

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

№ 1 (21), 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), І. І. Кутько (Україна), Н. О. Марута (Україна), О. М. Морозов (Україна), О. К. Напрєєнко (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. Табачніков (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, dongournal@mail.ru

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

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.895..8-614-08-039.76

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина***ОБ ИНТЕГРАТИВНОМ ПОДХОДЕ К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, концепция, психосоциальная реабилитация

В современных условиях процесс оказания психиатрической помощи не опирается на общепринятую научно обоснованную концептуальную базу. Достижения современной биологии, психологических и социальных наук, анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения делает актуальным преодоление как односторонне биологических подходов в психиатрии (Kandel E.R., 1998), так и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств. Разработка интегрированной модели, применимой к различным аспектам теоретической и практической психиатрии, задача чрезвычайно сложная, главным образом, по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих психическое состояние человека (здорового и больного). Однако недостаточная эффективность традиционно используемых в психиатрической практике психофармакологических средств (старого и нового поколения) настоятельно требует создания такой лечебно-диагностической парадигмы, которая учитывала бы весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинико-биологических детерминант.

По мнению Полтавца В.И. (1996), новая парадигма в психиатрии должна предусматривать:

1. Постепенный переход от рассмотрения пациента как объекта психиатрической помощи к отношению к нему как к субъекту лечебно-реабилитационного процесса.

2. Более четкое определение содержания категории «психическое здоровье» и «психическая норма» с учетом позиции транскультурального подхода, идей толерантности и максимального внимания к индивидуальности человека.

3. Переход к пониманию психиатрической помощи не как суммы медицинских приёмов, направленных на восстановление здоровья, а мультисциплинарной сферы деятельности, которая имеет целью интеграцию или реинтеграцию пациента в общество.

Известно, что парадигма определяется как система теоретических и методологических предпосылок, на которых базируется соответствующая деятельность. В таком понимании, как отмечают Первомайский В.Б. и др. (2003), парадигма современной психиатрии еще далека от своего полного оформления. Возвращение в психиатрию Нуллером Ю.Л. (1991) понятия регистров Крепелина Э. в качестве новой парадигмы, далеко не исчерпывает ее содержание. Утверждение о неспецифичности психопатологической симптоматики в отношении нозологических форм отнюдь не решает вопрос доказательной ее диагностики. Если рассматривать парадигму как систему знаний о патогенезе, клинике, течении, прогнозе психических расстройств и действий по их диагностике, лечению, профилактике и экспертизе, то для решения существующих в этих разделах психиатрии вопросов нужно помимо регистров Крепелина Э. осмыслить теорию диссолюции Джексона Дж., учение Анохина П.К. о функциональных системах, современные представления о локализации психических функций в головном мозге, реабилитационных технологиях и многое другое.

Вопросы реабилитации (медико-социальной, психосоциальной реабилитации), а также интеграции (реинтеграции) пациентов с психическими расстройствами в общество, как и другие проблемы психиатрии, связанные с социумом, рассматриваются в контексте социальной психиатрии, представляющей важное направление психиатрической науки и практики.

Не вдаваясь в дискуссию о научной концепции, определении понятия и методах социальной психиатрии, выделим 9 базисных ее принципов, сформулированных Doerner К. (1995), и

имеющих непосредственное отношение к проблеме реабилитации психически больных:

1. Социальная психиатрия предполагает равенство возможностей всех членов общества, включая психически больных.

2. Социальная психиатрия отрицает все еще встречающееся сугубо биологическое понимание психического заболевания.

3. Психиатрические диагнозы не должны носить стигматизирующего (этикетизирующего) характера.

4. Социальная психиатрия признает и изучает комплексное влияние социальных факторов на психическое здоровье.

5. В основе социально-психиатрической помощи должны лежать принципы солидарности с психически больными.

6. Особая роль в лечении психически больного должна принадлежать «терапевтическому сообществу», включающему в себя врачей, социальных работников, родственников и других лиц из ближайшего социального окружения пациента.

7. Терапевтическое сообщество должно служить альтернативой институциональному подходу к лечению.

8. Приоритетом деятельности психиатров является профилактика и реабилитация.

9. Предмет социальной психиатрии составляют эмпирические исследования и терапевтическая практика, направленные на реадaptацию психически больного и его интеграцию в социальную реальность.

Особенно ценным в концепции социальной психиатрии является изучение роли социальных факторов во всей этиопатогенетической цепи развития психической патологии (возникновение, клиническое оформление, динамика, прогноз, исход) и разработка принципов и стратегий реабилитации больных, что имеет непосредственное значение для психиатрической практики.

О неотложности и приоритетности развития социального аспекта психиатрической теории и практики на постсоветском пространстве свидетельствуют многочисленные научные публикации (Полтавец В., 1995; Краснов В.Н., 2001; Кабанов М.М., 2001; Александровский Ю.А., 2000). Обобщение теоретических разработок в области социальной психиатрии позволило констатировать, что предмет современной социальной психиатрии, которая изучает вопросы социальной этиологии и социальной патологии больных психическими расстройствами, существен-

но отличается как от предмета психиатрии в ее классическом (биологическом) понимании, так и от предмета социальной гигиены. Он включает исследование влияния на психическое здоровье собственно социальных, этнических и экологических факторов, их связь с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2001; Первомайский В.Б. и др., 2003).

Важным направлением социальной психиатрии является изучение влияния социальных и социально-психологических факторов на распространение и течение психических расстройств. В числе наиболее значимых аспектов можно выделить следующие:

1. Стигматизация пациентов со стороны ближайшего окружения.

2. Изучение негативной роли длительного пребывания в клинике или госпитализма (institutionalism), к наиболее существенным последствиям которого относятся разрушение социальных связей больного и утрата социальных навыков.

3. Изучение влияния стрессогенных жизненных событий на манифестацию и течение психических расстройств.

4. Определение влияния коммуникативного стиля семьи на течение заболевания.

5. Исследование влияния социальных сетей (системы социальных связей человека) и социальной поддержки на клинико-динамические особенности заболевания.

Разработка концептуальной основы реабилитации больных как важнейшей сферы социальной психиатрии непосредственно связана с интегративными представлениями о сущности психического расстройства и современными организационными и методическими возможностями реализации мультимодального (биопсихосоциального) подхода к процессу оказания психиатрической помощи, хотя в нашей стране эта модель не относится к числу глубоко осознанных и ассимилированных специалистами.

Теоретическая платформа, обеспечивающая адекватное применение реабилитационных технологий в психиатрической практике с учетом многостороннего характера и конечных целей этой деятельности должна базироваться на достижениях различных научных направлений изучения человека, его психической организации в норме и патологии и роли окружающей среды в

решении стратегических задач социального восстановления пациента. Такая масштабная ориентация реабилитационной деятельности предполагает использование адекватных принципов ее организации. С нашей точки зрения, таким принципом может быть системная методология научного познания со своеобразным видением объекта исследования.

Система – это относительно замкнутая совокупность компонентов, связанных и взаимодействующих между собой таким образом, что при этом появляются новые (интегративные, системные) качества, не присущие образующим систему частям (Афанасьев В.Г., 1964). По мнению основоположника общей теории систем Bertalanffy L. (1973), система может быть определена как совокупность элементов, находящихся в определенных отношениях друг с другом и со средой.

Из этих определений следует, что система как объект исследования, обладает целостностью. Суть системного подхода состоит в рассмотрении исследуемого объекта (пациента) как целого и выделении его из окружающей среды как системы. Алгоритм системного подхода может быть представлен следующим образом:

- выделение системы;
- определение направлений структурно-функционального анализа;
- проведение локального анализа структуры и функций подсистем;
- выделение связей и зависимостей между отдельными составляющими;
- построение системной (интегративной) модели изучаемого объекта.

Одним из сложнейших системных объектов, функционирующих в окружающей, в т.ч. социальной, среде, является психика человека. Ее системный характер проявляется как на уровне психологического, так и психопатологического исследований. Психиатрия является научным перекрестком самых разнообразных направлений: психологии, физиологии, биологии, общей патологии, лингвистики, социологии, доказательной медицины и т.д.

Системный или интегративно-аналитический подход к пониманию сущности психических расстройств, проблем пациента и оказанию эффективной психиатрической помощи – направление правомерное, теоретически целесообразное и практически оправданное. Для того, чтобы оно было реализовано в клинической практике, его следует распространить на все составляющие лечебно-диагностического процесса и

теоретические основы психиатрии. Дмитриева Т.Д. и др. (2001) считают необходимым применение системного подхода к решению клинических проблем в их специфическом преломлении на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях с выделением на каждом из них наиболее информативных подсистем и выяснением существующих взаимосвязей. В более упрощенном контексте польза системного подхода состоит не только в том, что «о вещах начинают мыслить упорядоченно, по известному плану, но и в том, что о них начинают мыслить вообще» (Лихтенберг Г., цит. по Волкову П.П., 1976).

Опираясь на теорию систем Bertalanffy L. (1973), Engel G.L. (1979, 1980) рассматривает биопсихосоциальную модель как динамическое единство, включающее различные подсистемы, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимодействия органических, психологических и социокультуральных факторов. Каждая подсистема функционирует по собственным законам и поэтому для анализа феноменов каждого уровня необходимы специфические и адекватные этому уровню средства. При этом снимается вопрос, какие факторы главные, а анализируется характер их взаимодействия.

Следует, однако, отметить, что хотя биопсихосоциальная модель задает вполне определенную перспективу современным исследованиям, она не лишена недостатков и сложностей в ее практической реализации. Уровни этой модели (биологический, психологический и социальный) описаны Engel G.L. в самом общем виде, конкретные формы и взаимодействия вообще не представлены, отсутствует также понятийный аппарат, который позволил бы соотносить научные данные всех трех уровней, каждому из которых соответствует свое концептуальное содержание. Кроме того, данная модель рассматривает пациента как субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включает принцип активности субъекта. Тем не менее, при всем неизбежном несовершенстве биопсихосоциальная модель служит методологическим ориентиром для многих современных исследований, на ее основе делаются первые попытки синтетического интегративного мультифакторного подхода к изучению и лечению различных расстройств.

Важнейшим достижением в разработке проблемы психической патологии на современном этапе можно считать все большее признание интегративного подхода, тенденцию к синтезу

различных частных научных проекций, за которыми стоят знания и практика разных специалистов (психиатров, психологов, социологов), отказ от претензии на владение истинным знанием у представителей различных наук, доминирование конструктивистской установки в решении проблемы психического здоровья через осмысление различных практик в конкретном культурном контексте и постоянное обогащение и развитие представлений о норме и патологии.

С нашей точки зрения, в настоящее время нет альтернативы интегративному пониманию психических расстройств, одновременно учитывающему биологические, психологические и социальные аспекты любого психического заболевания, в том числе, в рамках концепции нелинейного взаимного структурного сцепления между различными взаимодействующими феноменологическими областями (Luhmann N., 1984; Ciompi L., 1997). Такое, интегративное, понимание сущности психического расстройства («психиатрия трех измерений» по Чомпи Л. (1999)) дает надежную научную основу для разработки современных многоосевых диагностических технологий, алгоритма и структуры реабилитационного диагноза, а также многовекторной медико-психологической и социальной помощи пациентам.

Janzarik W. (1973) различает в шизофренческом процессе три компонента: а) изменение психической динамики как результат «нарушения порядка» привычных жизненных условий; б) нарушения энергетического потенциала, что, вероятно находится в зависимости от наследственных факторов; в) как следствие этих процессов – генеральная перестройка психических структур. Таким образом, на материальное выражение психических процессов воздействуют жизненные условия, которые при известных обстоятельствах преобразуют психические процессы.

В рамках биопсихосоциальной модели Ciompi L. (1981, 1984, 1994) выделены три последовательные фазы в развитии шизофрении (трехфазная мультифакториальная модель):

Фаза 1 – комбинация генетических и соматических факторов (конституция, сензитивность, реактивность); психосоциальные влияния (семейный коммуникативный стиль, привитая система взаимоотношений, механизмы совладания).

Фаза 2 – преморбидная (врожденная) уязвимость (vulnerability) относительно болезни или диатез с нарушением процесса переработки ин-

формации; неспецифический стресс (life events); острая психотическая декомпенсация или первый психотический эпизод.

Фаза 3 – психосоциальные влияния; ремиссия, приступы, хронификация.

Таким образом, в отличие от данных, полученных в середине двадцатого столетия об отношении к шизофрении к психозам с преимущественно с дефицитарной «негативной структурой», обусловленной исключительно прогрессивностью заболевания, современные, в том числе собственные, наблюдения не позволяют утверждать фатальную зависимость динамики заболевания исключительно от самого болезненного процесса. С нашей точки зрения, психическая дезорганизация при шизофрении имеет многофакторную обусловленность, включая инфраструктуру личности с ее многочисленными когнитивно-аффективными связями с окружающей средой. Это позволяет считать пациентов, страдающих шизофренией, одновременно и объектом, и субъектом дезорганизации психической деятельности. Значительная роль в этом процессе отводится микросоциальным условиям, способствующим или препятствующим позитивной динамике заболевания.

В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и реабилитационном потенциале имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. Большинство исследователей считает, что адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой (Волошин А.И. и др., 1987), а компенсация – это реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов (Ануфриев А.К., 1974). Дмитриева Т.Б. (1997) рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функции, направленной на поддержание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой. С этой точки зрения адаптацию и компенсацию можно рассматривать как составные элементы единого процесса приспособления, имея в виду способность больных приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде,

то есть, внутреннюю их готовность приспособиваться к тем или иным условиям жизни.

Биопсихосоциальная модель шизофрении предполагает выделение двух типов адаптации - психическую и социальную.

Психическая (психологическая) адаптация – сознательно саморегулируемая система, осуществляющая функциональную деятельность, реагирующая на изменения в социально-экологической среде, т.н.х приспособительны ты м и средой.кой регуляции функции, направлен в основе которой лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Система психической адаптации постоянно находится в состоянии готовности к выполнению присущих ей функций. Адекватно отреагировав на воздействующий на нее фактор внешней среды, она возвращается к исходному состоянию «оперативного покоя» (Бавский Р.М.).

В деятельности системы психической адаптации проявляется активность всех выделяемых Анохиным П.К. (1975) узловых механизмов целостных приспособительных актов, включая механизмы афферентного синтеза, принятия решения, акцепторов результатов действия, программы действия, формирования результатов действия, обратной афферентации о результатах действия и сличения смоделированного в акцепторе результата с реально полученным.

Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья. В том случае, когда эти «способности» соответствуют уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, или превышают его, можно говорить об адаптированной, «нормальной психической деятельности человека».

Социальная адаптация понимается как результат процессов психической адаптации во внешней среде, характеризующий особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Выделяют качественную и количественную стороны социальной адаптации. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения (Воловик В.М., 1982; Коцюбинский А.П. и др., 1996). Приспособительное поведение отражает основные тенденции личности в формировании социального поведения и представляет собой биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью. Тип приспособительного поведения определяет целостную

и единообразную стратегию поведения в большинстве жизненных ситуаций. Она включает в себя комплекс защитных образований: осознанные копинг-усилия пациента, предпринимаемые в конкретной ситуации (Исаева Е.Р., 1999; Чехлатый Е.И., 1994), и неосознаваемые механизмы психологической защиты (Аристова Т.А., 1999; Безносюк Е.В. и др., 1997; Воробьев В.М. и др., 1993). При этом копинг-поведение определяется как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия... поскольку эти требования активизируют адаптивные возможности (Lasarus R.S., 1996). Количественная сторона социальной адаптации может быть представлена и измерена как уровень функционирования пациента в различных социальных сферах. Исходя из этого, возникающая у многих больных психосоциальная дезадаптация понимается как дефицит адаптации, в основе которого лежит неспособность больного противостоять давлению социальных требований и обеспечить хотя бы удовлетворительный уровень функционирования в современной жизни.

В рамках адаптационно-компенсаторных представлений получило свое развитие понимание шизофрении как диатез-стрессового заболевания. Наиболее важной характеристикой такого подхода является сензитивность, то есть когнитивная, психодинамическая, психофизическая и биогенетическая готовность реагировать развитием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода сензитивность проявляется в форме клинически скрытой уязвимости (Zubin J. Spring B., 1977) или клинически проявляемого психопатологического диатеза (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Циркин С.Ю., 1998).

Разработанная рядом авторов (Rosenthal D., 1970; Zubin J. et al., 1977) концептуальная «диатез-стресс-модель» шизофрении, освящающая роль, наряду с наследственными, социальных факторов в генезе заболевания, была в дальнейшем дополнена концепцией «уязвимость к стрессу - копинг-компетентность», в которой подчеркивается, что недостаточность у больных в вопросах социального взаимодействия и копинга, социальной компетентности, в свою очередь, ведет к стрессам и манифестации болезни (Liberman R., 1992). С этих же позиций делалась попытка разработать «интерактивную модель развития» шизофренического психоза (Strauss J., Carpenter

W., 1974), более полно учитывающую уже в процессе течения болезни взаимодействие индивида с окружающей средой и развитие самого индивида.

В наиболее обобщенном виде суть диатез-стрессовых теорий может быть сведена к допущению существования динамической совокупности: во-первых, биологической уязвимости (“vulnerability”) как генетически обусловленной предрасположенности к шизофрении (Zubin R. et al., 1985, 1986) и, во-вторых, клинически определяемого шизотипического «диатеза» (М.В.Гончаров, 1998), понимаемого как особая сенситивность организма (Laury G. et al., 1969) по отношению к стимулам, играющим роль стрессоров, под влиянием которых развивается болезнь. В ряду таких стрессоров исследователи рассматривают «любые сверхнормальные, экстремальные раздражители» (Марищук В.Л., 1995) или критические жизненные события, а также микрособытия повседневной жизни (Аббатов В.А. и др., 1998) и обыденные психосоциальные воздействия, не оказывающие сколько-нибудь заметного влияния на здоровых людей, но играющие для «уязвимых» индивидов роль неспецифического стрессора (Olbrien D., 1987; Zubin R., 1983), приводящего к перенапряжению адаптационных структур и обуславливающего тем самым нарушение системы отношений личности с окружающей средой. Формирующийся в связи с этим стрессорный комплекс является неперенным атрибутом борьбы организма «с неблагоприятными влияниями среды задолго до того, как эта борьба начинает ощущаться больным» (Саркисов Д.С. и др., 1988), а в случае нарушения адаптационно-компенсаторной системы в целом может «прорываться наружу», способствуя возникновению шизофренического процесса (Вассерман Л.И. и др., 1994; Вид В.Д., 1993; Кабанов М.М., 1998).

Дифференциация понятий «уязвимость» (генетически обусловленный фактор риска, внешне не проявляемый), «шизофренический диатез» (признак риска, носящий характер предболезни) и «болезнь» сделала логически необходимым предположение о наличии между уязвимостью и диатезом «порога уязвимости» (Zubin J. et al., 1987), а между диатезом и болезнью – «адаптационного барьера» (Александровский Ю.А., 1976) - динамического образования, препятствующего дезорганизации функциональных систем, которые используются организмом для адаптации к конкретной ситуации. Линейная схема такой модели может быть представлена следую-

щим образом (Коцюбинский А.П. и др., 2004): уязвимость-стресс-порог уязвимости-диатез-стресс-адаптационный барьер-болезнь.

Исходя из приведенной концепции, гипотетическое представление о механизмах возникновения шизофренического процесса может быть сформулировано следующим образом. Каждый индивидуум наделен как биологическими ресурсами здоровья, препятствующими действию болезнетворных агентов, так и определенной (вплоть до нулевой) степенью предрасположенности к заболеванию шизофренией – уязвимостью, являющейся основным фактором риска его возникновения. Одновременно с этим, каждый индивидуум располагает определенными ресурсами психологического здоровья или психологической адаптации, базирующейся на трехкомпонентной структуре отношений личности и рассматривающей следующие сферы психической деятельности: а) перцептивно-когнитивную; б) эмоциональную – как относительно автономную психологическую систему, включенную в когнитивно-управляемый процесс оценки окружающего мира и влияющую на способ поведения индивидуума (Шнейдер Ф., 1997); в) потребностно-мотивационную сферу (Иовлев Б.В. и др., 1998).

Таким образом, при рассмотрении этиопатогенетических и реабилитационных аспектов шизофрении целесообразен учет как психологической, так и биологической адаптации. Можно предположить, что любое событие извне первоначально подвергается оценке посредством когнитивно-мотивационно-эмоционального аппарата. Совокупность этих оценок отражается в определенном уровне конфликтных переживаний, внутренне присущих любому человеку, то есть «антиномных реакций» (Зурабашвили А.Д., 1973), - психических процессах «постоянного взвешивания (фактов, явлений) и напряженной ориентации (в сложных ситуациях, в субъективных переживаниях)», связанных со взаимно противоборствующими установками, тенденциями, желаниями и влечениями личности. Вследствие этого в психическом аппарате человека всегда имеется определенный узел конфликтных переживаний (своего рода общая напряженность конфликтных переживаний), который, как правило, бывает фоновым, но усиливается в процессе принятия мотива или неспособности личности реализовать принятый мотив (Файзулаев А.А., 1985). Другими словами, речь идет о взаимоотношениях смысловой и когнитивной, смысло-

вой и эмоциональной, смысловой и потребностно-мотивационной сфер; механизмах целеобразования и планирования будущего (Тихоненко В.А., 1998).

Защитные психологические механизмы индивидуума – психологическая защита и копинг направлены на удержание уровня конфликтности в пределах фонового. Однако в случае влияния внешних дополнительных факторов риска (воздействий внешней среды, как микро-, так и макросоциума), защитные психологические механизмы индивидуума не справляются с задачей удержания уровня конфликтности в пределах фонового, возникает состояние психологического стресса. Оно может быть обратимым в случае прекращения действия стрессорного фактора, а также при наличии и мобилизации резервных защитных механизмов. В противном случае такого «возврата к исходному» не происходит, что способствует искаженному реагированию индивида на различные социальные воздействия. Провоцируемая в результате этого ответная реакция со стороны окружающих включается в механизм «порочного круга», что усиливает «психосоциальную уязвимость» (Бернер П., 1994).

В тех случаях, когда ситуация психологического стресса протекает в условиях недостаточности или истощения защитных биологических механизмов, происходит прорыв порога уязвимости и возникновение шизофренического диатеза, а в дальнейшем – прорыв барьера адаптации, что Chiompi L. (1980) назвал «сломом уязвимой личности», и манифестация заболевания. С этим созвучно и мнение Нуллера Ю.Л. (1988) о том, что различные генетически обусловленные дефекты, чрезмерные стрессорные нагрузки на регуляторные системы могут иметь одно и то же следствие – срыв регуляции и переход ее на иной, патологический уровень.

Гипотетически можно предположить, что «первичная поломка» провоцирует последующую реакцию на нее деятельности мозга в форме его активации (компенсаторной реакции первого порядка, в понимании Нуллера Ю.Л., 1998). Не случайно считают, что при нервно-психических заболеваниях патологический процесс с самого начала его возникновения неразрывно связан с включением компенсаторных механизмов (Семенов С.Д. и др., 1979). На клиническом уровне этому соответствует этап манифестации психоза в форме дезинтеграции психических функций (Нуллер Ю.Л., 1998).

В случае, когда компенсаторные образования

по каким-то причинам оказываются гиперактивными, в картине заболевания превалируют предельно острые психотические расстройства. При гипореактивности компенсаторных образований превалируют менее острые психопатологические расстройства с тенденцией к хронизации течения заболевания. При ареактивности компенсаторных образований создается ситуация, когда сопротивление организма болезни ограничивается адаптивными механизмами. Болезненный процесс, лишенный противодействия компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов, снижению общих функциональных возможностей организма, что на клиническом уровне проявляется преимущественно в виде негативной симптоматики. Нарастание негативной симптоматики формирует новый уровень адаптации, сниженный по сравнению с исходным. Разница между доболезненным уровнем адаптации и морbidно сниженным получила название «цена адаптации» (Воложин А.И. и др., 1987). Таким образом, клиническим эквивалентом цены адаптации является выраженность негативной симптоматики. С этой точкой зрения согласуется и представление о дефекте как об особой форме приспособления организма к требованиям действительности за счет снижения функционального уровня личности, то есть о дефекте как цене адаптации.

Параллельно с компенсаторными реакциями, формирующимися в условиях развившегося заболевания, важное место в системе приспособления больного принадлежит механизмам психологической адаптации, характерным для индивидуума в целом, включая и период его болезни. Как уже отмечалось, психологическая адаптация включает в себя комплекс защитных образований: копинг и психологическую защиту.

Среди множества факторов, влияющих на качественные характеристики этого комплекса, важную роль играет возраст пациента, в частности, возрастные различия их социально-психологических особенностей.

Преобладающим возрастом у больных с психическими расстройствами является зрелый возраст, охватывающий период от 21 года до 60 лет и знаменующий собой завершение формирования личности как «стойкой самореализующейся системы психических свойств, отношений и действий индивида» (Рубинштейн С. Л., 2005).

Благоприятное протекание периода зрелости, по мнению Слободчикова В.И. (2001), имеет три

плавно переходящие друг в друга фазы личностного становления:

- адаптацию, то есть, усвоение действующих ценностей и норм, их интеллектуальное и эмоциональное принятие, а также овладение соответствующими средствами и формами деятельности, а потому, в некоторой степени, уподобление индивида другим членам общества;

- индивидуализацию, то есть, постепенно обостряющееся противоречие между тенденцией «быть как все» и стремлением к максимальной персонализации, что характеризуется поиском возможностей и способом обозначения своей индивидуальности;

- интеграцию, которая детерминирована противоречием между стремлением быть яркой индивидуальностью и беспрепятственно проявлять свои качества в обществе и требованием этого общества в выражении только тех качеств, которые одобрены и приемлемы в рамках данного социального образца.

При успешном прохождении этих фаз в гармоничном, духовно развитом обществе, у индивида формируются такие качества как гуманность, доверие к людям, справедливость, коллективное самоопределение, требовательность к себе и другим. При нарушении хотя бы одной из фаз личностного становления зрелого субъекта наблюдается болезненная, хорошо осознаваемая им диспропорция между устойчивым внутренним образом собственного «Я» со своими способностями, достоинствами, личной ценностью и неповторимостью, и тем низким уровнем реальных достижений и умеренной оценкой в значимом круге лиц, которые обнаруживаются при объективном анализе его жизненной ситуации. Так возникает «кризис зрелого возраста», имеющий свои специфические особенности в различные кризисные периоды зрелого возраста: переход к ранней взрослости, переход к средней взрослости и переход к поздней взрослости (Левинсон Д., 1999). Совершенно очевидно, что индивидуальные характеристики кризисных периодов зрелости оказывают существенное влияние на механизмы психологической компенсации при психических расстройствах.

Создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлениями о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, об уровнях психической и социальной адаптации пациента. Каждая составляющая этого комплекса характеризуется соответствующим типом систем-

ных измерений:

1. Клиническое измерение – симптомы, синдромы, диагностические категории.

2. Личностно-психологическое измерение – уровень зрелости и адаптивных ресурсов личности, особенности копинг стратегий и защитных психологических механизмов, способность совладать с симптомами болезни.

3. Социальное измерение: а) особенности социально-ролевого функционирования и приспособительного поведения пациента; б) навыки решения жизненно важных проблем; в) уровень ресурсов поддержки пациента в сообществе.

В этой плоскости предмет психиатрии может быть обозначен как нозос в системе сложных внутриличностных и межличностных отношений. В случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни и, в меньшей степени, психологическими и психосоциальными характеристиками, однако социальный прогноз обуславливают преимущественно психологические и психосоциальные характеристики. При этом какого бы уровня и качества социальной адаптации мы не добивались, всегда следует помнить, что биологические лечебные сдвиги не являются финалом курирования больных, что на их основе может и должна быть развернута дифференцированная реабилитационная программа воздействий, позволяющая включить и использовать максимум сохраняющихся у больного компенсаторных возможностей.

Таким образом, цель психиатрической помощи в рамках биопсихосоциальной модели психиатрии не ограничивается «лечением» расстройства. Она может быть сформулирована как «возвращение личности способности жить в системе социально-психологических отношений, адекватных ее оптимальным возможностям». Как предмет, так и цель психиатрии, исходящей из биопсихосоциальной модели, сопряжены с оценкой динамической системы отношений личности. Биопсихосоциальная парадигма закономерно приводит к осознанию того факта, что реальность психического расстройства не может быть полностью охвачена средствами естественно-научной методологии и требует методологии гуманитарного познания, в частности, использования герменевтического подхода в диагностике, лечении и оценивании достигнутого результата. При этом существенно меняется понимание позиции пациента в ходе оказания психиатрической помощи – сутью вмешательства становится постепенное

наделение пациента возможностями и полномочиями субъекта помощи, или процесс перехода от терапевтического субъект-объектного патернализма к оптимальным субъект-субъектным помогающим профессиям (Карагодина Е.Г. и др., 2004).

Принцип системности в психиатрии можно распространить на различные виды коммуникативного поведения и взаимоотношений между врачом и пациентом, феноменологическую трактовку психических состояний, проблемы личности, ее психической адаптации и социального функционирования, отношения пациента с окружающей средой. Не менее важным представляется использование системного (целостного) подхода при организации психиатрической помощи, проведении восстановительного лечения и медико-социальной экспертизы.

Проблема реабилитации также может быть понята в свете современных представлений о системном подходе как динамической системе взаимосвязанных био-психо-социальных компонентов. Рассмотрение пациента с психическим расстройством в контексте объединенной медицинской, психологической и социальной моделей является особой методологической установкой, позволяющей избежать альтернативного противопоставления социального и биоло-

гического в понимании целей и задач реабилитации. Такой подход основан на представлении о реабилитации как системе, направленной на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, с учетом как клинко-биологических, так и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза (Кабанов М.М., 2001).

В контексте такого методологического фокуса адекватными представляются холистический подход к психиатрическому обслуживанию (подход к человеку как к целостной личности, как к индивиду с личными проблемами и переживаниями), а также такие основополагающие принципы реабилитации как единство биологических и психосоциальных методов воздействия и разносторонность (разноплановость) вмешательств для реализации реабилитационной программы (Кабанов М.М., 1975). В этой связи можно говорить о различных модулях реабилитационной стратегии, ориентированных как на клинко-биологический субстрат болезни, так и на особенности личности и социально-ролевого функционирования пациента.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.В. Абрамов, I.B. Жигулина

ПРО ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО РОЗРОБКИ КОНЦЕПЦІЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

На підставі біопсихосоціального підходу до розуміння психічних розладів, уявленні про адаптаційно-компенсаторні механізми, «діатез-стрес-моделі» шизофренії автори розглядають проблему реабілітації як динамічну систему взаємоз'язаних біопсихосоціальних компонентів, метою яких є відновлення особистісного та соціального статусу хворих. Інтегративний підхід дає авторам надійну наукову підставу для розробки сучасних багатовісєвих діагностичних технологій, алгоритму та структури реабілітаційного діагнозу, а також багатовекторної медико-психологічної та соціальної допомоги пацієнтам. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 3-12).

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

ABOUT INTEGRATIVE APPROACH TO THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA CONCEPT AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF THE PATIENTS

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

Authors regard the problem of rehabilitation as a dynamic system of interconnected biopsychosocial components with the aim of the restoring of the personal and social patient's state at the background of the biopsychosocial approach for understanding of mental disorders, the idea about adaptive-compensated mechanisms and "diathesis-stress-model" of schizophrenia. The integrative approach gives the reliable scientific basis for the development of the modern multiaxis diagnostic technologies, the rehabilitative diagnosis algorithm and multivector medical-psychological and social help to the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 3-12).

Литература

1. Абабков В.А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга//Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева., 1998.-№2. - С.4-8.

2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина.- 2000. - 496 с.

3. Александровский Ю. А. Состояния психической

- дезадаптации и их компенсация//Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Наука. - 1976. - 272с.
4. Ануфриев А.К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных// Врачебно-трудовая экспертиза и социально- трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. - М., 1974. - С. 18-22.
5. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и невротоподобной шизофренией. - Автореферат дисс. ...канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 24с.
6. Афанасьев В.Г. Проблема целостности в философии и биологии. - М., 1964.
7. Безносюк И. В., Соколова В.Д. Механизмы психологической защиты//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1997, Вып.2. - С.44-48.
8. Бернер П. Многофакторная модель патогенеза. Ханс Хофф - пионер современной психиатрии//Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - №. 4., Вып. 2. - С. 121-125.
9. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1994. - №3. - С. 16-25.
10. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении - СПб., 1993. - 236 с.
11. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией//Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. - С. 62-71.
12. Волошин А.П., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация - универсальный механизм приспособления. - М.: Медицина, 1987. - 176с.
13. Воробьев В.М., Коновалова П.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1993. - № 1. - С.71-72.
14. Гончаров М.В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) //Российский психиатрический журнал. -1998. -№3. - С.31-37.
15. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии//Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Г.Б. Дмитриевой. - М.: «Медицина». - 2001. - С. 10-35.
16. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии//Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: М е д и ц и н а . - 2001. - С. 10 - 3 5.
17. Зурабашвили А.Д. Личность и антинормальные реакции// Актуальные вопросы психиатрии - Саратов: Изд-во Саратовского ун-та. -1973. - С. 15-19.
18. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Концепция отношений В.П. Мясцева. Статья 6. Компоненты отношения к болезни// Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1998. - № 2. - С.9 - 12.
19. Исаева Я.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией. - Автореферат дисс. ...канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 21 с.
20. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни//Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С.22-27.
21. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии// Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1., вып. 1.- С. 9-10.
22. Карагодина Н.Г., Пушкарева Т.Н. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе//Архив психиатрии. - 2004. - № 4(39). - С.9-12.
23. Коцюбинский А.П., Шейнина И.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий)//Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 1996. -№2.- С. 203-212.
24. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. Шизофрения, уязвимость - диатез - стресс - заболевание. - СПб.: Гиппократ+. - 2004. - 336с.
25. Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития//Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С.19-21.
26. Левинсон Д. Концепция взрослого развития. - Минск: Млада. - 1999. - 104с.
27. Маришук В.Л. Эмоции в спортивном стрессе (материалы к исследованию). - СПб., 1995. - 38 с.
28. Нуллер Ю.Л. О парадигме и психиатрии//Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 1991. - № 4. - С. 5-13.
29. Нуллер Ю.Л., Пегашова А.Н., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных//Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - № 2. - С. 5-11.
30. Первомайский В.В., Карагозна Е.Г., Илейко В.Р., Казерацкая Б. А. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепция и критерии разграничения//Вісник психіатрії та психофармакотерапії - 2003. -№ 1(3). - С. 14-26.
31. Полтавец В. Система «новых» вірувань і психопатологія: спільність форми чи сутності?//Міжнар. Конф. «Релігія і церква в контексті реалій сьогодення»: Тези доповідей./ Відп. ред. А.Колодний. - К.,1995. - С.60.
32. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии.- СПб.: Питер. - 2005.- 713с.
33. Саркисов Д.С., Гельфанд В.Б., Туманов В.П. Теоретические и практические аспекты проблемы соотношения структуры и функции//Руководство по психиатрии. - М.: Медицина. - 1988. - Т.1. - С. 51 -74.
34. Семенов С.Ф., Могилина И.П., Коган Р.Д., Доценко П.М., Грекова И.А. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. - М., 1979. - С. 10-20.
35. Слободчиков В.И. Категория возраста в психологии и педагогике развития//Вопросы психологии.- 2001. - № 2.- С. 37-49.
36. Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение// Российский психиатрический журнал. - 1998. - В. 3. - С.21-24.
37. Файзуллаев А.А. Принятие мотива личностью// Психологический журнал. - 1985. - Т. 6, № 4. - С.87-96.
38. Чехлатый И.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии. - Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - СПб., 1994. - 25 с.
39. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии?//Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. -№3. - С.27-30.
40. Шнейдер Ф. Нейропсихиатрические исследования эмоций// Социальная и клиническая психиатрия. - 1997 - В.2. - С.47-54.
41. Chiompi L. Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik.- Göttingen. 1997.
42. Ciompi L. The natural history schizophrenia in the long run// Brit. J. of Psychiatry. - 1980. - Vol. 6. - P.413-420.
43. Doerner K. Historische und wissenschaftssoziologische Voransetzungen der Sozialpsychiatrie//Was ist Sozialpsychiatrie. Boon. - 1995. - S. 91-107.
44. Engel G.L. (1977) The need for a new medical model: a college for biomedicine//Science. - 1977. - Vol. 196. - P. 129-136.
45. Janzarik W. Die Krise der Psychopathologie//Nervenarzt. - 1976. - Vol. 47. - № 2. - S. 73-80.
46. Kandel E.R. A New Intellectual Framework for Psychiatry// American Journal of Psychiatry. - 1998. - Vol. 155. - P. 457-469
47. Lasarus R.S. Psychological stress and the coping process// Me-Graw-Hill.-1996. - Vol. 4.
48. Laury G., Meerloo J.A.M. Adaptive Disability: Some Precipitating Factors in Schizophrenic Decompensation//Psychiat. Quart. - 1969. - V.43, №2. - P.319-330.
49. Liberman R. Handbook of psychiatric rehabilitation.- Boston: Allyn and Bacon. - 1992.
50. Luhmann N. Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. - Frankfurt. - 1984.
51. Rosental D. Genetic theory and abnormal behavior.- New York: Me draw Hill. - 1970.
52. Strauss J., Carpenter W. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia//Arch. Gen. Psychiatry. - 1974. - Vol.30. - P. 413-420.
53. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability//Psychol. med. - 1983. - № 13. - P.551-571.
54. Zubin J., Spring B. Vulnerability: a new view of schisoffrenia// J. Abnorm. Psychol. - 1977.- Vol. 86.- P. 103-126.

Поступила в редакцию 21.03.2009

УДК 616.89:616.8-009.836.15

*О.С. Чабан, О.О. Хаустова***РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МІШЕНІ: ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛЮДИНИ В СУЧАСНИХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ, м. Київ

Ключові слова: суспільство, синдром, дезадаптація, реабілітація, психосоматичні розлади, життєстійкість

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

люють власні можливості порівняно з можливостями більшості людей

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

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

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

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

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

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

До нових психосоціальних феноменів як підгрунтя психічних та психосоматичних роз-

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

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

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

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

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

тугодумство" (money thickness).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

візація синкритичного мислення.

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

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

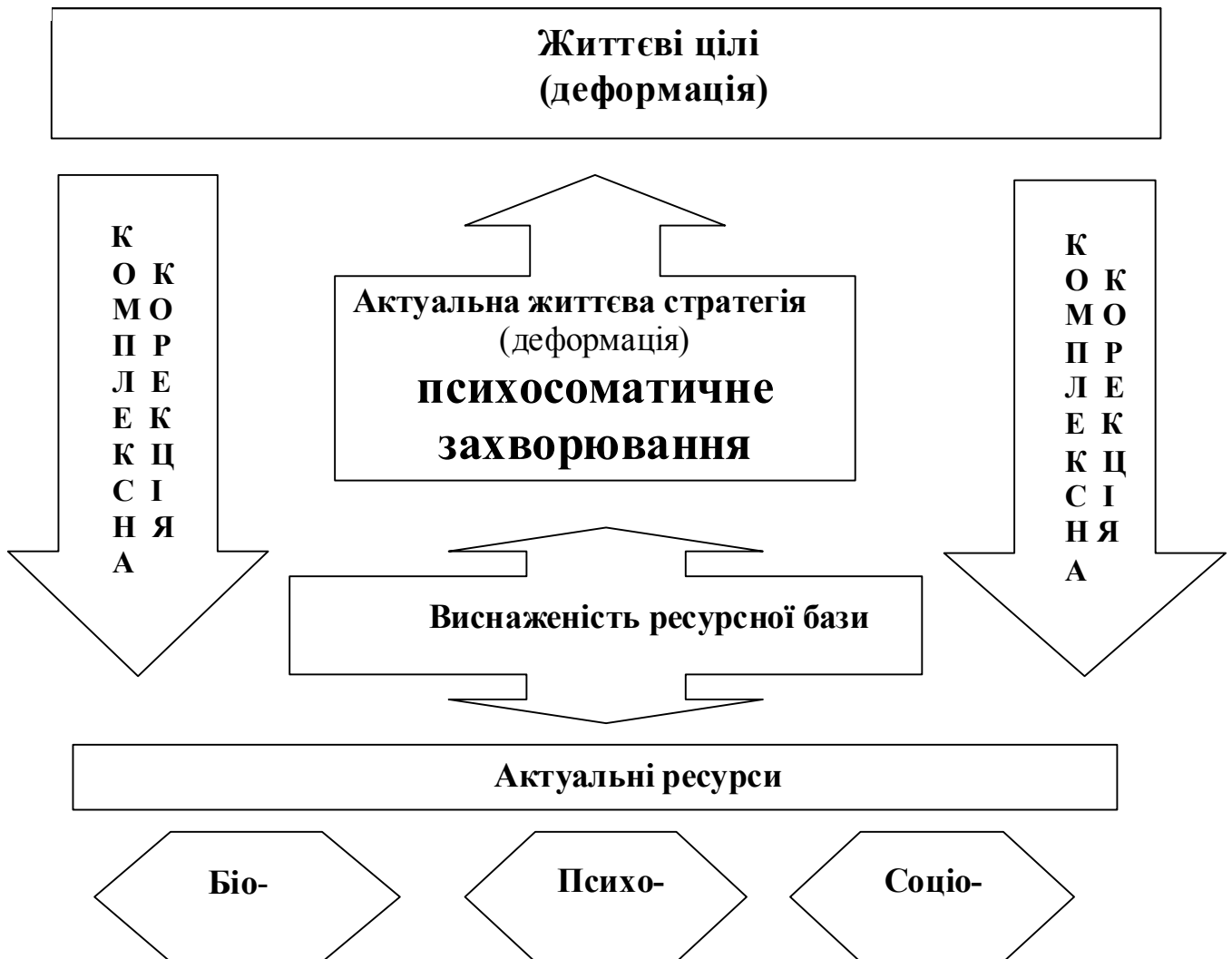
Підхід до захворювань з позиції адаптаційних проявів (неспецифічного адаптивного синдрому) Г.Сельє надав можливість вийти на новий рівень усвідомлення психічних розладів. Парадигма, побудована на цій теорії, ґрунтувалася на розумінні психопатологічного відреагування (саме відреагування, а не захворювання)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

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

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

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

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



Центральна проблема – невідповідність життєвих цілей ресурсній базі

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

наміри персоналу перемінити вид діяльності [8].

В цілому, не зважаючи на те, що в біопсихосоціальних дослідженнях з проблем психосоматичної медицини увага приділяється всім складовим актуальних ресурсів людини, динаміка їх взаємозв'язку ще до кінця не осмислена та їх превентивний ресурс не вичерпаний. Наприклад, розвиток поняття "hardiness" в психосоматичній превентології могло б стати основою для підвищення якості життя людини, перетворення перешкод і стресів у джерело росту і розвитку. За даними наших власних досліджень в межах НДР, використання потенціалу "hardiness" в реабілітаційних індивідуальних та групових програмах комплексної корекції метаболічного синдрому Х як складової фактору ризику серцево-судинних захворювань та комплексного лікування непсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру, коморбідних з серцево-судинними захворюваннями, дозволило підвищити їх ефективність на різних етапах надання спеціалі-

зованої медичної допомоги.

Таким чином, нові соціальні техніки та технології мають ґрунтуватися на принципі суспільного розвитку, що передбачає радикальний поворот суспільства до особистості, захисту її життєвих (психічних та фізичних) сил. Соціальне конструювання, спроби широкого запровадження відповідних соціальних технологій залишатимуться на рівні примітивного маніпулювання доти, доки в повному обсязі не будуть задіяні ірраціональні чинники регуляції та саморегуляції. Майбутнє за тим суспільством, яке зможе надати всім особистостям, котрі його складають, соціально рівні стартові умови, різноманіття життєвих виборів, оптимальні умови самореалізації у різних ролях і функціях. Кожен член суспільства має самостійно обирати свої ролі та функції, знаходити себе у них. Суспільство лише створює можливості вільного здійснення таких виборів і допомагає кожній людині гідно пройти власний життєвий шлях.

О.С. Чабан, Е.А. Хаустова

МИШЕНИ РЕАБИЛИТАЦИИ: ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

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

Проведено исследование синдромов из области социальной психологии и социальной психиатрии, которые появились в последние десятилетия. Обращено внимание на культуральные и аналитические аспекты трансформации некоторых социальных явлений в контексте психологии, патопсихологии и психосоматики, в том числе жизнестойкости как предиктора психических и психосоматических заболеваний. Категория жизнестойкости введена в реабилитационные программы для пациентов с метаболическим синдромом Х и сердечно-сосудистыми заболеваниями. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 13-21).

O.S. Chaban, E.A. Khaustova

REHABILITATIONS TARGETS: FEATURES OF HUMAN DESADAPTATION IN MODERN CRISIS SITUATIONS

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

Research of syndromes from an area social psychology and psychiatry, which appeared in the last decades, is conducted. Paid regard to culture and analytical aspects of transformation of some social phenomena in the context of psychology, pathopsychology and psychosomatics including hardiness as mental health predictor. Category hardiness was included to rehabilitation programmes for patients with metabolic syndrome X and cardiovascular disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 13-21).

Література

1. Aleksandrova L.A. Motivation, personal calculus of probability and modeling of the future // 8th International Conference on Motivation. Abstracts - Moscow, 2002 - p. 4-5.
2. Evan, D.R., Pellizzari J.R., Culbert B.J., Metzen M.E. Personality, marital, and occupational factors associated with quality of life // Journal of Clinical Psychology. — 1993. — Jul. — Vol. 49. — N 4. — P. 477 — 485.
3. Florian V., Mikulincer M., Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping // Journal of Personality and Social Psychology. — 1995. — Apr. 68. — 4. — P. 687 — 695
4. Leak G.K., Williams D.E. Relationship between social interest, alienation, and psychological hardiness. Individual Psychology // Journal of Adlerian Theory Research and Practice. — 1989. — Sept. — N 3. — P. 369 — 375.
5. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults // Research in Nursing and Health. — 1991. — Oct. — Vol. 14. — N 5. — P. 351 — 359
6. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. — 1994. — Oct. — Vol. 63. — N 2. — P. 265 — 274
7. Nagy St., Nix Ch.L. Relations between preventive health behavior and hardiness // Psychological Reports. — 1989. — Aug. — Vol. 65. — N1. — P. 339 — 345.
8. Rush M.C., Schoael W.A., Barnard S.M. Psychological resiliency in the public sector: "Hardiness" and pressure for change // Journal of Vocational Behavior. — 1995. — Feb 46(1). — P. 17 — 39.
9. Solcava I., Sykora J. Relation between psychological Hardiness and Physiological Response // Homeostasis in Health & Disease. — 1995. — Feb. — Vol. 36. — N 1. — P. 30 — 34.
10. Solcova I., Tomanek P. Daily stress coping strategies: An effect of Hardiness // Studia Psychologica. — 1994. — Vol 36. — N 5. — P. 390

– 392.

11. Sharpley Ch.F., Dua J.K., Reynolds R., Acosta A. The direct and relative efficacy of cognitive hardiness, a behavior pattern, coping behavior and social support as predictors of stress and ill-health // *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*. – 1999. – 1. – P. 15 – 29.

12. Uexkuel T. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. -Muenchen, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996.

13. WHO Traditional Medicine Strategy.WHO, 2002. – 74 p.

14. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы.- М.: Наука, 1980.- 197 с.

15. Битенский В.С., Годлевский А.Г., Левинский М.В. и др. Психосоматическая и соматопсихиатрическая медицина в Украине: дефиниции, проблемы и перспективы развития // *Вестник психологического здоровья*. – 1999. – №2. – С. 6–8.

16. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие: история, теория и современная практика.- К.: Абрис.- 1994.

17. Донченко Е., Овчаров А. Адаптационный невроз социума как следствие управленческого кризиса // *Социология: теория, методы, маркетинг*.-1999.-№1.-с.173-190.

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

19. Попова И. Повседневное сознание в переходном обществе: симптомы кризиса // *Социология: теория, методы, маркетинг*.-1991.-№1.-с.5-21.

