДОМОГО ВІТЧИЗНЯНОГО ПСИХІАТРА  
(ДО 140-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ)**

Институт неврології, психіатрії і наркології АМН України, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3<sup>1</sup>, Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб з проблемами психіки, м. Харків<sup>2</sup>

На основі джерел спеціальної літератури і наукових праць ювіляра приведені нові дані про життєвий і творчий шлях академіка О.І. Ющенка – відомого вітчизняного ученого, психіатра, одного з основоположників біохімічного напрямку в психіатрії, представника харківської психіатричної школи, що працював у свій час на Сабуровій дачі, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий внесок в розвиток вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи.

Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукового внеску ювіляра, зокрема особливості його українського періоду життя на науковій творчості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 145-149).

*P.T. Petryuk<sup>2</sup>, O.P. Petryuk<sup>1</sup>*

**ACADEMICIAN ALEXANDER IVANOVICH YUSHCHENKO: STROKES TO THE VITAL AND  
SCIENTIFIC WAY OF THE KNOWN DOMESTIC PSYCHIATRIST  
(TO 140-TH ANNIVERSARY)**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3<sup>1</sup>, Kharkiv city|urban| benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv<sup>2</sup>

Resume. 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 academician O.I. Yushchenko – known domestic|home, native scientist, psychiatrist, one of founders of biochemical direction in the psychiatry, representative of Kharkiv psychiatric school, working at one time on the Saburova dacha, which|what| brought in ponderable payment|deposit, fee, endowment the scientific achievement in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school.

The necessity of subsequent|consequent study of biography and scientific achievement of person whose anniversary is celebrated is underlined, in particular Ukrainian period of life on scientific creation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 145-149).

*Литература*

1. Деятели психиатрии (Краткие биографические сведения) / Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л., Шевчук И.Д. Психиатрия. Таблицы и схемы. — К.: Издательское объединение «Вища школа», 1977. — С. 60-77.

2. История кафедры психиатрии и психиатрической клиники Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко // <http://psy-vrn.by.ru/history.html>.

3. Коваленко И.В., Пшук Н.Г. К истории Винницкой областной психоневрологической больницы им. академика А.И. Ющенко // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. — Т. 1. — Х.: Б.и., 1994. — С. 64-65.

4. Ключко В.Л. Винницкая психоневрологическая лікарня ім. Акад. О.І. Ющенка. 1897–1997: історичний нарис. Вінниця: РВВ ВАТ «Віноблдрукарня», 1997. 136 с.

5. Капустянский В.Л., Бухановский А.О. Биография юбилера: Кафедра психиатрии ростовского государственного медицинского университета: вчера, сегодня, завтра // Психиатрия на рубеже тысячелетий: Материалы научно-практической конференции психиатров Юга России (с международным и Всероссийским участием) (г. Ростов-на-Дону, Россия, 21-23 декабря 1999 г.) // [http://www.centerphoenix.ru/papers.php?cat\\_id=64](http://www.centerphoenix.ru/papers.php?cat_id=64).

6. Зеленский Н.М. 150 лет Сабуровой дачи. К.—Х.: Госмедиздат УССР, 1946. 160 с.

7. Академік О.І. Ющенко: некролог // Українська психоневрологічна академія: Науково-інформаційні матеріали. — Вип. 1. — Х.: Б. в., 1936. — С. 2-4.

8. Горбачев В.К., Мягков И.Ф. Материалы к истории кафедры психиатрии ВГМИ // Шизофрения (терапия, патогенез, клиника): Труды Воронежского медицинского института. — Т. 63. — Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1968. — С. 10-14.