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

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

Поступила в редакцию 23.04.2009

УДК. 616.895.8-08-059

*А.А Педак, А.П. Чуприков***ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ: ПСИХИАТРИЯ ИЛИ НЕЙРОПСИХИАТРИЯ, ШИЗОФРЕНИЯ ИЛИ НЕЙРОКОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО**

Национальная академия последипломного образования им. П.Л. Щупика

Ключевые слова: дестигматизация, психиатрия, нейропсихиатрия, шизофрения, диагноз, нейрокогнитивное расстройство

Современная психиатрия, признавая роль биологического в развитии психических заболеваний, исторически пыталась абстрагироваться от мозговой деятельности, как субстрата психических процессов, а соответственно и физиологической природы наблюдаемых психопатологических проявлений. В отличие от психиатрии, основу нейропсихиатрии, как междисциплинарной науки, положены общебиологические подходы изучения условий психической деятельности человека, как в норме, так и патологии. При этом следует отметить, что роль функциональных межполушарных отношений головного мозга в обеспечении психической деятельности человека и его нарушений в генезе психических расстройств, считается общепризнанной. [1].

Проблема биологии шизофрении, её психопатологии и клинических проявлений продолжает оставаться сложной и во многом дискуссионной, несмотря на многочисленные усилия специалистов разных направлений и более чем столетнюю историю изучения шизофрении, патофизиология этого заболевания остается не вполне ясной. С позиций эволюционной биологии, шизофрения отнесена к мультифакториальным заболеваниям (МФЗ), основными критериями которых являются признаки релевантные пониманию болезни как однородного, неделимого явления. Причиной такой ситуации является неразрешимость до сих пор проблем, которые определяются трудностями дифференциации многообразия фенотипических проявлений МФЗ и в частности шизофрении, поскольку: 1) нет однозначных, общепризнанных генетически состоятельных критериев дифференциации фенотипов индивидов, отягощенных генами шизофрении; 2) не показан биологический смысл разнообразия болезненных проявлений по степени их выраженности, многообразия патологических состояний; 3) не уточнены причины постоянства шизофрении (1% населения); 4) не

определены масштабы наследственного круга – «скрытого носительства» генов аномалии; 5) не решена проблема эмпирически определяемого нозологического единства, генетической родственности широкого спектра специфических «шизотипических» проявлений «измененной психической деятельности»; 6) не выяснен наследственный модус шизофрении; 7) не конкретизированы степень и характер участия факторов среды в проявлении различных по выраженности форм «эндогенной» патологии; 8) не выяснена суть объективности наличия селективных преимуществ, связанных с сохраняемыми популяцией генами подобных болезней [2].

В основу генетических моделей развития шизофрении, были заложены принципы, связанные с наличием различной экспрессии генов с различной пенетрантностью для отдельных клинических проявлений шизофренического процесса (принцип плейотропии). Однако установить закономерности наследования и развития патологического процесса для каждого отдельного случая не представилось возможным, поскольку клинические проявления психоза включают широкий спектр расстройств [3,4,5].

Во многом не ясной остается и патофизиология шизофрении. Исходя из дофаминовой теории, наблюдающаяся при этом заболевании симптоматика связана с патологией дофаминергической трансмиссии в головном мозге. Несмотря на многочисленные вопросы и неоднозначности, дофаминовая теория шизофрении, выдвинутая в начале 60-х годов XX века, остается в основе современного понимания патогенеза этого заболевания. Однако наличие имеющихся современных данных ставит под сомнение тот факт, что основным действием нейрорептиков является - механизм блокировки ДА-рецепторов и естественно значение ведущей роли допамина в этиопатогенезе шизофрении [6,7].

В соответствии с биологическими концепци-

ями шизофрении, первичный дефицит функционирования мозга заключающийся в нарушении функции концентрации внимания, а соответственно и фильтрации сенсорных раздражителей, не позволяют личности пациента адаптироваться к окружающей среде. При этом доказано, что наличие благоприятного психологического гомеостаза в окружении пациента, влияет на темп развития и прогрессивность шизофренического процесса [8,9,10,11].

Одновременно с изучением этиологии и патогенеза шизофрении изначально актуальной является проблема необходимости выделения типов течения процесса, изучению которых в XX столетии было посвящено более 700 исследований [12]. В результате проведенных исследований было установлено, что после первичного психотического эпизода, приблизительно 30% пациентов повторно не госпитализировались на протяжении десяти и более лет, а безремиссионный, непрерывный тип течения наблюдается у 16-25% пациентов [13].

В этой связи следует отметить работу проведенную, известным американским ученым Томасом Крейгом [14], по изучению пациентов с первичным психотическим эпизодом, оставшихся без лечения на протяжении трех месяцев с момента поступления. Получены данные свидетельствовали о том, что шизофренический процесс не оказывает своего разрушительного или повреждающего, нейротоксического действия на мозг пациента. Видимо поэтому в DSM-IV и был введен такой временной критерий, как - «наличие соответствующей симптоматики не менее 6 месяцев».

Наглядным примером несостоятельности сложившихся подходов к диагностике шизофрении в соответствии с операциональными диагностическими критериями DSM-IV, явились результаты критического анализа проведенного известным итальянским психиатром Марио Мэй [15]. Главным выводом проведенного исследования стал тезис о том, что представленные классификационные критерии шизофрении в DSM-IV лишены очерченной парадигмы. При этом не представляется возможным окончательно обосновать критерии шизофрении и с позиций теории позитивно-негативной дихотомии, получившей развитие в последние два десятилетия и на которую ссылается соответствующая глава американской классификации. Если исходить из вышеприведенного определения, диагноз шизофрении может быть установлен даже при полном отсутствии как позитивных, так и негатив-

ных симптомов, при условии, если одновременно имеют место дезорганизованная речь и выраженное расстройство поведения.

Исходя из проведенного анализа, М. Мэй приходит к выводу о том, что шизофрения, несомненно, является гетерогенной группой неаффективных психотических синдромов, этиология которых неизвестна и если в этом случае классификационные подходы DSM-IV верны, предлагает диагностический процесс строить на системе «исключения». При этом естественно задает вопрос, а не стоит ли в таком случае заменить термин «шизофрения» более нейтральным выражением, таким как «идиопатический психоз» или «первичный психоз».

Несмотря на тот факт, что шизофрения имеет определение «хронического психического расстройства», однако до настоящего времени ни одной из действующих психиатрических систематик не определено четких диагностических критериев хронического течения, а соответственно и состояний ремиссий. Отсутствие доверия к психиатрическим классификациям подрывает и классическое исследование по определению такого ведущего фактора, как хроническое течение шизофрении, проведенное в Цюрихском университете под руководством J. Modestin [16]. Группой исследователей повторно были проанализированы результаты очень важного для мировой психиатрии исследования Manfred Bleuler (1972) осуществленного с целью изучения фактора хронического течения шизофрении [17]. При этом оценке подлежали клинические данные историй болезни и исследовательских записей М. Bleuler об участниках оригинальной выборки. На основании проведенного изучения, с использованием диагностических категорий DSM-III-R, DSM-IV, МКБ-10, исследовательских диагностических критериев (ИДК), критериев Schneider, операционализованного варианта критериев E. Bleuler, всем пациентам повторно устанавливался диагноз.

Как оказалось, в процессе изучения, диагноз – «шизофрения» не подтвердился у 30% участников выборки. При повторной оценке клинической картины, в большинстве случаев, было диагностировано шизоаффективное расстройство. После исключения пациентов с неподтвержденным диагнозом «шизофрения», количество пациентов с приступообразным течением заболевания и выздоровевших несколько уменьшилось, а пациентов с тяжелым конечным состоянием незначительно увеличилось. В этой связи следует отметить, что распределение типов те-

чения заболевания не было статистически значимым. При этом даже среди пациентов с повторно установленным диагнозом «шизофрения», приступообразное течение с ремиссиями фиксировалось в 50% случаев, а 12-15% пациентов - вообще были отнесены к группе выздоровевших.

В последние десятилетия особое внимание уделяется разработке клинических прогностических критериев оценки формирующейся ремиссии при шизофрении. Значительное место в развитии эндогенного процесса занимают состояния относительной стабилизации, т.е. - продром, ремиссия, резидуальные состояния. По данным А.Б. Смулевича состояния ремиссии после первого психотического эпизода происходит уже у 73% больных шизофренией. При этом в половине случаев тенденция к ремитирующему течению сохраняется на всем протяжении заболевания вплоть до отдельных этапов. А состояния, относимые к «полным ремиссиям» и «выздоровлению» составляет по разным источникам от 15 до 30%, а для отдельных форм до 40% (юношеской вялотекущей) [18].

В настоящее время существует достаточное количество подтверждений тому, что при развитии шизофренического процесса происходят прогрессирующие изменения в головном мозге, которые могут повлиять на исходы. При изучении пациентов с помощью сканирования головного мозга методом магнитно-резонансной томографии, было установлено, что через год, после первичного психотического эпизода происходит уменьшение как общего объема мозга (-1,2%), так и объема серого вещества больших полушарий (-2,9%), сопровождаемое возрастанием объема боковых желудочков (7,7%). При этом снижение объема серого вещества напрямую коррелирует как с кумулятивными дозами нейролептического вещества, так и с исходами у пациентов по прошествии 2 лет. Более долгосрочное последующее пятилетнее наблюдение указанных пациентов отчетливо показало, что ранние прогрессирующие изменения объема мозга в течение первого года было связано с выраженными проявлениями негативной симптоматики [19]. Результаты исследования наглядно показали, что шизофренический процесс характеризуется токсическим воздействием на головной мозг, приводящее к прогрессирующей потере вещества головного мозга и которое уже начинается на ранней стадии заболевания [20].

В процессе разработки единых критериев ремиссии при шизофрении, рабочей группой

американских исследователей, были предложены три измерения, а также пять критериев шизофрении по DSM-IV. К первому измерению были отнесены негативные симптомы, в т.ч. психомоторная «обедненность», включающая в себя бедность речи, уменьшение спонтанности моторики, невыразительность мимики, жестикуляций, эмоциональная отгороженность и отсутствие модулированности голоса. Ко второму измерению, «дезорганизации» – симптомы неадекватности аффекта, бедность содержания речи, соскальзывание, речевой напор и отвлекаемость внимания. К третьему измерению было отнесено – «искажение реальности» (психотическое), включающее галлюцинации и бредовые идеи. Результаты проведенных исследований подтвердили особую важность негативных симптомов и явились предпосылкой к тому, чтобы «позитивные симптомы» были в дальнейшем подразделены на психотическое и дезорганизационное измерения. Действительность указанных измерений, проведенных путем факториального анализа, была подтверждена также исследованиями, демонстрирующими связь с нейропсихологическими показателями, лонгитудинальным течением заболевания и данными нейровизуальных исследований, а также была отмечена роль растущего объема информации о когнитивной дисфункции [21].

Обобщение имеющихся многочисленных и противоречивых литературных данных по проблематике шизофрении приводит к заключению, что настал критический момент, когда современные операциональные подходы существующих диагностических инструментов обнаруживают существенные недостатки в концепции шизофрении, показывая при этом, что шизофренический синдром не имеет своей специфичности и может быть установлен только лишь путем исключения. А значит, становится реальным тот факт, что за пределами индивидуальных феноменов, в клинической картине шизофрении заложена «психологическая целостность» (Jaspers, 1963), которую стандартные операциональные подходы не способны выделить.

В этой связи данные современных исследований шизофрении в области нейропсихиатрии, к более фундаментальным проявлениям, нежели блейлеровские негативные симптомы, которые на сегодняшний день концептуализированы и определены, относят именно такую важную психопатологическую составляющую как «нейрокогнитивная дисфункция». Наличие в структуре шизофрении нейрокогнитивных рас-

стройств как самостоятельного комплекса, наравне с негативной и позитивной составляющей общего симптомокомплекса, имеющего корреляционные связи с феноменологическими формами шизофрении, отмечено во многих исследованиях [22].

По результатам многочисленных работ было выдвинуто предположение о том, что когнитивный дефицит при шизофрении обусловлен системным нарушением, в основном в сфере обеспечения регуляторной деятельности, а также установлено, что при параноидной шизофрении имеет место сдвиг асимметрии головного мозга в сторону эволюционно более древнего, субдоминантного полушария – правого у правой [23].

По данным М.С. Waldo с соавт. у 94% пациентов, страдающих шизофренией определяется нейрокогнитивный дефицит разной степени выраженности. Нейрокогнитивные нарушения при шизофрении выявляются на различных этапах процесса – как инициальном и манифестном, так и в период ремиссий и проявляются независимо от наличия позитивных, негативных и других коморбидных расстройств, а также степени прогрессивности заболевания [24]. Проведенные в дальнейшем нейропсихологические исследования позволили прийти к заключению, что в этиопатогенезе шизофрении огромную роль играет не только гиперфункция левого полушария головного мозга с нарушениями свойственными ему дофаминового обмена, но и дисфункция (функциональная недостаточность) правого полушария, формирующегося в онтогенезе первым и предопределяющего формирование нейрональных взаимоотношений на уровне взаимодействия полушарий. Тем самым объясняется полиэтиологичность шизофрении, когда с одной стороны функции правого полушария обеспечивают формирование полисемантического восприятия мира, пространственно-временные взаимоотношения, с другой – формируют эмоциональные восприятия [25].

Подтверждение факта наличия закономерных связей между различными профилями функциональных сенсомоторных асимметрий головного мозга и психопатологическими особенностями течения, прогрессивности и вариантами дефицитарных расстройств заболевания было получено также в результате нейропсихиатрического исследования больных шизофренией [26,27,28]. С указанных позиций появилась возможность объяснения такого характерного признака шизофрении как многообразие и слож-

ность ее клинико-психопатологических проявлений, имеющих связь с определенным типом латеральной нейродинамической конституции человека.

Таким образом, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что нейрокогнитивный дефицит может быть отнесен к своеобразной «нейропатологии» шизофрении обусловленной специфическим характером межполушарного взаимодействия, а нарушения в характере межполушарного функционирования мозга являются одним из возможных маркеров предрасположенности начала и течения процесса. Следует отметить, что на современном этапе развития психиатрии, именно нарушения когнитивного функционирования принято относить к одному из важнейших признаков шизофрении. Когнитивная дисфункция проявляется не только нарушениями разной степени выраженности: памяти и внимания, скорости обработки информации, планирования, прогнозирования и целеполагания, но и во множественных нарушениях касающихся повседневного бытового, профессионального, социального функционирования пациента, а также его адаптационных возможностей в целом [29].

В этой связи актуальным представляется высказывание Е. Краепелин (1920) о том, что многообразные симптомы шизофрении объединены в основном тем, что шизофрения складывается из ряда состояний, общим признаком которого является своеобразное нарушение внутренних связей личности, указывая тем самым на то основное, что специфицирует болезнь. В этом аспекте следует отметить тот факт, что проводя анализ лишь четырех сенсомоторных признаков асимметрий, А.П. Чуприков и его сотрудники выделили в нормальной популяции восемь вариантов функциональных профилей асимметрий головного мозга, которые способны предопределять характер клинических проявлений шизофрении.

В настоящее время большое значение в патогенезе шизофрении придается фактору поломки в процессах приема и обработки информации, а сама феноменология расстройства рассматривается как проявление реакций адаптации на информационный стресс. В данном аспекте общепринятой современной теорией развития шизофрении, можно отнести, т.н. модель - «уязвимость-стресс-развитие». Данный подход предполагает, что на фоне стресс-реакции, уязвимость (диатез) приводит к развитию клинических проявлений, которые фактически являются

проявлением защитных биологических механизмов организма человека на патогенное влияние, как генетических (предрасположенность), физиологических, физических (травма, голод, холод) так и социологических факторов (социально-психологический стресс).

В этом направлении наиболее обоснованной и системной выглядит модель разработанная на основе представлений об изменчивости уязвимости во времени. Так I. R. Nicholson и R. Neufeld (1992), предложили «диатез динамическую модель» шизофрении (The Dynamic Vulnerability Formulation DVF), которая представляет собой систему взаимодействия многих факторов. Следует отметить, что психофизиологическая основа данной модели базируется на представлениях о роли и характере механизмов функциональной асимметрии головного мозга в процессе переработки информации, памяти и приспособительно-адаптационных реакций, как в норме, так и патологии [30].

В рамках роли эволюционной теории приспособительно-адаптационных реакций организма, нельзя не отметить влияние на характер течения шизофрении такого фактора, как патоморфоз заболевания [31]. Так по данным многочисленных исследований, за последние 50-60 лет, произошли существенные видоизменения в структуре клинических проявлений [32]. Увеличилась частота дебютов заболевания в возрасте после 25 лет, а манифестация чаще протекает в виде острой шизоаффективной симптоматики. Значительно изменилась и фабула бреда. Увеличилось количество случаев диагностирования параноидной формы заболевания и значительное уменьшение встречаемости простой, гебефренической и кататонической форм. При этом нельзя отрицать влияние на патоморфоз шизофрении такого фактора, как лекарственный (фармакогенный, нейролептический) патоморфоз. Однако такие сдвиги в клинике шизофрении, как возраст начала болезни, характеристика манифестных проявлений, а также изменение соотношения клинических форм заболевания, которые выявляются еще до назначения терапии нейролептиками, в значительной мере определяя его течение, не могут считаться отражением нейролептического патоморфоза [33].

Следует отметить, что помимо вышеперечисленных этиопатогенетических и клинко-психопатологических трудностей, существенное место в проблематике шизофрении занимает и само название болезни, которое долгие годы носило стигматизирующий характер не только для па-

циентов и их родственников, но и для врачей устанавливающих данный диагноз [34]. Как известно, термином «шизофрения» (схизо расщепляю, френдуша) » E. Bleuler (1911), обозначил эндогенный психоз, основным признаком которого считал наличие явлений расщепления в психических процессах, диссоциации во взаимоотношениях личности и окружающей среды, или аутизма (нарушения в системе «Я Мир»).

В отличие от E. Kraepelin, E. Bleuler не считал, что слабоумие является обязательным исходом шизофрении и что оно не является в строгом смысле слова ранним - поскольку начинается в зрелом возрасте. Анализируя полиморфную симптоматику шизофрении, E. Bleuler (1911) выделял и разделял главные диагностические критерии на основные (первичные), и дополнительные (вторичные) симптомы. К наиболее важному и основному (фундаментальному) симптому относил расстройство мышления, характеризующееся нарушением ассоциативного процесса, его несостоятельностью; к другим осевым симптомам - так называемым четырем «А» по Э. Блейлеру, относились: ассоциативные расстройства, аффективное уплощение, аутизм и амбивалентность. Эти критерии перекрывались негативным симптомокомплексом: алогичностью, аффективной тупостью, ангедонией, асоциальностью, абулией и апатией (шесть «А»). И только дополнительными симптомами являлись галлюцинации и бред.

Выделив указанные признаки, E. Bleuler убедительно показал (а история мировой психиатрии подтвердила) нозологическое своеобразие этой болезни и ввел новый, используемый до настоящего времени, термин «шизофрения» - расщепление психики, основывающийся на теоретическом «схизме» (раскол) между основными психическими функциями: мышлением, эмоциями и поведением. В этиологическом отношении шизофрению он рассматривал как группу заболеваний, сходных по основным психопатологическим признакам.

Феноменологическая направленность исследований E. Bleuler, в том числе результаты изучения паранойи и роли аффекта в генезе заболевания, изменили взгляды психиатров на раннее слабоумие. Болезнь не только получила новое название, но и стала рассматриваться как расстройство в большей степени как функциональное, обратимое. В последующем шизофрению стали рассматривать как заболевание, включающее в себя, как тяжелые, так и более благоприятные, мягкие формы. Таким образом, были

размыты и расширены рамки эндогеннообразующего расстройства [35].

Из всего вышеизложенного, очевидно вытекает, что с современной научной точки зрения диагноз «шизофрения» становится бессмысленным, поскольку подразумевает собой большую группу психических расстройств, требующих различных диагностических и терапевтических подходов. Помимо этого, использование данного термина продолжает способствовать социальной дискриминации лиц страдающих психическими расстройствами, а факт госпитализации в психиатрический стационар и установленный психиатрический диагноз носит наиболее драматический и потенциально стигматизирующий характер, как для пациента, так и его родных. При этом, если учесть что термин «шизофрения», аналогичен такому определению, как: «тяжелое психическое расстройство», а также факт использования в широком обороте таких медицинских терминов, как «шизо», «шизоид» или «шизофреник», в том числе родственных диагностических терминов «шизоформный» или «шизоаффективный», то становится абсолютно ясным, какую дополнительную стигматизирующую реакцию у пациента вызывает соответствующая психиатрическая метка, инкапсулируя («хронифицируя») процесс путем вторично стигматизирующей реакции окружающих.

Видимо поэтому, результаты исследования, проведенного среди японских психиатров - членов исполнительного совета Японского общества психиатров и невропатологов, об их отношении к пациентам страдающим шизофренией показали, что за последние годы концепции постановки этого диагноза, значительно изменились. При этом 59% респондеров сообщали своим пациентам о диагнозе шизофрении от случая к случаю, тогда как 37% ставили в известность только членов их семей. Анализ полученных данных показал, что наиболее значимыми предикторами информирования пациентов о диагнозе были предположения врачей о представлениях общества о шизофрении и об отрицательном воздействии, которое оказывает термин «шизофрения» («заболевание связанное с расщеплением психики» - в переводе с яп.) [36]. Наиболее адекватным ответом на результаты исследования может служить высказывание К. Шнайдера о том, что когда мы устанавливаем диагноз шизофрении, мы всего лишь говорим о том, что у данного больного клиническая картина заболевания соответствует тому, что мы обыч-

но называем «шизофрения» [37]. Следует отметить, что в Японии с 2004 года, термин «шизофрения» перестал применяться в качестве диагноза, определяющего это расстройство и бал заменен на более нейтральный – «комплексное расстройство».

Таким образом, отдавая долг профессиональному таланту Блейлера, его высочайшему операционально-клинико-феноменологически направленному инструменту, позволившему выделить группу эндогенных психотических расстройств, а также исходя из современных достижений психиатрии как нейронауки, имеющей социальную направленность, вполне обоснованным выглядит требование изменения термина «шизофрения» на менее стигматизирующий и более функциональный диагноз; к примеру: «хроническое диссоциативное расстройство» или «нейрокогнитивное расстройство» - как современное прочтение феномена Блейлера, или «идиопатический психоз», «первичный психоз» по М. Мэю, или ...?

Учитывая актуальность и важность этой проблемы, её решение возможно путем принятия совместной декларации соответствующими психиатрическими обществами и ассоциациями Украины, путем использования квалификационной шкалы регистров психопатологических расстройств на этапах заболевания. Помимо феноменологической оценки предложенная шкала позволяет обеспечить понимание частностей общепатологической логики развития расстройства, её стереотипов, довольно широко описанных в литературе и представлена в виде систематики регистров психопатологических расстройств с учетом их интранозоморфоза (изменения клинических проявлений шизофрении, в пределах характерных для неё синдромов, их последовательности развития и типа течения) и этапа заболевания (инициальный, манифестный, стабилизации, резидуальный) [35].

В соответствии с указанной шкалой, возможной переводной формой может служить нижеследующая трактовка диагноза «шизофрения», при этом термин «психотическое» подлежит широкому обсуждению:

1. F20.0 «Психотическое параноидное расстройство, с профилем по типу бреда малого размаха или др.».
2. F20.1 «Психотическое гебефреническое расстройство, с профилем по типу кататано-гебефренического возбуждения или др.».
3. F20.2 «Психотическое кататоническое расстройство, с профилем по типу кататоническо-

го ступора (эффекторный) или др.».

4. F20.3 «Психотическое недифференцированное расстройство».

5. F20.4 «Психотическое аффективное расстройство, с тревожно-депрессивным профилем или др.».

6. F20.5 «Психотическое резидуальное рас-

стройство, тонический тип регистра, апатико-абулический профиль или др.».

7. F20.6 «Простое психотическое расстройство».

8. F21 «Диссоциативное личностное расстройство, профиль симплекс-регистра с преобладанием метафизической интоксикации или др.».

А.А. Педак, А.П. Чуприков

ДЕСТИГМАТИЗАЦІЯ: ПСИХІАТРІЯ АБО НЕЙРОПСИХІАТРІЯ, ШИЗОФРЕНІЯ АБО НЕЙРОКОГНІТИВНА ДИСФУНКЦІЯ

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Щупика

З загально біологічних, та соціально орієнтованих поглядів на психіатрію як нейронауку, та в аспекті вимог сучасних операціональних класифікаційних діагностичних критеріїв проведений стислий критичний аналіз проблемних питань відповідності діагнозу «шизофренія». З метою дестигматизації осіб з розладами психіки запропоновані можливі варіанти зміни терміну «психіатрія» та «шизофренія». (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 22-29).

А.А. Pedak, A.P. Chuprikov

ANSTIGMATIZING : PSICHIATRY OR NEUROPSICHIATRY, SCHISOPHRENIC OR NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTION

National Medical Academy of Postgraduate Education

From the general biological and socially oriented sights to psychiatry as neuroscience, in the aspect of requirements of modern operational of classification diagnostic criteria the short-story walkthrough of problem questions of competence of diagnosis is conducted «schizophrenia». With the purpose of anstigmatizing persons with psychical disorders, the possible variants of change of term are offered «psychiatry» and «schizophrenia». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 22-29).

Литература

1. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. — М.: Изд.- БИНОМ, 2006. — 304 с.
2. Гончаров М.В. Эволюционная биология шизофрении// Российский психиатрический журнал.- 1998.- №3.- Стр.31-36.
3. Abel K.M. Foetal origins of schizophrenia testable hypotheses of genetic and environmental influences// The Br. J. Psychiat.-2004.- V.-184.- P.383-385.
4. Jablensky A.V., Kalaydjieva L.V. Genetik Epidemiology of Schizophrenia Phenotypes, Risk Factors and Reproductive Behavior// Am. J. Psychiat.- 2003.- V. 160.- P.425-429.
5. Мэй М., Сарториус Н. Шизофрения// Пер. С англ.- К.: Сфера, 2005.- 488 с.
6. Tomioka S., Ishigooka J. Theory in antipsychotic drug therapy for schizophrenia// Seishin Shinkeigaku Zasshi.-2006.- 108(6) — P.614-8.
7. Балашов А.М. Психофармакологические основы дофаминовой гипотезы шизофрении: критический анализ// Психиатрия и психофармакотерапия.- 2007.- Т.09, №3.- С.3-7.
8. Kandel R.Eric. A New intellectual Framework for Psychiatry// Am. J. Psychiatry.- 1998.- V. 155.- P.457-469.
9. Light G.A., Braff D.L. Mismatch negativity deficits are associated with poor functioning in schizophrenia patients// Arch. Gen. Psychiat.- 2005.- V.62(2).- P.127-36.
10. Dynamical Spreading Frontal and Congulate Deficits Mapped in Adolescents With Schizophrenia// C.N. Vidal, J.L. Rappoport, K.M. Hayashi et al// Arch. Gen. Psychiat.- 2006.- V.63.- P.25-34.
11. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis// M.A. Cooke, E.R. Peters, E. Kuipers, V. Kuman// Acta Psychiat. Scand.- 2005.- V.112.- P.4-5.
12. Плевачук О.Ю. Критерії хронічного перебігу шизофренії та вплив факторів мікро середовища на перебіг захворювання// Психічне здоров'я.- 2007.- №4(17).- Стр.33-35.
13. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus// N.C. Andreasen, W.T. Carpenter, J.M. Kane et al// Am. J. Psychiatry.- 2005.- V. 162.- P.441-449.
14. Craig T.J., Bromet J.E., Fennig S., Tanenberg-Karant M. К вопросу о существовании взаимосвязи между клиническим состоянием пациентов и продолжительностью нелеченного

- психического расстройства на 24 месяце от начала заболевания // Вісник АПУ. — 2002. — №3-4. — Стр.25-46.
15. M. May Br. Journal of Psychiatry.- 1998.- V.- 172.- P. 458-460
16. Modestin J., Huber A., Satirli E., Malti T. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered// Am. J. Psychiatry.- 2003.- V. 160.- P.2202-2208.
17. Bleuler M. Schizophrenic Disorders, Long-Term Patients & Family Study/ Yale University Press.- 1978.- 529p.
18. Смулевич А.Б. Неманифестные этапы шизофрении — психопатология и терапия// Журнал неврология и психиатрия. — 2005.— №5.— Стр. 4-10.
19. Cahn et all. Brit. J. Psychiat.-2006.- V.-189.- P.381-382.
20. Van Haren et all. Neuropsychopharm 2007; Feb 28; [Epub ahead of prsnnt].
21. Andreasen N.C., Carpenter V.T., Kane J.M. Remission in schizophrenia// Am. J. Psychiatry.- 2005.- V. 162.- P.441-449.
22. Green M.F. What are functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // Am. J. Psychiatry.- 1996.- V. 153:3.
23. Зайцев-Пушкин И.А. Современное представление об эволюционных моделях параноидной шизофрении // Вісник психічного здоров'я.— №4.— 1999.— Стр. 30-38
24. Waldo M.C. Carey G., Myles-Worsley M. et al. Condistribution of a sensory deficit and schizophrenia in multi affected families// Psychiat. Res.— 1991.— V.39.— P.257-268.
25. Вербенко В.А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении.— Симферополь: ООО ДИАЙПИ, 2007.— 308 с.
26. Педак А.А. Типологическая характеристика и функциональные сенсомоторные межполушарные асимметрии у больных шизофренией// Український вісник психоневрології.— 2002.— Т.10.— Вип.1(30).— Стр.140-143.
27. Педак А.А. Современное представление о шизофрении в аспекте учения о функциональной межполушарной асимметрии// Український медичний альманах.— 2004.— Т.7.— №4.— С.109-113.
28. Педак А.А. Клинико-психопатологические проявления шизофрении у больных с левополушарным профилем сенсомоторной межполушарной асимметрии// Український медичний альманах.— 2005.— Т.8, №4.— С.187-190.

29. Velligan D.I., Mahurin R.K., Diamond P.I., et al. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia// *Schizophr. Res.*, 1997.– P. 21-31.

30. Леутин В.П., Николаева Е.И. Психофизиологические механизмы адаптации и функциональная асимметрия мозга. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд., 1988.– 193 с.

31. Nesse R.M. Evolutionary biology: a basic science for psychiatry// *World Psychiatry.*– 2002.– V.2.– P. 7-9.

32. Green M.F. What are the functional schizophrenia? // *Am. J. Psychiatry* – 1996.– V.153.– 321-330.

33. Двирский А.Е. Факторы патоморфоза шизофрении// *Архів*

психіатрії.– 2004.– №3.– С. 86-88.

34. Lee S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem// *Current Opinion in Psychiatry.*– 2002.– V.15.– P. 37- 41.

35. Чуприков А.П., Педак А.А., Лиев А.Н. МКБ-10 F-20. Шизофрения (клиника, диагностика, лечение): Методическое пособие.– Николаев: Ризо-графика, 1999.– 123 с.

36. Yutaka Ono., Yuki Satsumi, Yoshiharu Kim, Yoshiharu Iwadate, et al. Schizophrenia: Is it time to replace the term?// *Psychiatry and Clinical Neurosciences.*– 1999.– V. 52.– P. 335-341.

37. Шнайдер К. Клиническая психопатология.– К.: Сфера, 1999.–236 с.

Поступила в редакцию 18.03.2009

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.1-085+615.214

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова, Б. Б. Ивнев***КОРРЕКЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХОМВИО-НЕРВИНА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: паническое расстройство, паническая атака, пароксизмальная тревога, хомвио-нервин

Паническое расстройство (далее - ПР) в настоящее время является достаточно изученной в мировой психиатрии и относительно непривычной для отечественных врачей диагностической категорией. До публикации в 1980 г. в США классификации DSM - 3 паническое и генерализованное тревожное расстройство в зарубежной литературе рассматривали как единое заболевание, называемое «неврозом тревоги». Выделение ПР в отдельную диагностическую категорию было обусловлено следующими причинами: повторяемостью приступов тревоги (паники); появлением тревоги ожидания в «межприступном периоде» и частым развитием агорафобии; повышенным наследственно-генетическим риском развития ПР; выраженной связью с депрессией и алкоголизмом; частым наличием пролапса митрального клапана; провокацией приступов паники лактатом натрия и углекислым газом; высокой эффективностью антидепрессантов по сравнению с другими препаратами [1].

В течение жизни 10-20% населения переносят один или более панических приступов, что вызывает социальную дезадаптацию и снижает качество жизни. Распространенность расстройства по данным эпидемиологических исследований составляет 1,9-3,6%. В 2-3 раза чаще оно наблюдается у женщин. Частые эпизодические панические приступы встречаются, по данным В.Д.Вида и Ю.В.Попова (1997) у 0,6% населения разных возрастных групп [2]. Панические атаки (далее - ПА) обычно возникает на фоне психогении (кульминация конфликта, острые стрессовые воздействия), а также биологических (гормональная перестройка, начало половой жизни, аборт, прием гормональных средств) и физиогенных (алкогольные эксцессы, первый прием наркотиков, инсоляция, физическая на-

грузка) факторов. ПА, однако, может возникнуть и аутохтонно, при отсутствии предшествовавшего эмоционального и физического напряжения, на фоне повседневной деятельности больного. Симптомы ПА возникают неожиданно, приступ развивается быстро, достигая своего пика за 10 минут. Обычная длительность ПА 20-30 минут, реже - около часа. Частота приступа варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев. Обычно у больных возникают 2-4 приступа за неделю [3]. Первые атаки оставляют неизгладимый след в памяти больного, что ведет к появлению синдрома тревоги "ожидания" приступа, который в свою очередь закрепляет повторяемость атак. Повторение атак в сходных ситуациях (транспорт, пребывание в толпе и т.д.) способствует формированию ограничительного поведения, т.е. избегания потенциально опасных для развития ПА мест и ситуаций. Тревога по поводу возможного развития атаки в определенном месте (ситуации) и избегание данного места (ситуации) определяется термином "агорафобия". Нарастание агорафобической симптоматики приводит к социальной дезадаптации пациента. Из-за страха пациенты могут быть не в состоянии покинуть дом или оставаться в одиночестве. Наличие агорафобии при ПР указывает на более тяжелое заболевание, худший прогноз и требует особой терапевтической тактики. Многие пациенты, впервые испытав ужасающие симптомы паники, прибегают к скорой медицинской помощи. Госпитализация такого пациента по "скорой" подкрепляет его катастрофическую оценку атаки и убеждает в "серьезности" его заболевания. Трактовка пациентом панической атаки как проявления какого-либо соматического заболевания приводит к частым посещениям врача, консультациям у специалистов различного профиля, неоправданным диаг-

ностическим исследованиям и создает у пациента впечатление о сложности и уникальности его заболевания. Неверные представления пациента о сути заболевания ведут к появлению ипохондрических симптомов, способствующих утяжелению течения болезни [4].

Лечение панических расстройств можно разделить на 3 основных этапа:

1. Купирование ПА вплоть до установления ремиссии (4-6 недель – 2-3 мес.).

2. Стабилизирующая (долечивающая) терапия для закрепления результатов, восстановления уровня социальной адаптации, преодоление агорафобических проявлений (тревога ожидания, избегающее поведение) и ранних рецидивов (4-6 мес.). На этом этапе необходимо проведение адекватной психотерапии.

3. Профилактическая (длительная) терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов и поддержание устойчивой ремиссии (до 1 года и более).

Согласно стандартам диагностики и лечения для терапии больных паническим расстройством пациентов используется психофармакотерапия, психотерапия либо (предпочтительно) комбинация методов. Среди различных модальностей психокоррекции направлением с доказанной эффективностью является когнитивно-поведенческая психотерапия. Фармакологическими средствами первого ряда являются современные антидепрессанты и бензодиазепины [5]. Психофармакотерапия таких пациентов длительна, сложна и нередко (в 20 % случаев) сохраняет тенденцию к хроническому течению, несмотря на правильно проведенное лечение. Кратковременная терапия сопровождается высоким риском рецидива – до 80%. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда, хотя и способны существенно влиять на тревогу, могут применяться кратковременно – до 4 недель, так как могут формировать зависимость. Традиционные бензодиазепины в изолированном виде применяются в настоящее время при ПА редко, назначаясь лишь как «корректоры» антидепрессантов в начальной фазе лечения или даже предваряя назначение последних («премедикация»). Для длительного приема используются антидепрессанты, чаще селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Данные препараты лишены недостатков антидепрессантов первого поколения, вызывавших выраженные побочные эффекты из-за блокады м-холино-рецепторов. Однако у некоторых пациентов СИОЗС также могут негативно влиять на некоторые со-

матические функции – основным недостатком этой группы является возникновение в течение первых 2-3 недель лечения гиперстимуляции (раздражительность, бессонница, нервозность) и усиление тревоги и панической симптоматики (вероятно в связи с излишней стимуляцией серотониновых ауторецепторов), которые могут приводить к нарушению комплайенса или даже необходимости отмены препарата [6]. Кроме того, учитывая выраженный фобический компонент в структуре синдрома, у многих пациентов присутствует значительный страх приема любых психоактивных лекарств, настороженность к малейшим побочным эффектам и способность к формированию связей любых отклонений в самочувствии с негативным действием лекарства (фармакофобия). В связи с этим остается актуальным поиск препарата, обладающего противопаническим и противотревожным действием, безопасного при длительном применении, не вызывающего зависимости и влияния на качество повседневной жизни.

Нами сделано предположение, что этим требованиям в достаточной мере соответствует хомвио-нервин, являющийся комплексным гомеопатическим средством, рекомендованным фирмой "Хомвиора" как природный транквилизатор без побочных действий и привыкания. Ниже перечислены действующие вещества этого препарата, а также их количественное содержание и терапевтические эффекты, описанные Г. Келлер, Э. Фарингтон [7, 8]. 1 таблетка хомвио-нервина содержит:

1. *Serbia D4* - Чернила каракатицы (64 мг) купирует невротические расстройства, сопровождаемые тревогой, угнетенным настроением, повышенной раздражительностью, плаксивостью, фобиями, истерическими симптомами, потливостью, приливами жара к туловищу и голове, чувством жара или похолодания в конечностях, а также застоем крови в системе воротной вены;

2. *Ambra grisea D2* - Китовый воск (64 мг) - способствует устранению бессонницы, возникающей при умственном переутомлении и волнении, расстройств памяти, в том числе у лиц пожилого возраста, судорожной симптоматики, головокружения, шаткой походки, парестезии в конечностях, а также коклюшеподобного кашля, астматических проявлений, диспепсии, гипертонуса мускулатуры матки, чрезмерно обильных месячных, носовых кровотечений и варикозного расширения вен нижних конечностей;

3. *Nuosciamus niger D3* - Белена черная (32 мг) - применяется в гомеопатической практике

при депрессии, инсомнии, истерических симптомах, послеродовых и климактерических психозах, алкоголизме (в том числе с металкольными психозами), эпилепсии, паркинсонизме, заикании, а также спастической икоте, колите и кашле, функциональных задержках мочеиспускания и энурезе, сатириазе и нимфомании;

4. *Ignatia amara* Дз - Игнация горькая (32 мг) - показана при невротических нарушениях сна, церебралгиях, треморе, гипергидрозе, неудержимой зевоте, булимии, хорее, парестезиях и парезах конечностей, проявлениях "кардионевроза", а также функциональных спазмах верхних дыхательных путей, судорожных болях в мышцах голени (симулирующих облитерирующий эндартериит), спазмах в желудке и илеоцекальной области ("ложный аппендицит"), психогенной диарее, аменорее, зуде половых органов, алибидемии, чрезмерно частых спонтанных эрекциях.

Фирма-изготовитель дает такие основные рекомендации по дозировке хомвио-нервина: при бессоннице - 4 табл. перед сном; перед экзаменами, выступлениями, презентациями, собеседованиями и другими стрессогенными ситуациями - 2-3 табл. утром; при курсовом лечении невротических расстройств - по 2 табл. 3 раза в день.

Такое непривычное для классической психиатрии, однако, принятое в гомеопатической теории и практике, равно как и в психосоматической медицине, описание показаний и способов применения рассматриваемого лекарственного средства дает представление о широком спектре его лечебного действия при психических и психосоматических расстройствах, а также наркологических заболеваниях с коморбидной пси-

хопатологией [9].

Нами было проведено лечение 12 больных паническим расстройством, из них 9 женщин и 3 мужчин. Возраст колебался от 25 до 44 лет, средний возраст составил 28,4 лет.

Длительность заболевания составила от 3 до 24 месяцев (в среднем 9 месяцев).

Лечение было комплексным, проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия, хомвио-нервин назначался с первого дня обращения в качестве единственного средства с психотропной активностью (монотерапия). Препарат назначался по 1 таблетке 3 раза в день под язык с возможным увеличением дозы до 2 таблеток 3 раза в день в случаях недостаточной редукции симптоматики.

В процессе проведенного лечения установлено следующее. Уже на 8-й день терапии у 8 больных наступила значительная редукция тревожно-фобической симптоматики, что подтверждали данные клинико-психологического, экспериментально-психологического исследований, а также самоотчеты пациентов. Наряду с этим стабилизировался фон настроения, улучшался сон. Вегетативные расстройства редуцировались несколько медленнее к 15 дню терапии.

Результаты лечения показали, что на данной выборке больных хомвио-нервин обладает достаточно выраженным анксиолитическим и вегетотропным действием. К 8-му дню терапии у больных отмечалось снижение общего числа по шкале тревоги Гамильтона более чем на 50% по сравнению с исходным (табл.1), а к 3-4 неделе терапии тревожные, депрессивные и вегетативные значительно редуцировались.

Таблица 1

Динамика показателей шкалы тревоги Гамильтона в процессе терапии Хомвио-нервином

| Шкалы | Баллы | | | |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Психическая тревога (п.п. 1-6, 14) | 13,6 | 6,5 | 5,1 | 2,6 |
| Соматическая тревога (п.п. 7-13) | 8,8 | 10,3 | 7,5 | 3,9 |
| СУММА БАЛЛОВ | 22,4 | 16,8 | 12,6 | 5,5 |

Прямого снотворного действия у препарата обнаружено не было. Однако следует особо отметить опосредованное влияние хомвио-нервина на нормализацию ночного сна. При приеме препарата больные в течение дня оставались спокойными, жалоб на свое самочувствие не предъявляли. Именно быстрое купирование тревожной и фобической симптоматики, стабилизация психического состояния служили достаточным фундаментом для

восстановления физиологического сна. Хомвио-нервин облегчал наступление сна, способствовал его глубине и увеличивал продолжительность.

Отдельно следует отметить, что при приеме препарата у пациентов не наблюдалось признаков лекарственной загруженности, дневной сонливости, вялости, замедленности психических и моторных реакций. Больные были бодрыми, общительными, деятель-

ними, в связи с чем улучшался их психотерапевтический контакт с врачом.

Курс амбулаторного лечения составлял 4-8 недель. В дальнейшем пациенты переводились на поддерживающее амбулаторное лечение или наблюдение и при необходимости продолжали принимать хомвио-нервин в домашних условиях. Консультации с лечащим врачом происходили раз в 7 дней первые 2 месяца, затем 1 раз в 15 дней. Терапевтический эффект препарата на ста-

дии формирования ремиссии также проявлялся в стабильном, ровном психическом состоянии пациентов. Субъективно они отмечали бодрость, хорошее самочувствие, повышение работоспособности, ровный фон настроения.

Таким образом, применение гомеопатических препаратов в комплексном лечении больных паническими расстройствами нам представляется многообещающим. Необходимы дальнейшие углубленные исследования этого направления.

І. О. Бабюк, О.Є. Шульц, Ц.Б.Абдряхімова, Б.Б.Івнєв

КОРЕКЦІЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ТРИВОГИ У ХВОРИХ НА ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗА ДОПОМОГОЮ ХОМВІО-НЕРВІНУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

На підставі аналізу літературних джерел автори представляють матеріали про лікування хворих на панічний розлад. Визначена висока ефективність препарату хомвіо-нервін при комплексному застосуванні для корекції пароксизмальної тривоги таких пацієнтів. Результати лікування 12 хворих показали достатню високу ефективність препарату як такого, що має анксиолітичну і вегетотропну дію та добре зноситься хворими. Потрібні подальші дослідження застосування гомеопатичних засобів в комплексному лікуванні хворих на панічний розлад. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 30-33).

I. A. Babyuk, O.E. Shults, Ts.B.Abdryahimova, B.B.Ivnev

CORRECTION OF PANIC DISORDER PATIENT'S PAROXYSMAL ANXIETY DURING COMPLEX TREATMENT WITH THE HELP OF HOMVIO-NERVIN

Donetsk national medical university na. M.Gorkiy

Based on literature sources, the authors present the data on treatment of panic disorder. High efficiency of Homvio-nerwin during complex treatment is noted. Results of 12 patient's treatment demonstrated the high enough efficiency of medicine with anxiolytic and vegetatropic effects. The further profound researches of homeopathic medicine for complex treatment of panic disorder are necessary. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 30-33).

Литература

1. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия, пер.с англ. дополненный / под ред. Дмитриевой Т.Б.- М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.-505 с.
2. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.- М.: «Экспертное бюро», 1997.- 491 с.
3. Баранов П.А. Паническое расстройство (клиника, диагностика, терапия).- М.: НИЦПЗ РАМН.- http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=106.
4. Воробьева О.В. Паническое расстройство: подходы к диагностике и терапии.- М.: В мире лекарств – 2000, №1.
5. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на панічний розлад // Лікарська справа. – 2008. - № 3-4. – С. 155-158.

6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.- СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995.- 568 с.
7. Келер Г. Гомеопатия. - Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997.
8. Фарингтон Э. Гомеопатическая клиническая фармакология. - К.: Колос и ИТЭМ, 1992.
9. Бабюк І.О., Шульц О.Є., Черепков В.М. Досвід застосування препарату хомвіо-нервін в наркологічній практиці / Безпека та ефективність терапії неврологічних, психічних та наркологічних розладів: Матеріали пленуму і конференції науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України. – АР Крим–Харків, 2008. – С. 11.

Поступила в редакцию 16.09.2008

УДК 616.891.4:618.17

*Н.В. Гавенко***СЕКСУАЛЬНЫЕ СЦЕНАРИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРАСТЕНИЕЙ В СЕКСУАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННОМ СУПРУЖЕСТВЕ**

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: сексуальные сценарии, неврастения, сексуально-дезадаптированное супружество

Методологическим основанием исследования являлся социально-конструктивистский подход [1], при котором клиническая реконструкция идеалтипических сексуальных сценариев осуществлялась с помощью методики «анализа категоризации» [2,3], которая представляет собой адаптированную версию методики, разработанной Н. Sacks [4], для изучения интерсубъективного смысла в категориях, которые использует человек при описании собственных и чужих повседневных практик.

Указанная методика была успешно приме-

нена А.Тёмкиной [2] при реконструкции идеалтипических сексуальных сценариев в контингенте здоровых мужчин и женщин на территории Российской Федерации и при реконструкции сексуальной идентичности у здоровых женщин [3]. Особенности и процедура применения методики «анализ категоризации» подробно описаны в нашей статье «Анализ сексуальных биографий женщин с невротическими расстройствами: возможности реконструкции идеалтипических сексуальных сценариев» (2008).

Материалы и методы исследования

Для концептуализации сведений о сексуальности у женщин была использована теория сексуальных сценариев J.H. Gagnon and W. Simon [5], J.H. Gagnon [6]. При идентификации сексуальных сценариев использовалась типология идеалтипических сексуальных сценариев, предложенная А. Тёмкиной [2], в рамках которой выделялись:

1. «Брачно-пронатальный» сценарий (секс как приложение к браку и (или) репродукции);
2. «Романтический» (секс как инструмент любви);
3. «Коммуникативный» (секс как средство и (или) результат общения);
4. «Гедонистический» (секс как автономная сфера удовольствия);
5. «Рыночный» (секс как взаимовыгодный обмен).

При идентификации индивидуальных идеалтипических сексуальных сценариев у женщин применялись квалифицирующие сценарные признаки, выделенные А. Тёмкиной [2] и адаптированные нами в соответствии с целями и задачами настоящего исследования.

Первым квалифицирующим сценарным признаком являлся общий фрейм (совокупность значений и интерпретаций) репрезентируемой в

автобиографиях сексуальности. Вторым квалифицирующим признаком являлось основание сексуальной инициации и (или) сексуального взаимодействия. Третий квалифицирующий признак - смысловая характеристика сексуального партнера. Четвертый квалифицирующий признак - смысловая характеристика сексуального удовольствия и сексуальной удовлетворенности (собственной и партнера). Пятый квалифицирующий сценарный признак - степень вербализации секса в автобиографическом нарративе. Шестым квалифицирующим признаком являлась смысловая характеристика сексуальной компетентности.

Термины «сценарий», «фрейм», «нарратив», «идеальные типы», «идеалтипический сценарий» использовались нами в значениях, определенных в работе А.Тёмкиной [2]: «сценарий» понимался как метафора, которая позволяет рассматривать, как смыслы создаются в процессе взаимодействия и в рассказах о нем, кто и как действует на «сцене» жизни, где разыгрывается и интерпретируется сексуальное взаимодействие.

В том случае, когда используется термин «фрейм», он отсылает к категоризациям, осуществляемым в повседневном знании, посредством

которых сексуальности присваивается определенный смысл. Понятие «идеальные типы» подчеркивает аналитическую реконструкцию последовательности смысловых событий (сценариев). Согласно М. Веберу [7], идеальные типы устанавливаются с помощью мысленного эксперимента, они являются средством научного формирования понятия, абстракции. Это – модель, позволяющая осмыслить все явления, для объяснения которых она сконструирована. Таким образом, идеалтипичский сценарий в настоящем исследовании – это «устойчивые, повторяющиеся в определенной последовательности способы категоризации сексуальности в повседневности» [2]. Сценарии реконструируются нами как модели, в рамках которых сексуальность обретает значение в персональных историях. Выделение идеальных типов позволяет затем рассмат-

ривать более сложные системы категоризации, связанные с реконструированием сочетаемости индивидуальных сексуальных сценариев в проблемном супружестве.

Эмпирической базой данного исследования являются 110 структурированных «Сексуальных автобиографий», содержащих нарратив об интимной жизни 110 женщин, страдающих неврастенией.

Исследование проводилось с целью идентификации индивидуальных сексуальных сценариев у пациенток, необходимых для диагностики неконгруэнтных (дезадаптивных) сценарных типосочетаний сексуальности в дезадаптированных супружеских парах. Ниже представлены описания идентифицированных нами идеалтипичских сценариев и их частотное распределение в группе.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение идеалтипичских сексуальных сценариев в группе женщин с неврастенией,

полученное в наших исследованиях, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение идеалтипичских сексуальных сценариев в группе женщин с неврастенией

| № | Тип сценария | Абсолютное число (n=110) | % (n=110) |
|---|----------------------|--------------------------|-----------|
| 1 | Брачно-пронатальный | 60 | 54,6 |
| 2 | Романтический | 10 | 9,0 |
| 3 | Коммуникативный | 20 | 18,1 |
| 4 | Гедонистический | 2 | 1,8 |
| 5 | Рыночный (бартерный) | 18 | 16,4 |

ЖЕНСКИЙ РОМАНТИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни в данном сценарии репрезентируется как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых является любовные отношения. Типичные фразы смысловых секвенций (содержательно законченных эпизодов) женских нарративов: «В постель ни с кем без любви не ложилась» (женщина, 25 лет). «Сексом занимаюсь только с любимым мужчиной» (женщина 23 лет).

Основанием для вступления в сексуальные отношения у женщин с романтическим сценарием, в наших исследованиях всегда являлась любовь – социально одобряемая традиционная регламентация начала половой жизни с лицом противоположного пола. Потеря девственности у всех обследованных женщин осуществлялась с мужчинами, к которым они испытывали силь-

ное чувство влюбленности.

В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию определен как «любимый» или «любовник». Сексуальные отношения тесно связаны с чувствами, они являются основой для вступления в брак, а также могут существовать параллельно браку. Проанализированные биографии - это всегда рассказы о любви или о серии влюбленностей. Установлено также, что сексуальное удовольствие и удовлетворенность в романтическом сценарии прямо связаны с силой и напряженностью любовного чувства. Само понятие «любовь» многозначно, «любовь» служит метакатегорией, охватывающей широкий спектр разных чувств и действий [2]. Анализ метакатегориальности «любви» выходит за пределы данной статьи, однако отметим, что независимо от контекста и смысла, каким наделяется категория «любви» в женских сексуальных

биографиях данной группы, общим в них является устойчивая коннотация «секса» с «любвым взаимодействием».

Степень вербализации секса в женской версии романтического сценария низкая: сексуальные вопросы не обсуждаются с партнером и не описываются в биографиях. В отношениях обсуждается не секс, а чувства. Сексуальные техники описываются редко.

В романтическом сценарии сексуальная компетентность у здоровых женщин - это сама «романтическая любовь», служащая основанием для секса и оформленная как связный рассказ о жизни, это подтверждение женственности «любящей (влюбленной) женщины» благодаря способности «любить» и «быть любимой», способности быть объектом любви-желания. Сексуальная компетентность женщин с неврастенией, также трактуется нами как «любовная потенция»: подтверждение женственности «любящей (влюбленной) женщины».

В нашем исследовании женщины с романтическим сценарием наблюдались в 9,0% от общего числа женщин с неврастенией.

ЖЕНСКИЙ КОММУНИКАТИВНЫЙ СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни в данном сценарии репрезентируется женщинами как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом которых является общение. Диапазон применения категории общения достаточно широк: «коммуникация» включает «общий круг, совместную работу, взаимопонимание, дружбу, человеческие отношения».

А. Тёмкина [2], выделив данный квалифицирующий признак, отмечает, что вся сексуальная жизнь в широком смысле является коммуникацией, важно понимать, что в данном случае, текст, содержащий интимный нарратив, эксплицирует именно коммуникативный аспект.

Основанием для вступления в сексуальные отношения являются совместные совпадающие интересы, возникающие на работе, учебе или в местах публичного интенсивного общения («тусовки», презентации, пр.) – социально условно одобряемая традиционная регламентация начала половой жизни с лицом противоположного пола. Потеря девственности происходит с мужчиной, к которому женщина испытывает дружескую симпатию, которому доверяет, которого идентифицирует как «друга», человека «своего круга». В интимных нарративах партнер может быть определен по – разному: как «мальчик», «человек», «кавалер», «тот мой попутчик, с ко-

торым я могу вот так жить рядом и обговаривать все, что происходит» и пр. Смену сексуального партнера детерминирует личностная заинтересованность в партнере, с которым комфортно и интересно общаться. Сексуальные отношения описываются как серия параллельных или последовательных связей, где одни имеют стабильный характер, а другие – кратковременный.

Сексуальное удовольствие связано с качеством коммуникации: личной безопасностью в ней, степенью доверительности. Сексуальные опыты описываются как разнообразные, степень вербализации секса высокая: техники, позы, ощущения, проблемы контрацепции открыто и охотно обсуждаются партнерами. Идентичность женщины в сексуальной сфере выстраивается как идентичность «женщины-подруги».

В коммуникативном сценарии сексуальная компетентность для женщин это «коммуникативная потенция» - способность вступать и поддерживать «доверительные» сексуальные отношения с мужчиной-«другом». Секс для женщин является следствием и приложением к личностной коммуникации, «выражение ее другими средствами».

Заключая, можно отметить, что женский коммуникативный сценарий воплощает в себе менее традиционные сексуальные представления, зафиксированные на территориях стран СНГ [2] и в нашем исследовании характерен для 18,1% обследованных пациенток с неврастенией.

ЖЕНСКИЙ БРАЧНО-ПРОНАТАЛЬНЫЙ СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни репрезентируется у женщин с брачно-пронатальным сценарием как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых являются семейно-брачные отношения. Другими словами, в женской версии сексуальная биография – это история сексуальных взаимоотношений с мужем. В изученных нами женских нарративах ключевыми для смысловых секвенций являлись фразы типа: «Секс у меня был только с мужем... других я не искала» (женщина, 35 лет); «Мой единственный мужчина – мой муж» (женщина, 32 лет).

Основанием для вступления в сексуальные отношения у женщин с брачно-пронатальным сценарием в наших исследованиях является собственно брак – социально одобряемая традиционная регламентация начала половой жизни с лицом противоположного пола. Женщины вступают в брачные сексуальные отношения для того, чтобы родить ребенка, исполняя “супру-

жеский долг”. В сексуальных биографиях после первой романтической (платонической) влюбленности, как правило, описывается сексуальный контакт, который происходил с мужем. Изучение интимных нарративов показало, что в женском варианте брачно-пронатального сценария потеря девственности осуществляется с человеком, к которому женщина испытывает симпатию, а не любовь. Типичная фраза в смысловых секвенциях – «он мне нравился».

В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию всегда определен как «муж». Сексуальные отношения практически во всех биографиях описываются как жизнь в браке. Смену сексуального партнера детерминирует его физическая утрата (развод с мужем или его смерть). Сексуальное удовольствие в женском брачно-пронатальном сценарии не предполагается и не является ценностью. Сексуальность в большинстве случаев описывается как «отсутствие» таковой. Значение секса сводится к его приложению к браку, секс описывается как однообразный и рутинный.

Степень вербализации секса в женской версии брачно-пронатального сценария низкая: техники, позы, ощущения, проблемы контрацепции не обсуждаются ни с брачным партнером, ни с друзьями, ни с родственниками.

В основе сексуальной компетентности женщины с данным сценарием находится реализованная «пронатальность». Женщины вступают в брачные сексуальные отношения для того, чтобы родить ребенка, «исполняя супружеский долг». Социально компетентная женщина – это «женщина-мать», родившая ребенка в браке. Результаты наших исследования совпадают с данными А. Тёмкиной [2]: мы также считаем, что женщина с брачно-пронатальным сценарием выходит замуж (без любви, без сексуальной потребности, без личностной привязанности) для того, чтобы реализовать нормативную модель жены и матери.

Данный сценарий встречается у подавляющего числа женщин, больных неврастенией и составляет 54,6%.

ЖЕНСКИЙ ГЕДОНИСТИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни репрезентируется у женщин с гедонистическим сценарием как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых являются удовольствие. Другими словами, в женской версии сексуальная биография – это история о сексуальных наслаждениях, пережитых и доставленных. В изу-

ченных нами женских нарративах ключевыми для смысловых секвенций (содержательно законченных эпизодов текста) являлись фразы типа: «Секс – в основе всего...ни дня не могу прожить без удовольствия» (женщина, 20 лет); «С мужа я не слажу... когда он в командировке еду на дискотеку... Отрываюсь по полной» (женщина, 19 лет). А. Тёмкина [2], выделившая данный квалифицирующий признак, также отмечает, что секс в гедонистическом сценарии описывается одновременно “как автономная сфера”, и как естественное, «природное проявление человека»: «В (сексе) главное – это получить наслаждение и дать наслаждение другому человеку» (женщина, 31 год).

Основаниями для вступления в сексуальные отношения в рассматриваемом сценарии являются: интенсивные сексуальные реакции – сексуальное возбуждение, требующее немедленно удовлетворения (в интимном нарративе описывается как «удовлетворение [сексуального] аппетита», «чувства [сексуального] голода»); наличие доступного «свежего» сексуального партнера («интрижка на стороне»). Общим для всех оснований является установка на получение наслаждения и предоставление наслаждения другому.

В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию определен как лицо доставляющее и получающее удовольствие (т.е. как собственно “сексуальный партнер”). Его смену детерминирует биологическая («природная») потребность, сексуальная привлекательность доступного партнера, ситуационные и провокативные факторы (опьянение, наркотизация, пр.). Секс описывается как автономная сфера. Выделение сексуальности, как отдельной сферы, представлено как процесс обучения, раскрепощения, поиска. Сексуальные отношения отделены от брака и любви, в них вступают последовательно и параллельно вплоть до группового секса и серии случайных связей.

Сексуальная компетентность в этом сценарии – это опыт, знания, навыки, ориентация на удовольствие собственное и партнера. Компетентная женщина – это женщина желающая, реализующая свою сексуальную «природу».

Следует отметить, что гедонистический сценарий у женщин, больных неврастенией встречается наиболее редко - 1,8% случаев.

ЖЕНСКИЙ РЫНОЧНЫЙ (БАРТЕРНЫЙ) СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни репрезентируется женщинами с рыночным сценарием как со-

вокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых являются обмен.

По данным литературы [2], данный квалифицирующий признак, отмечается, что «секс в данном сценарии описывается как нечто, подлежащее обмену, продаже и покупке, то, что является предметом потребления». Сексуальное поведение подчинено концепции «обмена» секса на блага (главным образом материальные). Женщина - «продавец» секса, мужчина – его «покупатель». Ключевыми для смысловых секвенций являются фразы: «Мне нравилось, когда он давал мне деньги...я пару раз этим занималась, когда у меня совершенно не было денег» (женщина, 31 год). «Я получала материальные выгоды из секса: мне делали подарки... иногда давали деньги... я расплачивалась сексом» (женщина, 34 года).

В наших исследованиях женщины с рыночным сексуальным сценарием вступали в сексуальные отношения для получения материальных благ. Добрачный период у них описан как опыт платных отношений с лицом противоположного пола. В отношения вступают в зависимости от благ, которые они могут принести. Партнеры – это случайные знакомые, отношения с которыми имеют как кратковременный (проституция), так и длительный («спонсорство» или «содержанство») характер. Они представляют собой (денежный) договор. Для женщин с рыночным сценарием, брачные отношения, по сути, являются продолжением добрачной практики. Партнер в данном сценарии имеет смысловую характеристику «спонсор», «источник ресурса». Параллельно официальному браку женщина вступает в разнообразные (разовые и/или постоянные) «сексуально-обменные» отношения с другими мужчинами.

Сексуальное удовольствие и удовлетворение женщины в этом сценарии не предусматривается. В данном сценарии с партнером обсуждаются проблемы предохранения, заболеваний, «материального благополучия мужчины»; собственно секс предметом обсуждения не является. В словаре секса центральное место занимают категории «цена» и «ресурс» [2].

Сексуальная компетентность женщины в этом сценарии – это «сексуальный профессионализм»: опыт, знания, навыки, которые можно выгодно обменять на материальные блага, а также и способность продать сексуальные услуги.

Отметим, что данный сценарий не воплощает в себе традиционные сексуальные представления, зафиксированные на территориях стран

СНГ [2] и является, на наш взгляд, следствием наблюдаемой в Украине интенсивной либерализации и коммерциализации сексуальности. Женщины с данным сценарием составили 16,4% от общего числа обследованных.

Выводы.

Проведенное нами исследование идеалтипических сексуальных сценариев у женщин с неврастенией в сексуально-дезаптированном супружестве позволило сделать ряд обобщений.

1) Подтвержден тезис А. Тёмкиной [2] о том, что репрезентируемые истории индивидуально-сексуального опыта всегда наделены смыслом, который присваивают им рассказчики. Истории, кроме изложения событий (последовательности практик), имплицитно и эксплицитно включают их интерпретацию и оценку. Фреймы описания сексуальной жизни (сценарии) представляют собой совокупность значений или интерпретаций, как то, «посредством чего человек рассматривает событие, происходящее с ним и значимым другим» [9].

2) Проведенное исследование выявило существование сексуальной полисценарности у женщин и детерминируемую этим множественность ее значений и интерпретаций.

3) Подтверждено, что для каждого сексуального сценария характерен специфический общий фрейм (фрейм-маркер), с помощью которого может быть установлена (выделена, идентифицирована) категория, в которую «помещена» сексуальная жизнь человека, относительно чего она измеряется, оценивается, и каким образом данные категории образуют идеалтипические сценарии.

4) Установлено, что общим фреймом репрезентируемой сексуальности в «брачно-пронатальном» сценарии являются «семейно-брачные отношения», в «романтическом» - «любовь», в «коммуникативном» - «общение», в «гедонистическом» - «удовольствие», в «рыночном» («бартерном») – «обмен».

5) Выявлено, что женские идеалтипические сексуальные сценарии не имеют сквозную общую категорию.

6) Выделен сексуальный сценарий (гедонистический), в котором сексуальная автономность достигает предельного развития и выраженности, а сексуальная компетентность женщины вступает в противоречие с традиционными ожиданиями исполнения пассивной роли. Данный сценарий отнесен нами к условно дезаптогенному. При отсутствии конгруэнтного ему сценария у мужчины, он способен детерминировать

развитие первичной (сценарной) сексуальной дезадаптации в супружеской паре.

7) Выделен сексуальный сценарий (рыночный), в котором системно осуществляется дегуманизация мужчины (последний воспринимается как «поставщик материальных благ», «покупатель сексуальных услуг», как «полезная и приятная вещь», а не как личность). Данный сценарий отнесен нами к условно дезадаптогенному: при отсутствии конгруэнтного ему сценарию у мужчины, он также способен индуцировать развитие первичной (сценарной) сексуальной деза-

даптации в супружеской паре.

Идентификация индивидуальных идеалтипических сексуальных сценариев с помощью методики «анализа категоризации» [2,9], является необходимой процедурой для доказательной диагностики сексуальной дезадаптации в супружеской паре. Сценарная идентификация позволяет определить наличие потенциально дезадаптогенных индивидуальных сексуальных сценариев, установить их роль как в сексуальном адаптогенезе пары в целом, так и в развитии и течении невротического расстройства.

Н.В. Гавенко

СЕКСУАЛЬНІ СЦЕНАРІЇ У ЖІНОК З НЕВРАСТЕНІЄЮ У СЕКСУАЛЬНО-ДЕЗАДАПТОВАНОМУ ПОДРУЖЖІ

Харківський національний медичний університет

Вивчені сексуальні сценарії в жінок у сексуально-дезадаптованому подружжі. Для проведення «аналізу категоризації» була використана методика Н.Sacks, адаптована А.Тьомкіною. Також, для концептуалізації даних о сексуальності жінок використовувалась теорія сексуальних сценаріїв J.H. Gagnon and W. Simon. Встановлено ознаки умовно дезадаптогенного сексуального сценарію. Розглянуто гендерні особливості жіночих сексуальних сценаріїв при неврастенії. Сценарна ідентифікація дозволяє визначити наявність потенційно дезадаптоційних індивідуальних сексуальних сценаріїв, встановити їх роль у сексуальному адаптогенезі пари в цілому, а також у розвитку та перебігу невротичного розладу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 34-39).

N. V. Gavenko

SEXUAL SCENARIOS IN WOMEN WITH NEURASTHENIA IN SEXUAL-DESADAPTED MATRIMONI

Kharkiv National Medical University

The ideal-typical sexual scenarios in women with sexual-desadapted matrimony were investigated. The H.Sacs method in modification of A.Tyomkina was used for the «analysis of categorization». Also, the theory of sexual scenarios by J.H. Gagnon and W. Simon was used for conceptualization of data about women's sexuality. The sign of relatively dezadaptogenic sexual scenario was marked out. The gender features of women's sexual scenarios in neurasthenia were examined. The scenario identification allows to, determine the presence of potentially dezaolaptogenic individual sexual scenarios, find this role both in sexual adaptogenesis of couple and in development and course of neurotic disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 34-39).

Литература

1. Garfinkel H. Studies in ethnomethodology. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall, 1967. — 237 p.
2. Тёмкина А. Сценарии сексуальности и гендерные различия // В поисках сексуальности / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной. — СПб.: «Дмитрий Буланин», 2002. — С.559-587.
3. Здравомыслова Е., Тёмкина А. Анализ нарратива: возможности реконструкции сексуальной идентичности // В поисках сексуальности / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной. — СПб.: «Дмитрий Буланин», 2002. — С.549-558.
4. Sacks H. On the Analysability of Stories by Children //

Ethnomethodology / Ed. By R. Turner. Harmondsworth: Penguin, 1974. — P.32-48.

5. Simon W., Gagnon J.H. Sexual scripts: performance and change //Archives of Sexual Behaviors, 15, 1986. — С. 97-120.

6. Gagnon J.H. The Explicit and implicit Use of the Scripting Perspective in Sex Research //Annual Review of Sex Research / Ed. By J. Bancroft. Vol1. — P.1-43.

7. Вебер М. Основные социологические понятия. //Вебер М. Избранные произведения. — М.: Прогресс. — С.602-643.

8. Goffman E. Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience. — Boston, Northeastern Universitu Press, 1974.

Поступила в редакцию 4.02.2009

УДК: 616.89-053.9-058

*И.Я. Пинчук***К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Главное управления здравоохранения Донецкой областной государственной администрации

Ключевые слова: медико-социальная помощь, люди пожилого возраста

Современный уровень оказания медицинской и социальной помощи населению пожилого возраста в Украине не отвечает его реальным нуждам и имеет высокую социально-демографическую стоимость – рост заболеваемости и смертности [1,4]. Среди населения старше 70 лет – 18,3% нуждаются в ежедневной социально-бытовой помощи, 82% постоянно принимают лекарства, среди населения старше 80 лет – 20% нуждаются в специализированной психиатрической помощи [2].

Сегодня в Украине отсутствует единая скоординированная система геронтопсихиатрической помощи населению. Неудовлетворительное состояние предоставления медико-социальной помощи пожилым людям с психическими расстройствами обусловлено социально-экономическими факторами и организационно-кадровой неготовностью учреждений к работе с геронтопсихиатрическими пациентами. Что касается общих государственных форм медико-социальной помощи пожилым людям с психическими расстройствами в Украине, следует отметить, что она предоставляется в системе амбулаторных и

стационарных специализированных психиатрических учреждениях Министерства здравоохранения, а также в специальных учреждениях Министерства труда и социальной политики.

Первичным звеном амбулаторно-поликлинической помощи пожилым людям является участковый врач-терапевт (семейный врач или врач общей практики). На него приходится до 60% амбулаторного обслуживания и 90% помощи дома пожилым пациентам. Таким образом, он является, специалистом первого порядка и должен быть специально подготовлен по актуальным вопросам психического здоровья пожилых людей [3].

Множественные потребности медицинского, социального и психологического характера, которые формируются с возрастом, определяют необходимость разработки и внедрения государственной системы комплексных мероприятий медико-социальной помощи пожилому населению на всех этапах структурной перестройки медицинской отрасли.

Клинический случай из собственной практики.

Материалы и методы

Данная пациентка была обследована в геронтопсихиатрическом отделении КЛПУ «Городская психоневрологическая больница №2 г. Донецка» в рамках изучения организации оказания медико-социальной помощи пожилым людям с психическими расстройствами. Методами исследования, на которых в данной статье будут строиться выводы, были: клинико-психопатологический и метод первичного интервью.

История болезни пациентки М., 77 лет

Поступила в больницу, прежде всего по настоянию дочери в связи с существенными изменениями в поведении, которые могли быть опасными для пациентки и окружающих. Сама себя психически больной не считает, однако согла-

силась на стационарное обследование.

Анамнестические сведения

Пациентка М. в молодом возрасте осталась вдовой. Повторно замуж не выходила. Всю жизнь посвятила воспитанию единственной дочери. Дочь получила высшее экономическое образование, вышла замуж, родила сына. Пациентка М. всё время проживала с семьей дочери в своей собственной двухкомнатной квартире и была незаменимым помощником дочери, как в воспитании внука, так и по ведению домашних дел. Однажды пациентка М., выйдя на рынок, с трудом нашла обратную дорогу домой. Это насторожило дочь. Вечером в тот же день у пациентки М. впервые в жизни изменилось психи-

ческое состояние. Она была тревожной, беспокойной, видела посторонних людей у себя в комнате и просила дочь их выгнать. Утром дочь вызвала участкового терапевта, который не определил патологии, относящейся к компетенции терапевта, и порекомендовал пройти курс лечения у невролога, активный этап которого длился в течение месяца, поддерживающая терапия ещё три месяца. В последующем, в течение года пациентка наблюдалась неврологом. Её состояние постепенно изменялось. На первом плане отмечалась беспомощность, снижение памяти, "детскость". Вначале это расценивалось, как естественные возрастные признаки. Пациентка постепенно отказывалась от выполнения привычных для неё домашних дел, перестала ходить за покупками, готовить еду, заниматься воспитанием внука. Когда появилась опасность, что она может открыть газ или воду и забыть их закрыть, дочери впервые порекомендовали обратиться за консультацией психиатра. Кроме того, внук стал отказываться оставаться с бабушкой дома, плакал, нервничал, говорил, что боится. Дочь с мужем с утра до вечера были заняты на работе. Пациентка не считала себя больной, но согласилась на консультацию психиатра. Психиатр после консультации предложил стационарное лечение. В течение месяца пациентка провела в психиатрической клинике. После выписки она вернулась домой. Она была тихой, спокойной, но ещё более беспомощной. Она с трудом ориентировалась в квартире, совсем не смогла вести домашнее хозяйство, время проводила сидя у себя в комнате. Такое состояние длилось в течение 6 месяцев. Уходя на работу, дочь и зять оставляли пациентку дома одну. Она тихо сидела у себя в комнате и ждала возвращения родных. Внук ходил в школу, он раньше родителей возвращался домой и смотрел за бабушкой. Дочь несколько раз в день звонила по телефону.

Вскоре состояние резко изменилось. Появилась раздражительность, агрессивность, капризность, нарушился сон, по вечерам стала к чему-то прислушиваться, с кем-то разговаривать. Дочь повторно обратилась к психиатрам,

и пациентка М. вновь оказалась в психиатрической клинике. Курс лечения составил 2 месяца, однако присоединились расстройства желудочно-кишечного тракта, пациентка сильно похудела, резко снизился её реабилитационный потенциал, она перестала самостоятельно передвигаться, нуждалась в постороннем уходе, иногда не узнавала родственников. Ей был выставлен диагноз болезни Альцгеймера и рекомендовано уход в домашних условиях, так как в активном психиатрическом лечении она не нуждалась. Пациентка вернулась домой. Она стала бременем для семьи. Остаться дома одна она не могла. Родственники не могли обеспечить уход из-за занятости на работе. Дочь обратилась в социальные службы с просьбой выделить сиделку, на время пока она находится на работе, и получила отрицательный ответ. Согласно действующему в Украине законодательству обеспечение социальных структур гарантировано только одиноким пожилым, а психическое заболевание более того, является противопоказанием для взятия под опеку социальными службами. Дочь обратилась в частные структуры за сиделкой. Цена превышала её месячную зарплату. Дочь взяла очередной месячный отпуск, чтобы ухаживать за матерью. Отпуск заканчивался, проблема не решалась. Пациентка теперь уже не узнавала дочь, все время находилась в пределах постели, была беспокойной, плохо спала ночами. Дочь попыталась госпитализировать маму снова в психиатрическую клинику, но получила отказ на госпитализацию и предложение проконсультировать маму в домашних условиях при необходимости. От безысходности психическое состояние дочери также изменилось. Она постоянно плакала, снизился фон настроения, периодически становилась раздражительной и злобной к матери, а затем из-за этого переживала. Участились конфликты в семье с мужем, так как ему меньше доставалось внимания, все это происходило на глазах 9-летнего сына. В семье нарушилась стабильность, участились конфликты, воцарилось постоянное чувство безысходности.

Обсуждение

В настоящее время государство сконцентрировало свое внимание и финансирование на проблеме здоровья детей; на проблеме здоровья мужчин и женщин детородного возраста. Приоритета здоровья пожилых людей в Украине нет. Все эти проблемы совпали с сокращением ассигнований на нужды здравоохранения. Ста-

рость в Украине сегодня для большинства – стигма, а психическое расстройство в пожилом возрасте – стигма вдвойне.

В Украине законодательство обязывает детей ухаживать за своими престарелыми родителями. Проблема психических расстройств не осознается сегодня общественностью в Украине как се-

рьёзная проблема здравоохранения, а в семьях она воспринимается как проявление возрастных изменений. Характерным для сегодняшней ситуации в Украине является ориентация на более тяжёлые формы психической патологии (тяжелые деменции, острые и хронические психозы); ориентация на биологические методы лечения и стационарные формы помощи; отсутствие мультидисциплинарных форм помощи и системы подготовки кадров в этой сфере; увеличение количества геронтопсихиатрических коек в психиатрических стационарах; недостаточное количество обслуживающего персонала; длительные госпитализации пожилых пациентов с психическими расстройствами; отсутствие необходимого контакта с родственниками пациентов.

Пожилые люди с психическими проблемами не могут получать социальную помощь, так как психические расстройства, в соответствии с действующим законодательством, являются противопоказанием взятия на учет в социальные структуры по месту жительства.

Неформальные системы играют ведущую роль в оказании помощи пожилым людям в Украине, где основную нагрузку по уходу за ними несут их дети. Однако усиливается значимость факторов, подрывающих способность семьи обеспечивать заботой своих престарелых. Во-первых, снижение уровня рождаемости в Украине означает, что одному – двум детям придется нести на себе бремя ухода за родителями. Во-вторых, в Украине постоянно увеличивается численность работающих женщин, что ограничивает возможности семьи по предоставлению неформальной помощи престарелым с психическими расстройствами, поскольку чаще именно женщины берут на себя основную долю нагрузки по уходу за стариками. В-третьих, в сельских регионах, миграция молодежи в город в поиске трудоустройства влечет за собой проблему увеличения количества стариков, за которыми некому ухаживать. Все это порождает возрастающую потребность в официальных системах помощи.

В Украине официальные системы помощи не отвечают необходимым требованиям – как по охвату соответствующего контингента, так и по качеству обслуживания. Существует сеть государственных гериатрических домов – интернатов и психоневрологических, однако их количество далеко от существующей потребности. Частные учреждения – единичные. Кроме того, в

Украине довольно высоким является% семей, где члены семьи не могут предоставить материальную и социальную поддержку нуждающимся в ней пожилым родственникам, а пенсия пожилого человека является немаловажным источником для существования семьи.

Сегодня в Украине акцент делается на создание комплексного подхода при обслуживании пожилых людей, что требует гораздо меньших материальных затрат и является более эффективным, чем создание специализированных геронтопсихиатрических служб. Комплексное обслуживание пожилых людей объединяет меры по удовлетворению их потребностей в охране как психического, так и соматического здоровья. Как известно, в данной возрастной категории часто наблюдается сочетание разных типов патологии. Пожилые люди склонны обращаться к врачу с жалобами на недомогание физического (а не психического) характера, очевидно, меры, направленные на лечение психических расстройств, будут эффективными, если войдут в качестве составной части в существующую систему общемедицинской помощи.

Выводы.

1. В настоящее время в Украине наблюдается значительный рост абсолютной и относительной численности лиц пожилого возраста в структуре населения, причем этот процесс продолжает неуклонно развиваться.

2. В Украине основным источником поддержки для пожилых людей все ещё остается семья. Однако процесс ломки семейных укладов совпал с ростом численности престарелых людей. Снижение уровня рождаемости, миграция молодежи, активная жизнь женщин в общественно-полезном труде – всё это ограничивает возможности семьи по уходу за престарелыми.

3. Современное состояние оказания медико-социальной помощи в Украине не соответствует реальным потребностям пожилых людей вообще и страдающих психическими расстройствами в частности.

4. Критическая нехватка средств на здравоохранение вообще, акцент на здоровье детей, мужчин и женщин детородного возраста, определяют государственную политику в здравоохранении Украины в настоящее время.

5. В Украине пожилые люди с проблемами психического здоровья лишены возможности пользоваться услугами социальных структур по месту жительства.

І.Я. Пінчук

К ПИТАННЮ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ЛІТНІМ ЛЮДЯМ З ВАДАМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Головне управління охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації

В даній статті, що розглядає проблему доступності та диференційованості медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я, автор намагається надати існуючі в Україні можливості щодо отримання цієї допомоги. На конкретному клінічному випадку автор демонструє організацію надання медико-соціальної допомоги літнім людям з вадами психічного здоров'я в Україні, окреслює існуючі проблеми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 40-43).

I. Pinchuk

TO QUESTION ABOUT ORGANIZATION OF THE MEDICAL AND SOCIAL HELP TO ELDERLY PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Department Health Service of Donetsk region

In this article, it was considered the problem of accessibility and differentiation medical and social help to elderly people with mental disorders. The author achieves possibilities of Ukraine for getting this help. The author shows the organization of the help to elderly people with mental disorders in Ukraine. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P.40-43).

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., Халжинова Н.А. Стан організації гериатричної допомоги населенню літнього віку в Україні (2005р.) // Проблеми старения 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 старения 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 23.04.2009

УДК 617.254:617.84-036

С.В. Корж

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ: МОЖЛИВІ СПРЯМУВАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ

Хмельницька обласна психіатрична лікарня №1

Ключові слова: судинна деменція, когнітивний дефіцит, соматична хвороба, психотерапія

Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції як одного з основних видів психічної патології похилого віку обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Перш за все – певні демографічні зсуви в суспільстві: збільшення середньої тривалості життя, зміна вікової структури населення. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми судинної деменції, є тенденція до неспинного зростання частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн, що розвиваються [1;2]. За даними Lechner та співавт. [3], частка осіб віком від 60р. та старше в розвинених країнах досягає 13%. А. Манн зазначає, що в світі 6% населення старше 65р., при чому в Європі ця цифра сягає 14%, в США – 13%, а в країнах Африки та Азії – відповідно 3% та 5% [4]. Крім суто економічних проблем, неспинне зростання питомої ваги та абсолютної чисельності осіб похилого віку створює для держави значні медичні проблеми в зв'язку з зростанням тієї категорії населення, що має найбільш високий ризик розвитку тих видів психічної патології, які характерні для похилого віку, зокрема судинної деменції [5]. До того ж, крім дії таких транскультуральних факторів, як неблагоприємні і часто незворотні зміни мікросоціального середовища (вихід на пенсію, окреме проживання дітей, смерть близьких, самотність), населення бывшего СРСР знаходиться під впливом наслідків реформування соціально-політичної системи, які найбільш деструктивно торкнулись найвразливішого в психологічному та економічному відношенні прошарку населення – похилих, негативно впливаючи перш за все на стан їхнього психічного здоров'я.

За поширеністю в західних країнах та США судинна деменція займає друге місце після хвороби Альцгеймера, тоді як в країнах бывшего СРСР, Фінляндії та азійських країнах, включаючи Японію та Китай, частіше всього зустрічається

саме судинна деменція [6;7;8], хоча деякі дослідники на друге місце після хвороби Альцгеймера виносять деменцію з тільцями Леві [9]. На думку Шахматова Н.Ф. (1996), судинна деменція превалує у віковій групі до 75 р., поступаючись хворобі Альцгеймера у осіб старше 75 р.

Hebert та Brayne (1995) вважають, що судинна деменція пояснює 24-48% всіх випадків деменцій у похилих з захворюваністю 6-10 випадків на рік на 10 тис. осіб віком старше 70 р. Середня тривалість захворювання складає 5 р., виживання менше, ніж при хворобі Альцгеймера [10]. Англійські дослідники (Р. McNamee та ін., 2001) виявили, що середня тривалість життя для індивідів з деменцією, які прожили більше 65 р., коливається від 0,7-0,9 років для чоловіків до 1,3-1,8 років для жінок [11]. На більшу захворюваність чоловіків на судинну деменцію вказує Шахматов Н.Ф. (1996).

За даними Skoog та співавт. (1993), летальність серед хворих на судинну деменцію в старечому віці на протязі 3 років склала 66,7%, тоді як при хворобі Альцгеймера – 42,2%, а серед недементних пробандів – 23,1% [8]. Показник розповсюженості коливається від 1,2 до 2,4% серед осіб віком 65р. і старше, зростаючи з віком [10]. За даними різних дослідників, судинна деменція серед усіх видів деменцій пізнього віку складає від 10-20% [12;13;14;15;16;17] до 36-39% [3;18]. Натомість на думку японських вчених, на судинну деменцію приходиться більше 50% клінічно діагностованих (Yamaguchi T. et al., 1992) та від 54 до 65% обгрунтованих за допомогою аутопсії (Suzuki K. et al., 1991) випадків недоумства. Folstein M. та співавт. (1991) вказують, що серед осіб віком 65 р. і старше частота судинної деменції складає 4,5% [8]. Вітчизняні дослідники приводять дещо інші цифри. Так, за даними С.І. Гаврилової та співавт. (1994), частота судинної деменції серед осіб старше 60 р. складає 5,4% [19]. Калин Я.Б. (2000) виявив,

що поширеність судинної деменції серед обстежуваного контингенту (особи віком 60 р. і старше) становить 3,4% [2].

Не дивлячись на те, що в сучасній медичній літературі багато публікацій присвячено насамперед морфологічним, терапевтичним, параклінічним аспектам судинної деменції, дуже мало уваги приділяється проблемі поєднаності судинної деменції з іншими, перш за все соматичними, хворобами. Сама по собі судинна деменція є соматично обтяженою патологією, так як у переважаючій більшості випадків розвивається на тлі патогенетичного захворювання (гіпертонічна хвороба, церебральний атеросклероз, цукровий діабет), про що свідчать численні публікації [1;20;21;22;23;24;25]. З іншого боку, судинна деменція є захворюванням майже виключно похилого віку, для якого внаслідок природної інволюції адаптативно-захисних механізмів характерним є підвищена захворюваність різноманітними соматичними хворобами, в тому числі – дихальної системи. І дійсно, практичні лікарі-психіатри, що працюють в геронтологічних відділеннях, лікують своїх пацієнтів, як правило, разом з терапевтами. Зважаючи на велику частоту поєднаності судинної деменції з соматичними, зокрема респіраторними захворюваннями, постає питання: як впливають останні на ступінь інтелектуально-мнестичних розладів, когнітивного дефіциту при судинній деменції?

Відповідь на це питання - крім теоретичного аспекту - має безсумнівне практичне значення. Як відомо, невід'ємною частиною лікування пацієнтів з деменцією, крім фармакологічних чинників, є психотерапевтичні методики, спрямовані в першу чергу на оптимізацію когнітивного функціонування. Зокрема, описані такі методики, як, наприклад, орієнтація в реальності, ремінесцентна терапія, валідаційна терапія і ін. [26]. Якщо виявляться певні особливості структури когнітивного дефіциту судинної деменції у пацієнтів з окремими соматичними хворобами, то включення в їх лікування психотерапевтичних методик, спрямованих на оптимізацію певних більш уражених когнітивних функцій, поза сумнівами поліпшить якість життя таких пацієнтів.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей структури когнітивного дефіциту судинної деменції в разі приєднання соматичних захворювань та визначення напрямків психотерапевтичного впливу.

Об'єкт обстеження становили 137 хворих на судинну деменцію, що знаходились на стаціо-

нарному лікуванні в соматогеронтологічному відділенні Хмельницької обласної психіатричної лікарні №1. Діагноз судинної деменції згідно критеріїв МКХ-10 виставлявся на основі клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів, огляду невролога та у більшості випадків комп'ютерно-томографічного дослідження головного мозку [27]. В обстеження входили тільки пацієнти з судинною деменцією помірного ступеню згідно шкали клінічної оцінки деменції (Clinical Dementia Rating – CDR, для помірної деменції – CDR-2) [28;29].

У відповідності до критеріїв CDR-2 стадія помірної деменції діагностується за наявності наступних ознак: важкого порушення пам'яті з можливістю відтворення тільки упрощених минулих знань та досвіду; повного дезорієнтування в часі, часткового – в оточуючому; важких порушень власне інтелекту (виражене зниження рівня міркувань, значні труднощі в аналітико-синтетичній діяльності); повної нездатності виконувати будь-які суспільні обов'язки; виражені проблеми в виконанні хатньої роботи (хворим доступна тільки проста, рутинна робота в домашніх умовах); значної обмеженості інтересів; необхідності постійної підтримки та допомоги, навіть в таких видах самообслуговування, як одягання, особиста гігієна і ін.

Стадія важкої деменції (CDR-3) кваліфікується у випадку наявності наступного симптомокомплексу: вкрай важкого розпаду пам'яті (зберігаються тільки окремі її фрагменти); обмеження можливостей орієнтування тільки фрагментарними уявленнями про власну особу; відсутності осмислених суджень та будь-яких розумових операцій; необхідності постійної допомоги при елементарному самообслуговуванні.

Для ідентифікації стадії м'якої деменції (CDR-1) необхідні такі ознаки: стійке помірне зниження пам'яті, більш виражене на події недалекого минулого; часткове дезорієнтування в часі при можливості орієнтуватись в оточуючому; порушення абстрактного мислення (судження, узагальнення, порівняння), що помітні при рішенні повсякденних завдань; неможливість самостійного соціального функціонування на попередньому (до хвороби) рівні при збереженні зовнішніх форм поведінки; легкі, але достатньо виражені затруднення в виконанні більш складних видів домашньої роботи; необхідність загального нагляду за хворим.

Всі пацієнти були поділені на 2 групи: в основну групу входило 78 пацієнтів з судинною деменцією та поєднаними соматичними хворо-

бами, групу порівняння складала 59 пацієнтів без супутніх захворювань. По нозологічних фор-

мах обстежувані розподілялись таким чином (див. табл. 1):

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів по нозологічних формах

| № | Нозологічні форми (за МКХ-10) | Основна група (n=78) | | Група порівняння (n=59) | |
|---|--|----------------------|-------|-------------------------|-------|
| | | абс. | % | абс. | % |
| 1 | Змішана корково-підкоркова судинна деменція (F01.3) | 59 | 75,64 | 56 | 94,92 |
| 2 | Судинна деменція з гострим початком (F01.0) | 7 | 8,97 | 1 | 1,69 |
| 3 | Субкортикальна судинна деменція (F01.2) | 8 | 10,26 | 1 | 1,69 |
| 4 | Мультиінфарктна деменція (F01.1) | 4 | 5,13 | 1 | 1,69 |

По нозологіям пацієнти основної групи розподілялись на 2 підгрупи. В 1 підгрупу входили пацієнти з серцево-судинними захворюваннями (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба), кількість пацієнтів цієї підгрупи – 39, що становить 50%. 39 пацієнтів (50%) сформували 2 підгрупу осіб з хворобами дихальної системи (бронхіт, пневмонія і ін.). У пацієнтів групи порівняння були виявлені лише загальний (церебральний) атеросклероз, контрольована артеріальна гіпертензія, компенсований цукровий діабет, субклінічні форми ішемічної хвороби серця (атеросклеротичний кардіосклероз, блокади ніжок пучка Гіса тощо), які до уваги не брались, т. я. є патогенетичними для судинної деменції захворюваннями. Діагноз супутнього соматичного захворювання в кожному випадку виставлявся після консультативного заключення інтерніста (терапевта, пульмонолога, кардіолога) та підтвердження параклінічними обстеженнями (Р-графія ОГК, ЕКГ, лабораторні аналізи крові, сечі тощо).

Власне оцінка психічної сфери пацієнтів обох груп включала загальноприйнятій клініко-пси-

хопатологічний метод дослідження психічного стану (суб'єктивний та об'єктивний анамнез захворювання, психопатологічні симптоми, синдроми, їх динаміка) та експериментально-психологічне обстеження, під час якого перевірялись загальний рівень когнітивного функціонування методикою MMSE (Міні-схема дослідження психічного стану), динаміка сенсомоторних реакцій за допомогою таблиць Шульте, мнестичні функції методикою запам'ятовування 10 слів, рівень процесів узагальнення та абстрагування за допомогою методики виключення понять [30;31;32]. Пацієнти основної групи обстежувались в період розпалу соматичної хвороби. Статистична обробка отриманих результатів проводилась параметричними (з використанням критерію Ст'юдента) і непараметричними (з використанням коефіцієнта Колмогорова-Смірнова) методами [33].

Розглянемо результати експериментально-психологічного обстеження пацієнтів з соматичними захворюваннями та порівняємо їх з результатами дослідження групи порівняння пацієнтів (див. табл. 2).

Таблиця 2

Результати патопсихологічного обстеження пацієнтів обстежуваних груп (p<0,01)

| | MMSE (бали) | Таблиці Шульте (сек) | Запам'ятовування 10 слів (к-ть слів) | | Виключення понять (к-ть прав. рішень) |
|---|-------------|----------------------|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| | | | безпосер. | через 10 хв | |
| Основна група (n=78) | 12,4±1,08 | 150,7±16,95 | 2,6±1,05 | 1,1±0,99 | 3,1±1,43 |
| 1. Пацієнти з серцево-суд. захв. (n=39) | 12,3±0,76 | 151,0±11,83 | 2,6±1,03 | 0,9±0,93 | 3,3±1,49 |
| 1. Пацієнти з дих. захв. (n=39) | 12,0±0,91 | 154,2±14,39 | 2,5±1,06 | 1,2±1,04 | 3,2±1,49 |
| Група порівняння (n=59) | 16,1±0,89 | 103,2±11,61 | 3,0±0,84 | 1,97±0,76 | 4,75±0,84 |

При обстеженні за методикою MMSE пацієнти з соматичними хворобами продемонстрували гірший рівень когнітивного функціонування в порівнянні з групою порівняння, набравши в середньому 12,4 балів проти 16,1 балів у пацієнтів основної групи ($p < 0,01$).

Для виконання завдань за допомогою таблиць Шульте пацієнти з соматичними захворюваннями витрачали в середньому 150,7 сек, а пацієнти групи порівняння – 103,2 сек ($p < 0,01$).

Отже, здатність до концентрування уваги гірша, а швидкість сенсомоторних реакцій нижча у пацієнтів з соматичними захворюваннями відносно групи порівняння.

При дослідженні за допомогою методики запам'ятовування 10 слів пацієнти з соматичними захворюваннями безпосередньо відтворювали 2,6 слова, пацієнти групи порівняння – 3 слова; через 10 хв пацієнти з соматичними хворобами відтворювали також меншу кількість слів, ніж пацієнти групи порівняння – відповідно 1,1 слів проти 1,97 слів ($p < 0,01$), що свідчить про більш значне порушення мнестичних функцій у пацієнтів з соматичними хворобами.

При виконанні методики виключення понять пацієнти з соматичними захворюваннями продемонстрували гірші результати порівняно з пацієнтами групи порівняння: вони в середньому приймали 3,1 правильних рішень, а останні – 4,75 правильних рішень ($p < 0,01$), що свідчить про більш виражене порушення здатності до узагальнення та абстрагування у пацієнтів з соматозами.

При порівняльному аналізі результатів обстеження пацієнтів кожної з підгруп основної групи, можна відмітити певну вибірковість ураження когнітивної сфери. Якщо у пацієнтів з коморбідними хворобами дихальної системи порівняно з пацієнтами з серцево-судинними захворюваннями виявлялось більш значне погіршення загального рівня когнітивного функціонування (12,0 балів при дослідженні за допомогою MMSE проти 12,3 балів), уваги та темпу сенсо-

моторних реакцій (154,2 сек при виконанні завдань за допомогою таблиць Шульте проти 151,0 сек), рівня процесів узагальнення та абстрагування (3,2 прав. рішень при виконанні методики виключення понять проти 3,3 прав. рішень), то у пацієнтів з коморбідними захворюваннями серцево-судинної системи в порівнянні з пацієнтами з хворобами дихальної системи спостерігалось більш глибоке ураження мнестичних функцій, зокрема відстроченого відтворення (відповідно 0,9 слова проти 1,2 слова при виконанні методики запам'ятовування 10 слів) ($p < 0,01$).

Отже, оцінюючи результати нашого дослідження, можна зробити висновок: соматична хвороба, що приєднується до судинної деменції, впливає на вираженість інтелектуально-мнестичних розладів, збільшуючи когнітивний дефіцит. Якщо у пацієнтів з судинною деменцією та коморбідними серцево-судинними хворобами спостерігається деяка вибірковість в ураженні в першу чергу саме мнестичних функцій, то у пацієнтів з супутніми захворюваннями дихальної системи виявляється більш значне порушення загального рівня когнітивного функціонування, уваги та темпу сенсомоторних реакцій, рівня процесів узагальнення та абстрагування. Таким чином, це дозволяє визначити напрямки психотерапевтичного впливу: у пацієнтів з судинною деменцією та серцево-судинними захворюваннями в лікуванні необхідно в першу чергу застосовувати методики для поліпшення мнестичних функцій; у пацієнтів з судинною деменцією та хворобами дихальної системи доцільно застосовувати методики, спрямовані на оптимізацію уваги, процесів узагальнення та абстрагування тощо. Можна вважати, що це призведе до зменшення когнітивного дефіциту у хворих на судинну деменцію, що покращить якість їхнього соціального функціонування.

Звичайно, проблема коморбідності судинної деменції з соматичними хворобами потребує подальшого більш докладного дослідження.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ: ВОЗМОЖНЫЕ ЦЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

Хмельницкая областная психиатрическая больница №1

В стационарных условиях было проведено обследование 78 пациентов с умеренной сосудистой деменцией в сочетании с клинически выраженными соматическими болезнями: 39 – с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 39 – с заболеваниями дыхательной системы. С помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов оценивались память, внимание, динамика сенсомоторных реакций, операционная сторона мышления. Результаты сравнивались с группой из 59 пациентов с умеренной сосудистой деменцией без коморбидной соматической патологии. Показано, что присоединившееся соматическое заболевание увеличивает когнитивный дефицит у пациентов с сосудистой деменцией. Выявлено, что у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями наиболее нарушенными были мнестические функции; у пациентов с болезнями дыхательной системы больше поражались внимание, темп сенсомоторных реакций, уровень процессов обобщения и абстрагирования. Это позволяет определить направления психотерапевтического воздействия: у пациентов с сосудистой деменцией и сердечно-сосудистыми заболеваниями целесообразно применять методики для улучшения мнестических функций; у пациентов с сосудистой деменцией и болезнями дыхательной системы применять методики для оптимизации внимания, процессов обобщения и абстрагирования. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 44-49).