Поступила в редакцию 6.02.2009

## СОДЕРЖАНИЕ

## CONTENTS

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## ORIGINAL INVESTIGATION

- Насинник О.А.** Психосоциальная реабилитация в период неотложной и принудительной госпитализации 3
- Насинник О.А.** Psychosocial rehabilitation during emergency and compulsory hospitalization
- Пінчук І.Я.** Особливості ситуації щодо психічних розладів у осіб, старших за працездатний вік в Україні в 2008 році 10
- Pinchuk I.** Particular qualities of situation of mental disorders the elderly people in Ukraine 2008
- Ряполова Т.Л.** Социально-демографическая и клиническая характеристика больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, впервые госпитализированных в психиатрический стационар 17
- Ryapolova T.L.** Social-demographic and clinical characteristics of schizophrenic and schizophrenic-like disorders in patients with initial hospitalization in psychiatric hospital
- Свиридова В.В.** Медико-психологическая составляющая в комплексной системе реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах 22
- Sviridova V.V.** Medico-psychological constituent in complex rehabilitations system of women, which carried operative interferences on sexual internalss
- Денек М.А.** Психокоррекция различных форм супружеской дезадаптации при специфических расстройствах личности у женщин 31
- Deneko M. A.** Psychocorrection of different forms of matrimonial dezadaptationi at specific disorders of personality for women
- Маркова М.В., Ветрила Т.Г.** О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития 38
- Markova M.V., Vetrila T.G.** About development of complex system medico-psychological rehabilitation of families, which educate child with violation of psychical development
- Марценковський І.А., Бікшасва Я.Б., Ващенко Л.С.** Медикаментозна терапія та медико-соціальна реабілітація дітей з порушеннями загального розвитку 46
- Martsenkovskiy I.O., Bikshaeva Y.B., Vacshenko L.S.** Drug therapy and medical-social rehabilitation of the children with disturbances of general development
- Денисов Е.М.** Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией 53
- Denisov E.M.** The using of psychoeducation programm of patients with paranoid schizophrenia in sistem of the medical and social rehabilitation
- Абрамов В.А., Жигулина И.В., Левчук И.Н., Абрамов А.В.** Оценка эффективности и безопасности применения препарата риссет у больных шизофренией 59
- Abramov V., Zhygulina I., Levchuk I., Abramov A.** The estimation of efficiency and safety of application of preparation risset
- Гавенко Н.В.** Психотерапевтическая коррекция сценарной (скрипталной) формы первичной сексуальной дезадаптации у замужних женщин, больных невротическим расстройством 64
- Gavenko N.V.** Psychotherapeutical correction of scriptal form of primary sexual disadaptation of married women suffering from neurotic disorder
- Выговская Е.М., Пырков С.Г.** Межличностные взаимоотношения и самоактуализация как факторы, формирующие невротический путь синдромогенеза 69
- Vygovskaya E.M., Pyrkov S.G.** Interpersonal interrelation and self-realization as factors, witch form neurotic way of syndromogenesis
- Осокина О.И.** Динамика развития параноидального бреда у больных с первым эпизодом психоза 74
- Osokina O.I.** Paranoic delirium progress in the 1st psychosis episode patients
- Лунин А.Н., Никифоров Ю.В., Малтапар О.К.** Опыт внедрения биопсихосоциальной 81
- Lounin O.M., Niciforov Yo.V., Maltapar O.C.** Experience of introduction of biopsihosotsialnoy

модели реабилитации в отделении с усиленным наблюдением

- Малтапар О.К., Баран В.И.** Ландшафтно-садовая терапия – как один из методов медико-социальной реабилитации психически больных 86
- Онищенко Я.М.** Постстрессовая реабилитация сотрудников правоохранительных органов 91
- Міхановська Н.Г.** Мультиаксіальний підхід до формування медико-психологічних програм втручання для дітей раннього віку з перинатальним ураженням нервової системи 95
- Пономарев В.И., Чуев Ю.Ф.** Основные принципы терапии синдрома зависимости от летучих органических соединений у детей и подростков 100

#### КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

- Бабюк И.А., Табачников А.Е., Шульц О.Е., Шамраев С.И., Гашкова Л.А.** Оценка влияния хомвио-тензина на эректильную функцию у мужчин при лечении гипертензии 107
- Малтапар О.К.** Цветотерапия – как один из методов медико-социальной реабилитации больных шизофренией 110
- Михайлов Б.В., Мороз С.М.** Основы организации психотерапевтической работы в рамках реабилитации инвалидов с хроническими соматическими заболеваниями 114
- Скрипніков А.М., Ісаков Р.І., Герасименко Л.О.** Принципи психокорекційної роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами підліткового віку 118
- Пырков С.Г., Выговская Е.М.** Сравнительная характеристика эмоционального выгорания у медицинских работников различных специальностей (предварительное сообщение) 121
- Дворніков В.В., Лобанов С.О., Харчук Є.В., Синицька Т.В., Мартинова Ю.Ю.** Особливості процесів мислення у хворих з алкогольною залежністю, коморбідною з параноїдною шизофренією 124
- Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д.А., Матковская Т.Н.** К проблеме медико-социальной реабилитации подростков с невротическими расстройствами 128

#### НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Кочарян Г.С.** Гомосексуальность: исследование Альфреда Кинси 131

#### СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

- Чабан О.С., Хаустова О.О., Чаплинская В.В.** 135

model of rehabilitation in the separation with the increased supervision

- Maltapar O.K., Baran V.I.** Landshaftoterapiya as one of effective methods of medico-sotsialnoi rehabilitation of patients with psychical disorders 86
- Onischenko Y.M.** Poststress an aftertreatment of the employees of law-enforcement organs 91
- Mikhanovskaya N.** Multiaxial approach to formation of medicopsychological interventional programs for children of early age with perinatal damage of the nervous system 95
- Ponomaryov V.I., Chuev Y.F.** Main therapeutic principles of syndrome of dependence on volatile organic compounds of children and teens 100

#### SHORT REPORTS

- Babuk I.A., Tabchnikov O.E., Shults O.E., Shamraev S.I., Gashkova L.A.** Elevation of influence of homvio-tensin on men's erectil funktion naturopatic treatment of chronic itching dermatitis 107
- Maltapar O.K.** Coloroterapiya – as one of methods of medico-sotsialnoi rehabilitation of patients with schizophrenia 110
- Mihailov B.V., Moroz S.M.** The basics of the organization of the psychotherapeutical work within the framework of the rehabilitation of the disabled people with chronic somatic diseased 114
- Skrypnikov A.M., Isakov R.I., Herasymenko L.O.** Principles psychocorrection work with hiv-infected patient adolescence 118
- Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M.** Comparative description of the emotional burning out among the medical workers of different professions (preliminary report) 121
- Dvornikov V.V., Lobanov S.O., Harchuk V.V., Sinitzkaya T.V., Martinova Y.Y.** Peculiarities of thinking processes in the patients with alcohol dependence comorbidied with paranoid schizophrenia 124
- Mykhailova I., Proskurina T., Mitelyov D., Matkovska T.** To the problem of medico-social rehabilitation of adolescents with neurotic disorders 128

#### SCIENTIFIC REVIEWS

- Kocharyan G.S.** Homosexuality: A. Kinsey research 131

#### CASES OF PRACTICE

- Chaban O.C., Khaustova O.O., Chaplinska V.B.** 135

Модель ефективної терапії та реабілітації деменції органічного генезу з депресивним компонентом, на прикладі випадку з практики

Model of effective treatment and rehabilitation of dementia organic genesis of depressive component, for example the case of practice

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

OF MEDICAL HISTORY

**Петрюк П.Т., Петрюк А.П.** Академик Александр Иванович Ющенко: штрихи к жизненному и научному пути известного отечественного психиатра (к 140-летию со дня рождения)

**Petryuk P.T., Petryuk O.P.** Academician Alexander Ivanovich Yushchenko: strokes to the vital and scientific way of the known domestic psychiatrist (To 140-th anniversary)

СОДЕРЖАНИЕ

**150** CONTENTS



## К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий, **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ**, электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика

исследования должна быть написана очень четко, 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](mailto:psychea@mail.ru), [dongournal@mail.ru](mailto:dongournal@mail.ru)

Редколлегия журнала