S.V. Korzh

PECULIARITIES OF A VASCULAR DEMENTIA COGNITIVE DEFICIENCY IN PATIENTS WITH COMORBID SOMATIC DISEASES: THE POSSIBLE PURPOSES OF PSYCHOTHERAPY

Khmelnytsky Regional mental Hospital №1

In stationary conditions there was organized examination 78 patients with moderate vascular dementia in combination with different clinical denominated somatic diseases: 39 – with cardiovascular diseases, 39 – with respiratory diseases. By means of psychopathological and experimental-psychological methods they were valued memory, attention, track record of sensomotor reactions, operating side of thinking. Results were compared with checking group from 59 patients with moderate vascular dementia without comorbid somatic diseases. It is shown that somatic disease enlarges cognitive deficiency beside patients with vascular dementia. It is revealed, that at patients with cardiovascular diseases by the most broken were memory functions; at patients with illnesses of respiratory system the attention, track record of sensomotor reactions, level of processes of generalisation and abstraction were more amazed. It allows to define directions of psychotherapeutic influence: at patients with vascular dementia and cardiovascular diseases it is expedient to apply techniques to improvement memory functions; at patients with vascular dementia and illnesses of respiratory system to apply techniques to optimisation of attention, generalisation and abstraction processes. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 44-49).

Література

1. C.D. McCullagh, D. Craig, S.P.McIlroy, P. Passmore. Факторы риска развития деменции // Обзор современной психиатрии. – 2001. - № 4 (12). – С. 71-73.
2. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2000. – 35 с.
3. Lechner H., Ladurner G., Bertha G. Wien. klin. Wschr.- 1982 – Bd.137. Suppl.- S. 8-11.
4. Психиатрия позднего возраста: В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер: Пер. с англ. - Киев: Сфера, 2001. – Т.1. – 416 с.
5. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М., 1996. – 303 с.
6. Jorm A.F., Korten A.E., Henderson A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1987. - №76, P. 465-479.
7. Дамулин И.В. Терапевтические возможности при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции // РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 7-8. – С. 34-38.
8. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. Тиганова А.С. – Питер, 1999. – Т. 2. - С.134-136.
9. R. Perry, I. McKeith, E. Perry. Dementia with Lewy bodies: Clinical, pathological and treatment issues.- Cambridge University Press, 1996 // цит. В.В. Захаров, А.Б. Локшина. Обзор иностранной литературы // Неврологический журнал. – 1998. - №5. – С.35.
10. Hebert R., Brayne C. Epidemiology of vascular dementia // Neuroepidemiology. – 1995. - №14. – P. 240-257.
11. P. McNamee, J. Bond, D. Buck. Costs of dementia in England and Wales in the 21 century // British Journal of Psychiatry.-2001. - №179. – P. 261-266.
12. Ширина М.Г., Молчанова Е.К., Гаврилова С.И., Рохлина М.Л. // Журнал невропатол. и психиатр.- 1975.- №11.- С. 1695-1704.
13. Corona R., Squitieri G. // Riv. Neurol.- 1982.- Vol. 52, № 5.- P. 311-329.
14. Danielczyk W. // Wien. med. Wschr.- 1983.- Bd. 133, № 13-14.- S. 333-337.
15. Deley J., Brion S. Les Demences tardives.- Paris, 1962. – 205 p.
16. Huber G. Klinik und Psychopatologie der organischen psychosen // Psychiatrie der Gegenwart -Berlin, 1972.- Bd. 11/2.- S. 88-95; 124-127.
17. Louter H. // Nervenarzt.- 1974.- Bd. 45.- S. 277-288.
18. Sulcava R., Wikstrom J., Aroma A. // Neurology.- 1986.- Vol. 35.- P. 1026-1029.
19. Гаврилова С.И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 1994. - Т. 84, № 6. - С.911-918.
20. Маньковский Б.Н. Сосудистые церебральные нарушения у больных сахарным диабетом // Журнал неврологии и психиатрии. – 1990. - № 7. - С. 123-127.
21. Маньковский Б.Н. Терапия хронической цереброваскулярной недостаточности у больных сахарным диабетом препаратом сермион // Нейропсихиатрические эффекты сермиона. – К.: МОРИОН, 2001. – С. 137-141.
22. Desmond D.W., Tatemichi T.K., Paik M. et al. Risk factors for cerebrovascular disease as correlates of cognitive function in a stroke free cohort // Archives of Neurology. – 1993. - № 50. – P. 162-166.
23. Forette F., Seux M.L., Staessen J.A. et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe trial // Lancet. – 1998. - № 352. – P. 1347-1351.
24. Lindsey J., Hebert R., Rockwood K. The Canadian Study of Health and Aging – Risk Factors for Vascular Dementia // Stroke. – 1997. - № 28. – P. 526-530.
25. Moroney J.T., Tang M.X., Bergkind L. et al. Low density lipoprotein cholesterol and the risk of dementia with stroke // Journal of the American Medical Association. – 1999. - № 282. – P. 254-260.
26. Психиатрия позднего возраста: В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер: Пер. с англ. - Киев: Сфера, 2003. – Т.2. – 507 с.
27. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – К.: «Факт», 1999. – 270 с.
28. Жариков Г.А. Синдром мягкой деменции в пожилом и старческом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998, № 1. – С. 24.

29. Morris J. C. The clinical dementia rating (CDR): current and scoring rules // *Neurology*. – 1993. - № 43. - P. 2412-2413.

30. Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R. Mini-mental state: A practical method of grading cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* – 1975. – Vol. 12. – P. 189-198. Copyright 1975, Pergamon Press.

31. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология:

Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 1999. – 588 с.

32. Крылов А.А., Маничев С.А. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии. - Санкт-Петербург: «Питер», 2000. - 320 с.

33. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. – 315 с.

Поступила в редакцию 11.02.2009

УДК 616-006:616.89

*О.А. Ревенко, О.О. Зайцев, О.П. Олійник, Т.В. Леміщенко***СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У ПСИХООНКОЛОГІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: онкологічні захворювання, психоонкологія, психотерапія

Лікування онкологічних захворювань по-свідовно розвивалось і пройшло через стадії застосування хірургії, променевої терапії, хіміо-терапії. Паралельно розвивалися психосоматичні концепції і клінічні дослідження в психіатрії. У 1950р. А.Sutherland став першим психіатром, що працював в онкологічному стаціонарі Меморіального онкологічного центру Слоана-Кеттеринга в Нью-Йорку. У Європі R.Feigenberg (1970р.) починав роботу в Королівському госпіталі Стокгольма, S.Greer (1971р.) з Королівського марсденського госпіталю Лондона і F.Van Dam (1977р.) заснували групу вивчення якості життя в онкології (EORTC Quality of Life Study Group). У США J.Holland (1977р.) розширила дослідження в Меморіальному центрі Слоана-Кеттеринга; А.Weisman (1978р.) почав дослідження термінальних стадій рака в рамках спеціального проекту («Омега») у Бостоні. Підставами для більшості з цих досліджень було загальносвітове обговорення, чи варто онкологічним хворим говорити правду про їхній стан. Активна публічна підтримка з боку споживачів медичної до-

помогі призвела до збільшення частки психо-соціальних послуг, помножених на дослідницькі традиції в області психології і зростаючі потреби в якісних альтернативах, на противагу численним неперевіреному психотерапевтичним підходам. Екзистенціальні і духовні проблеми також підкреслювали значну невідповідність між потребами умираючих пацієнтів і можливістю надання їм посильної допомоги. Відповідно, у цьому напрямку і розвивалися психосоціальні служби. Яких же висот досяг прогрес за другу половину ХХ століття, якщо психоонкологія на початку ХХІ століття виділилась в окрему спеціальність?

У цій статті з позицій доказової медицини проаналізовані матеріали завершених робіт в області психоонкології, отриманих з узагальнених даних метааналізу і систематизованих оглядів, з метою показати найсучасніший рівень практичних підходів в області психосоматики і психотерапії, який охоплює континуум від попередження онкологічних захворювань, через лікування до виживання чи смерті з важкими втратами.

Матеріали та методи дослідження

Методологічне забезпечення включало пошук досліджень з епідеміології, етіології, попередження онкологічних захворювань, психічних і екзистенціальних порушень, психотерапії, подовження три-

валості життя і факторам, що впливають на тривалість життя пацієнтів, нейрокогнітивним ефектам онкологічної терапії у різних базах даних (PubMed, Embase, Cochrane, Ovid Medline, Psychinfo).

Результати та їх обговорення

Депресивні розлади зустрічаються у 10–25% пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Проте, за даними різних наукових досліджень, поширеність депресивних розладів варіює від 7–21% в одному систематичному огляді [1] до 58% в іншому [2]. Більшість епідеміологічних досліджень мають певні обмеження внаслідок клінічної неоднорідності досліджуваних груп та певних методологічних труднощів (мінливість типів і стадій пухлин, амбулаторні/стаціонарні

пацієнти, обсяг вибірок і розходження застосованих оціночних інструментів). Однак, коли соматичні симптоми (такі як слабкість і втрата апетиту), швидше за все викликані власне онкологічним захворюванням або терапією [3], підмінюються когнітивними симптомами депресії, показники поширеності депресивних розладів залишаються високими [4]. Найчастіше питання: «Чи є у вас депресія?» у когорті пацієнтів, що отримують паліативну допомогу, позитивне май-

же у 100% випадків [5]. За допомогою таких інструментів, як госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), симптоми тривоги виявляються у 15–28% пацієнтів [6]. Оцінка тривожних симптомів з використанням напівструктурованого інтерв'ю показала, що на частку генералізованого тривожного розладу припадає 1,7–2,3%, на розлад адаптації – 3,9–4,2%, фобічний розлад – 6,9% і панічний розлад – 1,3% [7]. При прагматичному підході до оцінки дистресу використовують візуальні аналогові шкали. Дистрес, розглянутий як перевищення граничного рівня більш 4 балів, відповідає значенню показника тривоги HADS, що дорівнює чи перевищує 15 балів, і виявляється у 19% пацієнтів, включених у мультицентрове дослідження [8]. Таким чином, дистрес є нестигматизуючим методом оцінки психосоціальної тяжкості онкологічного захворювання.

У найчисельнішому дослідженні поширеності дистресу (n=4496), проведеному з використанням опитувальника Brief Symptom Inventory, встановлено, що інтенсивність дистресу досягала клінічно значимого рівня в 35,1% випадків [9]. Рівень дистресу був вищим у пацієнтів з раком легенів (43,4%) і мозку (42,7%), в той час як при онкологічному ураженні гінекологічних органів (29,6%), передміхурової залози (30,5%) і товстого кишечника (31,6%) його рівень був значно нижчим. При раці підшлункової залози відзначали найвищі рівні депресії (56,3%) і тривоги (56,7%).

«Захисними факторами» психосоціального дистресу були: сімейний статус, високий рівень сукупного доходу і літній вік пацієнтів. Найбільш піддані дистресу були люди з низьким рівнем доходу, недостатньою соціальною підтримкою, молодого або старечого віку (80–90 років) [9]. Стадія онкологічного захворювання не є предиктором психосоціальної уразливості. Наприклад, у перехресному дослідженні 503 пацієнтів з ранніми і запущеними стадіями раку молочної залози (РМЗ), поширеність психосоціального дистре-

су не мала статистично значимих розходжень в обох групах досліджуваних [10]. В іншому дослідженні якості життя пацієнтів з різними стадіями хронічного лімфолейкозу також не було виявлено значимих розходжень [11].

Іншою областю запобігання онкологічних захворювань, що особливо розвилася після виділення психоонкології в окрему спеціальність, є генетичне консультування. Метааналіз 12 досліджень жінок з підвищеним ризиком розвитку РМЗ, показав, що генетичне консультування ефективно знижує загальний рівень тривоги ($r=-0,17$, $p<0,01$) і підвищує ступінь прийняття ризику основного захворювання ($r=0,56$, $p<0,01$) з тенденцією до зниження рівня психологічного дистресу ($r=-0,17$, $p=0,056$) [22]. В іншому дослідженні із застосуванням генетичного консультування у випадках (21) сімейного раку було виявлено поліпшення поінформованості з підвищенням точності сприйняття ризику захворювання і короткочасним зниженням переживань і тривоги [23]. Проте, недостатня стандартизація сучасного генетичного консультування вимагає розробки нових методологічних підходів.

В одному систематизованому дослідженні стратегій совладання (дух боротьби, безпорадність/безнадійність, заперечення, уникання) не виявлено будь-яких зв'язків між стратегіями совладання і виживаємістю. Це дозволило висунути припущення про те, що для поліпшення прогнозу захворювання не слід нав'язувати пацієнтам визначений стиль совладання з хворобою [24]. При аналізі співвідношень між психосоціальними факторами і початком РМЗ були виявлені низькі показники значимості заперечення/репресії ($g=0,38$), сепарації/досвіду втрати ($g=0,29$), стресових життєвих ситуацій ($g=0,25$) і типу особистості, що уникає ($g=0,19$). Однак інтерпретацію подібних матеріалів утрудняють методологічні проблеми (наявні припущення не пояснюють можливих причин, не оцінені зміни особистісних факторів під впливом надії на поліпшення захворювання) [25].

Таблиця 1

Ефективність психотерапії при лікуванні тривоги і депресивних розладів в онкологічних хворих (Sheard, Maguire, 1999)

| Вид психотерапевтичного впливу | Тривога (n=1023) | Депресія (n=1101) |
|--------------------------------|------------------|-------------------|
| Індивідуальна психотерапія | 0,27 | 0,30 |
| Групова терапія | 0,69 | 0,54 |
| Психоосвітні програми | 1,59 | 0,94 |
| Релаксаційна терапія | 0,21 | 0,03 |

Проте, нестача соціальної підтримки є достовірним чинником ризику підвищеної смертності [26]. У ретроспективному дослідженні 32268 жінок віком більше 65 років, виявлено, що запущені стадії раку значно частіше діагностувались в групі незаміжніх жінок, а такі пацієнтки з раком I чи II стадії були менш схильні до адекватної терапії. Навіть при контролі вибірки по стадії захворювання й отриманому лікуванню ризик смертності від РМЗ був вищим у групі незаміжніх жінок [27].

Соціальна підтримка і стресові життєві ситуації, незалежно один від одного, впливають на емоційний стан пацієнта: найбільш підданими психосоціальному дистресу виявляються люди з мінімальним рівнем соціальної підтримки і негативними стресовими впливами (смерть члена родини, розлучення/роздільне проживання, важке захворювання тощо) [28]. Більш того, у проспективному 8-річному дослідженні American Changing Life Study (n=3617) надані докази того, що спільний вплив життєвих подій і хронічного стресу вірогідно пов'язаний із соціально-економічним статусом і показником смертності. На думку американських дослідників, низькі доходи і рівень освіти є чіткими предикторами незадовільного стану здоров'я [29].

Однак наводяться й інші дані про те, що стресові життєві події (за винятком смерті чоловіка), не пов'язані з показником ризику смерті від РМЗ [30]. У двох великих дослідженнях з використанням показників частоти онкологічних захворювань не виявлено взаємозв'язку між вдівством чи розлученням і ризиком розвитку РМЖ [31, 32]. Але у третьому дослідженні такий зв'язок був виявлений [33].

В оглядовому дослідженні P.Butow підкреслюються методологічні складності, що впливають на інтерпретацію наукових даних. «Доказ зв'язку між стресовими життєвими подіями і РМЖ» є суперечливим й абсолютно непереконливим [34]. Відповідно, результати сучасних досліджень практично цілком розвінчали міф про стрес як про причину раку.

У результаті аналізу психотерапевтичних втручань при лікуванні онкологічних захворювань отримані незаперечні свідчення ефективності психотерапії, яка знижує рівень дистресу, тривоги і депресії [35–38]. Психотерапевтичні впливи дають більший ефект, але змін в рівні знань досягти легше, ніж домогтися зниження рівня депресії. Групова терапія в основному більш ефективна ніж терапія індивідуальна (табл. 1). Ефект збільшується в залежності від

досвіду психотерапевта, при цьому ефективність більш тривалих занять значно вища [38]. У цілому в клінічній практиці переважає еkleктичний підхід до консультування з поєднанням елементів підтримуючої експресивної терапії горя, екзистенціальної терапії з психодинамічною, когнітивно-біхевіоральною (КБТ) та міжособистісною психотерапією (МПТ). Страх рецидиву, оволадання з нерішучістю і поведінкові підходи до розуміння фобій і травматичних симптомів добре піддаються впливу КБТ, тоді як оволадання з втратою і змінами, переходом ролей, сенсом життя і міжособистісних відносин більш піддаються МПТ. Більш ранні моделі надання допомоги онкологічним хворим включали сімейну терапію, спрямовану на гнів і адаптивну стійкість.

Застосування підтримуючої експресивної групової терапії у жінок з метастатичним РМЖ підвищило їх тривалість життя у середньому на 18 місяців [39]. У той час результати двох інших рандомізованих досліджень когнітивної терапії [40, 41] не підтвердили ці дані. Вивчення результатів психосоціальних втручань при змішаних типах раку (лімфома, меланома, шлунково-кишковий рак, рак легенів, лейкоз) показали, в однаковій мірі, як наявність, так і відсутність впливу на тривалість життя. Потенційні механізми збільшення тривалості життя включають: адекватне ставлення до протиракового лікування, поліпшення турботи про себе і власне здоров'я, руйнування біологічних основ захворювання та збільшення захисних можливостей організму. Наявність депресивної симптоматики пов'язують із зниженням тривалості життя, можливо, через погіршення турботи про себе і некомплаєнтності таких пацієнтів. Оптимізація прихильності до протиракової терапії виявилась релевантною стосовно подовження тривалості життя в дослідженні J.Richardson [41], тоді як D.Spiegel [42] наводить дані, що не підтверджують цей висновок.

Середні показники п'ятирічної виживаємості онкологічних хворих складають 64%. У США осіб, що вижили після раку більш 10,1 млн. чоловік, що складає близько 3,5% населення країни [43]. Уразливість до утворення різних вторинних пухлин серед такого контингенту наближається до 16% від усіх знову виявлених пухлин разом з рецидивами [42]. Усе це обґрунтовує застосування довгострокових психологічних програм, спрямованих на продовження тривалості життя при онкологічних захворюваннях. Дослідження якості життя при тривалих термі-

нах виживаємості після РМЖ показало гарні показники по всіх ознаках [44]. Чим вища якість життя, тим триваліше виживання. Важливо те, що у пацієнтів з депресією виявлялось зниження якості життя у поєднанні з виразним больовим синдромом, сексуальними порушеннями, вегетативними і секреторними розладами. Предиктори високої якості життя включали гарний функціональний стан, відсутність потреби в хіміотерапії, достатню соціальну підтримку і високий рівень доходу.

Двадцятирічне тривале дослідження жінок, які вижили після РМЖ, проведене А. Kornblith, показало, що більшість з них мало задовільний рівень адаптації: 5% повідомляли про достовірний дистрес, 15% – про два чи більше симптоми посттравматичних стресових розладів, 29% скаржилися на сексуальні проблеми, 39% – на лімфедему, 33% – на порушення чутливості. Сексуальні розлади у них зберігалися протягом багатьох років [45]. Пацієнти, що вижили при хворобі Ходжкіна, лейкозах і карциномі яєчка виявляли порівняно високу частоту сексуальних проблем [46]. Тривога з приводу можливого рецидиву («Дамоклов меч»), вторинного раку і соматичних симптомів виявляється приблизно в 1/3 осіб, що вижили після онкологічного захворювання, досить тривалий час. Тип лікування теж може впливати на якість життя. Є дані, що прицільно спрямоване лікування РМЖ чи лімфоми призводить до більш високої якості життя, ніж системна хіміотерапія. Мастектомія веде до погіршення якості життя в порівнянні з органозберігаючими операціями, але не у всіх дослідженнях. Літні пацієнтки, що вижили після РМЖ, вважають, що налагоджений процес взаємодії між лікарем і пацієнтом більш важливий для підвищення якості життя, ніж надання специфічного лікування.

С. Carver з співав. провели проспективне дослідження пацієток із РМЖ протягом 5–13 років і виявили, що медичні показники практично не мають прогностичного значення. Віддалені результати якості життя визначаються оптимістичним настроєм, наявністю депресії, дистресу і соціальної підтримки [47]. Розвиток рецидиву онкологічного захворювання не пов'язаний з будь-якими показниками якості життя. Подібні дані, що відбиваються надалі на долі пацієнта, у черговий

раз змушують психонкологів проводити обстеження пацієнтів якнайшвидше.

У дослідженні The Childhood Cancer Survivor Study (n=9535) з використанням близнюкового контролю було показано, що 40% з тих, що вижили після раку, повідомляли про погіршення стану здоров'я як мінімум в одній із систем організму. Предикторами підвищеного ризику погіршення стану є певна локалізація пухлини (рак мозку, кісток, саркома), низький рівень доходу, низький рівень освіти і жіноча стать [48]. Важливу роль відіграє віковий фактор: серед дітей, що вижили після раку, показники смертності збільшуються до 10 разів (67% смертей у цій групі пов'язано з рецидивами пухлин). Найбільшому ризику піддаються дівчатка з діагнозом лейкозів і лімфомами, встановленим до 5-літнього віку.

Встановлення повної взаємодії між лікарем і пацієнтом сприяє поліпшенню надання особистісно-орієнтованої онкологічної допомоги. Хворі на рак пацієнти можуть згадати лише 25% інформації, яку онкологи вважають для них важливою [49]. Нестача інформації підвищує частоту депресії. Програми тренування навичок спілкування підтримують поведінкові зміни, а закріплюючі семінари сприяють збереженню отриманих навичок спілкування з пацієнтами на термін більш 2 років. До результатів тренінгів відносяться використання відкритих питань замість лідирування в ситуації, поліпшення реагування на емоційні сигнали, підвищена емпатія, використання узагальнень і здатність не перебивати пацієнта. Подібне поведіння лікарів призводить до полегшення прийняття рішення стосовно лікування і поліпшенню психологічної адаптації з боку пацієнта [50].

Висновок. Розвитку психонкології у світі сприяло виділення психосоматичної медицини в окрему спеціальність, а також розробка навчальних програм і залучення до них молодих активних психіатрів. По мірі розвитку психонкології будуть проводитися нові дослідження, присвячені запобіганню онкологічних захворювань, дисбалансу здоров'я, взаєминам між лікарем і пацієнтом, моделям надання паліативної допомоги тощо. Для використання в онкології будуть адаптовані й апробовані різні психотерапевтичні методики. Все це буде сприяти поліпшенню психонкологічної допомоги.

СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХООНКОЛОГИИ

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

Данная статья посвящена актуальной проблеме современной психиатрии, а именно одному из ее важных разделов психосоматической медицине. Рассмотрен и дан подробный анализ основным направлениям в научных исследованиях в области психоонкологии. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 50-55).

О.А. Revenok, O.O. Zaitsev, O.P. Oleynik, T.V. Lemshchenko

MODERN RESEARCHES IN AREA PSYCHOONCOLOGY

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

Article is devoted to an actual problem of modern psychiatry, one of its important sections psychosomatic to medicine. The detailed analysis is considered and given to the basic directions in scientific researches in area psychooncology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 50-55).

Література

1. Pirl W.F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32–9.
2. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 57–71.
3. Jacobsen P.B., Donovan K.A., Weitzner M.A. Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003; 8: 229–40.
4. Trask P.C. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 80–92.
5. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiat* 1997; 154: 674–6.
6. Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4: 114–32.
7. Stark D.P., House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer* 2000; 83: 1261–7.
8. Jacobsen P.B., Donovan K.A., Trask P.C. et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; 103: 1494–502.
9. Zabora J., Brintzenhogsoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychosocial distress by cancer site. *Psychoncology* 2001; 10: 19–28.
10. Kissane D.W., Grabsch B., Love A. et al. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiat* 2004; 38: 320–6.
11. Levin T., Li Y., Rai D. Quality of life, depression and anxiety in chronic lymphocytic leukemia during phases of "watchful waiting" and active treatment. *J Clin Oncol* (In press).
12. Glassman A.H., Stetner F., Walsh B.T. et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988; 259: 2863–6.
13. Glassman A.H., Helzer J.E., Covey L.S. et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA* 1990; 264: 1546–9.
14. Kalman D., Morissette S.B., George T.P. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14 (2): 106–23.
15. Leon J., Diaz F.J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76: 135–57.
16. Paperwalla K.N., Levin T.T., Weiner J., Saravay S.M. Smoking and depression. *Med Clin North Am* 2004; 88: 1483–94.
17. Sacco K.A., Bannon K.L., George T.P. Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders. *J Psychopharmacol* 2004; 18: 457–74.
18. Hitsman B., Borrelli B., McChargue D.E. et al. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 657–63.
19. Hughes J.R., Stead L.F., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.
20. Lancaster T., Stead L.F. Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4.
21. Hughes J.R., Shiffman S., Callas P., Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003; 12: 21–7.
22. Meiser B., Halliday J.L. What is the impact of genetic counselling in women at increased risk of developing hereditary breast cancer? A meta-analytic review. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1463–70.
23. Braithwaite D., Emery J., Walter F. et al. Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 122–33.
24. Jones B.A., Kasl S.V., Howe C.L. et al. African-American/White differences in breast carcinoma: p53 alterations and other tumor characteristics. *Cancer* 2004; 101: 1293–301.
25. French D.B., Jones L.A. Minority issues in prostate disease. *Med Clin North Am* 2005; 89: 805–16.
26. Polite B.N., Dignam J.J., Olopade O.I. Colorectal cancer and race: understanding the differences in outcomes between African Americans and whites. *Med Clin North Am* 2005; 89: 1299–308.
27. Lannin D.R., Mathews H.F., Mitchell J. et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA* 1998; 279: 1801–7.
28. Soler-Vila H., Kasl S.V., Jones B.A. Cancer-specific beliefs and survival: a population-based study of African-American and White breast cancer patients. *Cancer Causes Control* 2005; 16 (2): 105–14.
29. Soler-Vila H., Kasl S.V., Jones B.A. Prognostic significance of psychosocial factors in African-American and white breast cancer patients: a population-based study. *Cancer* 2003; 98: 1299–308.
30. Bach P.B., Schrag D., Brawley O.W. et al. Survival of blacks and whites after a cancer diagnosis. *JAMA* 2002; 287: 2106–13.
31. Holt C.L., Lukwago S.N., Kreuter M.W. Spirituality, breast cancer beliefs and mammography utilization among urban African American women. *J Health Psychol* 2003; 8: 383–96.
32. Moy B., Park E.R., Feibelmann S. et al. Barriers to repeat mammography: cultural perspectives of African-American, Asian, and Hispanic women. *Psychooncology*, 2005.
33. Fernandez M.E., Palmer R.C., Leong-Wu C.A. Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study. *Cancer Control* 2005; 12 (Suppl. 2): 77–83.
34. Holland J., Lewis S. The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. New York: Harper Collins; 2000.
35. Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ* 2002; 325: 1066.
35. Donnelly J.M., Kornblith A.B., Fleishman S. et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology* 2000; 9: 44–56.
36. Devine E.C., Westlake S.K. The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22: 1369–81.
37. Meyer T.J., Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14: 101–8.
38. Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999; 80: 1770–80.
37. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888–91.
38. Cunningham A.J., Edmonds C.V., Jenkins G.P., Pollack H., Lockwood G.A., Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 508–17.
39. Edelman S., Bell D.R., Kidman A.D. A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8: 295–305.
40. Goodwin P.J., Leszcz M., Ennis M. et al. The effect of group

psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719–26.

41. Richardson J.L., Shelton D.R., Krailo M., Levine A.M. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *J Clin Oncol* 1990; 8: 356–64.

42. Kogon M.M., Biswas A., Pearl D. et al. Effects of medical and psychotherapeutic treatment on the survival of women with metastatic breast carcinoma. *Cancer* 1997; 80: 225–30. Jemal A, Murray T, Ward E et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10–30.

43. Travis L.B., Rabkin C.S., Brown L.M. et al. Cancer survivorship – genetic susceptibility and second primary cancers: research strategies and recommendations. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 15–25.

44. Mols F., Vingerhoets A.J., Coebergh J.W., van de Poll-Franse L.V. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer* 2005; 41: 2613–9.

45. Kornblith A.B., Herndon J.E. 2d, Weiss R.B. et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2003; 98: 679–89.

46. Casso D., Buist D.S., Taplin S. Quality of life of 5–10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 25.

47. Carver C., Smith R., Antoni M. et al. Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychol* 2005; 24 (5): 508.

48. Hudson M.M., Mertens A.C., Yasui Y. et al. Health status of adult long-term survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *JAMA* 2003; 290: 1583–92. Mertens AC, Yasui Y, Neglia JP et al. Late mortality experience in five-year survivors of childhood and adolescent cancer: the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3163–72.

49. Dunn S.M., Butow P.N., Tattersall M.H. et al. General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *J Clin Oncol* 1993; 11: 2279–85.

50. DiMatteo M.R., Giordani P.J., Lepper H.S., Croghan T.W. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002; 40: 794–811.

Поступила в редакцию 14.04.2009

УДК: 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

*Д.М. Корошніченко, І.В. Лінський***ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕРОЇНУ І ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТАДОНУ**

Державна установа "Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України"

Ключові слова: героїн, метадон, залежність, диференціальна діагностика

Хоча останнім часом кількість хворих, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу наркоманії зменшується [1], залежність від психоактивних речовин і, зокрема, від опіоїдів залишається актуальною проблемою сучасного українського суспільства. Досить сказати, що на 01.01.2008 органами охорони здоров'я України [2] було зареєстровано 81179 хворих на наркоманії (174,71 на 100 тис. населення), з яких 66651 осіб страждають на залежність від опіоїдів (143,44 на 100 тис. населення), тобто на один з найбільш важких її видів. Відповідно до розрахунків фахівців Державної установи "Інститут неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України" реальна поширеність опіоманії в Україні становить близько 140 тис. хворих [3].

Тривають зміни у структурі популяції хворих на опіоманії. Спостерігається перехід від вживан-

ня кустарно виготовлених екстрактів з макової соломки до напівсинтетичних та синтетичних опіоїдів, наприклад до метадону та героїну [4, 5].

Не дивлячись на приналежність до однієї фармакологічної групи, психотропна дія окремих опіоїдів характеризується помітною своєрідністю [6, 7], що не може не впливати на спектр психічних та поведінкових розладів внаслідок їхнього вживання. Адекватне урахування структури зазначених розладів в диференціальній діагностиці вже на момент госпіталізації хворого, як можна очікувати, буде сприяти підвищенню ефективності лікування.

З огляду на сказане вище, метою цієї роботи була розробка диференціальної діагностики залежності від героїну і залежності від метадону на основі відмінностей у структурі психічних та поведінкових розладів, що розвиваються внаслідок їхнього вживання.

Матеріали і методи дослідження

Всього було обстежено 124 особи (чоловіків) залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F11.2 за МКХ-10), в тому числі 63 особи, що вживали героїн (І група порівняння) і 61 особа, що вживала метадон (ІІ група порівняння). Особи, що вживали героїн, використовували "вуличний" препарат, який містив у собі окрім "цільової" субстанції різні домішки: анальгін, фармацевтичну білу глину, цукрову пудру тощо. Середня добова доза "вуличного" героїну на момент госпіталізації складала $2,41 \pm 0,12$ гр. (min - 1 гр., max - 6 гр.), типова частота наркотизації складала 1-3 ін'єкції на добу. Точна концентрація субстанції героїну в його "вуличному" препараті не встановлювалася. Особи, що вживали метадон, використовували його офіційний розчин для перорального застосування концентрацією 10 мг в 1 мл. Середня добова доза на момент госпіталізації складала $9,66 \pm 0,59$ мл 1,0% розчину метадону гідрохлориду (min - 3 мл., max - 25 мл.),

при типовій частоті наркотизації - 1 раз на добу. У всіх обстежених хворих були наявні облігатні ознаки наркотичної залежності: усвідомлений патологічний потяг до опіоїдів (ППО); ріст толерантності; сформований синдром відміни; наявність соматичних ускладнень (у компенсованому стані); загострення преморбідних особистісних особливостей; негативні соціальні наслідки зловживання наркотиками. Середній вік на момент обстеження у хворих залежних від героїну ($27,81 \pm 0,56$ роки) і у хворих залежних від метадону ($26,36 \pm 0,35$ роки) достовірно не відрізнялися ($p=0,53$). Середня загальна тривалість захворювання на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ($7,75 \pm 0,44$ роки), і у хворих, що вживали метадон ($6,60 \pm 0,28$ роки), також вірогідно не відрізнялась ($p=0,74$). Так само вірогідно не відрізнялися ($p=0,96$) середні тривалості останнього періоду безперервної наркотизації на момент обстеження у хворих, що

вживали героїн ($2,88 \pm 0,15$ роки), і у хворих, що вживали метадон ($2,83 \pm 0,13$ роки).

Оцінка стану пацієнтів здійснювалась в день госпіталізації, оскільки саме в цей момент диференціальна діагностика є актуальною бо впливає на вибір терапевтичної тактики. Визначення наявних психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин здійснювалась відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [8].

Кількісна оцінка структури й динаміки ППО здійснювалась за глосарієм Н.В.Чередниченко - В.Б. Альтшулера [9]. Для багатовимірного (соматизація, obsесивність–компульсивність, міжособистісна сенситивність, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїальні тенденції, психотизм) визначення рівня психопатологічної симптоматики використовувався опитувальник Derogatis (Symptom Check List - 90 Revised (SCL-90R)) [10, 11] в його адаптованому для країн СНД варіанті [12]. Оцінка якості життя пацієнтів здійснювалась за методикою Juan Mezzich et al. (1999) [13]. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003" [14].

Впровадження підходів доказової медицини вимагає строгої формальної оцінки наявних клінічних особливостей. Саме тому в основу зазначеної диференціальної діагностики було покладено, строго формальну процедуру Вальда (у модифікації Є.В. Гублера) [15]. Ця процедура передбачає розрахунок діагностичних коефіцієнтів (ДК) для кожної ознаки, що вивчається, і оцінку їхніх мір інформативності (МІ) (див. розділ 2). Суть процедури полягає у тому, що розраховані для кожної ознаки ДК порівнюються із відповідними значеннями бажаного рівня достовірності диференціації. Так, наприклад,

достовірності диференціації на рівні $p < 0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $СДК > 13$ одиниць (за модулем, оскільки ДК можуть приймати як позитивні так і негативні значення, про що буде сказано детальніше нижче), на рівні $p < 0,01$ – $СДК > 20$ одиниць, а на рівні $p < 0,001$ – $СДК > 30$ одиниць. В світлі цього стає зрозумілим, що кожна ознака може бути, або самодостатньою для впевненої диференціальної діагностики (якщо вона сама має величину ДК $> 13, 20$ або 30 для $p < 0,05, p < 0,01$ і $p < 0,001$ відповідно), або такою, що забезпечує необхідну достовірність диференціації лише у сукупності з іншими ознаками (якщо вона має величину ДК $< 13, 20$ або 30 відповідно). В останньому разі ДК різних ознак додаються одна до одної поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності диференціації). Під час розрахунків ДК їхній знак (позитивний або негативний) залежить лише від співвідношення кількості хворих-носіїв відповідних ознак в групах порівняння і від того, якій групі дослідник призначив №1, а якій №2. В нашому випадку першу групу порівняння склали залежні від героїну, а другу – залежні від метадону (див. вище). При такому порядку нумерації груп, використання формули розрахунків ДК призводить до того, що маркери залежності від метадону мають позитивні ДК, а маркери залежності від героїну – негативні ДК.

Також слід зазначити, що в якості маркерів залежності від того чи іншого опіоїда використовуються кількісні характеристики ознак – ступені їхньої виразності, які утворюють два різних діапазони - наприклад, високий ($> 1,5$ балів) і низький ($d \leq 1,5$ балів) рівень депресії - при цьому границя між зазначеними діапазонами (в даному прикладі - $1,5$ бали) на кожному етапі дослідження визначається заново, таким чином, щоб різниця між групами порівняння (у кількостях хворих-носіїв ознаки такого ступеню виразності) була максимальною.

Результати та їх обговорення

Патологічний потяг до об'єкту зловживання є стрижневим симптомом будь якої залежності, тому розрахунки діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності потенційних маркерів залежності від героїну та метадону було розпочато саме із ППО, оціненого за допомогою глосарія Н.В.Чередниченко - В.Б. Альтшулера (табл. 1).

Перш за все було оцінено афективний компонент ППО (табл. 1). Найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали такі озна-

ки-маркери залежності від метадону як відносно (тут і далі мається на увазі оцінка відносно відповідного рівня в альтернативній групі порівняння) високі (> 2 балів) рівні субдепресії (ДК=3,15 при МІ=0,29) та емоційної лабільності (ДК=3,15 при МІ=0,03). Але складові окремих компонентів ППО за глосарієм Н.В. Чередниченко - В.Б. Альтшулера не мають самостійного значення. Їх сукупна оцінка призвела до того, що виразність афективного компоненту ППО у ціло-

му (J6) виявилась хоча і статистично значущим, але занадто малоінформативними для практич-

ного використання маркером залежності від метадону (ДК=1,19 при MI=0,04).

Таблиця 1

Характеристики ППО у цілому та окремих його компонентів, як маркерів залежності від метадону або героїну

| Ознаки (компоненти ППО) | Діап. ознаки | Частоти ознак (осіб) | | Досто- вірність відмін- ностей частот ознак (p) ²⁾ | Частоти ознак (одиниць) | | Відношення час- тостей (А/В) | Діагностичні коефіцієнти (ДК) | Міри інфор- мативності (MI) |
|--|--------------|-------------------------|-----------|---|----------------------------|----------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | Героїн | Метадон | | Героїн (А) | Метадон (В) | | | |
| Маркери залежності від метадону | | | | | | | | | |
| Субдепресія | >2 | 11 | 22 | 0,01 | 0,1746 | 0,3607 | 2,07 | 3,15 | 0,29 |
| Емоційна лабільність | >2 | 1 ¹⁾ | 2 | 0,2 ³⁾ | 0,0159 | 0,0328 | 2,07 | 3,15 | 0,03 |
| Тривога | <2 | 40 | 49 | 0,02 | 0,6349 | 0,8033 | 1,27 | 1,02 | 0,09 |
| Дисфорія | <1 | 25 | 25 | 0,1 ³⁾ | 0,3968 | 0,4098 | 1,03 | 0,14 | 0,00 |
| Афективний комп. | <6 | 32 | 37 | 0,08 | 0,5079 | 0,6066 | 1,19 | 0,77 | 0,04 |
| Зміни апетиту | <1 | 1 ¹⁾ | 12 | 0,0001 | 0,0159 | 0,1967 | 12,39 | 10,93 | 0,99 |
| Сновидіння | <1 | 43 | 59 | 0,00002 | 0,6825 | 0,9672 | 1,42 | 1,51 | 0,22 |
| Міміка | <1 | 44 | 43 | 0,2 ³⁾ | 0,6984 | 0,7049 | 1,01 | 0,04 | 0,00 |
| Вегетативний комп. | <4 | 49 | 59 | 0,001 | 0,7778 | 0,9672 | 1,24 | 0,95 | 0,09 |
| Відношення до нарко. | <1 | 39 | 49 | 0,01 | 0,6190 | 0,8033 | 1,30 | 1,13 | 0,10 |
| Відношення до хвороб. | <1 | 48 | 58 | 0,002 | 0,7619 | 0,9508 | 1,25 | 0,96 | 0,09 |
| Ідеаторний комп. | <1 | 39 | 49 | 0,01 | 0,6190 | 0,8033 | 1,30 | 1,13 | 0,10 |
| Поведінковий комп. | <1 | 48 | 49 | 0,2³⁾ | 0,7619 | 0,8033 | 1,05 | 0,23 | 0,00 |
| ППО у цілому | <6 | 12 | 25 | 0,005 | 0,1905 | 0,4098 | 2,15 | 3,33 | 0,36 |
| Сумарні діагностична цінність ($\Sigma ДК$) та інформатив. (ΣMI) маркерів | | | | | | | | 3,08 | 0,24 |
| Маркери залежності від героїну | | | | | | | | | |
| Субдепресія | >2 | 23 | 12 | 0,02 | 0,3651 | 0,1967 | 0,54 | -2,69 | 0,23 |
| Емоційна лабільність | <2 | 52 | 39 | 0,01 | 0,8254 | 0,6393 | 0,77 | -1,11 | 0,10 |
| Тривога | >1 | 38 | 36 | 0,1 ³⁾ | 0,6032 | 0,5902 | 0,98 | -0,09 | 0,00 |
| Дисфорія | <2 | 62 ¹⁾ | 59 | 0,2 ³⁾ | 0,9841 | 0,9672 | 0,98 | -0,08 | 0,00 |
| Афективний комп. | >6 | 31 | 24 | 0,08 | 0,4921 | 0,3934 | 0,80 | -0,97 | 0,05 |
| Зміни апетиту | >1 | 20 | 2 | 0,00002 | 0,3175 | 0,0328 | 0,10 | -9,86 | 1,40 |
| Сновидіння | >1 | 62 ¹⁾ | 49 | 0,0001 | 0,9841 | 0,8033 | 0,82 | -0,88 | 0,08 |
| Міміка | >1 | 19 | 18 | 0,2 ³⁾ | 0,3016 | 0,2951 | 0,98 | -0,09 | 0,00 |
| Вегетативний комп. | >4 | 14 | 2 | 0,001 | 0,2222 | 0,0328 | 0,15 | -8,31 | 0,79 |
| Відношення до нарко. | >1 | 15 | 3 | 0,002 | 0,2381 | 0,0492 | 0,21 | -6,85 | 0,65 |
| Відношення до хвороб. | >1 | 24 | 12 | 0,01 | 0,3810 | 0,1967 | 0,52 | -2,87 | 0,26 |
| Ідеаторний комп. | >1 | 24 | 12 | 0,01 | 0,3810 | 0,1967 | 0,52 | -2,87 | 0,26 |
| Поведінковий комп. | >1 | 15 | 12 | 0,2³⁾ | 0,2381 | 0,1967 | 0,83 | -0,83 | 0,02 |
| ППО у цілому | >6 | 51 | 36 | 0,005 | 0,8095 | 0,5902 | 0,73 | -1,37 | 0,15 |
| Сумарні діагностична цінність ($\Sigma ДК$) та інформатив. (ΣMI) маркерів | | | | | | | | -12,98 | 1,12 |

Примітки: 1) – Для запобігання нульових частот "0" замінено "1" із альтернативної під групи (за Е.В.Губле-ром, 1978); 2) – достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ); 3) – різниця в частотах недостовірна ($p_{ТМФ} > 0,05$).

При аналізі можливостей використання афек-тивного компоненту ППО в якості маркера за-лежності від героїну спостерігалась інша кар-тина. Найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали такі ознаки як відносно ви-сокий (>2 балів) рівень тривоги (ДК=-2,69 при MI=0,23) та відносно низький (J2 балів) рівень

субдепресії (ДК=-1,11 при MI=0,10). Відносно високе (>6 балів) значення афективного компо-ненту у цілому також виявилось малоінформа-тивним маркером залежності від героїну (ДК=-0,97 при MI=0,05).

Щодо вегетативного компоненту ППО в якості маркера залежності від метадону на по-

чатку лікування найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали відносно малі (J 1 бала) зміни апетиту (ДК=10,93, МІ=0,99). Відносно низькі (J4 балів) значення вегетативного компоненту у цілому на початку лікування виявилось мало інформативним маркером залежності від героїну (ДК=0,95 при МІ=0,09).

При аналізі можливостей використання вегетативного компоненту ППО в якості маркера залежності від героїну спостерігалась інша картина. Найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мала відносно висока (>1 балів) частота сновидінь наркотичного змісту (ДК=-9,86 при МІ=1,40). Відносно високе (>4 балів) значення вегетативного компоненту у цілому на початку лікування виявилось достатньо інформативним маркером залежності від героїну (ДК=-8,31 при МІ=0,79).

Щодо ідеаторного компоненту, то найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали відносно малий (< 1 бала) рівень складової "відношення до наркотиків" (ДК=1,13, МІ=0,10). При цьому діагностична значущість виразності (<1 бали) ідеаторного компоненту ППО у цілому (ДК=1,13, МІ=0,10) залишалась занадто малою для практичного використання.

При аналізі можливостей використання ідеаторного компоненту ППО в якості маркера залежності від героїну спостерігалась зовсім інша картина. Найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали відносно високий (e" 1 бала) рівень складової "відношення до хвороби" (ДК=-6,85, МІ=0,65). При цьому діагностична значущість виразності e"1 балів ідеаторного компоненту ППО у цілому сягала ДК=-2,87, МІ=0,26.

При аналізі диференціально-діагностичної спроможності поведінкового компоненту ППО, в якості маркера залежності від метадону і маркера залежності від героїну було встановлено, що зазначена спроможність в обох цих випадках залишалась на неприйнятно низькому рівні.

Щодо оцінки ППО в якості маркера залежності від метадону у цілому то діагностична цінність та інформативність його низького (<6 балів) рівня були відносно невеликими (ДК=3,33, МІ=0,36).

Діагностична цінність та інформативність відносно високої (e"6 балів) виразності ППО у цілому в якості маркера залежності від героїну також були на досить низькому рівні

(ДК=-1,37, МІ=0,15).

До сказаного слід додати, що сукупна диференціально-діагностична цінність (СДК) та інформативність (SМІ) характеристик ППО, як маркерів залежності від метадону становили СДК=3,08 та SМІ=0,24 відповідно, а як маркерів залежності від героїну - СДК= -12,98 та SМІ=1,12 відповідно.

Далі були розраховані діагностичні коефіцієнти та міри інформативності психопатологічних проявів, оцінених за допомогою опитувальника Derogatis - потенційних диференціально-діагностичних маркерів залежності від метадону та героїну (табл. 2).

Було встановлено, що найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали такі ознаки-маркери залежності від метадону як відносно високі (>1,5 балів) рівні паранояльності (ДК=11,90 при МІ=1,37), міжособистісної сенситивності (ДК=10,93 при МІ=0,99) та ворожості (ДК=10,55 при МІ=0,87).

При аналізі можливостей використання психопатологічних проявів, оцінених за Derogatis, в якості маркерів залежності від героїну спостерігалась інша картина. Лише дві ознаки-маркери залежності від героїну мали практично корисну диференціально-діагностичну спроможність, а саме: відносно низький (J1,5 балів) рівень обсесивності-компульсивності (ДК=-14,63 при МІ=3,36) та відносно високий (>1,00 бала) рівень соматизації (ДК=-2,55 при МІ=0,35).

Сукупна диференціально-діагностична цінність (СДК) та інформативність (SМІ) психопатологічних проявів, оцінених за Derogatis, як маркерів залежності від метадону (СДК=76,98 та SМІ=6,46) була значно вищою ніж у відповідних показників ППО, оцінених за допомогою глосарію Н.В.Чередниченко - В.Б. Альтшулера. При цьому сукупна диференціально-діагностична цінність та інформативність психопатологічних проявів, як маркерів залежності від героїну (СДК=23,55 та SМІ=4,29) була значно меншою, ніж у відповідних маркерів залежності від метадону.

Зазначена вище різниця в диференціально-діагностичній цінності та інформативності поміж маркерами залежності від метадону та маркерами залежності від героїну (при значній перевазі перших) вказує на те, що залежність від метадону відрізняється більшою специфічністю та яскравістю психопатологічної симптоматики, ніж залежність від героїну.

Психопатологічні прояви, оцінені за допомогою опитувальника Derogatis, як маркери залежності від метадону або героїну (маркери подано в порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів)

| Ознака (психопатол. прояв)* | Діапазон ознаки | Частоти ознак (осіб) | | Достовірність відмінностей частот ознак (p) ²⁾ | Частоти ознак (одиниць) | | Відношення частотей (А / В) | Діагностичні коефіцієнти (ДК) | Міри інформативності (МІ) |
|--|-----------------|----------------------|------------------|---|-------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| | | Героїн | Метадон | | Героїн (А) | Метадон (В) | | | |
| Маркери залежності від метадону | | | | | | | | | |
| PAR | >1,50 | | 15 | 0,000009 | 0,0159 | 0,2459 | 15,49 | 11,90 | 1,37 |
| INT | >1,50 | | 12 | 0,0001 | 0,0159 | 0,1967 | 12,39 | 10,93 | 0,99 |
| HOS | >1,50 | | 11 | 0,0003 | 0,0159 | 0,1803 | 11,36 | 10,55 | 0,87 |
| DEP | >1,50 | | 9 | 0,001 | 0,0159 | 0,1475 | 9,30 | 9,68 | 0,64 |
| GSI | >1,50 | | 9 | 0,007 | 0,0159 | 0,1475 | 9,30 | 9,68 | 0,64 |
| PHOB | >1,50 | | 6 | 0,01 | 0,0159 | 0,0984 | 6,20 | 7,92 | 0,33 |
| ANX | >1,50 | | 3 | 0,1 ³⁾ | 0,0159 | 0,0492 | 3,10 | 4,91 | 0,08 |
| ADD | <0,50 | | 24 | 0,001 | 0,1429 | 0,3934 | 2,75 | 4,40 | 0,55 |
| O-C | >0,50 | | 60 ¹⁾ | 0,0000000003 | 0,5238 | 0,9836 | 1,88 | 2,74 | 0,63 |
| SOM | <1,00 | | 40 | 0,001 | 0,3810 | 0,6557 | 1,72 | 2,36 | 0,32 |
| PSY | >1,50 | | 9 | 0,2 ³⁾ | 0,0952 | 0,1475 | 1,55 | 1,90 | 0,05 |
| Сумарні діагностична цінність (ΣДК) та інформатив. (ΣМІ) маркерів | | | | | | | | 76,98 | 6,46 |
| Маркери залежності від героїну | | | | | | | | | |
| O-C | <0,50 | | 1 ¹⁾ | 0,0000000003 | 0,4762 | 0,0164 | 0,03 | -14,63 | 3,36 |
| SOM | >1,00 | | 21 | 0,001 | 0,6190 | 0,3443 | 0,56 | -2,55 | 0,35 |
| ADD | >0,50 | | 37 | 0,001 | 0,8571 | 0,6066 | 0,71 | -1,50 | 0,19 |
| PAR | <1,50 | | 46 | 0,000009 | 0,9841 | 0,7541 | 0,77 | -1,16 | 0,13 |
| INT | <1,50 | | 49 | 0,0001 | 0,9841 | 0,8033 | 0,82 | -0,88 | 0,08 |
| HOS | <1,50 | | 50 | 0,0003 | 0,9841 | 0,8197 | 0,83 | -0,79 | 0,07 |
| DEP | <1,50 | | 52 | 0,001 | 0,9841 | 0,8525 | 0,87 | -0,62 | 0,04 |
| GSI | <1,50 | | 52 | 0,007 | 0,9841 | 0,8525 | 0,87 | -0,62 | 0,04 |
| PHOB | <1,50 | | 55 | 0,01 | 0,9841 | 0,9016 | 0,92 | -0,38 | 0,02 |
| PSY | <1,50 | | 52 | 0,2 ³⁾ | 0,9048 | 0,8525 | 0,94 | -0,26 | 0,01 |
| ANX | <1,50 | | 58 | 0,1 ³⁾ | 0,9841 | 0,9508 | 0,97 | -0,15 | 0,00 |
| Сумарні діагностична цінність (ΣДК) та інформатив. (ΣМІ) маркерів | | | | | | | | -23,55 | 4,29 |

Примітки: 1) – Для запобігання нульових частот "0" замінено "1" із альтернативної під групи (за Е.В.Гублером, 1978); 2) – достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ); 3) – різниця в частотах недостовірна (рТМФ > 0,05). * – Шкали опитувальника Derogatis: SOM - шкала соматизації, O-C - шкала обесивності-компульсивності, INT - шкала міжособист. сенситивності, DEP - шкала депресії, ANX - шкала тривожності, HOS - шкала ворожості, PHOB - фобічної тривожності, PAR – шкала паранояльності, PSY - шкала психозизму, ADD – додаткова шкала, GSI – індекс загал. важкості психопатології.

Якість життя пацієнтів – є одним із найважливіших критеріїв доказової медицини. Внаслідок різного легального статусу "вуличного" героїну й метадону, що офіційно використовується в межах програм замісної терапії, а також внаслідок відмінностей фармацевтичних властивостей зазначених препаратів, існують істотні розбіжності в оцінках хворими, залежними від цих психоактив-

них речовин, якості їхнього життя. Зрозуміло, що такі розбіжності можуть слугувати основою для диференціальної діагностики залежності від метадону і залежності від героїну. З метою перевірки цього припущення для кожного з показників якості життя, оцінених за J.E. Mezzich et al.(1999), були розраховані діагностичні коефіцієнти та міри інформативності (табл. 3).

Показники якості життя (ЯЖ), оцінені за Mezzich, як маркери залежності від метадону або героїну (маркери подано в порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів)

| Ознака (показник ЯЖ) ⁴⁾ | Діапазон ознаки | Частоти ознак (осіб) | | Достовірність відмінностей частот ознак (p) ²⁾ | Частоти ознак (одиниць) | | Відношення частотей (А / В) | Діагностичні коефіцієнти (ДК) | Міри інформативності (МІ) |
|--|-----------------|----------------------|---------|---|-------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| | | Героїн | Метадон | | Героїн (А) | Метадон (В) | | | |
| Маркери залежності від метадону | | | | | | | | | |
| №6 | >5 | | 25 | 0,0006 | 0,1429 | 0,4098 | 2,87 | 4,58 | 0,61 |
| №2 | >5 | | 34 | 0,0002 | 0,2381 | 0,5574 | 2,34 | 3,69 | 0,59 |
| №9 | >3 | | 58 | 0,0000000007 | 0,4286 | 0,9508 | 2,22 | 3,46 | 0,90 |
| №4 | >3 | | 35 | 0,0004 | 0,2698 | 0,5738 | 2,13 | 3,28 | 0,50 |
| №8 | >3 | | 50 | 0,00001 | 0,4444 | 0,8197 | 1,84 | 2,66 | 0,50 |
| №10 | >3 | | 59 | 0,00000002 | 0,5556 | 0,9672 | 1,74 | 2,41 | 0,50 |
| №5 | >5 | | 29 | 0,02 | 0,3016 | 0,4754 | 1,58 | 1,98 | 0,17 |
| №1 | >3 | | 50 | 0,0006 | 0,5397 | 0,8197 | 1,52 | 1,82 | 0,25 |
| №3 | <7 | | 54 | 0,0001 | 0,5873 | 0,8852 | 1,51 | 1,78 | 0,27 |
| №7 | >5 | | 31 | 0,03 | 0,3492 | 0,5082 | 1,46 | 1,63 | 0,13 |
| Сумарні діагностична цінність (ΣДК) та інформатив. (ΣМІ) маркерів | | | | | | | | 27,28 | 4,42 |
| Маркери залежності від героїну | | | | | | | | | |
| №10 | <3 | 28 | 2 | 0,00000002 | 0,4444 | 0,0328 | 0,07 | -11,32 | 2,33 |
| №9 | <3 | 36 | 3 | 0,0000000007 | 0,5714 | 0,0492 | 0,09 | -10,65 | 2,78 |
| №3 | >7 | 26 | 7 | 0,0001 | 0,4127 | 0,1148 | 0,28 | -5,56 | 0,83 |
| №8 | <3 | 35 | 11 | 0,00001 | 0,5556 | 0,1803 | 0,32 | -4,89 | 0,92 |
| №1 | <3 | 29 | 11 | 0,0006 | 0,4603 | 0,1803 | 0,39 | -4,07 | 0,57 |
| №2 | <5 | 48 | 27 | 0,0002 | 0,7619 | 0,4426 | 0,58 | -2,36 | 0,38 |
| №4 | <3 | 46 | 26 | 0,0004 | 0,7302 | 0,4262 | 0,58 | -2,34 | 0,36 |
| №6 | <5 | 54 | 36 | 0,0006 | 0,8571 | 0,5902 | 0,69 | -1,62 | 0,22 |
| №5 | <5 | 44 | 32 | 0,02 | 0,6984 | 0,5246 | 0,75 | -1,24 | 0,11 |
| №7 | <5 | 41 | 30 | 0,03 | 0,6508 | 0,4918 | 0,76 | -1,22 | 0,10 |
| Сумарні діагностична цінність (ΣДК) та інформатив. (ΣМІ) маркерів | | | | | | | | -45,26 | 8,58 |

Примітки: 1) - Для запобігання нульових частот "0" замінено "1" із альтернативної під групи (за Е.В.Гублером, 1978); 2) – достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ); 3) - різниця в частотах недостовірна (рТМФ > 0,05). 4) – Умовні позначення шкал ЯЖ: № 1 - фізичне благополуччя; № 2 - психологічне й емоційне благополуччя; № 3 - самообслуговування й незалежність у діях; № 4 - працездатність; № 5 – міжособистісна взаємодія; № 6 - соціо-емоційна підтримка; № 7 - суспільна й службова підтримка; № 8 - самореалізація; № 9 - духовна реалізація; № 10 - загальне сприйняття якості життя.

Було встановлено, що найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали такі ознаки-маркери залежності від метадону як: відносно високі (>5 балів) рівні соціо-емоційної підтримки (ДК=4,58 при МІ=0,61) та психологічного й емоційного благополуччя (ДК=3,69 при МІ=0,59) та відносно високі (>3 балів) рівні духовної реалізації (ДК=3,46 при МІ=0,90).

При аналізі можливостей використання показників якості життя за Mezzich, в якості маркерів залежності від героїну спостерігалась інша картина. Найбільшу диференціально-діагностичну спроможність мали такі ознаки-маркери залежності від героїну як: відносно низькі (ІЗ балів) рівні загального сприйняття якості життя

(ДК=-11,32 при МІ=2,33) та духовної реалізації (ДК=-10,65 при МІ=2,78) та відносно високий (>7 балів) рівень самообслуговування й незалежність у діях (ДК=-5,56 при МІ=0,83).

Сукупна диференціально-діагностична цінність та інформативність показників якості життя, оцінених за Mezzich, як маркерів залежності від метадону (ΣДК =27,28 та ΣМІ= 4,42) була значно вищою, ніж у показників ППО, оцінених за допомогою глосарію Н.В.Чердиченко - В.Б.Альтшулера; але нижчою, ніж у психопатологічних проявів, оцінених за допомогою опитувальника Derogatis. При цьому сукупна диференціально-діагностична цінність та інформативність показників якості життя, як

маркерів залежності від героїну (SDK=-45,26 та SMI=8,58), за модулем була значно більшою, ніж у відповідних маркерів залежності від метадону.

Не можна не помітити, що інформативність методики оцінки ППО за Чередниченко-Альтшулером щодо диференціальної діагностики залежностей від героїну та метадону істотно посту-

пається і методиці оцінки якості життя за Mezzich, і методиці оцінки виразності психопатології за допомогою опитувальника Derogatis.

Тому у подальшому, при створенні інтегральних діагностичних таблиць (табл. 4), диференціально-діагностичні ознаки, одержані за допомогою методики оцінки ППО за Чередниченко-Альтшулером, не використовувались.

Таблиця 4

Маркери диференціальної діагностики станів залежності від метадону та героїну на початку лікування (маркери подано в порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів)

| Опитувальник, шкала, діапазон | Діагностичні коефіцієнти (ДК) | Міри інформативності (МІ) |
|---|-------------------------------|---------------------------|
| Маркери залежності від метадону | | |
| Derogatis, шкала PAR - параноїальність, >1,5 балів | 11,90 | 1,37 |
| Derogatis, шкала INT - міжособ. сенситивність, >1,5 балів | 10,93 | 0,99 |
| Derogatis, шкала HOS - ворожість, >1,5 балів | 10,55 | 0,87 |
| Derogatis, шкала DEP - депресія, >1,5 балів | 9,68 | 0,64 |
| Derogatis, шкала GSI - загал. важк. психопатології, >1,5 балів | 9,68 | 0,64 |
| Mezzich, шкала № 6 - соціо-емоційна підтримка, >5 балів | 4,58 | 0,61 |
| Mezzich, шкала № 2 - психологічне й емоційне благополуччя, >5 балів | 3,69 | 0,59 |
| Mezzich, шкала № 9 - духовна реалізація, >3 балів | 3,46 | 0,90 |
| Mezzich, шкала № 4 - працездатність, >3 балів | 3,28 | 0,50 |
| Derogatis, шкала О-С - obsesiv.-компульсив., >0,5 балів | 2,74 | 0,63 |
| Mezzich, шкала № 8 - самореалізація, >3 балів | 2,66 | 0,50 |
| Mezzich, шкала № 10 - загальне сприйняття якості життя, >3 балів | 2,41 | 0,50 |
| Сумарні діагностична цінність (Σ ДК) та інформативність (Σ МІ) маркерів | 75,56 | 8,74 |
| Маркери залежності від героїну | | |
| Derogatis, шкала О-С - obsesiv.-компульсив. \leq 0,5 балів | -14,63 | 3,36 |
| Mezzich, шкала № 10 - загальне сприйняття якості життя. \leq 3 балів | -11,32 | 2,33 |
| Mezzich, шкала № 9 - духовна реалізація \leq 3 балів | -10,65 | 2,78 |
| Mezzich, шкала № 3 - самообслуговування й незалежність у діях >7 балів | -5,56 | 0,83 |
| Mezzich, шкала № 8 - самореалізація \leq 3 балів | -4,89 | 0,92 |
| Mezzich, шкала № 1 - фізичне благополуччя \leq 3 балів | -4,07 | 0,57 |
| Сумарні діагностична цінність (Σ ДК) та інформативність (Σ МІ) маркерів | -51,12 | 10,79 |

Помітно, що на початку лікування (табл. 4) серед маркерів залежності від метадону немає самодостатніх, з модулем ДК більше 13. Однак, сукупність будь-яких двох маркерів з перших шести (всі одержані за допомогою опитувальника Derogatis): PAR>1,5 балів (ДК=11,90 при МІ=1,37); INT >1,5 балів (ДК=10,93 при МІ=0,99); HOS >1,5 балів (ДК=10,55 при МІ=0,87); DEP >1,5 балів (ДК=9,68 при МІ=0,64); GSI >1,5 балів (ДК=9,68 при МІ=0,64)

– вже забезпечують достовірність діагнозу "залежність від метадону" на рівні не гірше $p < 0,05$, оскільки їхня SDK > 13.

Серед маркерів залежності від героїну на початку лікування є один самодостатній. Це показник obsesivності-компульсивності за опитувальником Derogatis на рівні J 0,5 балів (ДК=-14,63 при МІ= 3,36). До маркерів залежності від героїну "першого рангу" (сума модулів яких більше 13) відносяться два показники якості

життя (за Mezzich), а саме загальне сприйняття якості життя на рівні J 3 балів (ДК=-11,32 при MI=2,33), а також духовна реалізація на рівні J 3 балів (ДК=-10,65 при MI=2,78).

Слід наголосити, що хворим, залежним від метадону, притаманний відносно високий рівень відчуття соціо-емоційної підтримки в чому певну роль може відігравати стан співзалежності родичів. Але цій категорії хворих, як свідчить вся сукупність визначених маркерів, притаманна взагалі підвищена (відносно залежних від героїну) самооцінка якості власного життя, при наявності більш тяжкої (знову ж таки, відносно залежних від героїну) психопатології. Таке парадоксальне сполучення, є свідченням певної анозогнозії, не повного усвідомлення тяжкості свого стану внаслідок, що, можливо, є проявом когнітивного дефіциту в структурі психоорганічного синдрому, пов'язаного із тривалою нейротоксичною дією психоактивної речовини.

Висновки

1. Хворі залежні від метадону відрізняються від хворих залежних від героїну цілою низкою психопатологічних особливостей, які можуть бути виявлені, зокрема, за допомогою відповідних методик і в подальшому використані у якості диференціально-діагностичних ознак.

2. Найбільш інформативними методиками,

щодо диференціації залежностей від метадону та від героїну, є опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (сумарна діагностична цінність SДК=100,53 та інформативність SMI=10,75), а також методика оцінки якості життя за Mezzich (SДК=72,54 і SMI=13,00), в той час як методика оцінки ППО за Череди́ченко-Альтшулером значно поступається першим двом за цим показником (SДК=16,06 і SMI=1,35).

3. На основі опитувальника для оцінки виразності психопатологічної симптоматики Derogatis та методики оцінки якості життя за Mezzich побудовані цілком валідні діагностичні таблиці для використання у складі послідовної процедури Вальда, що забезпечують якість диференціальної діагностики залежності від метадону або героїну на рівні не гірше $p < 0,05$;

4. Хворим, залежним від метадону, притаманна підвищена (відносно залежних від героїну) самооцінка якості власного життя, при наявності більш тяжкої (знову ж таки, відносно залежних від героїну) психопатології, яка є свідченням певної анозогнозії, не повного усвідомлення тяжкості свого стану внаслідок, що, можливо, є проявом когнітивного дефіциту в структурі психоорганічного синдрому, пов'язаного із тривалою нейротоксичною дією психоактивної речовини.

Д.Н. Корошніченко, І.В. Линский

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕРОИНА И ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАДОНА

ГУ "Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины"

Статья посвящена разработке дифференциальной диагностики зависимости от героина и зависимости от метадона на основе результатов комплексной оценки структуры и интенсивности патологического влечения к наркотикам (по методу Череди́ченко-Альтшулера), выраженности текущих психических и поведенческих расстройств (по методике Derogatis) и качества жизни (по методике Mezzich). Установлено, что наибольшую дифференциально-диагностическую способность имеет опросник Derogatis (суммарная диагностическая ценность SДК =100,53; суммарная информативность SMI =10,75), а также опросник Mezzich (SДК =72,54; SMI =13,00), в то время как методика Череди́ченко-Альтшулера значительно уступает первым двум по этому показателю (SДК =16,06; SMI =1,35). На основе опросников Derogatis и Mezzich построены дифференциально - диагностические таблицы для использования в составе последовательной процедуры Вальда. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 56-64).

D.N. Koroshnichenko, I.V. Linskiy

THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF HEROIN ADDICTION AND METHADONE ADDICTION

SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine"

This article is devoted to development of differential diagnostics of heroin addiction and methadone addiction on the basis of results of complex estimation of structure and intensity of a pathological craving to drugs (by method of Cherednichenko-Altshuler), expressivenesses of the current mental and behavioral disorders (by method of Derogatis) and quality of life (by method of Mezzich). It is established: questionnaire of Derogatis has the greatest differential-diagnostic ability (total diagnostic quotient SDQ =100,53; total measure of informativity SMI =10,75), and also questionnaire of Mezzich (SDQ =72,54; SMI =13,00) while method of Cherednichenko-Altshuler considerably concedes to first two methods by this parameter (SDQ =16,06; SMI =1,35). The differential-diagnostic tables were developed on the basis of questionnaires of Derogatis and Mezzich for use in structure of consecutive procedure of Wald. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 56-64).

Література

1. Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І., Первомайський Е.Б., Дьяченко Л.І., Петриченко О.О., Мінко О.О. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні. // Аналітичний огляд. Випуск IV – Харків, 2007, - 52 с.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007 рік. // Збірник МОЗ. – Київ 2008 р.
3. Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І., Первомайський Е.Б., Дьяченко Л.І., Петриченко О.О., Мінко О.О. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні. // Аналітичний огляд. Випуск II – Харків, 2005, - 32 с.
4. Кузьминов В. Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе / Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. Харьков: Торсинг, 2000. С. 159–193.
5. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г., Шаповалова В. А., Шаповалов В. В. Особенности зависимости от опиатов при злоупотреблении трамadolом // Український вісник психоневрології. 2001. Т. 9, вип. 4. С. 27–28.
6. Минко А.И. Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах // Ростов н/Дону: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003.- 480 с.
7. Минко А.И. Линский И.В. Наркология. // 2-е изд., испр. и доп. – М.: Изд-во ЭКСМО, 2004 - 736 с.
8. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Издательство «Грида-Х», 2002. - 232 с.
9. Чердынченко Н.В., Альтшулер В.Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом //Ж.: Вопросы наркологии, Москва, №3-4, 1992.С.14-17.
10. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report // Psychopharmacology Bulletin.-1973.-V.9(1).-P. 13-27.
11. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale // Brit.J.Psychiat.-1976.-V.128.-P. 280-289.
12. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - С-Пб.: Питер, 2001. - 272 с.
13. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress Psychiatry «Psychiatry on New Thresholds». - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999, - P. 427-428.
14. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Ехсе. – К.: Моріон, 2000 –320 с.
15. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. –М.: Медицина, 1978. –294 с.

Поступила в редакцию 14.01.2009

УДК 616.89-008.441.1-085.851

*Л.В. Животовська***КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Ключові слова: поетапна психотерапія, гештальт-підхід, алкогольна залежність

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю в структурі інших форм залежності залишаються однією із найважливіших медико-соціальних проблем. Протягом останніх років були отримані переконливі дані відносно патогенетичного значення характерологічного фактору, який здійснює патопластичний вплив на перебіг та наслідки алкогольної залежності. Це визначає провідну роль психотерапії для корекції поведінкової та психосоціальної дестабілізації як на етапах становлення ремісії, так і в комплексі протирецидивного лікування з метою реінтеграції пацієнтів в суспільство [1, 2].

Основною тенденцією психотерапевтичної роботи при алкогольній залежності є її еволюція від гетеро- та аутосугестивного впливу, що спрямований на формування відрази від алкоголю, від раціональної терапії до глибокого аналізу особистості хворого, системи його ціннісних відносин, метою якого є відновлення порушеної мотиваційної сфери, підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта і в наслідок цього – формування установки на тверезий спосіб життя [3].

Мотивація, як рушійна сила людської поведінки, займає провідне місце в структурі особистості [4, 5]. Будь-яке вивчення мотиваційних процесів у людини і є по суті вивчення особистості та її дій, визначеної не лише минулим, але і майбутнім. В мотивах вживання алкоголю відображаються всі найбільш важливі аспекти залежності: соціально-психологічний фактор, система очікуваного психічного ефекту, реакція особистості на проблемне вживання, соціальна позиція людини, її поведінка, зміна стилю життя. Зловживання алкоголем може бути обумовлене значними змінами ієрархії цінностей людини, переходом в ілюзорно-компенсаторну діяльність і суттєвою деформацією особистості [6].

Доведено, що тип реагування на захворювання пов'язаний як з суб'єктивною оцінкою самим пацієнтом його важкості, так і з преморбідними

особливостями особистості. Патохарактерологічні властивості опосередковано (через нейробіологічні структури) впливають на розвиток залежності, виступаючи в ролі патопластичних факторів, що забезпечує різноманітність клінічних проявів, впливають на прогредієнтність та деякі інші параметри захворювання. Центральною ланкою в процесі формування залежності є система мотивів сп'яніння, яка спочатку утворюється в результаті зовнішньої мотиваційної дії, а потім починає розвиватися “з середини особистості” за власними законами, перетворюючись в жорстку програму поведінки [7].

При алкогольній мотивації в структурі пам'яті відводиться значна роль лімбічної системі та ретикулярній формації. В цих анатомо-біологічних субстратах провідна роль належить нейроактивним біогенним амінам – серотоніну, дофаміну. Існує гіпотеза, що так же, як синдром нав'язливої поведінки генетично обумовлений і пов'язаний з певним дефіцитом в структурних регуляторних відносинах нейромедіаторних систем емоціогенних структур мозку, так і відношення до алкоголю, якому надається перевага, генетично детермінується дефіцитом в цих системах [8].

І якщо психотерапія сприяє елімінації потягу до алкоголю та трансформації патологічного образу хвороби, то при цьому можуть бути задіяні вищевказані біологічні структури та обмінні процеси, які відповідають за запам'ятовування та “впаяну” поведінку. Те, що паралельно з редукцією психосоматичних компонентів алкогольного абстинентного синдрому стираються і “впаяні” форми поведінки, і все це відбувається на фоні нормалізації складових компонентів біохімічного гомеостазу, відображає і доводить єдність психологічного та метаболічного базису алкогольної доміанти патодинамічної структури [9].

Слід відмітити, що психофармакотерапія дає

лише короткочасний результат, мало перспективний та недостатньо прогностичний. І лише одночасна елімінація алкогольних віртуальних образів в структурі тригерної системи ЦНС є високоефективним підходом не тільки для зняття потягу до алкоголю, але і для нормалізації функціонування систем та органів організму в цілому.

Розглядаючи питання ефективності психотерапії на редукцію психопатологічного та соматичного компонентів алкогольного абстинентного синдрому і на потяг до алкоголю, не можна не торкнутися таких проблем, як біологія і нейрохімія потягу, морфологічна організація функціональної взаємодії психіки та соматичних та основних концепцій по емоційно-поведінковим комплексам. Вплив психотерапії необхідно розглядати з точки зору всіх принципів в рамках стимуло-реактивної моделі: а) принципи утворення емоційно-поведінкових комплексів, б) принципи взаємодії емоцій з вісцеральними і гормональними функціональними системами, в) принцип адаптивної ролі емоцій (коли емоції, що переживаються індивідом, можуть викликати токсичні стани, гуморальні та метаболічні розлади), г) принцип саморегуляції (коли емоції реалізують свою мотивуючу дію і міжсистемну взаємодію завдяки єдності нейрофізіологічного субстрату емоцій, поведінки та умовно-рефлекторній регуляції) [10].

Загально фізіологічний принцип функціональної міжсистемної взаємодії пояснює вплив емоцій на гомеостаз організму, когнітивну систему, систему мотивів, гормональний статус та вісцеральні функції. Тому любий терапевтичний вплив на систему переваг (у хворих з алкогольною залежністю – це потяг до алкоголю) включає як емоційні зони мозку, так і регуляторні взаємовідносини цих центральних зон з гормональними процесами і функціями внутрішніх органів (наприклад, так звана емоційна гіперестезія або почервоніння обличчя, напруження м'язів та серцебиття при гніві). Одночасно з цим необхідно враховувати інформаційне значення та роль емоцій в свідомій діяльності людини. З урахуванням цих принципів стає зрозумілим, що так же як діяльність зорових, слухових, нюхових та смакових аналізаторів залежить від емоційного стану, то також є справедливим і зворотнє взаємовідношення [11]. Імовірно, опосередковане психотерапією керування емоціями та асоціативними образами торкається всіх структурно і функціонально зв'язаних систем та процесів, включаючи внутрішні органи, метаболічні та адаптаційні реакції, що і ресструється на

клінічному та лабораторному рівнях.

З урахуванням вищевказаного на базі ПОКПЛ ім. О.Ф.Мальцева в період з 2005 по 2007 рр. нами було обстежено 48 чоловіків з психічними та поведінковими розладами, спричиненими вживанням алкоголю, віком від 24 до 49 років (середній вік $35,6 \pm 2,3$ років). Нозологічна діагностика (F 10.2-10.4) – базувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася на підставі клініко-психопатологічних, лабораторних та інструментальних методів. Всі пацієнти, які знаходились під спостереженням, отримували базисну терапію – дезінтоксикаційну, вітамінотерапію, гепатопротектори, препарати метаболічної дії, психофармакотерапію із застосуванням нейролептиків з седативним компонентом дії (для корекції грубих психопатологічних та дисфоричних розладів) в комбінації з антиконвульсантами у середньотерапевтичних дозах. Після зняття клінічних проявів абстинентного синдрому на етапі становлення ремісії в комплексі терапевтичних програм проводилася психотерапевтична корекція та оцінка її ефективності. Для оцінки ефективності психотерапії аналізувалися наступні показники: симптоматичне покращення, освідомлення психологічних механізмів захворювання, відновлення порушених відносин особистості, покращення соціального функціонування. Ефективність психотерапевтичного підходу підтверджувалася динамікою кількісних показників шкали депресії Гамільтона (HDRS), шкали Спілбергера-Ханіна для оцінки рівня реактивної (PPT) та особистісної тривожності (POT).

Диференціюючи цілі психотерапії при алкогольній залежності на задачі першого (зміна відношення до хвороби, подолання алкогольної анозогнозії), та другого етапів (корекція інтрапсихічних та міжособистісних проблем), для їх рішення використовували різні методики. Поєднання поведінкових прийомів з розігруванням рольових ситуацій, проєктивним малюнком є найбільш адекватним для впливу на механізми психологічного захисту, аналізу істинних мотивів поведінки, ідентифікації хворими своїх емоційних станів, виявлення способів міжособистісної поведінки, формування адекватних уявлень про себе [12, 13]. Виходячи з цього, нами розроблена поетапна диференційована система психотерапії з позицій гештальт-підходу в поєднанні із застосуванням медикаментозного лікування.

Після зняття проявів абстиненції на етапі становлення ремісії першим терапевтичним кроком було подолання анозогнозії, тобто освідомлення

пацієнтом факту наявності кризового життєвого шляху. Це відбувалося при контакті з "фігурою" - власною біосоціальною історією залежності - на "фоні" цілісного гештальту життя людини. Терапевтичні сесії були як індивідуальними, так і груповими, тривалістю 60 хвилин, проводилися 2 рази на тиждень протягом 4 тижнів. Основним завданням на цьому етапі була підтримка пацієнта в освідженні процесу власних переживань своєю присутністю та зворотнім зв'язком, допомога при відтворенні на його межі-контакту просторових взаємовідносин. Для переоцінки своїх стигматизованих переконань пацієнти потребували також нової інформації для набуття нового досвіду, що надає стимул для подальшого особистісного зростання та поступового одужання. З цією метою використовували також психоосвітницьку роботу в групах. Важливим кроком була також робота зі стратегією реагування на алкоголь, що дозволяє на свідомому рівні відмовитися від його вживання.

Середній показник за шкалою депресії Гамільтона до лікування складав 17,56 бала, що відповідало середньому ступеню вираженості проявів депресивної симптоматики. У 66% пацієнтів обох груп відмічалися високі показники РРТ та РОТ, у 34% - помірні. Після завершення першого етапу знижувався РОТ та РРТ з $52,9 \pm 0,26$ до $45,8 \pm 0,34$ балів та $53,4 \pm 0,29$ до $36,8 \pm 0,31$ відповідно ($p < 0,05$), відмічалася позитивна динаміка показників за шкалою депресії - 10,23 бала ($p < 0,05$), що відповідало легкому ступеню вираженості депресивної симптоматики.

Другий етап проводився в амбулаторних умовах після виписки хворого із стаціонару (реабілітація, соціально-психологічна адаптація і профілактика рецидиву) протягом 6 місяців. Терапевтичні сесії тривалістю 60 хвилин проводилися 1 раз на тиждень. При різних конкретних задачах та об'єму психотерапевтичних інтервенцій, головними завданнями психотерапевтичної роботи на другому етапі була корекція пору-

шеної системи ціннісних відносин, неадекватних емоційних та поведінкових стереотипів, освідомлення хворобливих внутрішньо-особистісних конфліктів, що визначається конфронтацією пацієнта зі своїм "Я" і в наслідок цього - підвищення соціально-психологічної адаптації пацієнта до тверезого способу життя.

Стратегічною метою психотерапії була діагностика специфічних порушень контакту зі своїми почуттями та навколишнім світом, їх активація у просторі контакту терапевт-пацієнт, сумісне дослідження та допомога пацієнту при освідженні викривлених переживань, відновлення адекватних емоційних реакцій з переоцінкою життєвих потреб та переконань, послідовне формування внутрішньої мотивації в тривалому терапевтичному процесі. Це допомагало пацієнту освідити механізм, що провокує на повторення звичних паттернів аддиктивної поведінки, знайти внутрішній ресурс контролю та розвинути здатність приймати відповідальність за свої думки, переживання, дії та їх наслідки. На цьому етапі проводилася також підтримуюча сімейна терапія (терапія пари). Після завершення другого етапу дослідження РОТ та РРТ показало позитивну динаміку ($34,8 \pm 0,29$ балів $23,5 \pm 0,38$ відповідно ($p < 0,05$), за шкалою депресії показник знизився до 8,35 бала ($p < 0,05$), що наближається до верхньої межі норми.

Таким чином, проведене дослідження показало, що запропонована система поетапної психотерапії з позицій гештальт-підходу в комплексному лікуванні хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю є алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій з визначенням мішеней та модальностей терапевтичного впливу. Даний підхід забезпечує покращення стану емоційно-особистісної сфери даного контингенту хворих і може бути рекомендований в поєднанні з психофармакотерапією в якості ефективного компонента медико-соціальної реабілітації.

Л.В. Животовская

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия"

В статье изложены концептуальные основы гештальт-подхода в комплексной терапии пациентов с алкогольной зависимостью, приведены результаты изучения эффективности системы поэтапной психотерапии с определением мишеней и модальностей терапевтического влияния. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 65-68).

CONCEPTUAL BASES A GESTALT-APPROACH IN COMPLEX THERAPY OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

Ukrainian Medical Dental Academy

In clause are stated conceptual bases a gestalt-approach in complex therapy of patients with alcoholic dependence, results of studying of a system effectiveness of stage-by-stage psychotherapy with definition of targets and modalities of therapeutic influence are resulted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 65-68).

Література

1. Сосин И.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. – Харьков: Коллегиум, 2005. – 800с.
2. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ //В кн.. Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). – М.: “Нолидж”. – 2000. – С. 309-340.
3. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Видерман Н.С. Поиск социальной поддержки и ее восприятие при алкоголизме // Вопросы наркологии. – 1999. – №2. – С. 62-65.
4. Асеев В. Г. Формування особистості і структурний рівень мотивів. Проблеми особистості: Матер. симпозиуму. – М. – 1980. – Т. 1. – С. 334 – 343.
5. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198 с.
6. Gorski T.T. The cenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures //Psychoact. Drugs. – 1990. – Vol.22. – №2. – P. 125-133.
7. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ. В кн.: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М.: “Медпрактика - М”, 2002. - С.161-181.
8. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез //В кн.. Лекции по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). – М.: “Нолидж”. – 2000. – С.16-40.
9. Крыжановский Г.Н. Патологические системы в патогенезе нервно-психических расстройств //Матер. XIII съезда психиатров России. – М. – 2000. – С.363.
10. Изард К. Эмоции человека: Пер. с англ. – М.: Изд-во Московского Университета. – 1980. – 440 с.
11. The drinking man / D. S. McClelland, W. N. Davis, S. Kalin et al. – N. Y., 1972. - 1020 p.
12. Карвасарский Б.Д. Учебник психотерапии. – СПб: Питер, 2000.– 536 с.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия (2-е международное издание). – М. – СПб.: “Питер”, 2006. – 373 с.

Поступила в редакцию 16.03.2009

УДК [616.379-008.64+612.661]-053.6:612.59

*Е.А. Михайлова, Е.Э. Беляева***НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С НЕКОТОРЫМИ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

ГУ "Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины"

Ключевые слова: нейропсихиатрическая и психологическая реабилитации, эндокринные заболевания, подростки.

В современной медицинской и психологической науке отмечается нарастающий интерес к психосоматическим концепциям этиологии и патогенеза эндокринных заболеваний [1,2,3]. Новейшие исследования подчеркивают роль системной психобиологической дезадаптированности человека, что в принципе открывает возможность психологического подхода к диагностике, прогнозу и терапии психосоматических заболеваний [4,5,6]. И.А. Классен констатирует, что в клиническом состоянии больных с соматическими заболеваниями важно определить не только биологический субстрат, но и индивидуальное своеобразие психологической стороны болезни [7].

Известно, что различные нозологические формы соматических заболеваний способствуют проявлению специфических психологических изменений и поведенческих девиаций [2,3]. При соматической болезни адаптация происходит как на уровне физиологических реакций, так и на уровне морфологических компенсаторных механиз-

мов. Психологическая адаптация является сложным процессом взаимодействия биопсихосоциальных подсистем организма, формирующих психофизиологические изменения, а при их недостаточности обеспечивающая включение реакций на иммунноклеточном уровне. Адаптационные механизмы в этом смысле могут быть реализованы на уровне болезни, создавая патологический гомеостаз [8,9]. Особый отпечаток на указанные процессы накладывают психологические трансформации кризиса подросткового возраста. Тем не менее, до настоящего времени недостаточно освещены вопросы социальной и психологической адаптации у подростков с тяжелыми эндокринными заболеваниями и недостаточно разработаны подходы к их реабилитации.

Целью исследования явилось изучение констелляции психических и психологических феноменов у подростков с различными эндокринными заболеваниями и разработка на их основе алгоритма нейропсихиатрической и психологической реабилитации.

Материалы и методы исследования

Нами использовались следующие материалы и методы исследования: клинко-психопатологический метод; гештальт-подход (техника диалога); методы патопсихологического исследования (шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч.Спилбергера-Ю.Ханина; патохарактерологический диагностический опросник А.Е.Личко; тест Кеттелла; метод цвето-

вых выборов Л.Н.Собчик).

Нами обследованы 200 подростков, страдающих сахарным диабетом (СД) первого типа, в том числе 60 больных СД с инсулиннорезистентностью, и 160 девочек-подростков с различными нарушениями менструального цикла (пубертатные маточные кровотечения, первичная и вторичная аменорея).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что эволюция клинко-психопатологических расстройств у подростков с СД претерпевает существенные изменения в зависимости от тяжести эндокринного заболевания, его длительности и ряда личностных психологических характеристик. Наиболее проблемными с точки зрения возможностей социально-пси-

хологической адаптации являются подростки в период манифестации сахарного диабета и подростки с длительностью заболевания более 5-ти лет, в период развития множественных диабетических осложнений.

Психологическое отношение подростков с СД к своей болезни формируется под влиянием пси-

хосоциальных стрессоров, из которых наибольшую значимость для детей имеют стрессоры, затрагивающие телесное функционирование (непринятие многократных инъекций, болевая характеристика болезни) и особенности эмоционального состояния матери; а для подростков – фрустрация в системе «жизнь с диабетом», связанная с социальной значимостью болезни, ее влиянием на отношения со сверстниками и на сферу интересов и развлечений, а также внешние проявления заболевания (диабетический румянец, липодистрофия, некробиоз тканей, задержка роста и полового развития).

У подавляющего большинства подростков с СД диагностируется диабетическая энцефалопатия (92,0%), включающая психопатологический (церебралестенический) симптомокомплекс (100%), неврологический дефицит (80,0%), патологические клинические ЭЭГ-паттерны дисфункции мозга (98,0%), нейропсихологический симптомокомплекс (62,0%), а также системные нарушения микроциркуляции и церебральной гемодинамики (79,3% и 70,5%). У подростков, больных СД, имеются расстройства интеллектуально-мнестической функции по органическому типу с нарушениями кратковременной памяти и умственной работоспособности. При практической сохранности первоначального объема запоминания нарушается динамическая сторона мнестической деятельности больных. С увеличением длительности заболевания СД возрастает частота астенического типа запоминания, трансформируются проявления минимальной мозговой дисфункции: снижается частота реактивного и возрастает доля ригидного и астенического типов минимальной мозговой дисфункции: происходит постепенное клинко-патопсихологическое оформление дисфункции центральной нервной системы.

Нарушения развития мотивационной, эмоциональной сфер личности и изменения характерологических особенностей детей, больных СД, находятся в прямой зависимости от длительности заболевания. В условиях хронической болезни нарушаются личностная самоидентификация ребенка и его интрапсихическая адаптация. Гипернозогнозический вариант переживания болезни регистрировался у 87,9% пациентов.

Иная картина наблюдается у девочек-подростков при нарушениях менструального цикла, возникающих на этапе первоначального психологического освоения менструации как новой телесной функции. Особенности социализации менструации в современном обществе во мно-

гом затрудняют развитие соматической и эмоциональной компетентности девушек в области репродуктивного здоровья. В ситуации возникновения нарушений менструального цикла это приводит к позднему обращению к гинекологической помощи и увеличению длительности заболевания, с формированием эмоциональных и поведенческих расстройств. При большой длительности пубертатных маточных кровотечений в условиях игнорирования заболевания возникают очерченные нарушения невротического регистра.

Установлено, что девочек-подростков с нарушениями менструального цикла высокий уровень ситуативной тревожности регистрировался у 41,3% обследованных. Высокий уровень личностной тревожности отмечался в 54,4% случаев. Наиболее часто высокие показатели личностной тревожности выявлялись у девочек с первичной аменореей 64,0%, что достоверно чаще, чем в подгруппе девушек с пубертатными маточными кровотечениями (46,7%, $P < 0,04$). Дефицит принятия, недостаточность эмоционально-теплых отношений с близкими отмечались у 50,6% девушек.

Среди акцентуаций характера у девушек с нарушениями менструального цикла наиболее часто диагностировались лабильный 21,3%, лабильно-истероидный (15,6%), истероидный (14,4%) психастенический (11,3%), эпилептоидный (10,6%) типы. При этом преобладание эпилептоидных черт у подростков с первичной аменореей (20,0% случаев) регистрировалось достоверно чаще, чем у девушек с пубертатными маточными кровотечениями и вторичной аменореей (в среднем 6,4%; $P < 0,01$). Отмечена тенденция преобладания акцентуаций лабильного круга у девушек с вторичной аменореей (46,0%).

Установлено, что несформированность когнитивных, эмоциональных и смысловых компонентов менструальной компетентности девочек-подростков сопряжены с нарушениями в диаде мать-дочь. Включенность подростка в доверительные женские отношения обеспечивает девочке доступ к информации, эмоциональную поддержку, помощь в осмыслении и организации поведения при возникновении нарушений менструального цикла, а ограничения в коммуникации сужают поле социальной поддержки.

Лечение сахарного диабета у подростков – сложная, многоуровневая проблема, традиционно рассматриваемая, как правило, в рамках медицинской парадигмы. Вместе с тем, это представление нуждается в уточнении и расширении,

поскольку вне пределов медицины находится не только первичная профилактика психосоматических заболеваний, но и важнейший раздел – медико-психологическое сопровождение и реабилитация в связи с тяжестью диабета, его последствий и осложнений в детском возрасте.

Наименее освещены вопросы медико-психологического сопровождения девочек-подростков с эндокринозависимыми нарушениями репродуктивной системы.

Все это требует решения как глобальных медицинских, социальных и организационных проблем, так и крайне важных узко медицинских, медико-психологических, медико-педагогических и медико-социальных задач, что определяет, в конечном счете, эффективность лечения и реабилитации.

Нами разработана модель нейропсихиатрической и психологической реабилитации подростков с эндокринными заболеваниями, включающая диагностический и коррекционный модуль.

Диагностическая работа обеспечивает фокусировку проблемной области с выявлением когнитивных, эмоциональных, мотивационных, поведенческих нарушений. Диагностический модуль предусматривает определение индивидуального своеобразия психологической стороны болезни и содержит три взаимосвязанных блока. Это определение психологических факторов травматизации (психосоматического паттерна) на основе гештальт-подхода (техника диалога), психодиагностического рисунка «Я и моя болезнь»; определения личностных особенностей подростков и диагностики интеллектуально-познавательной сферы.

Коррекционный модуль реализуется в формате индивидуальной и групповой психологической коррекции с использованием методов арттерапии, когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии, семейной психотерапии, психообразовательных программ. Психологическая коррекция позволяет в безопасной ситуации создать наиболее оптимальные условия для трансформации выявленных патологических паттернов социальной и психологической дезадаптации.

Психологическая реабилитация осуществляется в процессе систематических психологических, психотерапевтических и педагогических воздействий. Различные конstellляции психопатологических, психологических, социальных паттернов дезадаптации у подростков с эндокринными заболеваниями определяют концепту-

альность нейропсихиатрической и психологической реабилитационной программы.

Основная цель психологического и психиатрического вмешательства, как в кризисной ситуации, так и условиях адаптации в системе «жизнь с диабетом», состоит в обеспечении психической и психологической сохранности ребенка. При формировании стратегии медико-психологического сопровождения подростков с СД учитывается специфический фактор психологической травматизации - влияние осложнений диабета: катаракты глаз; задержки роста и полового развития; наличия липодистрофических участков тела (бедер, живота, предплечий); проявления периферической вегетативной недостаточности (тахикардия в покое, «гиперемия щек» - диабетический румянец, некробиоз голеней); хронического болевого расстройства. Для коррекции психологической фиксации больных на вышеописанных осложнениях применялась психотерапия, психообразовательные программы. При отсутствии эффективности включались элементы поведенческой терапии, формирующие копинг-механизмы (механизмы совладания), обеспечивающие регресс ригидных установок. Когнитивный и двигательный (моторный) метод нейропсихологической коррекции был направлен на восстановление контакта с собственным телом, снятие телесных напряжений, осознание своих проблем, развитие невербальных компонентов общения. В результате воздействия происходит трехвекторная трансформация патологических механизмов психологической защиты: на уровне восприятия, на уровне трансформации, на уровне информации.

Существенная роль в реабилитации девочек-подростков с эндокринозависимыми нарушениями половой системы принадлежит гештальт-терапии. Основой терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и с окружением (снятия блокирования и стимулирования процесса эмоционального развития). Принцип личностной саморегуляции означает постоянную ориентацию относительно состояния и хода явлений и процессов, происходящих в организме. Понятие «осознания» используется в широком значении, охватывающем «знать», «различать», «отдавать себе отчет». Внимание и активность терапевта сконцентрированы на помощь подростку в расширении и обогащении зоны сознания (тренинг осознания внутренней зоны; осознания внешней зоны), интеграцию противоположностей, усиление внимания к чувствам, принятие

ответственности за самих себя.

Семейная психотерапия применялась на всех этапах реабилитации подростков эндокринными заболеваниями. При проведении семейной психотерапии фокусировка направлена на определение границ взаимодействия в триаде «мать – отец – больной подросток». Использование графических методов диагностики (тест «Кинетический рисунок семьи») позволило дифферен-

цировать диагностическую информацию в определении тактики семейной психотерапии.

Предложенная программа реализует комплексный системный подход к медико-психологической реабилитации подростков с тяжелыми эндокринными заболеваниями, высокая эффективность психологической коррекции обеспечивается полимодальностью реабилитационного воздействия.

Е.А. Михайлова, О.Е. Беляева

НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕЯКИМИ ЕНДОКРИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України»

У роботі проведений аналіз психологічних феноменів, що беруть участь у патопластиці порушень психічного здоров'я підлітків із деякими ендокринними розладами. Були вивчені механізми формування психологічної дезадаптації підлітків у ситуації захворювання, визначено тактику їх нейропсихіатричної та медико-психологічної реабілітації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 69-72).

E.A. Mikhailova, E.E. Belyayeva

NEUROPSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL ASPECTES OF REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH SEVERE ENDOCRINAL DISEASES

SI «Institute of Children and Adolescents Health Care affiliated to AMS of Ukraine»

The paper presents the analysis of psychological phenomena taking place in pathoplasty of mental health disorders in adolescents with severe endocrine disturbances. Certain mechanisms of formation of psychological dysadaptations were studied in adolescent during the disease, and the tactics of their neuropsychiatric and medico-psychological rehabilitation was determined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 69-72).

Литература

1. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. — СПб.: Спец.Лит., 2007. — 464 с.
2. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — СПб.: Речь, 2005. — С. 227-251..
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2000. — 314 с..
4. Сухарев А.В., Тимохин В.В., Шапорева А.А. Этнофункциональный подход в детской онкологии // Вопр. психол. — 2004, №3. — С.37-50.
5. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблеме психического развития человека // Вопр. психол. — 2002, №2. — С.40-57.
6. Тимохин В.В. Методика выявления этнофункциональных рассогласований и нарушений психического онтогенеза // Журн. прикл. психол. — 2002, №3. — С.12-18.
7. Практическая психотерапия: Курс лекций / И.А.Классен. — М.: МЕДпресс-информ., 2004. — 768 с.
8. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. — Симферополь: Движение, 1993. — 286 с.
9. Weisfeld G.I. Evolutionary principles of human adolescence. — NY: Basic Book, 1999. — 401 p.

Поступила в редакцию 18.03.2009

УДК 616.895.8-082.4

*В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин***ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛИЗМА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм, социальная поддержка

Социальная поддержка определяется как межличностная сеть спонтанной неформальной помощи, в противовес институциональной и профессиональной помощи (С. Caplan et al, 1976). Характеристики социальной поддержки отличаются от профессиональной психиатрической помощи следующими особенностями:

- поддержка адресуется конкретным индивидуам с их индивидуальными проблемами;
- усилия по оказанию социальной поддержки строятся на основе холистического (личностного) подхода;
- поддержка предполагает формирование у пациента эмоционального вовлечения, привязанности и партнерских отношений с микросоциальным окружением.

Наиболее значимой и реально осуществимой для пациента сферой социальной поддержки является его семья, отношение которой к пациенту может влиять на клинический и социальный прогноз, а также на частоту и длительность госпитализаций в психиатрические больницы и выраженность дестимулирующих воздействий продолжительного пребывания в стационаре. Поэтому актуальным представляется изучение ресурсов семейной поддержки влияния пациента на суммарную длительность его госпитализаций в психиатрические больницы и формирование симптомов госпитализма.

С этой целью нами было обследовано 125 больных шизофренией в возрасте от 21 до 55 лет с различной суммарной длительностью стационарного лечения и на различных этапах формирования синдрома госпитализма. По показателю «суммарная длительность госпитализаций» пациенты распределились на 4 группы:

- до 5 месяцев – 21 чел. (16,8%);
- 5-10 месяцев – 23 чел. (18,4%);
- 10-15 месяцев – 24 чел. (19,2%);
- свыше 15 месяцев, в т.ч. до 5-6 лет (в среднем 2,8 года) – 57 человек (45,6%).

Использование стандартизированной клинической

шкалы госпитализма (В.А. Абрамов и соавт., 2008) позволило выделить три фазы формирования синдрома госпитализма: 1) фаза отдельных симптомов госпитализма – ОСГ (33 чел., 26,4%); 2) фаза формирующегося синдрома госпитализма – ФСГ (23 чел., 18,4%) и 3) фаза сформировавшегося синдрома госпитализма – ССГ (69 чел., 55,2%).

Исследование включало определение типа отношения членов семьи к больному родственнику, а также ресурсов семейной поддержки пациента. Оно проводилось при помощи соответствующих шкал структурированного интервью, разработанных В.А. Абрамовым. Было выделено три типа отношений семьи к больному шизофренией (позитивное, индифферентно-амбивалентное, негативно-неприятно-настороженное) и три уровня его семейной поддержки.

Позитивное отношение (15 чел., 12,0%) предполагало консолидирующую позицию семьи к больному родственнику, адекватное отношение к его проблемам с преобладанием чувства долга с элементами авторитарного контроля за поведением. Болезнь в таких семьях воспринималась как «общая семейная проблема», решать которую нужно сообща. В таких случаях семья пытается выполнять функцию «первичной поддерживающей группы».

Индифферентно-амбивалентное отношение (35 чел., 28,0%) сопровождалось возникновением большого арсенала противоречивых чувств и поступков: от понимания до непонимания проблем пациента и раздражения. Переживание утраты надежд и ожиданий, связанных с больным родственником, сочеталось с нетерпимостью к необходимости ущемления личных интересов, недоверием, безразличием, двусмысленным и неопределенным отношением к заболевшему. Эмоциональная атмосфера в семье в таких случаях насыщена страхом, тревогой, напряжением. Периодически возникали ощущения подавленности, отсутствовала толерантность. Наблю-

даются инфантильные формы поведения и реагирования: элементы магического мышления, образного восприятия действительности, склонность верить невероятному. Социальная поддержка пациента в этих случаях носила беспорядочный характер.

Негативно-неприятно-настороженные отношения (75 чел., 60,0%) проявлялись во враждебном отношении с полным игнорированием личных предпочтений пациента. Исчезал интерес к нему и его жизненным обстоятельствам, оскудевали эмоциональные контакты и межличностные отношения, характерным было избегание, отвержение пациента, иногда с полным отказом от взаимоотношений и социальных контактов. В таких семьях наблюдается постоянное напряжение, разочарование, практически невозможны совместные виды деятельности, в том числе эмоциональная и социальная поддержка пациента.

Уровни семейной поддержки пациентов ранжировались следующим образом:

- достаточный (1-13 баллов) – позитивное отношение членов семьи к необходимости и возможности эмоциональной и социальной поддержки пациента, готовность к сотрудничеству и конструктивному решению проблем, связанных

с пациентом, признание границ своих возможностей без иллюзий и неоправданных ожиданий;

- ограниченный (14-27 баллов) – снижение заинтересованности, мотиваций и реальных возможностей для оказания в семье полноценной поддержки больному;

- низкий (28-40 баллов) – выраженный дисбаланс между приоритетными сферами удовлетворения потребностей членов семьи и необходимостью заботиться и поддерживать больного родственника.

Кроме того, нами использовался опросник эмоциональной и инструментальной поддержки G. Sommer, T. Fudrich (1989). Он состоит из 22 утверждений, объединенных в пять субшкал: 1) эмоциональная поддержка; 2) инструментальная поддержка; 3) социальная интеграция; 4) доверительные связи; 5) удовлетворенность социальной поддержкой. Пациенту предлагалось дать ответ на каждое из этих утверждений, выбрав один из вариантов, исходя из 5 балльной системы оценки.

Результаты анализа особенностей семейных отношений к больным шизофренией с различной длительностью госпитализаций представлены в табл. 1.

Таблица 1

Особенности семейных отношений к больным шизофренией (абс./%) с различной длительностью госпитализаций

| Отношение семьи к больному | Суммарная длительность госпитализации | | | | Всего |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------|------------|-----------|---------|
| | до 5 мес. | 5-10 мес. | 10-15 мес. | > 15 мес. | |
| 1.Позитивное | 7/33,4 | 5/21,7 | 3/12,5 | - | 15/12,0 |
| 2.Индифферентно-амбивалентное | 10/47,6 | 6/26,1 | 8/33,3 | 11/19,3 | 35/28,0 |
| 3.Негативно-неприятно-настороженное | 4/19,0 | 12/52,2 | 13/54,2 | 46/80,7 | 75/60,0 |
| Всего | 21 | 23 | 24 | 57 | 125 |

Приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что позитивное отношение к больным шизофренией в семьях относится к достаточно редким феноменам и встречается преимущественно при относительно непродолжительной суммарной длительности госпитализаций в психиатрические стационары. При значительной продолжительности госпитализаций семьи не испытывают позитивного отношения к больному родственнику, что можно рассматривать с позиции их неприятия для совместной жизни и полного отчуждения.

Индифферентно-амбивалентное отношение к больному наблюдалось в 1/3 семей: чаще всего (почти в половине случаев) при длительности госпитализаций до 5 месяцев с резким умень-

шением при увеличении общей продолжительности пребывания в стационаре. В то же время частота негативно-неприятно-настороженного отношения к больному родственнику нарастает по мере увеличения суммарной продолжительности госпитализаций, достигая максимальной выраженности при сроках пребывания в стационаре, превышающих 15 месяцев. Здесь можно думать о реверсивных негативных влияниях деструктивных отношений родственников к больному на продолжительность его госпитализаций.

Аналогичная закономерность получена при анализе зависимости уровня госпитализма больных шизофренией от отношений к ним в семьях (табл.2). Наибольший риск его формирования отмечался в семьях с негативно-неприятно-

Зависимость уровня госпитализма больных шизофренией (абс/%) от отношений к ним в семьях

| Отношение семьи к больному | Всего | Уровень госпитализма | | |
|-------------------------------------|-----------|----------------------|---------|-----------|
| | | ОСГ | ФСГ | ССГ |
| 1.Позитивное | 15/12,0 | 7/21,2 | 4/17,4 | 15/12,0 |
| 2.Индифферентно-амбивалентное | 35/28,0 | 11/33,3 | 5/21,7 | 35/28,0 |
| 3.Негативно-неприятно-настороженное | 75/60,0 | 15/45,5 | 14/60,9 | 75/60,0 |
| Всего | 125/100,0 | 33 | 23 | 125/100,0 |

Общей, статистически достоверной ($p < 0,05$) тенденцией явилось уменьшение числа семей с позитивным и индифферентно-амбивалентным отношением и параллельное возрастание количества семей с негативно-неприятно-настороженным отношением к больным родственникам по мере увеличения суммарной продолжительности их госпитализаций и формирования синдрома госпитализма. Из этого следует вывод, что длительное отсутствие социальных контактов между больным и членами его семьи приводит к существенной деформации их взаимоотношений, что является одной из причин, затрудняющих выписку больного из стационара и дальнейшего углубления у него симптомов госпитализма.

Для уточнения реальных возможностей социальной поддержки пациентов с различной длительностью их изоляции в стационаре нами

были также изучены особенности их внесемейных отношений. При этом было установлено значительное снижение частоты адекватных форм внесемейного общения у больных с максимальной длительностью госпитализаций (табл. 3). Учитывая, что именно при такой продолжительности пребывания в стационаре у больных шизофренией по нашим данным формируется синдром госпитализма, можно прийти к выводу о том, что в структуре этого синдрома существенное значение имеет наличие адекватных социальных связей и форм взаимодействия на семейном и внесемейном уровнях. Это, в свою очередь, предполагает расширение сфер эмоциональной и социальной поддержки больных, а также включение в арсенал реабилитационных мероприятий приемов и техник семейной терапии.

Проблемы внесемейного общения больных шизофренией с различной длительностью госпитализаций

| Проблемы внесемейного общения | Суммарная длительность госпитализаций | | | | Всего |
|---|---------------------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | До 5 мес. | 5-10 мес. | 10-15 мес. | > 15 мес. | |
| Адекватное общение | 11(52,4%) | 6(26,1%) | 12(50,0%) | 11(19,3%) | 40(32,0%) |
| Ограничение контактов | 3(14,3%) | 11(47,8%) | 6(25,0%) | 23(40,3%) | 43(34,4%) |
| Отвержение больного ближайшим социальным окружением | - | - | - | 5(8,7%) | 5(4,0%) |
| Конфликтные отношения с окружающими | 7(33,3%) | 6(26,1%) | 6(25,0%) | 18(31,7%) | 37(29,6%) |

*- $P < 0,01$ по сравнению с меньшей продолжительностью госпитализаций

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости объективной оценки ресурса социальной, в том числе семейной, поддержки ис-

следуемого контингента больных шизофренией. Результаты проведенного нами анализа уровней реальной семейной поддержки на различных

Зависимость между стадией формирования госпитализма у больных шизофренией и ресурсов семейной поддержки (абс./%)

| Стадия формирования синдрома госпитализма | Ресурс семейной поддержки | | | Всего |
|---|---------------------------|--------------|-----------|-------|
| | достаточный | ограниченный | низкий | |
| ОСГ | 11(33,3%) | 13(39,4%) | 9(27,3%) | 33 |
| ФСГ | 4(17,4%) | 10(43,5%) | 9(31,1%) | 23 |
| ССГ | - | 30(43,5%) | 39(56,5%) | 69 |
| Всего | 15 | 53 | 57 | 125 |

В целом достаточный уровень семейной поддержки ($8.3 \pm 1,1$ балла) выявлен только у 15 больных (12,0%) с позитивным отношением к ним членов семьи, ограниченный уровень семейной поддержки ($19 \pm 1,4$ балла) – у 53 человек (42,4%), преимущественно с индифферентно-амбивалентным отношением семьи. Наибольшее количество больных шизофренией (57 чел., 45,6%) имели низкий уровень семейной поддержки ($31,6 \pm 2,3$ балла). Чаще всего в этой группе встречалось негативно-неприятно-настороженное отношение семьи к больному родственнику.

Наиболее высокий уровень семейной поддержки наблюдался у пациентов с отдельными симптомами госпитализма: у каждого третьего пациента он был достаточным и только у 27,3% - низким. При формирующемся синдроме госпитализма количество больных с достаточным уровнем семейной поддержки сократилось вдвое, а при сформировавшемся синдроме госпитализма их не было вообще. Зато значительно повысилось число больных с низким ресурсом семейной поддержки.

Таким образом, суммарная длительность госпитализаций и выраженность синдрома госпитализма у больных шизофренией непосредственно связаны с ресурсом семейной поддержки пациентов. Этот ресурс более высок на ранних стадиях госпитализма у лиц с адаптивными формами отношения к ним членов семьи.

Наконец, одной из важных задач исследования явилось изучение зависимости между интенсивностью различных видов внесемейной поддержки больных шизофренией и выраженностью у них симптомов госпитализма. С этой целью была использована шкала эмоциональной

и инструментальной поддержки G.Sommer, T.Fundrich.

Суммарный показатель, отражавший отношение пациентов к 22 утверждениям, относящимся к различным типам их поддержки в микросоциальном окружении, существенно отличался на различных стадиях госпитализма (табл. 5). Сравнительно наиболее высокий показатель, хотя и значительно отстающий от нормативных значений, выявлен на стадии отдельных симптомов госпитализма, а самый низкий, отражавший субъективные представления больных о крайне низком уровне их поддержки - у лиц со сформировавшимся синдромом госпитализма. У этой категории больных наиболее низким показателем, по сравнению с другими субшкалами, был показатель удовлетворенности социальной поддержкой, о чем свидетельствовало практическое отсутствие у них ощущения внимания и понимания со стороны других людей, а также безопасности и близости при контактах с окружающими. Лишь в незначительной степени больные были удовлетворены наличием доверительных связей и инструментальной поддержкой: у них не было возможности кому-либо доверять в решении тех или иных вопросов, или получить реальную практическую поддержку в различных сферах их жизнедеятельности. Также на достаточно низком уровне пациенты оценивали оказываемую им эмоциональную поддержку и условия окружения для их полноценной социальной интеграции. Это находило отражение в крайне низких показателях утверждений, ориентированных на участие близких людей в их судьбе, комфортные взаимоотношения с окружающими, низком уровне самооценки и принятия их в сообществе.

Показатели (M±m) эмоциональной и инструментальной поддержки больных шизофренией на различных стадиях формирования госпитализма

| Субшкалы | Стадии госпитализма | | |
|---|---------------------|-----------|------------|
| | ОСГ | ФСГ | ССГ |
| Эмоциональная поддержка | 4,2±0,31 | 3,6±0,24 | 2,4±0,16* |
| Инструментальная поддержка | 3,6±0,26 | 2,9±0,2 | 1,9±0,12* |
| Социальная интеграция | 4,1±0,29 | 3,2±0,19 | 2,1±0,14* |
| Доверительные связи | 3,8±0,27 | 3,1±0,16 | 1,8±0,16* |
| Удовлетворенность социальной поддержкой | 2,7±0,18 | 2,3±0,12 | 1,6±0,1* |
| Суммарный показатель | 3,68±0,24 | 3,02±0,22 | 1,96±0,12* |

* - достоверность различий ($p < 0,01$) показателей в группах больных с ССГ и ОСГ

Таким образом, проведенное исследование показало, что на пути восстановления независимого функционирования пациента в сообществе (ключевая цель его социальной реинтеграции и психиатрической помощи в целом) существует мощная преграда в виде низких ресурсов поддержки пациента в микросоциальном окружении, что способствует длительным срокам госпитализации, формированию синдрома госпитализма с низким уровнем социального функционирования личности.

Отсутствие в нашей стране гибкой системы и эффективных служб внебольничной поддержки больных по месту жительства не позволяет реально рассчитывать на достижение конечных целей реабилитации – социальное восстановление пациентов, особенно с хронизированными формами психической патологии и дезадаптивными формами приспособительного поведения. Выходом из сложившейся ситуации и альтернативой классической профессиональной модели диспансерной психиатрической помощи может служить модель комплементар-

ной социальной поддержки, не подменяющей, а дополняющей традиционно сложившиеся формы поддерживающего амбулаторного лечения. Такая социальная поддержка, осуществляемая, например, в рамках канадской модели «субстрата поддержки» J. Trainor et al., 1984., 1993; V. Pare, 1990), имеет дело с проблемами больного в их повседневной жизни в сообществе, где нет широких возможностей профессиональной помощи. Предполагается, что необходимую поддержку окажут члены семьи, близкие, друзья пациента, а также местные общественные и другие структуры (например: церковь, клубные организации, различные службы – коммунальные, жилищные, по трудоустройству и т.д.), предназначенные для всех членов данного сообщества, а не только для лиц с особыми потребностями или с определенными «диагностическими ярлыками». Помощь официальной системы охраны психического здоровья может ограничиться координацией групп самопомощи, естественных взаимоотношений и региональных источников поддержки.

В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ФОРМУВАННЯ ГОСПІТАЛІЗМУ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Нами були досліджені 125 хворих на шизофренію у віці від 21 до 55 років з різною загальною тривалістю стаціонарного лікування та на різних етапах формування синдрому госпіталізму. У статті наведені характеристики соціальної підтримки хворих на шизофренію на різних стадіях формування госпіталізму. Були визначені типи відношення родини до хворого на шизофренію та рівні його родинної підтримки. Були встановлені результати аналізу особливостей родинного відношення до хворих на шизофренію з різною тривалістю госпіталізації. Була показана залежність рівня госпіталізму у хворих на шизофренію від відношення до них в родині, а також залежність між стадією формування госпіталізму у хворих на шизофренію та ресурсом родинної підтримки. Авторами були виділені та проаналізовані проблеми позародинного спілкування хворих на шизофренію з різною тривалістю госпіталізації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 73-78).

CHARACTERISTIC OF SOCIAL SUPPORT FOR SCHIZOPHRENICS AT DIFFERENT STAGES OF HOSPITALISM FORMATION

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

We examined 125 patients with schizophrenia at the age from 21 to 55 years with different total length of hospital stay and with different stages of formation of hospitalism syndrome. This article gives characteristics of social support of schizophrenics with different stages of hospitalism formation. It was defined types of family relation to the patient with schizophrenia and levels of his/her family support. It was determined analysis results of family relation to schizophrenics with different length of hospital stay. It was established dependence of the hospitalism level of patients from the family relation to them, as well as dependence between hospitalism formation stage of schizophrenics and resources of family support. Authors underlined and analyzed problems of out-of-family communication of schizophrenics with different length of hospital stay. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 73-78).

Литература

1. Caplan C., Killiea. M. Support systems and mental health. Multidisciplinary Explorations. New York, 1976.
2. Trainor J., Church K. A Framework for support for people with severe mental disabilities. Toronto: Canadian Mental Health Association, 1984.
3. Trainor J., Pomeroy E., Pape B. A new framework for support for people with serious mental health problems. Toronto Canadian Mental Health Association, 1993.
4. Pare B. Building a framework for support for people with mental disabilities (CMHA Social Action series). Toronto: Canadian Mental Health Association. 1990.

Поступила в редакцию 16.03.2009

УДК 616.891.6 - 053.89

*С.А. Украинский***ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: тревога, психотравма, пожилой возраст

Одна из основных проблем современной медицины – неврогические состояния, что, прежде всего, обусловлено ростом их распространенности и экономическим бременем. По данным ВОЗ, за последние 65 лет количество случаев неврозов выросло в 24 раза, тогда как тяжелых психических заболеваний – всего в 1,6 раза [2,3,4,6,7]. Традиционная отечественная систематика к группе неврогических расстройств также относит и тревожные расстройства, которые, согласно с широко распространенной на современном уровне знаний синдромальной классификации МКБ-10, разделяются на тревожно-фобические расстройства, так называемые другие тревожные расстройства, куда входит паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, а также смешанное тревожное и депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на стресс и расстройства адаптации, куда входит посттравматическое стрессовое расстройство [10].

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – это психическое заболевание, возникающее в молодом возрасте, имеющее волнообразное течение, обостряясь после стрессов и может сохраняться на протяжении всей жизни, спонтанные ремиссии при котором достаточно редки [12,13,14]. В первичном звене медицинской помощи ГТР является самым частым из тревожных расстройств [11]. По данным ряда исследований, распространенность ГТР в течение

жизни в общей популяции составляет 6,5% (по критериям МКБ-10), в общемедицинской практике – 5–10% [14,16,17] и даже 15% [18]. ГТР входит в первую десятку заболеваний с наибольшей временной нетрудоспособностью и по этому показателю стоит на одном уровне с ИБС, диабетом, болезнями суставов, язвенной болезнью, а из психических расстройств – с депрессией или даже опережает ее [11,14,15].

Особое место занимает проблема тревожных расстройств у лиц пожилого возраста в связи с тенденцией в последние годы к росту доли этих лиц в структуре народонаселения большинства стран мира, в том числе и нашей страны, среди которых, согласно данных эпидемиологических исследований, достаточно распространены психические расстройства непсихотического уровня [1]. Распространенность генерализованного тревожного расстройства среди лиц пожилого возраста составляет 4%, а частота с которой это расстройство встречается у женщин этого возраста не только не уменьшается, но и увеличивается [8,9]. Несмотря на это, в доступной литературе нет данных систематического исследования генерализованного тревожного расстройства у лиц пожилого возраста.

Целью настоящего исследования было изучение социально-эпидемиологических и психопатологических особенностей генерализованного тревожного расстройства у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы

Всего обследовали 89 пациентов с генерализованным тревожным расстройством, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в Луганской областной клинической психоневрологической больнице. Общая группа пациентов с ГТР, из которых мужчин было 28 (31,5%), женщин 61 (68,5%), была разделена по возрастному признаку на две группы – основную и группу сравнения. Основную группу составили 43

пациента пожилого возраста от 65 до 75 лет (из них женщин - 31, мужчин - 12 человек), страдающих ГТР. В группу сравнения вошли 46 пациентов с ГТР - лица молодого возраста от 22 до 65 лет (из них женщин - 30, мужчин - 16 человек). Средний возраст начала тревожного расстройства в обеих группах был примерно одинаковым (28,3±5,5 и 28,5±6,1 лет соответственно).

Критерии включения: возраст от 65 до 75 лет,

наличие генерализованного тревожного расстройства диагностированного в соответствии с критериями рубрики «Невротические расстройства» (F4) «Международной классификации болезней десятого пересмотра» [5].

Из обследования исключались пациенты с эндогенными психическими заболеваниями, тяжелыми текущими органическими заболеваниями ЦНС, болезнями зависимости, острыми и тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, интеллектуально-мнестической недостаточностью.

Всем испытуемым проводилось клинико-психопатологическое и психометрическое исследование. Клинико-психопатологическое исследование включало в себя сбор анамнеза, в том числе уточнение факторов, влияющих на течение

генерализованного тревожного расстройства, его формирование и дальнейшее развитие, а также традиционное описание психического статуса. Психометрическое исследование состояло в определении уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона (HAM-A), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги. Для исключения пациентов с интеллектуально-мнестическим снижением проводилась оценка с помощью шкалы MMSE (Mini-Mental State Examination), у всех пациентов счет был ≥ 28 баллов. Для оценки качества жизни пациентов с генерализованным тревожным расстройством применялся опросник SF-36. Математическую обработку результатов проводили с помощью статистического пакета SPSS v.13 и пакета MS Excel.

Результаты и обсуждение

Нами были изучены психотравмирующие факторы, влияющие на возникновение и последующую динамику генерализованного тревожного расстройства. Анализируя актуальные психогении в дебюте ГТР, было выявлено, что ведущим вне зависимости

от обследуемой группы были межличностный конфликт ($32,7 \pm 2,3$ и $28,4 \pm 2,4$ соответственно), проблемы на работе ($20,9 \pm 2,1$ и $23,9 \pm 2,2$ соответственно) и неустойчивое материальное положение ($18,6 \pm 2,05$ и $19,7 \pm 2,1$ соответственно) (Табл. 1).

Таблица 1

Характеристика психотравмирующих событий у исследуемых больных в дебюте заболевания

| Характер психотравмирующих переживаний | Основная группа, n=43 | | Группа сравнения, n=46 | |
|--|-----------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | Абсол. число | % \pm m | Абсол. число | % \pm m |
| Смерть близких | 3 | 7,0 \pm 1,8 | 2 | 4,3 \pm 1,2 |
| Заболевание близких | 2 | 4,6 \pm 1,2 | 4 | 8,6 \pm 1,9 |
| Собственное заболевание | 2 | 4,6 \pm 1,1 | 2 | 4,3 \pm 1,1 |
| Беременность, роды, выкидыш | 3 | 7,0 \pm 1,8 | 3 | 6,5 \pm 1,8 |
| Конфликты в семье | 14 | 32,7 \pm 2,3 | 13 | 28,4 \pm 2,4 |
| Проблемы на работе, потеря работы | 9 | 20,9 \pm 2,1 | 11 | 23,9 \pm 2,3 |
| Потеря работы супругом | 2 | 4,6 \pm 1,3 | 2 | 4,3 \pm 1,1 |
| Неустойчивость материального положения | 8 | 18,6 \pm 2,1 | 9 | 19,7 \pm 2,2 |

Со временем, в процессе течения заболевания степень значимости психотравмирующих факторов меняется и наиболее значимыми у пациентов пожилого возраста становятся - смерть или болезнь близких родственников ($37,2 \pm 2,2$), острое начало или ухудшение соматического

заболевания самих пациентов ($28,0 \pm 2,5$), интерперсональные отношения в семье с ощущением социального отторжения, чувством одиночества среди близких ($20,9 \pm 2,2$), в то время как у пациентов в группе сравнения структура психогений сохраняется прежней (Табл. 2).

Характеристика психотравмирующих событий у исследуемых больных в процессе течения заболевания

| Характер психотравмирующих переживаний | Основная группа, n=43 | | Группа сравнения, n=46 | |
|--|-----------------------|----------|------------------------|----------|
| | Абсол. число | %±m | Абсол. число | %±m |
| Смерть близких | 7 | 16,3±2,2 | 2 | 4,3±1,1 |
| Заболевание близких | 9 | 20,9±2,2 | 2 | 4,3±1,2 |
| Собственное заболевание | 12 | 28,0±2,5 | 3 | 6,5±1,8 |
| Беременность, роды, выкидыш | 0 | 0 | 3 | 6,5±1,7 |
| Конфликты в семье | 9 | 20,9±2,2 | 13 | 28,4±2,5 |
| Проблемы на работе, потеря работы | 0 | 0 | 12 | 26,1±2,2 |
| Потеря работы супругом | 2 | 4,6±1,1 | 3 | 6,5±1,8 |
| Неустойчивость материального положения | 4 | 9,3±1,8 | 8 | 17,4±1,9 |

Проведенная оценка уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона (НАМ-А) у пациентов в обеих группах не выявила достоверных различий в степени выраженности общей тревоги (34,5±3,1 балла в группе пожилых пациентов и 29,73±2,23 балла в группе молодых пациентов, $p>0,05$). Однако следует отметить, что среди пациентов основной группы в клинической картине ведущее положение занимают симптомы соматической тревоги и уровень соматической тревоги у пожилых пациентов (19,92±1,05 балла)

достоверно превышает таковой у молодых пациентов (15,81±1,03 балла, $p<0,05$). Анализируя составляющие психического компонента тревоги для обеих групп пациентов, согласно данных шкалы тревоги Гамильтона, обращает внимание более высокие показатели по пункту интеллектуальных нарушений у пациентов пожилого возраста, страдающих генерализованным тревожным расстройством (2,05±0,42 балла), в сравнении с пациентами молодого возраста (1,47±0,18 балла, $p<0,05$) (Табл. 3).

Таблица 3

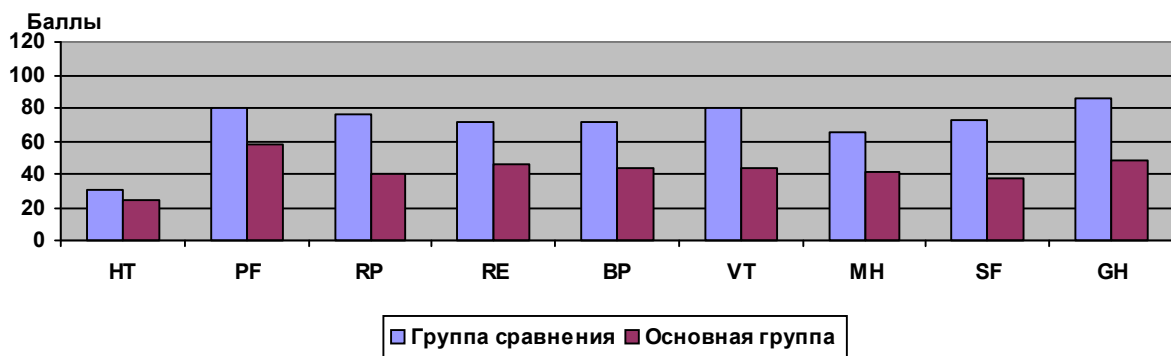
Результаты исследования по шкале НАМ-А в сравниваемых группах

| Пункты | Группы | | Оценка значимости различий, p |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | Основная группа, (n=43) | Группа сравнения, (n=46) | |
| Тревожное настроение | 2,73±0,15 | 2,97±0,17 | >0,05 |
| Напряжение | 1,90±0,16 | 1,98±0,14 | >0,05 |
| Страх | 1,95±0,27 | 1,95±0,20 | >0,05 |
| Бессонница | 2,94±0,15 | 2,90±0,16 | >0,05 |
| Снижение интеллектуальной продуктивности | 2,05±0,42 | 1,47±0,18 | <0,05 |
| Депрессивное настроение | 0,87±0,15 | 0,94±0,15 | >0,05 |
| Соматические симптомы (мышечные) | 2,51±0,17 | 1,73±0,16 | <0,05 |
| Соматические симптомы (сенсорные) | 3,10±0,20 | 2,19±0,20 | <0,05 |
| Кардиоваскулярные симптомы | 2,71±0,17 | 1,82±0,17 | <0,05 |
| Респираторные симптомы | 3,13±0,15 | 2,77±0,17 | >0,05 |
| Гастроинтестинальные симптомы | 2,61±0,09 | 2,08±0,17 | <0,05 |
| Урогенитальные симптомы | 2,71±0,11 | 2,41±0,17 | <0,05 |
| Нейровегетативные симптомы | 2,90±0,16 | 2,78±0,16 | >0,05 |
| Поведение при беседе | 2,77±0,14 | 2,98±0,18 | >0,05 |
| Психическая тревога | 14,81±1,82 | 15,4±1,23 | >0,05 |
| Соматическая тревога | 19,92±1,05 | 15,81±1,03 | <0,05 |
| Общая тревога | 34,5±3,1 | 30,95±2,26 | >0,05 |

Анализируя динамику заболевания в обеих группах, следует отметить, что наблюдалось волнообразное течение генерализованного тревожного расстройства, которое имело особенности в каждой из исследуемых групп. Так в группе пожилых пациентов, более длительно страдающих ГТР, наблюдаются более длительные декомпенсации тревожных симптомов - 112 ± 28 дней с более короткими периодами редукции симптомов тревоги - 55 ± 13 дней. В то время как среди пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством в более молодом возрасте, длительность декомпенсаций была до 74 ± 13 дня, а периоды во время которых тревога либо отсутствовала полностью, либо имела «субклинический» характер, более длительны - 116 ± 23 дня ($p < 0,05$).

Оценивая качество жизни больных страдаю-

щих генерализованным тревожным расстройством, было выявлено, что у пациентов основной группы оно было достоверно ниже по сравнению с пациентами первой группы, особенно по параметрам ограничивающего влияния физического состояния (RP) – 76 баллов в группе молодых пациентов и 40 баллов в группе пожилых пациентов; болевого синдрома на ролевое функционирование (BP) – 72 балла в группе молодых пациентов и 44 балла в группе пожилых пациентов с ГТР ($p < 0,05$). Достоверно ниже была и удовлетворенность уровнем социального функционирования (SF), в том числе общения, что вероятно можно объяснить изменением социального статуса пациентов в этом возрасте (73 балла в группе сравнения и 38 баллов в основной группе, $p < 0,05$) (рис. 1).



HT – оценка своего состояния в динамике за последние 6 месяцев; PF – способность к физическим нагрузкам; RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; BP – ограничивающее влияние на функционирование болевого синдрома; VT – физическая активность, энергичность; MH – психическое здоровье в целом; SF – социальное функционирование; GH – общее состояние здоровья.

Рис. 1. Качество жизни пациентов с ГТР в пожилом возрасте в сравнении с группой больных ГТР молодого возраста по SF-36.

Выводы.

1. Особенности течения генерализованного тревожного расстройства в пожилом возрасте заключаются в качественном изменении психотравмирующих факторов, влияющих на динамику заболевания, ведущее место среди которых начинают занимать смерть или болезнь близких родственников, острое начало или ухудшение соматического заболевания самих пациентов, интeрперсональные отношения в семье с ощущением социального отторжения, чувством одиночества среди близких.

2. У лиц, страдающих генерализованным тревожным расстройством в пожилом возрасте, из-

меняется соотношение компонентов тревоги в виде преобладания соматического компонента тревоги над психическим.

3. Течение генерализованного тревожного расстройства у пациентов в пожилом возрасте характеризуется более длительными декомпенсациями тревожных симптомов с более короткими периодами редукции симптомов тревоги в сравнении с пациентами, страдающими генерализованным тревожным расстройством в молодом возрасте, у которых длительность декомпенсаций была короче, а периоды во время которых тревога либо отсутствовала полностью, либо имела «субклинический» характер, более длительны.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ

Луганський державний медичний університет

Було обстежено 89 пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (ГТР), які були розділені на дві групи: 46 пацієнтів молодого віку (до 65 років) і 43 пацієнта похилого віку (старше 65 років). Встановлено, що існують особливості плинності генералізованого тривожного розладу в похилому віці у вигляді якісної зміни психотравмуючих факторів, що впливають на динаміку захворювання, коли на перше місце в цих пацієнтів по ступеню значимості виходять смерть або хвороба близьких родичів, друге - гострий початок або погіршення соматичного захворювання самих пацієнтів, третє - інтерперсональні відносини в родині. Також відмічаються особливості клінічної картини у пацієнтів похилого віку страждаючих генералізованим тривожним розладом у вигляді переваги в психічному статусі соматичного компонента тривоги. Плин генералізованого тривожного розладу в пацієнтів у похилому віці характеризується більш тривалими декомпенсаціями тривожних симптомів з більш короткими періодами редукції симптомів тривоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 79-83).

S.O. Ukrayinsky

PECULIARITIES OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN ELDERLY AGE

Lugansk State Medical University

There were observed 89 patients with generalized anxiety disorder (GAD) that were divided in two groups: 46 patients of young age (up to 65 years) and 43 patients of elderly age (older than 65 years). It was found out that there are peculiarities of course of generalized anxiety disorder in elderly patients in kind of quality changes of stress-related factors that have influence on the dynamics of disorder. Among them the death or disease of relatives and close people take first place, acute beginning and deterioration of patient's somatic condition take second place, interpersonal relations in family – third place. Also there are peculiarities of clinical features in elderly patients with generalized anxiety disorder in kind of predominance of somatic components of anxiety in psychic state. The generalized anxiety disorder at patients in the elderly is characterized by longer decompensation anxiety symptoms with shorter periods of a reduction of symptoms of anxiety. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 79-83).

Литература

1. Акжигитов Р.Г. Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике // Лечащий врач. — 2001. — №2. — С.31-35
2. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 109–110.
3. Бурчинский С.Г. Комбіновані засоби фармакотерапії невротичних і неврозоподібних розладів. //Український медичний часопис. — 2003. — №6(38) - XI/XII. — С.45-48.
4. Волошин П. В. Перспективи та шляхи розвитку неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. 1995. Т. 3, вип. 2. С. 5–7.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Перевод на русский язык под ред. Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. — К.: Факт. — 1989. — 272с.
6. Марута Н. А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. 1997. Т. 3, № 3. С. 16–19.
7. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Чугунов В. В. Актуальные проблемы нейронаук в Украине // Вісник психічного здоров'я. 1999. № 4. С. 5–6.
8. Михайлова Н.М., Сиряченко Т.М. Тревожное расстройство в позднем возрасте // Рос. мед. журн. — 2006. — №29. — С.14-16
9. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. —М.:Медицина. — 2006. — С. 240–248, 382–384.
10. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения // Руководство по психиатрии/под ред. Тиганова А.С., - М.:Медицина, 1999. — т.2. — С.527-607.
11. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Рос. мед. журн. — 2004. — Т.12, №22. — С. 2-7.
12. Jessker 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 // Arch. Gen. Psychiatry. 1992. 51. 8-19, 10
13. Keller MB. The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl. 8): 11–16.
14. Kessler RS, Wittchen HU. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. J Clin Psychiatry 2002; 63 (suppl.8): 4–10.
15. Kessler RC, DuPont RI, Berlund P. et al. Impairment in pure and generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am J Psychiatry 1999;156:1915–1923;
16. Sartorius N, Ustlin TB, Lecrubier Y, et al. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry 1996; 168 (suppl. 30): 38–43;
17. Spitzer RI, Williams JB, Kroencke K. et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary practice: the PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994;272:1749–1756
18. Rouillon F, Thalassinos M, Ferreri M, et al. Clinical and epidemiologic study of «generalized anxiety» in general practice. Encephale. 1994 Mar-Apr;20(2):103–10.

Поступила в редакцию 11.03.2009

УДК: 616.89-008.19+616.89-008.447]:351.74-058

*В.Ю. Омелянович***СТРУКТУРИРОВАННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРАТЕГИЙ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психосоматические расстройства, копинг-поведение, механизмы психологической защиты, сотрудники органов внутренних дел, психопрофилактика, медицинская психология, профессиональный отбор.

Экстремальный характер деятельности сотрудников органов внутренних дел (ОВД), работа в условиях постоянной прямой или косвенной угрозы для жизни и здоровья, психоэмоциональных и физических перегрузок в сочетании с постоянно ухудшающейся криминогенной обстановкой указывают на чрезвычайную актуальность поиска новых психопрофилактических подходов, направленных на сохранение телесного здоровья и психологического благополучия представителей данной специфической профессиональной группы. В основу системы первичной и вторичной психопрофилактики в системе ОВД, на взгляд автора, должны лечь междисциплинарные исследования патопсихологических механизмов возникновения психосоматических расстройств в неразрывной связи с такими стресс-ассоциированными психологическими феноменами, как механизмы адаптивного, в т.ч. копинг, поведения, конституциональные личностные особенности, а также морально-этические и мировоззренческие стереотипы.

Согласно мнения, бытующего в современной

научной литературе, психосоматические расстройства (ПСР) можно расценивать как «патологию современной цивилизации» [1, 2–4, 5]. При длительном действии стрессогенных факторов механизмы психологической защиты могут истощаться, а копинг-стратегии без должных ресурсов личности не позволяют компенсировать развитие психогенных нарушений. Вследствие этого риск нарушения адаптации повышается. В некоторых случаях имеющиеся личностные predispositions и особенности развития личности обеспечивают специфическую реакцию на стресс в виде профессиональной психодформации в процессе развития синдрома эмоционального выгорания, возникновения соматических симптомов, а более адекватная форма выражения настроения и переживания оказывается в достаточной мере трудно доступной. По изложенным в современной научной литературе данным, частота психосоматических расстройств колеблется от 30% до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети [5,6] а в общей популяции населения Украины - от 11 до 52%.

Материал и методы исследования

В настоящей работе рассматривались психосоматические заболевания в традиционном их понимании, т. е. относящиеся к I группе психосоматозов согласно классификации А. Б. Смулевича [7]. Таким образом, предполагалось, что соматическая патология, манифестация или экзоцербация которой связана с лабильностью организма к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов, не только психогенно провоцировалась, но и усиливалась феноменами соматической тревоги, вегетативными и конверсионными нарушениями. Исходя из сказанного, в группу психосоматических рас-

стройств (ПСР) были включены гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, вегето-сосудистая дистония гипертонического типа, а так же язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, что в целом согласуется с данными литературы [7].

Исследуемым контингентом являются 232 аттестованных сотрудников органов и подразделений ГУМВД Украины в Донецкой области мужского пола в возрасте от 21 до 46 лет. Группа практически здоровых (ПЗ) представлена 191 сотрудником ОВД (82,3%), группа лиц, страдающих психосоматическими расстройствами

(ПСР) – 41 (17,7%) сотрудником ОВД. При проведении анализа результатов исследования практически здоровые сотрудники ОВД рассматривались изначально в качестве контрольной, а страдающие ПСР – в качестве исследовательской группы.

Для изучения стратегий копинг-поведения был использован тест Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (КП), разработанный С. Норманн и соавт., адаптированный Т.А. Крюковой [8], который представляет собой опросник, состоящий из 48 утверждений, каждому из которых респондент имел возможность присвоить одну из 5 оценок. Результаты анализировались по 3 шкалам и 2 субшкалам: копинг, ориентированный на решение задачи, на эмоции, на избегание; субшкала отвлечения и субшкала социального отвлечения.

Для изучения динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания была использована Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко), позволя-

ющая определить выраженность и сформированность симптомов синдрома эмоционального выгорания, его фаз и синдрома в целом [9] и состоящая из 84 утверждений с дихотомическим способом ответа («да» – «нет»).

В результате проведенного теста Колмогорова-Смирнова [10] оказалось, что как в группе больных психосоматическими расстройствами, так и в группе здоровых, распределение переменных, представленных результатами психологических методик, отвечает требованию закона нормального распределения ($p > 0,4$ и $p > 0,06$ соответственно), что дало возможность использовать при дальнейшем анализе полученных данных параметрические методы математической статистики: иерархический кластерный анализ [11], дисперсионный анализ Фишера (ANOVA), корреляционный анализ Пирсона и, кроме того, непараметрический метод ранговой корреляции Спирмана [10]. Математическая обработка проводилась на IBM PC с использованием модульного программного комплекса SPSS-16.0. for Windows.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре копинг-механизмов как у практически здоровых сотрудников, так и у страдающих психосоматическими расстройствами, преобладали процессы копинга, ориентированного на решение задач и на избегание. По результатам однофакторного дисперсионного анализа Фишера статистически значимых отличий выраженности копинг-механизмов у представителей исследуемых групп найдено не было ($p > 0,3$).

Отсутствие статистически значимых отличий не наблюдалось и при сравнении результатов методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» ($p > 0,2$). Выявленные особенности указывают на то, что у представителей обеих групп в качестве формирующейся фазы следует назвать фазу резистентности (более 36 баллов),

при этом в структуре эмоционального выгорания преобладали симптомы неадекватного избирательного эмоционального реагирования и эмоциональной отстраненности, т.е. в процессе психологической защиты наибольшей деформации подвергалась эмоциональная сфера как у практически здоровых сотрудников ОВД, так и у сотрудников, страдающих психосоматическими расстройствами.

При проведении корреляционного анализа Пирсона (таб. 1) в группе практически здоровых были выявлены статистически значимые ($p < 0,0001$) положительные корреляции между копинг-стратегиями, ориентированными на эмоции и всеми тремя фазами синдрома эмоционального выгорания ($r > 0,41$).

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа Пирсона показателей методик диагностики копинг-поведения и синдрома эмоционального выгорания у представителей групп ПСР и ПЗ

| тест | | Копинг-поведение | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|------------------|--------|------|--------|-------|-------|--------|---------|-------|--------|--------|
| группы | | ПСР | | | | | ПЗ | | | | | |
| шкалы | | Р | Э | И | О | С | Р | Э | И | О | С | |
| Эмоцион. выгорание | Н | r | -0,04 | 0,22 | 0,22 | 0,25 | -0,08 | -0,2 | 0,423 | -0,01 | 0,076 | -0,07 |
| | | P | 0,76 | 0,15 | 0,15 | 0,1 | 0,61 | 0,04 | 0,00001 | 0,79 | 0,295 | 0,343 |
| | Р | r | 0,14 | 0,32 | 0,12 | 0,14 | -0,12 | -0,01 | 0,41 | 0,05 | 0,092 | -0,104 |
| | | P | 0,36 | 0,04 | 0,42 | 0,36 | 0,42 | 0,94 | 0,00001 | 0,44 | 0,206 | 0,153 |
| | И | r | -0,003 | 0,35 | -0,002 | -0,02 | -0,20 | -0,147 | 0,41 | -0,03 | -0,006 | -0,102 |
| | | P | 0,98 | 0,02 | 0,99 | 0,88 | 0,19 | 0,042 | 0,00001 | 0,60 | 0,934 | 0,158 |

Кроме того, имели место значимые ($p < 0,05$), хотя и менее выраженные, отрицательные корреляции копинг-стратегий, ориентированных на решение задач и фазами напряжения ($r = -0,15$), истощения ($r = -0,15$).

В группе ПСР имела место положительная корреляция между выраженностью копинг-стратегий, ориентированных на эмоции и такими фазами синдрома эмоционального выгорания, как резистенция ($p = 0,45$; $r = 0,32$) и истощение ($p = 0,24$; $r = 0,35$), однако каких-либо статистически значимых корреляционных связей между копинг-стратегиями, ориентированными на решение задач (равно, как и другими копинг-стратегиями), и фазами синдрома эмоционального выгорания выявлено не было ($p > 0,1$).

Сложность и неоднозначность дальнейшей трактовки результатов, полученных при статистическом анализе данных психологического обследования, указало на необходимость проведе-

ния дополнительной, ориентированной на структурные характеристики механизмов психологической защиты, кластеризации данных с использованием методов математической статистики. Обязательным требованием проведенного иерархического кластерного анализа выступало то, что члены одного выявляемого кластера должны были обладать схожими проявлениями переменных, а члены разных кластеров - различными. В результате этого были выделены 2 симптоматических кластера (22 чел. (53,7%) и 19 чел. (46,3%) соответственно) в рамках группы ПСР и 2 симптоматических кластера (173 чел. (90,6%) и 18 чел. (9,4%) соответственно) в рамках группы ПЗ. Для дальнейшей интерпретации полученных результатов кластеры рассматривались в качестве самостоятельных групп и был проведен попарный однофакторный дисперсионный анализ Фишера симптоматических кластеров внутри исследуемых групп и между ними (таб. 2).

Таблица 2

Результаты дисперсионного анализа Фишера (ANOVA) показателей методики диагностики копинг-поведения и синдрома эмоционального выгорания согласно выделенным симптоматическим кластерам

| тест | шкалы | кластер | Среднее | | 1-2 кластер ПСР | | 1-2 кластер ПЗ | | 1 кластер ПСР-ПЗ | | 2 кластер ПСР-ПЗ | | 1 кл. ПСР - 2 кл. ПЗ | | 2 кл. ПСР - 1 кл. ПЗ | |
|------------------|-------|---------|---------|------|-----------------|-------|----------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|----------------------|------|----------------------|-------|
| | | | ПСР | ПЗ | F | P | F | P | F | P | F | P | F | P | F | P |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Копинг-поведение | Р | 1 | 57,1 | 56,6 | 4,31 | 0,05 | 18,08 | 1E-05 | 0,09 | 0,761 | 1,26 | 0,268 | 7,97 | 0,01 | 5,64 | 0,02 |
| | | 2 | 52,5 | 48,7 | | | | | | | | | | | | |
| | Э | 1 | 33,1 | 27,9 | 6,39 | 0,02 | 38,4 | 1E-05 | 9,2 | 0,003 | 17,88 | 1E-05 | 7,01 | 0,01 | 0,03 | 0,84 |
| | | 2 | 27,5 | 40,2 | | | | | | | | | | | | |
| | И | 1 | 46,3 | 47,4 | 0,63 | 0,43 | 0,03 | 0,98 | 0,21 | 0,641 | 1,02 | 0,318 | 0,12 | 0,72 | 2,05 | 0,15 |
| | | 2 | 43,9 | 47,4 | | | | | | | | | | | | |
| | О | 1 | 18,8 | 19,4 | 0,001 | 0,97 | 2,65 | 0,1 | 0,21 | 0,643 | 1,88 | 0,179 | 2,65 | 0,11 | 0,14 | 0,71 |
| | | 2 | 18,8 | 22,0 | | | | | | | | | | | | |
| | С | 1 | 17,2 | 17,9 | 0,003 | 0,95 | 6,51 | 0,01 | 0,76 | 0,384 | 0,77 | 0,384 | 0,94 | 0,33 | 0,71 | 0,4 |
| | | 2 | 17,1 | 28,2 | | | | | | | | | | | | |
| Эмоц. выгор. | Н | 1 | 22,8 | 12,6 | 17,1 | 1E-05 | 91,08 | 1E-05 | 15,12 | 1E-05 | 44,09 | 1E-04 | 9,41 | 0,01 | 6,89 | 9E-03 |
| | | 2 | 5,72 | 41,7 | | | | | | | | | | | | |
| | Р | 1 | 44,3 | 31,4 | 84,45 | 1E-04 | 5,54 | 0,02 | 15,82 | 1E-05 | 14,34 | 1E-03 | 0,54 | 0,46 | 11,9 | 1E-03 |
| | | 2 | 18,9 | 40,6 | | | | | | | | | | | | |
| | И | 1 | 34,9 | 23,3 | 21,72 | 1E-05 | 21,17 | 1E-04 | 17,33 | 1E-04 | 14,37 | 1E-03 | 0,51 | 0,47 | 2,19 | 0,14 |
| | | 2 | 18,8 | 38,3 | | | | | | | | | | | | |

Результаты однофакторного дисперсионного анализа подтвердили предположение о наличии в структуре исследуемых групп специфического распределения респондентов, связанного со своеобразием преобладающих механизмов психологической защиты и, как следствие, адекватность проведенной кластеризации. У представителей 1 симптоматического кластера (СК) группы ПСР все фазы синдрома эмоционального выгорания были выражены в большей степе-

ни ($p < 0,001$), чем у представителей 2 СК данной группы, а у представителей 1СК группы ПЗ – наоборот, в меньшей степени ($p < 0,02$), чем у представителей 2 СК. Сотрудники, составившие 2 СК группы ПЗ, выявляли тенденции, присущие фазе напряжения в большей степени ($p < 0,01$), чем представители всех остальных кластеров обеих групп, в то время как у представителей 2 СК группы ПСР характеристики данной фазы синдрома эмоционального выгорания, на-

против, были выражены в значимо ($p < 0,001$) меньшей степени, чем у всех остальных обследованных сотрудников.

2 СК группы ПСР был составлен сотрудниками ОВД, у которых тенденции, присущие фазе резистентности, были выражены в значимо ($p < 0,02$) меньшей степени, чем у всех остальных обследованных, а фаза истощения преобладала у представительниц 1 СК группы ПСР и 2 СК группы ПЗ.

При анализе показателей опросника диагностики копинг-поведения интерес представляет интерпретация показателей шкал копинга, направленного на решение задач и, в особенности, на эмоции, т. к. по остальным шкалам статистически значимых отличий ($p > 0,1$) между результатами обследования пациентов, составивших симптоматические кластеры выделенных групп, выявлено не было. Максимально выраженные показатели копинг-поведения, направленного на эмоции, отмечалось у лиц, составивших 2 СК группы ПЗ (оно было значимо ($p < 0,01$), было более выражено, чем у всех остальных обследованных), а менее всего данный вид копинг-поведения проявлялся у представителей 2 СК группы ПСР (значимо ($p < 0,02$) меньшие показатели, чем в 1 СК группы ПСР и во 2 СК группы ПЗ).

Таким образом, по результатам проведенного многоэтапного статистического анализа и интерпретации его результатов следует отметить, что у лиц, составивших 2 симптоматический кластер группы практически здоровых, в значительно большей степени, чем у лиц, составивших 1 СК, были выражены проявления синдрома эмоционального выгорания. Ведущей в данном случае является фаза напряжения, которую следует рассматривать как специфическую характеристику данных пациентов, при этом задействованные в процессе психологической защиты копинг-механизмы, направленные на решение задач, у них были реализованы в меньшей степени, а копинг-механизмы, направленные на эмоциональную сферу, напротив, в гораздо большей степени.

У представителей группы ПСР синдром эмоционального выгорания в целом был гораздо более выражен в 1 СК, причем ведущей являлась фаза резистентности, хотя она и была менее выражена, чем у представителей 2 СК.

По-видимому, исследуемые психологические феномены имеют более глубокие, личностно-структурированные и социально-зависимые связи. Для выявления этих связей был проведен дополнительный статистический анализ взаимо-

связи выраженности фаз синдрома эмоционального выгорания, преобладающих стратегий копинг-поведения и профессиональных социально-психологических характеристик пациентов с использованием метода ранговой корреляции Спирмана.

У респондентов, составивших 1 СК группы ПЗ в структуре синдрома эмоционального выгорания фаза истощения находится в отрицательной корреляционной зависимости с выраженностью у респондентов копинг-поведения, направленного на решение проблем ($r = -0,2$; $p = 0,04$) и в положительной корреляционной зависимости с копингом, направленным на эмоции ($r = 0,3$; $p = 0,0001$). Обращает на себя внимание тот факт, что в отношении копинга, направленного на эмоции, имеют место положительные корреляции и с остальными двумя фазами синдрома эмоционального выгорания (резистентности ($r = 0,4$; $p = 0,0001$) и напряжения ($r = 0,2$; $p = 0,002$)). Вероятно, эта особенность может быть расценена в качестве основной характеристики выделенного симптоматического кластера (представители которого, как отмечалось выше, выявляли самые низкие показатели синдрома эмоционального выгорания) и свидетельствует об активном влиянии копинг-механизмов на динамику данного процесса.

У респондентов, составивших 2 СК группы ПЗ, статистически значимых корреляционных связей между характеристиками синдрома эмоционального выгорания со стратегиями копинг-поведения выявлено не было. Принимая во внимание тот факт, что данный симптоматический кластер представлен лицами, у которых синдром эмоционального выгорания и, в частности, его финальная стадия – фаза истощения, были выражены в большей степени, чем у кого бы то ни было из остальных обследованных, в сочетании с фактом отсутствия соматизации психологического конфликта, можно предположить наличие у них подавления адаптивных механизмов, с разрешением состояния в направлении формирования профессиональной психодеформации.

У респондентов, составивших 1 СК группы ПСР, фаза резистентности синдрома эмоционального выгорания находится в отрицательной корреляционной зависимости с выраженностью копинг-поведения, направленного на избегание ($r = -0,5$; $p = 0,01$) и социальное отвлечение ($r = -0,6$; $p = 0,002$), причем с последним копинг-механизмом отрицательная корреляция наблюдается и в отношении фазы истощения ($r = -0,4$; $p = 0,04$). Напомним, что данный симптоматический кла-

стер представлен лицами, у которых синдром эмоционального выгорания был выражен в наибольшей, среди пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами, степени. Это дает возможность расценивать выраженность копинг-избегания и копинг-социального отвлечения в качестве именно тех факторов, которые играют значительную роль в направлении процесса эмоционального выгорания не по пути профессиональной психодеформации, а по пути соматизации психологического конфликта.

У респондентов, составивших 2 СК группы ПСР, фаза резистентности синдрома эмоционального выгорания отрицательно коррелирует с копинг-поведением, направленным на решение проблем ($r=-0,6$; $p=0,02$). Ввиду того, что синдром эмоционального выгорания у представителей данного симптоматического кластера выражен в меньшей степени, чем у всех остальных обследованных, становится понятным нивелирование данного, наиболее адаптивного, копинг-механизма на тех этапах, когда барьер психологической адаптации преодолен и соматизация психологического конфликта уже произошла.

Кроме того, у респондентов, составивших данный кластер, наблюдается положительная корреляция выраженности фазы напряжения со стажем службы в ОВД ($r=0,5$; $p=0,04$), с которым так же в значимой корреляционной зависимости ($r=0,5$; $p=0,04$) находится копинг-поведение, направленное на отвлечение. Характерно, что копинг-стратегии, направленные на избегание и отвлечение более выражены в рамках данного кластера у сотрудников оперативных подразделений ($r=0,5$; $p=0,02$), чья деятельность сопряжена с большей степенью психического и физического напряжения. Сказанное свидетельствует в пользу того, что копинг-стратегии, направленные на избегание и отвлечение представляют собой специфичную для всей группы ПСР форму преодолевающего поведения.

ВЫВОДЫ

Таким образом, основываясь на результатах проведенного исследования, становится возможным утверждать, что наличие психосоматических расстройств не имеет однозначной связи с динамическими характеристиками выраженности синдрома эмоционального выгорания и его структуры у сотрудников органов внутренних

дел. Возможно, это связано со специфическим психотравмирующим воздействием службы в ОВД, повышенным уровнем риска для здоровья и жизни, сочетающимся со свойственными для службы в органах внутренних дел эмоционально тяжелыми, зачастую травмирующими формами общения. По всей видимости, данный феномен требует дальнейшего изучения путем опосредованного, включающего личностные, социально-психологические и служебно-профессиональные характеристики, анализа.

Среди преодолевающих стратегий поведения у сотрудников ОВД обращает на себя внимание копинг, направленный на избегание и на отвлечение, т.е. «поведенческие механизмы совладания» [12], использующие либо уход от психологического стрессора, либо активное привлечение окружающих для разрешения стрессовой ситуации. Данные типы психологической защиты играют ведущую роль у пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами, в особенности у тех, чья профессиональная деятельность сопряжена с повышенным, даже для сотрудников ОВД, уровнем психического и физического напряжения. Представляется рациональным расценивать названные копинг-стратегии как подтверждение неосознанного отсутствия уверенности в собственных силах, неспособности к кардинальным изменениям условий жизни, что может быть как раз тем личностным фактором, который и привел представителей данной группы к вытеснению психологических проблем в соматическую сферу.

Копинг, направленный на решение проблем и на эмоциональную сторону психотравмирующего воздействия профессиональной деятельности является в наибольшей степени адаптивным, так как присущ сотрудникам ОВД, у которых отсутствовали симптомы психосоматических расстройств, а синдром эмоционального выгорания был только в стадии формирования. При отсутствии соматизации психологических проблем, сочетающейся с выраженными формами синдрома эмоционального выгорания, структура копинг-механизмов теряет свое влияние на происходящий процесс и уже не может выступать в качестве компенсаторного механизма, предотвращающего профессиональную психодеформацию.

В.Ю. Омелянович

СТРУКТУРОВАНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРАТЕГІЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ТА СИНДРОМА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В статті наведені результати дослідження взаємозв'язку вразливості фаз синдрому емоційного вигорання та структури копінг-поведінки у співробітників ОВС, які страждають на психосоматичні розлади, та у практично здорових. В результаті проведеної ієрархічної кластеризації результатів експериментально-психологічного обстеження були виявлені як копінг-механізми, специфічні для осіб, які страждають на психосоматичні розлади, так і копінг-механізми, які можуть бути розцінені в якості найбільш адаптивних для служби в органах внутрішніх справ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 84-89).

V.Yu. Omelianovich

STRUCTURED CHARACTERISTIC OF COPING BEHAVIOR STRATEGIES AND BURHOUT SYNDROME FOR THE EMPLOYEES OF INTERNAL AFFAIRS ORGANS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Donetsk national Medical University by M. Gorky

The article cites the research results of intercommunication phases evidence of burhout syndrome and structures in coping behavior for the internal affairs organs employees with psychosomatic disorders, and practically healthy employees of internal affairs organs. as a result of conducted hierarchical clasterization of experimentally-psychological inspections results were exposed as coping-mechanisms, specific for persons with psychosomatic disorders, so coping mechanisms, which can be considered as most adaptations for affairs organs with psychosomatic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 84-89).

Литература

1. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. 2001. № 5. С. 4–10.
2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. Київ: Сфера, 1997. Т. 2. 435 с.
3. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. К, 1997. 104 с.
4. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М.: Триада-Х., 1999. 266 с.
5. Rief W., Hiller W. Somatisierungstoerung und Hypochondrie. Goettingen–Bern–Toronto–Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990.
6. Александров Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993. С. 225–237.
7. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. М.: Русский врач, 2000. С. 78–105.
8. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. С.442-444.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: ИД «Бахрах», 1998 – С. 161 – 169.
10. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – Ст. Пб., 1996.
11. Купер К. Индивидуальные различия. Москва: Аспект-пресс, 2000.
12. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Недошивин А.О. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева – 2004. - N 2. – Т. 1.

Поступила в редакцию 20.03.2009

УДК.616.853:616.89-008.46/47-036

*Д.М. Андрейко***ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: эпилепсия, когнитивные функции, прогноз

Диагностика эпилепсии на ранних стадиях ее развития достаточно сложна. Несмотря на значительный прогресс в изучении эпилепсии с помощью методов нейровизуализации, проблема своевременной ее диагностики остается актуальной [1, 2].

В работе приведены результаты определения когнитивных характеристик и их динамики на момент верификации эпилепсии, которые позволяют экстраполировать их на донозологический период.

Видный эпилептолог И.А.Болдырев (2005) рассматривает эпилепсию с позиции полиэтиологического органического заболевания, характеризующегося различными видами пароксизмов, психических расстройств и различными вариантами динамики, прогноза и ЭЭГ-характеристик.

Многообразные клинические феномены на доклиническом этапе развития эпилепсии, такие как фебрильные судороги, ночные страхи, снохождение, абдоминальные кризы, расцениваются курирующими специалистами по-разному [3, 4]. В большей части случаев при установлении диагноза эпилепсии отмечается ориентировка на четкие электрофизиологические показатели. При наличии типичных ЭЭГ-характеристик больному назначается противэпилептическая терапия. В случаях хаотической ЭЭГ и нечеткой клинической картины такая терапия запаздывает до «дозревания» ЭЭГ-корреляторов эпилепсии [5].

По классическим клиническим представлениям при наличии патоморфологических изменений в головном мозге развиваются психические, в том числе когнитивные расстройства [6]. Предполагается, что динамика таких расстройств, степень их выраженности и нейропсихологические характеристики должны иметь постепенно нарастающие отклонения от показателей физиологической нормы [7, 8, 9, 10].

В литературе имеется много работ по изуче-

нию эпилептогенеза развернутой эпилепсии, но отсутствуют данные, касающиеся ее развития на донозологическом этапе, за исключением констатации того, что такая проблема существует.

На донозологическом этапе развития болезни биохимические, электрофизиологические и ультраструктурные изменения не дают критической массы патологических изменений, необходимых для манифестации заболевания [4, 11, 12, 13]. Однако, в донозологической стадии эпилепсии развиваются не только нейрофизиологические, аутоиммунные, биохимические изменения, но и одновременно наблюдаются расстройства когнитивных функций, которые могут выполнять роль эпилептических паттернов [14, 15].

Задачей настоящего исследования является определение когнитивных характеристик и их динамики на момент верификации эпилепсии, а также их экстраполирование на донозологический период.

В группу исследования были включены 72 больных (39 мужчин – 54,2%, 33 женщины – 45,8%) в возрасте от 18 до 50 лет с идеопатической (генуинной) симптоматической эпилепсией. Первично-генерализованными припадками страдали 40 больных, что составляет 55,6%, а парциальными припадками – 32 (44,4%). Диапазон частоты регистрируемых припадков – от серийных, ежедневных до 2-3 раз в месяц. Средняя продолжительность заболевания составила $9,7 \pm 3,2$ года.

Генуинная или идеопатическая эпилепсия диагностировалась у 38 больных, что составило 52,8%.

У 2/3 больных в анамнезе отмечались: скрежет зубов во сне, сомнабулизм, сноговорение, фебрильные судороги, вегетососудистые пароксизмы. Такие больные курировались различными специалистами (педиатрами, терапевтами, неврологами) с различными диагнозами в зависимости от специальности курирующего врача. В порядке убывания больным устанавливались

следующие диагнозы: астенический синдром, вегетососудистая дистония, нейрциркуляторная дистония, неврастения, тики, гиперкинетические расстройства и др. По данным ЭЭГ-исследований в донозологическом периоде у таких больных отсутствовали характерные для эпилепсии пик-волны, спайк-волны и высокоамплитудные волны, в связи с чем специфическая терапия им не проводилась.

Симптоматическая эпилепсия установлена у 34 больных (47,2%). Черепно-мозговые травмы перенес 21 больной (29,2%), 13 человек (18,1%) перенесли острые воспалительные процессы головного мозга. Такие больные в остром периоде болезни и на последующих этапах курировались неврологами с проведением вазоактивной, нейропротекторной, антиоксидантной терапии.

Диагноз «эпилепсия» устанавливался после всестороннего клинического неврологического обследования, данных нейровизуализации, ЭЭГ-мониторинга, эпилептических синдромов, ассоциированных с приступами заболеваний, и на основании международной классификации эпилепсий, принятой в октябре 1989 года Международной лигой по борьбе с эпилепсией.

Для оценки когнитивных функций использовались следующие нейропсихологические тесты

и шкалы: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов, тест повторения слов в немедленном и отсроченном порядке, субтесты шкалы Векслера на счет в прямом и обратном порядке, тест узнавания рисунков. Оценка когнитивных функций проводилась 4 раза с интервалом в 6 месяцев (на момент верификации эпилепсии, через 6 месяцев, через один год и через 1,5 года).

В зависимости от формы эпилепсии больные были распределены на 2 группы. В первую (I) группу вошло 38 больных с генуинной эпилепсией, вторую (II) группу – 34 пациента – составили больные с симптоматической эпилепсией вследствие перенесенных черепно-мозговых травм и воспалительных процессов головного мозга.

Сведения о структурных и количественных нарушениях когнитивных функций представлены в усредненных балльных оценках в таблице. Обработка информации проведена с использованием приложения STATISTICA (версии 6.0).

Применив к данным, представленным в таблице, линейный алгоритм прогноза (прогноз по математическому ожиданию) [16], можем спрогнозировать когнитивные характеристики и их динамику на донозологический период верификации эпилепсии.

Таблица 1

Динамика когнитивных расстройств в балльных оценках

| Нейропсихологические инструменты | Группа | 1-е исслед. | 2-е исслед. | 3-е исслед. | 4-е исслед. |
|----------------------------------|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| MMSE | I | 28,0±1,17 | 27,4±1,39 | 26,3±1,68 | 24,8±1,92 |
| | II | 27,3±1,21 | 26,1±1,13 | 25,7±1,34 | 24,9±1,92 |
| Тест рисования часов | I | 9,8±1,2 | 9,1±2,0 | 9,0±1,8 | 8,8±1,4 |
| | II | 9,6±1,4 | 8,4±1,8 | 8,2±1,7 | 8,0±1,4 |
| Тест повторения слов: | | | | | |
| немедленный | I | 7,7±1,5 | 6,5±1,2 | 6,6±1,1 | 5,1±1,3 |
| | II | 7,9±0,9 | 7,2±1,3 | 7,0±1,4 | 6,9±1,1 |
| отсроченный | I | 7,2±0,8 | 6,4±1,8 | 6,1±1,4 | 5,1±1,2 |
| | II | 7,7±1,0 | 7,4±1,1 | 7,3±1,2 | 7,1±1,3 |
| Субтесты шкалы Векслера: | | | | | |
| Цифры в прямом порядке | I | 6,5±1,0 | 6,3±0,9 | 6,2±0,7 | 5,9±0,9 |
| | II | 6,9±1,1 | 6,8±1,4 | 6,6±0,9 | 6,2±0,8 |
| Цифры в обратном порядке | I | 5,3±0,8 | 5,0±0,7 | 4,8±0,7 | 4,6±1,0 |
| | II | 5,8±0,9 | 5,5±0,6 | 5,2±0,7 | 5,0±1,1 |
| Тест распознавания рисунков: | | | | | |
| немедленный | I | 11,1±1,3 | 11,0±1,1 | 10,5±1,2 | 10,0±1,6 |
| | II | 11,4±1,2 | 11,2±1,4 | 11,1±1,3 | 10,9±1,4 |
| отсроченный | I | 9,7±1,3 | 9,6±1,2 | 9,0±2,4 | 8,7±2,6 |
| | II | 9,9±1,2 | 9,8±1,4 | 9,6±1,8 | 9,1±1,7 |

Анализ полученных результатов по шкале MMSE свидетельствует, что уже на период верификации эпилепсии имелись убедительные данные о наличии когнитивных расстройств у

больных обеих групп. Разница средних балльных оценок между 1-м и 4-м исследованиями у больных I группы составила 3,2, а у больных II группы – 2,4.

Нарушение когнитивного профиля регистрируется и по тесту рисования часов. Показатели по субтестам шкалы Векслера подтверждают, что к моменту постановки диагноза эпилепсии отмечено нарушение произвольного внимания, выполнения интеллектуальных операций и кратковременной памяти. Отмечено нарушение когнитивных функций, связанных с вербальными характеристиками. В тесте повторения цифровых рядов определяется нарушение способности к повторению, как в прямом, так и в обратном порядке. В выполнении теста распознавания рисунков имелись отклонения от нормальных показателей в обоих узнаваниях.

После применения противэпилептических препаратов в динамике когнитивные показатели несколько сглаживались у больных обеих групп. У пациентов I группы когнитивные расстройства носили более выраженный характер, нежели соответствующие показатели у больных II группы.

У больных I группы при ретроспективном изучении медицинской документации и катанестическом исследовании устанавливались признаки когнитивного дефицита за $3,1 \pm 0,32$ года до манифестации эпилепсии судорожными пароксизмами. Специфической терапии, направленной на нормализацию метаболических процессов головного мозга, такие больные не получали. На этом этапе у больных имелись астенические расстройства в виде нехарактерной для них быстрой утомляемости, снижения работоспособности, замедления в проведении счетных операций. Отмечалась повышенная истощаемость мыслительных процессов, снижение объема оперативной памяти, трудности концентрации и распределения внимания, эмоциональные нарушения, проявляющиеся повышенной раздражительностью, лабильностью аффективных реакций.

Преимущественным видом нарушений высшей нервной деятельности у данной группы больных было ухудшение характеристик внимания, памяти и продуктивности мыслительных процессов, в том числе слабоструктурированные психические расстройства аффективного, астенического и психоорганического регистров. Больные в 80% случаев объясняли такие изменения большой загруженностью в работе и проблемами семейно-бытового характера.

У больных II группы после перенесенных черепно-мозговых травм, воспалительных заболеваний головного мозга на донологическом этапе развития эпилепсии отмечалась симптомати-

ка церебрастенического характера, выраженность которой в 73% случаев коррелировала с тяжестью повреждающего фактора. В отличие от больных I группы все больные II группы получали специфическую терапию не только в период острых клинических проявлений мозговой патологии, но и на дальнейших этапах болезни.

По мере развития процесса эпилептизации мозга у больных I группы возникали пароксизмальные расстройства со сложнодифференцированной картиной психомоторных, психосенсорных, вегетативных синдромокомплексов. Больные курировались различными специалистами, так как не было единого мнения относительно природы этих расстройств. Изменения по данным ЭЭГ-исследования носили хаотический характер, что не позволяло относить таких больных к определенной диагностической категории. Структура, динамика и результаты выполнения нейропсихологических тестов свидетельствовали о прогрессировании энцефалопатических нарушений.

У больных II группы, в отличие от I, манифестация пароксизмов возникала на фоне церебрастенических расстройств разной степени выраженности, которые коррелировали с тяжестью повреждающего головного мозга агента. В психопатологическом плане такие больные отличались повышенной раздражительностью, взрывчатостью, были дисфоричными, с различными расстройствами сознания. На ЭЭГ в 2/3 случаев преобладали очаги медленной эпилептиформности. Энцефалопатические изменения включали и ликвородинамические сдвиги. Клинической особенностью таких расстройств были значительные нарушения вегетативных и вестибулярных функций в структуре осевого эмоционально-лабильного (астенического) синдрома. Таким больным систематически проводилась как специфическая терапия противэпилептическими препаратами, так и лечение, направленное на профилактику или минимизацию энцефалопатических изменений.

У больных I группы, из-за запаздывания верификации эпилепсии, лечение проводилось в более поздние сроки от начала заболевания, когда эпилептическая активность трансформировалась из единичных очагов в полифокальные.

В случаях неустановленной этиологии у больных I группы изначально отмечалась устойчивость к монотерапии даже после назначения средних и высоких доз противэпилептических препаратов. Такое положение диктовало необходимость комбинированного лечения двумя

антиконвульсантами, имеющими различную химическую структуру.

Больные II группы имели меньшую толерантность к лечению противоэpileптическими препаратами, чем больные I группы. Клиническим наблюдением была установлена непереносимость высоких доз противоэpileптических препаратов при их наращивании вследствие ликвородинамических нарушений. В лечебную схему у таких больных вводились препараты, устраняющие либо в значительной степени редуцирующие ликвородинамические характеристики. Такая тактика лечения удовлетворяла клиницистов до определенного момента, затем эффективность противосудорожной терапии снижалась. В конечном итоге терапевтическая тактика выстраивалась с применением двух противосудорожных препаратов в минимальных или средних дозах.

Наличие когнитивных нарушений, аффективных расстройств и других психопатологических феноменов у больных обеих групп требовало систематического психиатрического пособия, так как при дальнейшей прогрессивности эpileптического процесса частота судорожных пароксизмов не изменялась, а психические расстройства утяжелялись. Частота и выраженность психических расстройств снижали социальное функционирование больных эpileпсией.

Таким образом, у больных с генуинной эpileпсией истинное начало заболевания значительно предшествует времени ее манифестации. Отсутствие на этом этапе развития эpileпсии адекватной помощи, направленной на предупреждение галопирования заболевания, приводит к более раннему и интенсивному процессу эpileптизации больных, с быстрым нарастанием когнитивных расстройств, перекрывающих на более поздних стадиях развития эpileпсии ее неврологические характеристики.

У больных с экзогенным характером развития эpileптического процесса динамика когнитивных расстройств замедлена, а выраженность усредненных балльных оценок когнитивных расстройств на 27% ниже, чем у больных с генуинной эpileпсией. Комплексная терапия противосудорожными препаратами и средствами, направленными на восстановление функций мозга после ЧМТ и воспалительных процессов, приводит к меньшим клиническим и социально-значимым последствиям.

Полученные данные свидетельствуют не только о наличии когнитивных расстройств на момент верификации эpileпсии, но и могут быть в ретроспективном порядке перенесены на донозологический период развития эpileпсии в качестве дополнительных диагностических критериев.

Д.М. Андрейко

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня

Вивчалася динаміка когнітивних розладів на момент верифікації еpileпсії та в наступні 18 місяців. Темп прогресивності когнітивних розладів у хворих на генуїну еpileпсію та симптоматичні еpileпсії був різним. Усереднений рівень когнітивних характеристик у хворих на момент верифікації діагнозу і на наступних етапах розвитку генуїної еpileпсії був на 27% важчим, ніж у хворих на симптоматичну еpileпсію.

Отримані дані свідчать не тільки про наявність когнітивних розладів на момент верифікації еpileпсії, але й можуть бути в ретроспективному порядку перенесені на донозологічний період розвитку еpileпсії в якості додаткових діагностичних критеріїв. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 90-94).

D.M. Andreiko

THE PROGNOSTIC MEANING OF COGNITIVE FUNCTIONS OF PATIENTS' EPILEPSY

The Dnepropetrovsk oblast clinical psychiatric hospital

The dynamics of cognitive disorders at the moment of verification of epilepsy was being studied during 18 months. The speed of progrediation of cognitive disorders of patients' genuine and symptomatic epilepsy was different. The overage level of cognitive characteristics of patients both at the moment of the verification of diagnose and the next stages of development of genuine epilepsy was 27% heavier than at patients' with symptomatic epilepsy.

The data, which have been obtained, witness clearly not only about being endured to the prenozoological period of the development of epilepsy in the retrospective way as the additional diagnostic criteria. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 90-94).

Литература

1. Дзяк Л.А., Зенков Л.Р., Кириченко А.Г. Эпилепсия. – К.: Книга-плюс, 2001. – 168 с.
2. Brodie M.J., DeBoer H.M., Joannessen S.I. (editors) European Declaration on Epilepsy October 25, 1998 / In: European White Paper on Epilepsy // *Epilepsia*. – 2003. – Vol.44 (Suppl.6). – P. 2-3.
3. Калинин В.В. Психиатрические проблемы эпилептологии и нейропсихиатрия // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2003. – №3. – С.5-9.
4. Карлов В.А. Эпилепсия как клиническая и нейрофизиологическая проблема // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2000. – №9. – С.7-15.
5. Громов С.А., Хоршев С.К., Корсакова Е.А. и др. Диагностика эпилепсии на донозологической стадии заболевания методом фрактального анализа ЭЭГ // *Материалы третьего ежегодного Российско-Американского симпозиума по эпилепсии*. – СПб., 1998.
6. Абашев-Константиновский А.Л. О психопатологических синдромах очагового значения // *Вопросы нейрохирургии*. – 1961. – №5.
7. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. – М.: Издательство БИНОМ, 2006. – С.132-164, 177-186.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Издательство МГУ, 1973. – 384 с.
9. Blumer D. Dysphoric disorders and paroxysmal affects: recognition and treatment of epilepsy-related psychiatric disorders // *Harvard Rev. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 8. – P. 8-17.
10. Stefan H., Halasz P., Gil-Nagel A. et al. Recent advances in the diagnosis and treatment of epilepsy // *Eur J Neurol*. – 2001. – Vol. 8 (6). – P. 519-539.
11. Зенков Л.Р., Притыко А.Г. Фармакорезистентные эпилепсии: Руководство для врачей. – М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – 208 с.
12. Литовченко Т.А. Эпилепсия: современное решение проблемы // *НЕЙРОNEWS*. – 2006. – №1. – С.11-17.
13. Brodie M.J., DeBoer H.M., Joannessen S.I. (editors) Epidemiology. Epilepsy: safety, excess mortality and sudden death / In: European White Paper on Epilepsy // *Epilepsia*. – 2003. – Vol.44 (Suppl.6). – P. 17-20.
14. Назметдинова Д.М., Басамыгин А.В. Значение ранней диагностики мнестико-интеллектуальных расстройств у больных эпилепсией на этапе амбулаторной помощи // *Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и визуальные аспекты»*. – М., 2004. – С.199-200.
15. Cole A.J. Is epilepsy progressive disease? The neurobiological consequences epilepsy // *Epilepsia*. – 2000. – Vol. 41 (Suppl. 2.) – P. S13-S22.
16. Ефимов А. Н. Предсказание случайных процессов. М.: «Знание», 1976. – 59 с.

Поступила в редакцию 21.03.2009

УДК:616.89-008.441.33-053.2:616-039.31-08:615.847.112

В.И. Пономарев

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНТОКСИКАЦИОННЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ», Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: аддиктивное поведение, синдром зависимости, дети и подростки, ингаляционная токсикомания, летучие органические соединения, ЭЭГ, электромагнитные излучения сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности

В современном социуме возникли новые понятия медико-биологического толка – социальные энцефалопатии и социальные стрессы, их следствием являются такие проявления психических функций как маргинализация и аномия (нежелание значиться в этом мире, безысходность, дезадаптация). Это обусловлено социально-экономическими, медико-биологическими факторами, семейным неблагополучием, когда подростки предоставлены сами себе, живут в неблагополучных семьях или уходят из дома. Главной мотивационной системой, как известно, является эмоциогенная система мозга, которая формирует деятельность, направленную на удовлетворение потребностей. Она сопряжена с положительными эмоциями, которые не получают насыщения, особенно в подростковом возрасте, а цели, которые ставят подростки – не реализуемы. Поэтому происходит уход этого

контингента в пассивную защиту, аутоагрессию либо в поиск новых путей мотивационно-эмоционального заполнения, в том числе неестественным путем, искусственно приобретенными мотивациями.

В настоящее время доказано антистрессорное и иммуномодулирующее влияние на организм человека и животных электромагнитного излучения сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности (ЭМИ СВЧ и СНИ). Учитывая данные о роли эмоциогенной лимбико-неокортикальной системы мозга в формировании абстинентного стресс-синдрома, сопровождающегося соматовегетативными и иммунологическими нарушениями, представляет интерес изучение нейрофизиологических эффектов подавления влечения к летучим органическим соединениям (ЛОС) применением ЭМИ СВЧ и СНИ [1-6]. Это определило цель данного исследования.

Материалы и методы исследования

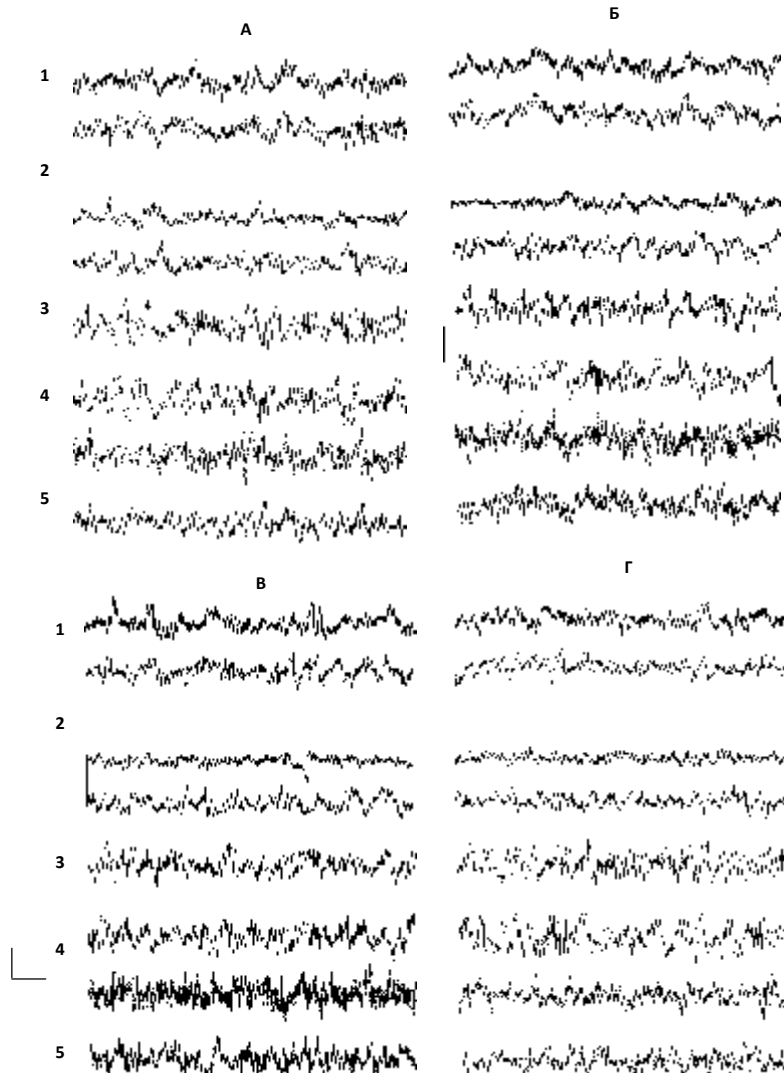
Обследовано 70 детей и подростков мужского пола (34 детей в возрасте от 6 до 12 лет и 36 подростков в возрасте от 13 до 16 лет) мужского пола. У этих лиц было проведено электрофизиологическое исследование деятельности мозга и осуществлен качественно-визуальный анализ частотно-амплитудного спектра ЭЭГ. Электрическую активность мозга регистрировали на электроэнцефалографе «Медикор» в состоянии абстиненции, после однократного и серийных воздействий (7-10 сеансов) аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01», длительностью 10 мин. Сущность воздействия этим аппаратом заключается в облучении организма электромагнитным излучением сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности (0,5 мкВ/см²) (ЭМИ СВЧ и СНИ). Для инициации

проявлений пароксизмальной активности биопотенциалов, которая позволила бы проследить ее динамику, трансформацию пароксизмальных реакций в пароксизмальные состояния при абстиненции и ответные реакции мозга после воздействия электромагнитными излучениями с помощью аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01», во время регистрации ЭЭГ пациентам предъявляли эмоционально значимые и нейтральные слова, применяли также классические функциональные нагрузки (гипервентиляцию). Учитывали следующие особенности ЭЭГ: состояние десинхронизирующих и синхронизирующих систем мозга, их взаимодействие, дезорганизованность биопотенциалов, наличие пароксизмальной активности, функциональную латерализацию.

Результаты исследования и их обсуждение

Как показали результаты качественного визуального анализа электрической активности биоэлектрических потенциалов мозга, в младшей группе (у детей) в состоянии абстиненции вследствие применения ими ЛОС у 90% пациентов регистрировали дезорганизованную активность средней или высокой амплитуды с преобладанием альфа-ритма в задних отделах. В передних лобно-височных отделах альфа-ритм представлен диффузно и формировался в пароксизмы. У 76% пациентов отмечали генерализованную или мозаичную пароксизмальную активность сложной структуры с включением мономорфных альфа-волн и групп пик-тета, пик-дельта, свидетельствующих об абстинентном синдроме. Функциональная асимметрия была отмечена у 53% пациентов во всех отделах, у 23% - в височно-теменных отведениях (рис. 1, А). На предъявление

эмоционально- значимых слов практически у всех обследованных (94%) на фоне усиления альфа-тета-ритмов развивалась пароксизмальная активность с фокусом в задних отделах мозга, при этом происходило усиление представленности элементов судорожной и эпилептиформной активности (рис. 1, Б). На эмоционально-нейтральные слова пароксизмальная активность менее выражена, однако у 76% пациентов на фоне синхронизации биоэлектрических потенциалов мозга отмечались мозаично пароксизмы (рис.1, В). После неспецифической нагрузки (гипервентиляция) преобладали процессы синхронизации биоэлектрических потенциалов мозга (повышалась амплитуда и выраженность медленных альфа- тета-волн), у всех пациентов усиливалась пароксизмальная активность, а у 24% - с элементами судорожной и эпилептиформной активности (рис. 1, Г).

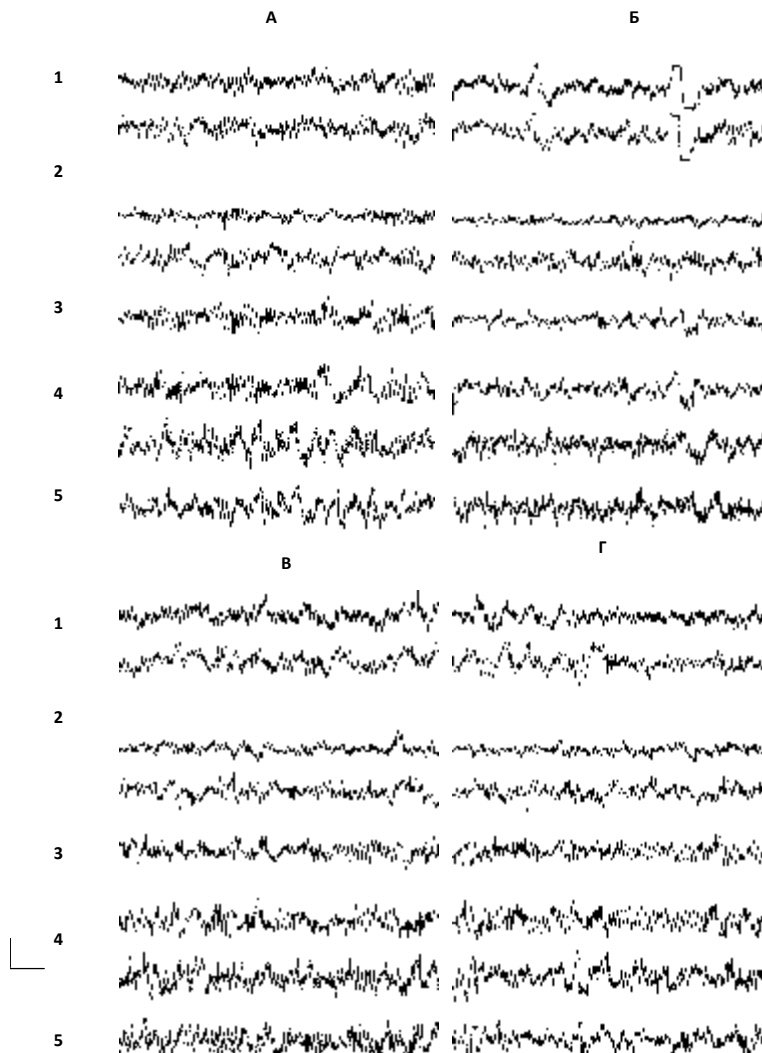


А – фон, Б – после предъявления эмоционально значимого слова, В – после предъявления эмоционально незначимого слова, Г – после гипервентиляции; 1 – S лоб, 2 – D лоб, 3 – S висок, 4 – D висок, 5 – S темя, 6 – D темя, 7 – S затылок, 8 – D затылок. Калибровка 100 мкВ/с, $v = 15$ мм/с.

Рис. 1 – Динамика электрической активности пациента П. младшей группы в состоянии абстиненции.

После однократного воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ у 81% лиц в биоэлектрической активности мозга усиливаются процессы синхронизации, более выражен альфа-ритм без острых вершин, однако, в затылочных отведениях сохранялись остроконечные высокоамплитудные тета- и дельта-волны. Генерализованная и мозаичная пароксизмальная активность у 75% пациентов сохраняется, при этом определяется фокус пароксизмов, который не выявлялся при регистрации ЭЭГ в абстиненции. Произошло изменение структуры пароксизма, в основном пароксизмальная активность представлена в виде мономорфных высокоамплитудных тета-дельта-волн и комплексов пик-волна. Надо отметить, что после однократного воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ уменьшалось число пациентов (до 44%), у которых наблюдалась функциональная асимметрия во всех отделах, и выражалась в усилении медленноволновой активности в правом полушарии. У 44% лиц фун-

кциональная асимметрия отмечалась только в передних отделах (лоб - висок) (рис. 2, А). На предъявление эмоционально значимых слов на ЭЭГ, так же как и при абстиненции, у 93% пациентов регистрировалась пароксизмальная активность, но отмечалось изменение структуры эпиплептиформных пароксизмов. Реакции на эмоционально нейтральные слова, в отличие таковых в состоянии абстиненции, были индивидуальны: у 33% преобладали процессы десинхронизации, у 33% - процессы синхронизации и 13% - депрессия ритма, у остальных пациентов (21%) изменений не отмечалось. На этом фоне у 87% пациентов регистрировалась пароксизмальная активность (рис 2, Б, В). После гипервентиляции у 47% лиц отмечалось обогащение электрической активности альфа-ритмом, повышение его амплитуды и снижение пароксизмальной активности (рис. 2, Г), у 15% лиц усиливалась пароксизмальная и судорожная активность.



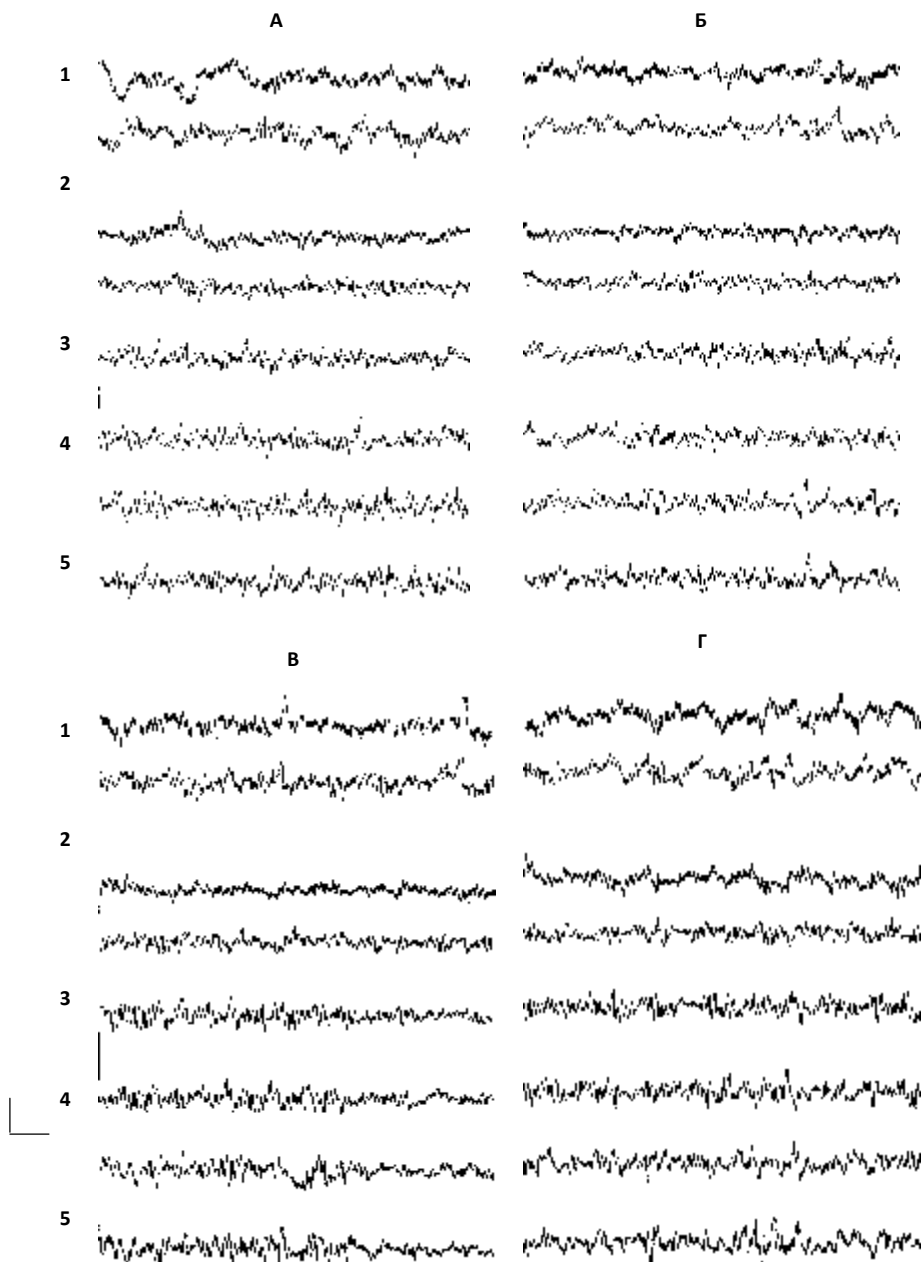
А – фон, Б – после предъявления эмоционально значимого слова, В – после предъявления эмоционально незначимого слова, Г – после гипервентиляции; 1 – S лоб, 2 – D лоб, 3 – S висок, 4 – D висок, 5 – S темя, 6 – D темя, 7 – S затылок, 8 – D затылок. Калибровка 100 мкВ/с, $v = 15$ мм/с.

Рис. 2 – Динамика электрической активности пациента П. младшей группы после однократного воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01».

После серии (7-10) сеансов ЭМИ СВЧ и СНИ на 30% уменьшалось число пациентов с дезорганизованной активностью биопотенциалов мозга, увеличивалась представленность бета-волн в передних отделах (лобно-височных), снизилась амплитуда альфа-тета-ритма в теменных и затылочных областях. Исчезали элементы судорожной и эпилептиформной активности, в том числе и в затылочных отведениях. Пароксизмальная активность сохранялась у всех пациентов, однако, имела не генерализованный, а диффузный характер (рис. 3, А).

Функциональная асимметрия во всех отде-

лах сохранялась у 20% лиц и в отдельных отведениях (лоб - висок и темя - затылок) – у 40% пациентов. На эмоционально значимые слова у 60% лиц возникали мозаичные пароксизмы фокусом в теменно-затылочных отведениях (рис. 3, Б). На эмоционально нейтральные слова у 40% больных регистрировали медленноволновую дельта-активность в темени и в виске справа, у 40% лиц - депрессия ритмов и снижение амплитуды основной активности (рис. 3, В). После гипервентиляции в первые секунды отмечались процессы десинхронизации, а затем восстанавливался альфа-ритм (рис. 3,Г). Пароксизмальная активность отмечалась у 20% лиц.

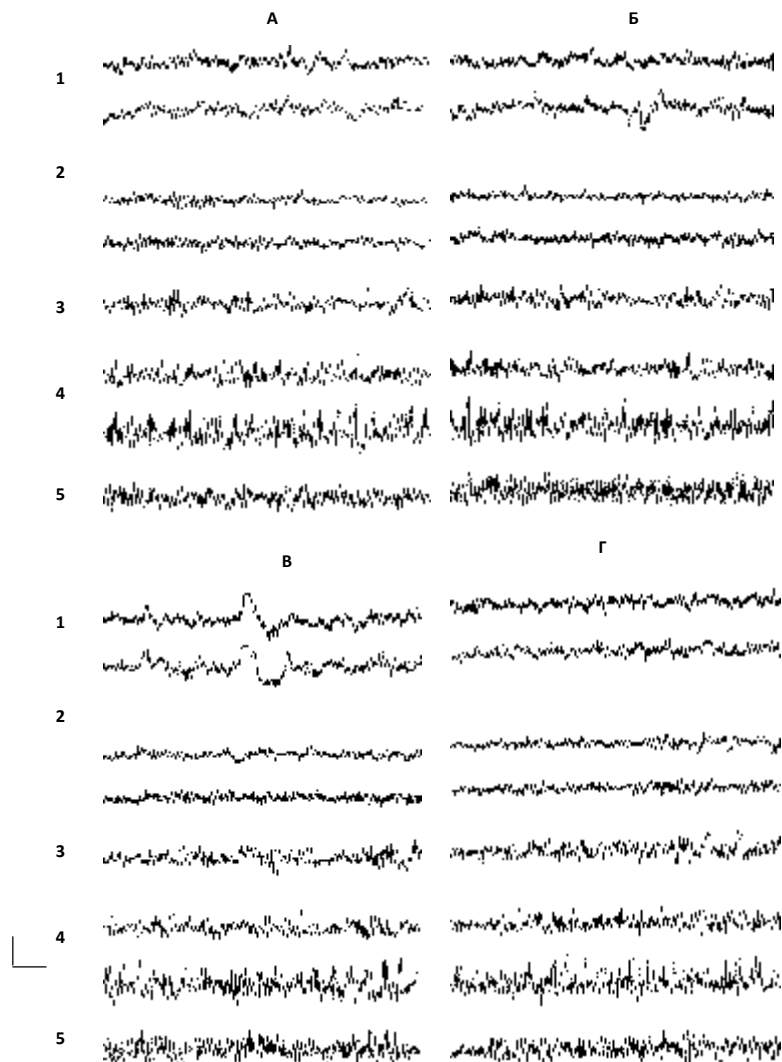


А – фон, Б – после предъявления эмоционально значимого слова, В – после предъявления эмоционально незначимого слова, Г – после гипервентиляции; 1 – S лоб, 2 – D лоб, 3 – S висок, 4 - D висок, 5 – S темя, 6 - D темя, 7 – S затылок, 8 – D затылок. Калибровка 100 мкВ/с, $v = 15$ мм/с.

Рис. 3 – Динамика электрической активности пациента П. младшей группы после серии (7-10) сеансов воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01».

В старшей группе (подростков) в состоянии абстиненции у 61% лиц в электрической активности мозга отмечалась дезорганизация ритмов низкой амплитуды с элементами судорожной активности в теменно-затылочных отведениях, у 27% преобладали процессы синхронизации, у 12% регистрировали десинхронизацию ритмов. У 35% пациентов отмечали развитие генерализованной пароксизмальной активности, у 31% лиц присутствовали диффузные пароксизмы, с фокусом в теменно-затылочных отведениях. Функциональная асимметрия отмечалась у 31% лиц во всех отведениях, преимущественно в височно-теменных отведениях - у 38% пациентов. Надо отметить, что у 19% пациентов функциональная асимметрия выражалась в представленности медленной дельта-активности больше справа (рис. 4, А). При предъявлении эмоционально значимых слов в основном у всех паци-

ентов (92%) регистрировалась пароксизмальная активность: из них у 29% генерализованная, у остальных пациентов отмечали диффузные пароксизмы с фокусом преимущественно в темени (рис. 4, Б). На эмоционально нейтральные слова у 92% лиц пароксизмальная активность возникала диффузно с фокусом в теменно-затылочных отведениях, и лишь у одного пациента – генерализованная, захватывающая все отделы мозга (рис. 4, В). В первые секунды после предъявления как эмоционально значимых, так и эмоционально незначимых слов отмечалась ориентировочная реакция, которая выражалась в активации десинхронизирующих систем мозга, а затем увеличивалась представленность и амплитуда альфа-ритма. После гипервентиляции у 96% пациентов развивалась пароксизмальная активность с включением судорожных и эпилептиформных разрядов (рис. 4, Г).

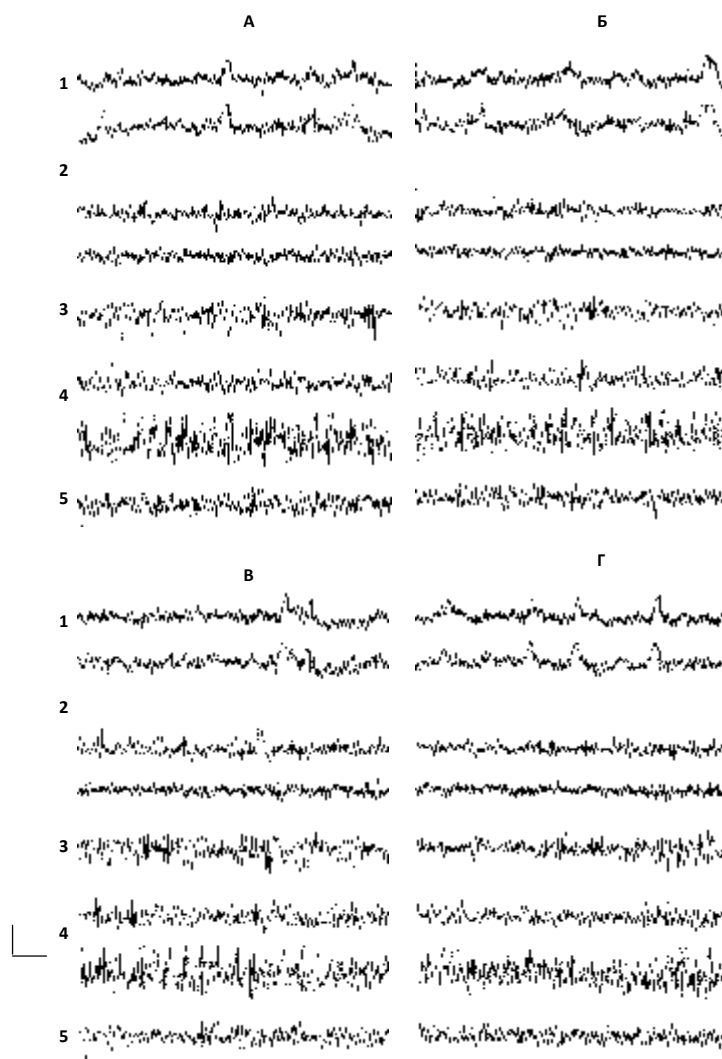


А - фон, Б – после предъявления эмоционально значимого слова, В – после предъявления эмоционально незначимого слова, Г – после гипервентиляции; 1 – S лоб, 2 – D лоб, 3 – S висок, 4 - D висок, 5 – S темя, 6 - D темя, 7 – S затылок, 8 – D затылок. Калибровка 100 мкВ/с, $v = 15$ мм/с.

Рис. 4 – Динамика электрической активности пациента 3. подростковой группы в состоянии абстиненции.

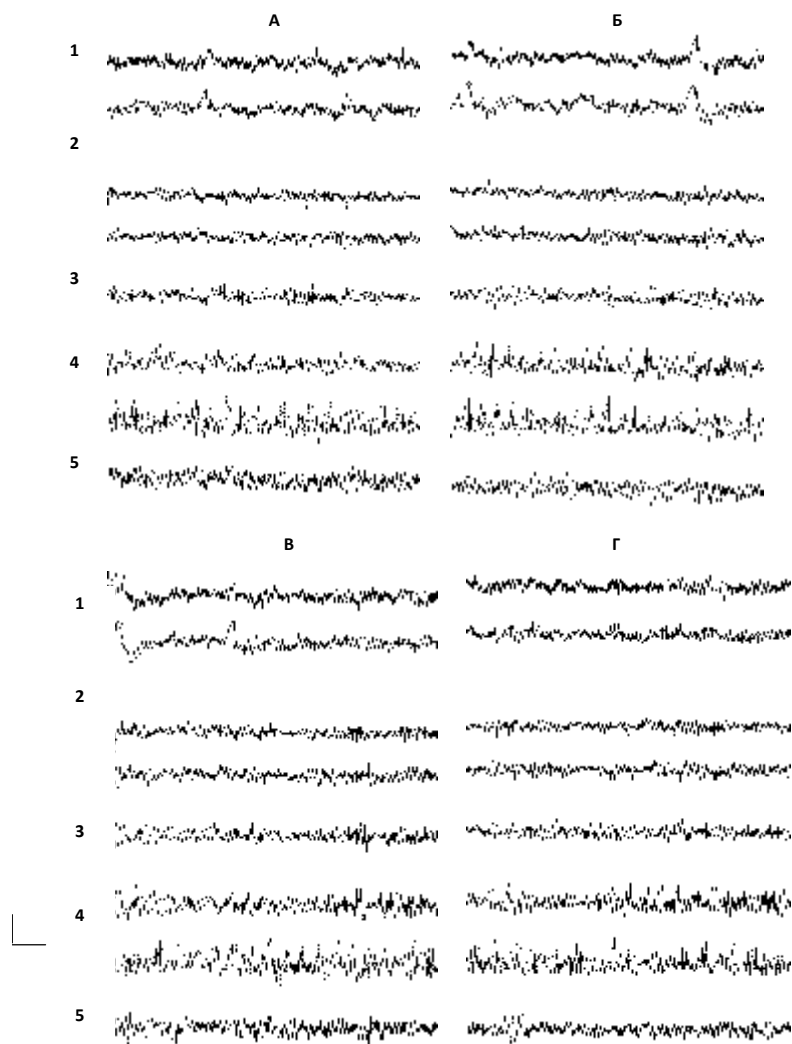
После первого сеанса воздействия «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» у 96% больных второй группы (подростки) усилились процессы синхронизации: произошло увеличение количества и амплитуды альфа-колебаний и, в единичных случаях, тета-дельта-активности. Так же как и в состоянии абстиненции, у всех пациентов, кроме одного с уплощенным типом ЭЭГ, была выражена пароксизмальная активность, у 42% из них - генерализованная. Фокус пароксизмальной активности определялся в задних отделах (затылок), с вовлечением теменных и височных отделов. Функциональная асимметрия во всех отведениях с наличием медленноволновой активности в правой полушарии отмечалась у 21% пациентов, что на 10% меньше, чем в состоянии абстиненции. У 62% больных функциональная асимметрия выражена в теменно-височных отведениях. В целом функциональная асимметрия

после однократного воздействия прибором «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» была более выражена. На предъявление эмоционально значимого слова у всех пациентов на ЭЭГ возникали пароксизмы, из них у 38% - генерализованная пароксизмальная активность с включением эпилептиформных компонентов, с акцентом в теменной области. Ответной реакцией на эмоционально нейтральное слово было усиление десинхронизации био-потенциалов в первые секунды регистрации ЭЭГ с последующим развитием диффузной пароксизмальной активности у 71% обследованных, с фокусом в теменно-затылочных отведениях. После функциональной нагрузки (гипервентиляции) у 50% пациентов увеличивалась представленность альфа-колебаний, иногда с острыми вершинами. Также как и в абстиненции в 96% случаев регистрировалась пароксизмальная активность (рис. 5).



А - фон, Б – после предъявления эмоционально значимого слова, В – после предъявления эмоционально незначимого слова, Г – после гипервентиляции; 1 – S лоб, 2 – D лоб, 3 – S висок, 4 - D висок, 5 – S темя, 6 - D темя, 7 – S затылок, 8 – D затылок. Калибровка 100 мкВ/с, $v = 15$ мм/с.

Рис. 5 – Динамика электрической активности пациента 3. подростковой группы после однократного воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01».



А – фон, Б – после предъявления эмоционально значимого слова, В – после предъявления эмоционально незначимого слова, Г – после гипервентиляции; 1 – S лоб, 2 – D лоб, 3 – S висок, 4 – D висок, 5 – S темя, 6 – D темя, 7 – S затылок, 8 – D затылок. Калибровка 100 мкВ/с, $v = 15$ мм/с.

Рис. 6 – Динамика электрической активности пациента 3. подростковой группы после серии сеансов воздействий ЭМИ СВЧ и СНИ аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01».

После сеансов воздействий ЭМИ СВЧ и СНИ с помощью аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» на ЭЭГ пациентов подростковой группы отмечали повышение активности синхронизирующих механизмов мозга с преобладанием альфа-ритма, изменением структуры (альфа-тета-диапазона), уменьшение амплитуды частотного спектра и длительности пароксизмальной активности. Функциональная асимметрия выражена в отдельных областях (в основном в височных). Пароксизмальная активность диффузного характера на предъявление эмоционально значимого и нейтрального слова оставалась у всех пациентов. После гипервентиляции у 80% лиц регистрировали изначально десинхронизированную активность, а на ее фоне встречались пароксизмальные и судорожные проявления биопотенциалов, с последующей нормализацией электроге-

неза (рис. 6).

Таким образом, у пациентов младшей группы в состоянии абстиненции преобладала дезорганизованная активность с пароксизмальными проявлениями преимущественно тета-диапазона. Известно, что тета-ритм генерируется гиппокампом, пейсмекером которого является вентромедиальное ядро септум. В организации пароксизмальной активности мозга ведущей структурой лимбической системы является гиппокамп, что согласуется с данными [7-9], которые рассматривают его как пароксизмальный мозг. В этих проявлениях тета- ритма и его пароксизмальности на ЭЭГ усматривается некая адаптивность, в тоже время на эмоционально нейтральные слова пароксизмальная активность более слабо выражена. Гипервентиляция, являясь специфическим раздражителем, вызывала усиление

синхронизации альфа-, снижала пароксизмальную активность, то есть в некоторой степени можно говорить о конкурентном очаге, возникшем в мозгу вследствие гипервентиляции. Это сочеталось с улучшением нейрофизиологического состояния пациента. После однократного воздействия «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» на ЭЭГ отмечались активационные процессы с усилением пароксизмальной активности, что приводило к нормализации электрогенеза, и эти процессы закреплялись после серии воздействий. Можно предположить, что пароксизмальный мозг включается в интерпритацию ответных адаптивных реакций на воздействие различных модальных сигналов как в условиях абстинентного синдрома, так и при его купировании воздействиями ЭМИ.

У пациентов старшей группы в состоянии абстиненции также преобладала дезорганизованная активность, однако у части обследованных регистрировалась синхронизованная или десинхронизованная активность с пароксизмальными проявлениями. В этой группе после серии сеансов воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ с помощью аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» также отмечали улучшение, нормализацию электрогенеза, но менее выраженную, чем в младшей группе, что возможно связано с большим стажем и дозами употребления ЛОС [10].

Выводы.

После серии сеансов ЭМИ СВЧ и СНИ на 30% уменьшалось число пациентов (в группе детей) с дезорганизованной активностью биопотенциалов мозга, увеличивалась представленность бета-волн в передних отделах (лобно-височных), снизилась амплитуда альфа-тета-ритма в теменных и затылочных областях. Исчезали элементы судорожной и эпилептиформной активности, в том числе и в затылочных отведениях. Пароксизмальная активность сохранялась

у всех пациентов, однако, имела не генерализованный, а диффузный характер. После однократного воздействия «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» на ЭЭГ отмечались активационные процессы с усилением пароксизмальной активности, что приводило к нормализации электрогенеза, и эти процессы закреплялись после серии воздействий. Можно предположить, что пароксизмальный мозг включается в интерпритацию ответных адаптивных реакций на воздействие различных модальных сигналов как в условиях абстинентного синдрома, так и при его купировании воздействиями ЭМИ.

У пациентов подростковой группы в состоянии абстиненции также преобладала дезорганизованная активность, однако у части обследованных регистрировалась синхронизованная или десинхронизованная активность с пароксизмальными проявлениями. В этой группе после серии сеансов воздействия ЭМИ СВЧ и СНИ с помощью аппарата «РАМЕД ЭКСПЕРТ-01» также отмечали улучшение, нормализацию электрогенеза, но менее выраженную, чем в группе детей, что возможно связано с большим стажем и дозами употребления ЛОС.

Таким образом, результаты проведенных исследований подтверждают целесообразность использования электромагнитных излучений сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности в восстановлении динамической структурно-функциональной организации деятельности мозга при аддикциях, в частности, при зависимости от ЛОС. Ключевым механизмом позитивных эффектов описанных выше импульсных электромагнитных излучений в подавлении болезненных мотиваций влечения к ЛОС является восстановление биоинформационного и эмоционального гомеостаза, необходимого для реализации механизмов общей и избирательной адаптации организма.

**ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ЕЛЕКТРОМАГНІТНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ
КОРЕКЦІЇ ПОСТІНТОКСИКАЦІЙНИХ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА
ПІДЛІТКІВ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМНУ», Харківський національний медичний університет

З метою вивчення ефектів пригнічення потягу до ЛОС застосуванням ЕМВ НВЧ та ННІ було обстежено 70 дітей та підлітків (34 дітей у віці від 6 до 12 років та 36 підлітків у віці від 13 до 16 років).

Після серії сеансів ЕМВ НВЧ та ННІ у осіб дитячої групи на 30% зменшувалась кількість пацієнтів з дезорганізованою активністю біопотенціалів мозку, збільшувалась представленість бета-хвиль в передніх відділах (лобно-скроневих), знизилась амплітуда альфа-тета-ритму в тім'яних та потиличних областях. Зникли елементи судомної та епілептиформної активності, в тім числі й в потиличних відведеннях. Пароксизмальна активність збережувалась у всіх пацієнтів, однак, мала не генералізований, а дифузний характер. У пацієнтів підліткової групи також відмічено поліпшення, нормалізація електрогенезу, але менш виражена, ніж в дитячій групі, що можливо пов'язано з більшим стажем та дозами вживання ЛОС.

Результати проведених досліджень підтверджують целесообразність використання ЕМВ НВЧ та ННІ в відновленні динамічної структурно-функціональної організації діяльності мозку при аддикціях, зокрема, при залежності від ЛОС. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 95-103).

V.I. Ponomarouy

**APPLICATION OF INNOVATE ELECTROMAGNETIC TECHNOLOGIES TO TREATMENT
OF POSTINTOXICATE PAROXYSMAL DISORDERS OF CHILDREN AND TEENS
SUFFERING FROM DEPENDENCE ON VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, Kharkiv National Medical University

In order to study effects of suppression of attraction to volatile organic compounds with the help of electromagnetic radiation ultra-high frequency and ultra-low intensiveness 43 children and teens were examined (children aged from 6 to 12 years old and teens aged from 13 to 16 years old).

After several sessions of electromagnetic radiation ultra-high frequency and ultra-low intensiveness the number of patients suffering from disorganized activeness reduced for 30%, quantity of beta-waves in front sections (frontal and temporal) increased, the amplitude of alpha-teta-rhythm in sincipital and occipital regions decreased. The elements of convulsive and epileptiform activeness, including occipital section, disappeared. Paroxysmal activeness remained to all patients, but it was diffuse but not generalized. There were also some improvements of older patients, e.g. normalization of electrogenesis. But it was not as pronounced as in younger group. This fact can be explained as a consequence of long time and bigger doses of usage of volatile organic compounds.

The results of the survey demonstrate the advisability of application of electromagnetic radiation ultra-high frequency and ultra-low intensiveness to treatment of addictions, especially dependence on volatile organic compounds. It helps to restore dynamical structural functional organization of activity of brain. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 95-103).

Литература

1. Чуян Е.Н., Темуриянц Н.А., Пономарева В.П., Чирский Н.В. Функциональные асимметрии у человека и животных: влияние низкоинтенсивного электромагнитного излучения миллиметрового диапазона. — Симферополь, 2004. — 440 с.

2. Чуян Е.Н., Темуриянц Н.А., Московчук О.Б., Чирский Н.В., Верко Н.П., Туманянц Е.Н., Пономарева В.П. Физиологические механизмы биологических эффектов низкоинтенсивного ЭМИ КВЧ. — Симферополь: ЧП «Эльинь», 2003. — 448 с.

3. Берченко О.Г., Гейко В.В. Нейрофизиологический и иммунологический анализ воздействия электромагнитных излучений крайне высокой частоты и крайне низкой мощности на крыс с алкогольной зависимостью // Матеріали ІХ-ї Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів: «Довженківські читання: Актуальні питання соціальної і клінічної наркології», присвяченої 90-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О.Р. Довженка, 8-9 квітня 2008р. Харків. — С. 204 - 206.

4. Чернобровкина Т.В. Теоретические предпосылки эффективности немедикаментозных методов терапии в наркологии // В кн.: Дискуссионные вопросы в наркологии: профилактика, лечение и реабилитация. Матеріали Російської конфер., Иваново, 8 - 10 июня 2005. — С. 25 - 28.

5. Лян Н.В., Лян В.Н., Воропин С.Д. Миллиметровая терапия

в лечении токсикоманий // Сб. докл. 12 Российского симпозиума с международным участием «Миллиметровые волны в биологии и медицине». — М.: ИРЭ РАН. — 2000. — С. 52 - 55.

6. Полякова А.Г. Оптимизация восстановительного лечения больных путем применения КВЧ-терапии // Миллиметровые волны нетепловой интенсивности в медицине. — 2002. - № 1 (25). — С. 57 - 61.

7. Вейн А.М., Воробьева О.В. Универсальные церебральные механизмы в патогенезе пароксизмальных состояний // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1999. — Т. 99, В. 12. — С.8 - 12.

8. Карлов В.А. Пароксизмальный мозг // Неврологический вестник им. В.М.Бехтерева. Тезисы докладов международного научного конгресса «Бехтерев В.М. — основоположник нейронаук: творческое наследие, история и современность». — Казань: Медицина, 2007. — Т.39. — В.1. — С.138-139.

9. Марута Н.А., Колядко С.П., Воробьева Т.М. Концепция универсальной роли пароксизмального мозга в механизмах переходных состояний при невротических расстройствах // Вісник психіатрії та психофармакотерапії — 2006. - № 1 (9). — С.10-12.

10. Пономарев В.И. Особенности ингаляционной токсикомани у детей и подростков // Медицинская психология. — 2006. — Т. 1. - № 3. — С.92-96.

Поступила в редакцию 16.03.2009

УДК 616.853-053.2+615.213

*О.Л. Яворская***РОЛЬ ВАСКУЛЯРНОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИЙ У ДЕТЕЙ И АДДИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ЕГО КОРРЕКЦИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: дети, эпилепсия, церебральные сосуды, извитость, ангиография, доплерография, электроэнцефалография, лечение, резистентность

Эпилептические приступы у детей составляют значительную проблему, как с точки зрения диагностики, так и с точки зрения терапии. Несмотря на значительное количество доступных сегодня антиконвульсантов для монотерапии и еще большее количество вариантов политерапии, 15-20% пациентов не достигают удовлетворительного контроля. Эта цифра может быть ещё большей для отдельных форм эпилепсий.

Разрешение проблемы истинной фармакорезистентности, обусловленной биологическими причинами, требует понимания патофизиологических механизмов ее формирования. Учитывая тот факт, что еще не изучена досконально патофизиология эпилептогенеза вообще, становятся понятными наши растерянность и неудовлетворенность при попытках подобрать терапию для таких пациентов.

Одним из малоизученных аспектов патогенеза эпилепсии является состояние церебральной гемодинамики. Сегодня существуют данные указывающие на участие гемодинамических нарушений в эпилептогенезе на уровне эпилептического очага или мозга в целом [1-4].

Изучая неврологические аспекты дизгенезии

соединительной ткани у детей, было отмечено частое сочетание аномалий анатомического строения (патологической извитости, гипо- или аплазии) прецеребральных и церебральных сосудов с вариабельной неврологической патологией [5-6].

Такая же ассоциация была выявлена нами и при обследовании пациентов с резистентными формами эпилепсий. Учитывая имеющиеся литературные данные о возможном участии гемодинамических нарушений в патогенезе эпилепсии, мы предположили, что эти же механизмы могут быть задействованы и в механизмы формирования фармакорезистентности. Для проверки этой гипотезы было предпринято изучение состояния сосудистого русла и показателей церебральной гемодинамики у детей с различными формами эпилепсий и различным ответом на антиконвульсантную терапию. Целью этого исследования явилось установление взаимосвязи между анатомическими изменениями церебральных и прецеребральных сосудов, состоянием церебральной гемодинамики и развитием фармакорезистентности, а также разработка терапии при наличии такой ассоциации.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 70 детей с различными формами эпилепсии в возрасте от 1 года 7 месяцев до 15 лет 10 мес. Средний возраст составил $8,5 \pm 4,5$ лет. В возрасте 1-3 года были 17 чел (23%), 3-9 лет - 32 человека (48%), 10-15 лет - 21 чел. (29%).

Мальчиков было 33 чел. (47,1%), девочек - 37 чел. (52,9%).

Диагноз эпилепсии устанавливался по принципиальной схеме действующей сегодня Международной классификации эпилепсий и эпилептических синдромов (ILAE 1981 г.) - учитыва-

лась этиология заболевания, локальные или генерализованные формы, а также варианты эпилептических синдромов.

В соответствии с этиологией были выделены идиопатические, криптогенные и симптоматические формы. В соответствии с патофизиологическими критериями выделялись генерализованные и локализационно-обусловленные (фокальные) формы (табл. 1.).

Если у пациента формировался известный возраст-зависимый эпилептический синдром, то им выставлялся соответствующий диагноз.

Структура наблюдаемых больных в соответствии с классификацией эпилепсий и эпилептических синдромов

| Форма эпилепсии | Абс. кол-во | % |
|-----------------------------------|--------------------|----------|
| Идиопатическая фокальная | 8 | 11,4 |
| Идиопатическая генерализованная | 17 | 24,3 |
| Криптогенная фокальная | 10 | 11,4 |
| Криптогенная генерализованная | 3 | 4,3 |
| Симптоматическая фокальная | 27 | 38,6 |
| Симптоматическая генерализованная | 5 | 7,1 |
| Всего | 70 | 100 |

Всем пациентам проводилось тщательное изучение неврологического и соматического статуса. Для проведения статистического анализа тяжесть неврологического дефицита была оценена в баллах. Отсутствие неврологического дефицита оценивалось в 0 баллов. Расстройства двигательной сферы в виде анизорефлексии, гиперрефлексии, изменений мышечного тонуса, расстройств черепно-мозговой иннервации, которые не приводили к дезадаптации пациента, оценивались в 1 балл. Оценке 2 балла соответствовали неврологические нарушения с умеренной дезадаптацией пациента - монопарезы конечностей, координаторные расстройства, легкие расстройства речи и/или поведения, которые позволяли пациентам сохранять самообслуживание и обеспечивали возможность психомоторного развития. Грубые геми- и тетрапарезы, выраженные тонусные расстройства, снижение когнитивных функций или другие неврологические синдромы, которые делали детей зависимыми и ограничивали психомоторное развитие оценивались в 3 балла.

Каждому из пациентов проведены исследования состояния сосудов и церебральной гемодинамики в интериктальном периоде.

Анатомическое строение сосудов головы и шеи изучалось с помощью магнитно-резонансной ангиографии ("Gyrosan Interra", Голландия). Наличие патологической извитости сосуда оценивалось в 1 балл, гипо- или аплазия сосуда – в 2 балла. Каждому пациенту присваивалась суммарная оценка анатомических аномалий сосудов [5, 7].

Функциональное состояние церебрального кровотока изучалось с помощью транскраниальной доплерографии ("Logidor 4", Германия). Оценивались показатели максимальной систолической частоты, конечной диастолической частоты, линейной скорости кровотока, индекса резистентности и коэффициента асимметрии кровотока в надблоковых, позвоночных, пере-

дных, средних и задних мозговых артериях с обеих сторон. Также изучалось состояние венозной гемодинамики [7].

Исследования биоэлектрической активности мозга выполнялось на программно-аппаратном комплексе DXNT 32 Professional (Украина). Использовалась 19-канальная запись с наложением электродов в соответствии со схемой "10-20". Схема обследования включала в себя запись в состоянии бодрствования (открытые и закрытые глаза, фотостимуляция, гипервентиляция) и в состоянии сна.

Для статистического анализа использовались следующие параметры биоэлектрической активности мозга (БЭА) – степень неспецифических изменений БЭА в баллах, средняя частота базового ритма (СЧБР), средний интервал между разрядами, число эпилептических очагов и число отведений вовлеченных в эпилептические разряды у каждого пациента с фокальной эпилепсией.

Антиконвульсантную терапию получали все пациенты. Терапия строилась на основе текущих рекомендаций Международной противосудорожной лиги [8]. Пациенты с курабельными формами эпилепсий в большинстве случаев находились на монотерапии (19/28; 67,9%) и в 9 случаях (32,1%) больные получали 2 препарата.

До включения в исследование все больные с фармакорезистентностью испробовали от 2 до 4 вариантов антиконвульсантной терапии. Терапия во всех резистентных случаях предусматривала коррекцию назначений в зависимости от лекарственного анамнеза и использование дополнительных методов лечения (кортикостероиды, внутривенные инфузии иммуноглобулинов) в зависимости от клинической ситуации.

Контроль безопасности терапии осуществлялся с помощью анализа клинических данных, контроля лабораторных показателей крови, а также с помощью мониторинга уровня АЭП в крови при политерапии.

Основным критерием эффективности терапии была принято относительное изменение средней частоты приступов в месяц, что позволяло сравнивать пациентов вне зависимости от абсолютного количества приступов, и доля пациентов с эффективностью более 50%, так называемых респондеров, в группе. Эффективность терапии учитывалась через 3 месяца от ее начала или ее коррекции в случае политерапии.

Эффективность терапии рассчитывалась по следующей формуле:

$$\text{Эффективность} = \frac{\text{Исходная СЧП} - \text{Конечная СЧП}}{\text{Исходная СЧП}} \times 100\%$$

Для проверки гипотезы о наличии патогенетической взаимосвязи аномалий развития мозга, патологической извитости магистральных сосудов головы, расстройств церебральной гемодинамики и развития фармакорезистентных форм эпилепсий, для анализа были сформированы группы сравнения в соответствии с ответом на антиконвульсантную терапию (фармакорезистентные - курабельные формы) и в соответствии с данными магнитно-резонансной ан-

гиографии (нормальное анатомическое строение сосудов – патологическая извитость, гипо- или аплазия сосудов).

Одна линия анализа была представлена 42 детьми с фармакорезистентными формами и 28 детьми с курабельными формами эпилепсий.

Для второй линии анализа эти же пациенты были разделены по результатам МРА на 2 группы – 47 детей с наличием патологической извитости, гипо- или аплазии прецеребральных сосудов и 23 ребенка без анатомических аномалий прецеребральных сосудов.

Все группы достоверно не отличались друг от друга ни половым, ни возрастным и ни нозологическим составом.

Таким образом, из 70 больных у 34 детей (48,6%) имело место сочетание патологической извитости и фармакорезистентности, у 13 детей (18,6%) имела место патологическая извитость без фармакорезистентности, у 8 детей (11,4%) имела фармакорезистентность без аномалий сосудов и 15 детей (21,4%) были курабельные формы эпилепсии с нормальным анатомическим строением сосудов.

Результаты исследования и их обсуждение

Неврологический статус.

Результаты анализа неврологического статуса пациентов в зависимости от этиологии эпилепсии, результатов МРА, формы эпилепсии, наличия или отсутствия фармакорезистентности представлены в таблицах 2 и 3.

Неврологический дефицит встречался значительно чаще при резистентных формах эпилепсий в сравнении с курабельными – 71,4% против 44,0% соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, при резистентных эпилепсиях степень выраженности неврологического дефицита также была большей чем при курабельных – $2,0 \pm 0,7$ балла (ДИ = 1,8 – 2,3) и $1,5 \pm 0,6$ балла (ДИ = 1,1 – 1,9) при $p = 0,0345$. Тяжесть неврологического дефицита была большей при резистентных фор-

мах эпилепсии во всех анализируемых подгруппах, но степени достоверной эта разница не достигала.

При наличии патологической извитости, гипо- или аплазии прецеребральных сосудов частота выявления неврологического дефицита была достоверно большей, чем при нормальной ангиоархитектонике – 61,7% и 52,2% соответственно ($p < 0,05$). Степень выраженности неврологических проявлений у детей с сосудистой патологией была немного большей в сравнении с детьми с нормальными прецеребральными сосудами – $1,9 \pm 0,8$ балла (ДИ = 1,6 – 2,2) и $1,8 \pm 0,6$ (1,5 – 2,1) при $p = 0,7811$. Эта же тенденция была выявлена и при анализе в нозологических и этиологических подгруппах пациентов.

Таблица 2

Частота выявления неврологического дефицита в исследуемых группах

| Группы пациентов | Показатели | | |
|--|------------|---------|------------------|
| | Абс.кол-во | Доля, % | P |
| Резистентные (n = 42) | 30 | 71,4 | < 0,05 |
| Курабельные (n = 28) | 12 | 42,9 | |
| Аномалии сосудов есть (n = 47) | 29 | 61,7 | < 0,05 |
| Аномалий сосудов нет (n = 23) | 12 | 52,2 | |
| Симптоматические (n = 32) | 23 | 71,9 | < 0,05 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 18 | 47,4 | |
| Генерализованные (n = 25) | 11 | 44,0 | < 0,05 |
| Фокальные (n = 45) | 31 | 66,7 | |

Средняя степень выраженности неврологического дефицита в исследуемых группах

| Группы пациентов | Показатели | | |
|--|------------|-----------|---------------|
| | М ± m | ДИ | Р |
| Резистентные (n = 42) | 2,0 ± 0,7 | 1,8 – 2,3 | 0,0345 |
| Курабельные (n = 28) | 1,5 ± 0,6 | 1,1 – 1,9 | |
| Аномалии сосудов есть (n = 47) | 1,9 ± 0,8 | 1,6 – 2,2 | 0,7811 |
| Аномалий сосудов нет (n = 23) | 1,8 ± 0,6 | 1,5 – 2,1 | |
| Симптоматические (n = 32) | 2,1 ± 0,8 | 1,8 – 2,5 | 0,0166 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 1,6 ± 0,5 | 1,4 – 1,8 | |
| Генерализованные (n = 25) | 1,8 ± 0,7 | 1,4 – 2,2 | 0,9544 |
| Фокальные (n = 45) | 1,8 ± 0,7 | 1,6 – 2,1 | |

Сравнение частоты выявления и тяжести неврологического дефицита в зависимости от этиологии эпилепсии показало, что при симптоматических формах неврологический дефицит встречается достоверно чаще, чем при криптогенных или идиопатических формах – 71,9% и 47,4%. Тяжесть неврологического дефицита была большей при симптоматической этиологии – 2,1±0,8 балла (ДИ = 1,8 – 2,5) против 1,6±0,5 балла (ДИ = 1,4 - 1,8) при идиопатических и криптогенных эпилепсиях (p = 0,0166). Тяжесть неврологического дефицита при симптоматических эпилепсиях в сравнении с идиопатическими и криптогенными также была большей во всех анализируемых подгруппах, достигая степени достоверной у детей с пато-

логической извитостью – 2,2±0,8 балла (ДИ = 1,8 – 2,5) и 1,5±0,5 балла (ДИ = 1,2 – 1,8) при p = 0,0155.

Сравнение встречаемости неврологического дефицита при фокальных и генерализованных формах эпилепсии показало, что дефицит чаще выявляется у пациентов с локализационно-обусловленными вариантами эпилепсий – 66,7% и 44,0% (p < 0,05). Степень тяжести дефицита при таком сравнении оказалась почти равной.

Магнитно-резонансная ангиография.

Анализ данных показал, что наличие и степень выраженности анатомических изменений прецеребральных сосудов ассоциированы с симптоматической этиологией эпилепсии и фармакорезистентностью (табл. 4 и 5).

Таблица 4

Частота встречаемости анатомических изменений сосудов в изучаемых группах больных по данным МРА

| Группы пациентов | Показатели | | Р |
|--|------------|---------|------------------|
| | Абс.кол-во | Доля, % | |
| Резистентные (n = 42) | 34 | 81,0 | < 0,01 |
| Курабельные (n = 28) | 12 | 42,9 | |
| Симптоматические (n = 32) | 25 | 78,1 | > 0,05 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 22 | 57,9 | |
| Генерализованные (n = 25) | 14 | 56,0 | > 0,05 |
| Фокальные (n = 45) | 33 | 73,3 | |

Таблица 5

Средняя суммарная оценка патологических изменений сосудов по данным МРА в изучаемых группах

| Группы пациентов | Показатели | | Р |
|--|-------------|-------------|---------------|
| | Абс.кол-во | ДИ | |
| Резистентные (n = 42) | 2,74 ± 1,12 | 2,36 – 3,11 | 0,0005 |
| Курабельные (n = 28) | 2,15 ± 0,95 | 1,64 – 2,67 | |
| Симптоматические (n = 32) | 2,76 ± 1,11 | 2,33 – 3,19 | 0,0302 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 2,36 ± 1,07 | 1,92 – 2,81 | |
| Генерализованные (n = 25) | 2,29 ± 0,88 | 1,84 – 2,73 | 0,055 |
| Фокальные (n = 45) | 2,70 ± 1,17 | 2,29 – 3,10 | |

Так, у детей с патологией сосудов достоверно чаще встречалась симптоматическая этиология эпилепсии (54,3% против 30,0%; $p < 0,05$) и, с другой стороны, патологические изменения сосудов встречались чаще ($p > 0,05$) и их выраженность была достоверно выше ($p = 0,049$) у детей с симптоматической эпилепсией – частота встречаемости 78,1% и средняя оценка $2,76 \pm 1,11$ балла (ДИ = 2,33 – 3,19) против 57,9% и средней оценке $2,36 \pm 1,07$ балла (ДИ = 1,92 – 2,81) в других этиологических группах. При сравнении пациентов с идиопатическими эпилепсиями и пациентов с криптогенными и симптоматическими эпилепсиями была выявлена еще большая разница. Так, при идиопатических эпилепсиях эти показатели составили 56,0% и $2,07 \pm 0,80$ балла (ДИ = 1,76 – 2,38), тогда как при симптоматическом или криптогенном происхождении эпилепсии – 73,3% и $2,79 \pm 1,15$ (ДИ = 2,45 – 3,12) при $p = 0,028$.

Среди детей с патологическими изменениями сосудов фармакорезистентные формы эпилепсии имели место достоверно чаще ($p < 0,01$), чем среди детей без сосудистой патологии – 65,7% против 35,0%. С другой стороны, патологические изменения прецеребральных сосудов встречались достоверно чаще ($p < 0,05$) и были выражены достоверно больше ($p = 0,004$) у детей с фармакорезистентными формами эпилепсий. Причем достоверные различия были как для всех прецеребральных сосудов вместе, так и отдельных сосудистых систем (ВСА слева, ПА в обоих полушариях). Корреляция между наличием патологических изменений сосудов и развитием фармакорезистентности носила достоверный характер (коэффициент сопряженности = 9,03; $p < 0,05$).

Допплерография.

У всех обследованных детей были обнаружены изменения артериального кровотока. При этом у детей с фармакорезистентностью дефицит кровотока по передней мозговой артерии отмечался в 14 случаях (33,3%), по средней мозговой артерии – в 22 случаях (52,4%), по задней мозговой артерии – у 11 детей (26,2%), по основной артерии – у 11 детей (26,2%) и по позвоночной – у 13 детей (30,9%). В у детей с курабельными формами дефицит кровотока был выявлен у 7 детей (25,0%) по СМА и у 9 детей (32,1%) по ПА. Дефицит кровотока составлял по церебральным артериям от 15 до 35%, а по ПА от 25 до 40% от нормы. Признаков дилатации артерий у всех обследованных больных выявлено не было (RI в пределах нормы).

Наиболее часто при исследовании мозгового кровотока выявлялись признаки затруднения ве-

нозного оттока из полости черепа: 88,5% и 57,1% при наличии резистентности и в ее отсутствие, соответственно (различия между группами достоверны, $p < 0,05$). Причем у детей с фармакорезистентностью чаще отмечалось затруднение венозного оттока из всех отделов черепа с признаками внутричерепной гипертензии (32 ребенка – 76,2%), реже – затруднение венозного оттока из передней черепной ямки (5 детей) без признаков повышения внутричерепного давления. Среди детей с курабельными формами эпилепсий чаще выявляли затруднение венозного оттока из передней черепной ямки (12 больных – 42,9%), чем из всех отделов черепа (4 больных – 14,3%). Признаки внутричерепной гипертензии отмечались у 9 детей контрольной группы (32,1%).

Электроэнцефалография.

Изученные показатели фоновой биоэлектрической активности мозга (БЭА) продемонстрировали отчетливую тенденцию быть хуже у больных патологической извитостью, гипо- или аплазией церебральных сосудов и у больных фармакорезистентными формами эпилепсий.

При резистентных формах эпилепсий неспецифические изменения БЭА встречались чаще и были выражены больше в сравнении с курабельными формами. Эти показатели составили 73,8% и 32,1% ($p < 0,01$) при средней оценке выраженности $1,9 \pm 0,8$ балла (ДИ = 1,7 – 2,2) и $1,1 \pm 0,3$ балла (ДИ = 0,9 – 1,3) соответственно ($p = 0,0001$). У детей с патологическими изменениями сосудов этот показатель ЭЭГ также был хуже, чем у детей с нормальными сосудами. Неспецифические изменения были отмечены у 66,0% детей патологической извитостью или гипоплазиями сосудов и средняя оценка их тяжести составила $1,8 \pm 0,8$ балла (ДИ = 1,6 – 2,1). У детей без аномалий сосудов эти показатели составили 39,1% и $1,4 \pm 0,7$ балла (ДИ = 1,0 – 1,9). Разница в частоте встречаемости этого феномена была достоверной ($p < 0,01$; коэффициент сопряженности – 5,46).

Средняя частота базового ритма была достоверно меньшей среди пациентов с наличием патологически измененных прецеребральных сосудов в сравнении с пациентами с нормальной картиной при магнитно-резонансной ангиографии – $7,3 \pm 1,3$ Гц (ДИ = 6,9 – 7,7 Гц) и $8,0 \pm 0,9$ Гц (ДИ = 7,6 – 8,3 Гц) соответственно ($p = 0,0089$). Этот же показатель был хуже у больных с фармакорезистентностью в сравнении с пациентами с хорошим ответом на терапию – $7,0 \pm 1,3$ Гц (ДИ = 6,6 – 7,4 Гц) и $8,2 \pm 0,7$ Гц (ДИ = 8,0 – 8,5 Гц) соответственно ($p < 0,0001$).

Количественные показатели эпилептической активности – среднее количество очагов и среднее количество отведений вовлеченных в разряды

– были хуже при наличии патологической извитости сосудов, при фармакорезистентности, при симптоматической форме эпилепсии (табл. 6 – 7).

Таблица 6

Среднее количество эпилептических очагов по данным ЭЭГ в изучаемых группах

| Группы пациентов | Показатели | | |
|--|------------|-----------|--------|
| | М ± m | ДИ | Р |
| Резистентные (n = 42) | 2,0 ± 1,1 | 1,6 – 2,4 | 0,1023 |
| Курабельные (n = 28) | 1,6 ± 0,5 | 1,1 – 1,9 | |
| Аномалии сосудов есть (n = 47) | 2,0 ± 1,1 | 1,7 – 2,4 | 0,2164 |
| Аномалий сосудов нет (n = 23) | 1,6 ± 0,8 | 1,2 – 2,1 | |
| Симптоматические (n = 32) | 1,8 ± 0,8 | 1,4 – 2,1 | 0,4120 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 2,0 ± 1,2 | 1,6 – 2,5 | |

Таблица 7

Среднее количество отведений вовлеченных в эпилептические разряды в изучаемых группах

| Группы пациентов | Показатели | | |
|--|------------|-----------|---------------|
| | М ± m | ДИ | Р |
| Резистентные (n = 42) | 7,2 ± 3,0 | 6,1 – 8,2 | 0,0302 |
| Курабельные (n = 28) | 5,4 ± 1,6 | 4,4 – 6,4 | |
| Аномалии сосудов есть (n = 47) | 7,2 ± 3,0 | 6,1 – 8,2 | 0,0534 |
| Аномалий сосудов нет (n = 23) | 5,5 ± 1,8 | 4,5 – 6,6 | |
| Симптоматические (n = 32) | 6,9 ± 3,4 | 5,5 – 8,3 | 0,7396 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 6,6 ± 2,0 | 5,7 – 7,5 | |

Лечение.

Результаты лечения в различных группах представлены в таблицах 8 и 9.

При сравнении результатов лечения у пациентов с курабельными и резистентными формами эпилепсий средняя эффективность терапии и количество респондеров были значимо более высокими при курабельных вари-

антах эпилепсий вне зависимости от проводимой терапии или формы эпилепсии. Так, средняя эффективность терапии составила $82,5 \pm 14,5\%$ (ДИ = 79,7 – 90,7) и $51,8 \pm 28,6\%$ (ДИ = 42,8 – 60,9) при $p < 0,0001$. Доля респондеров при резистентных формах составила 45,2% против 92,9% среди курабельных пациентов ($p < 0,01$).

Таблица 8

Результаты терапии - средняя эффективность терапии в исследуемых группах

| Группы пациентов | Показатели (%) | | |
|--|----------------|-------------|-------------------|
| | М ± m | ДИ | Р |
| Резистентные (n = 42) | 51,8 ± 28,6 | 42,8 – 60,9 | < 0,001 |
| Курабельные (n = 28) | 82,5 ± 14,5 | 79,7 – 90,7 | |
| Аномалии сосудов есть (n = 47) | 63,1 ± 29,8 | 54,3 – 71,9 | 0,2913 |
| Аномалий сосудов нет (n = 23) | 71,0 ± 26,2 | 60,3 – 81,8 | |
| Симптоматические (n = 32) | 59,4 ± 29,1 | 48,8 – 70,0 | 0,1250 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 70,7 ± 28,0 | 61,5 – 79,8 | |
| Генерализованные (n = 25) | 71,5 ± 25,7 | 61,2 – 81,7 | 0,2824 |
| Фокальные (n = 45) | 63,8 ± 29,1 | 54,7 – 72,8 | |

Анализ показателей эффективности в зависимости от этиологического фактора показал, что число респондеров достоверно выше при идиопатических или криптогенных эпилепсиях в сравнении с симптоматическими эпилепсиями – 73,7% против 53,1% ($p < 0,05$). Средняя эффективность при симптоматических эпилеп-

сиях составила $59,4 \pm 29,1\%$ (ДИ = 48,8 – 70,0), а у пациентов с идиопатическими и криптогенными эпилепсиями - $70,7 \pm 28,0\%$ (ДИ = 61,5 – 79,8) при $p = 0,125$. Еще более заметная разница в эффективности в связи с этиологией процесса выявляется при сравнении пациентов только с идиопатическими эпилепсиями и па-

циентов с симптоматическим и криптогенными эпилепсиями. Доля респондеров среди детей с идиопатическими эпилепсиями составила 84,0%, а у детей с криптогенными и симпто-

матических формами – 53,3% ($p < 0,01$). Средняя эффективность была $82,4 \pm 21,9\%$ (ДИ = 73,7 – 91,2) и $55,9 \pm 28,0\%$ (ДИ = 47,3 – 64,5) соответственно при $p = 0,0001$.

Таблица 9

Результаты терапии - количество респондеров в исследуемых группах

| Группы пациентов | Показатели | | |
|--|-------------|---------|--------|
| | Абс. кол-во | Доля, % | P |
| Резистентные (n = 42) | 26 | 92,9 | < 0,01 |
| Курабельные (n = 28) | 19 | 45,2 | |
| Аномалии сосудов есть (n = 47) | 29 | 61,7 | > 0,05 |
| Аномалий сосудов нет (n = 23) | 16 | 69,6 | |
| Симптоматические (n = 32) | 17 | 53,1 | < 0,05 |
| Идиопатические и криптогенные (n = 38) | 28 | 73,7 | |
| Генерализованные (n = 25) | 18 | 72,0 | > 0,05 |
| Фокальные (n = 45) | 27 | 60,0 | |

Доли респондеров соотносились как 20,0% при симптоматических и 85,0% при несимптоматических эпилепсиях ($p < 0,01$). Средняя эффективность терапии при симптоматических генерализованных эпилепсиях составила $39,1 \pm 18,4\%$ (ДИ = 23,0 – 55,2), тогда как при идиопатических или криптогенных формах – $80,0 \pm 20,0\%$ (ДИ = 71,3 – 88,7) при $p = 0,0068$.

Анализ эффективности терапии в зависимости от генерализованной или локализационно-обусловленной формы эпилепсии показал, что дети с фокальной эпилепсией склонны демонстрировать худшие результаты, чем дети с генерализованными формами. Так, при фокальных эпилепсиях респондеры составили 60,0% при средней эффективности $63,8 \pm 29,1\%$ (ДИ = 54,7 – 72,8), тогда как при генерализованных эпилепсиях доля респондеров достигала 72,0% при средней эффективности $71,7 \pm 25,7\%$ (ДИ = 61,2 – 81,7). Количество респондеров было достоверно меньшим при фокальной эпилепсии только в подгруппах пациентов без патологических изменений прецеребральных сосудов и при несимптоматической этиологии эпилепсии.

Во всех анализируемых группах наличие патологической извитости, гипо- или аплазии прецеребральных сосудов было ассоциировано с несколько меньшей эффективностью терапии в сравнении с детьми с нормальной картиной МРА. Так, в целом, при наличии сосудистой патологии число респондеров составило 61,7% при средней эффективности $63,1 \pm 29,8\%$ (ДИ = 54,3 – 71,9). У детей с нормальным строением сосудов эффективность более 50% была достигнута у 69,6% при средней эффективности $71,0 \pm 26,2\%$ (ДИ = 60,3 – 81,8). Во всех подгруппах сравнения эта разница не достигала уровня достоверной.

33 ребенка у которых имела место комбинация фармакорезистентности и патологической извитости, гипо- или аплазии были разделены случайным образом на две группы. 11 детей получали вышеописанную терапию и 22 детям в комплекс лечения была включена никотиновая кислота. Никотиновая кислота вводилась подкожно по схеме с постепенным увеличением дозы с шагом 0,5 мл на инъекцию. Максимальная доза зависела от возраста ребенка и переносимости препарата и могла достигать 2,5 мл. Переносимость этих инъекций была хорошей и нежелательные явления, требующие прекращения инъекций никотиновой кислоты, зарегистрированы не были.

В результате снижение частоты приступов более чем на 50% было достигнуто у 15 детей (68,2%) в группе никотиновой кислоты и у 3 детей (27,3%) в группе без никотиновой кислоты ($p < 0,05$; коэффициент сопряжения – 4,51).

Средняя эффективность терапии в группе никотиновой кислоты составила $66,6 \pm 23,4\%$ (ДИ = 56,8 – 76,4%). В подгруппе детей, не получавших никотиновую кислоту, этот показатель составил $39,2 \pm 29,7\%$ (ДИ = 21,7 – 56,7%) при $p = 0,039$.

ВЫВОДЫ

Анализ полученных в результате этого исследования данных показывает, что есть связь между наличием патологической извитости, гипо- или аплазии прецеребральных сосудов и ответом на терапию. Так, среди пациентов с изменениями на МР-ангиографии в 72,3% имела место фармакорезистентность, тогда как при нормальной ангиографической картине фармакорезистентность имела место у 34,8% детей. Разница носила достоверный характер ($p < 0,01$;

коэффициент сопряжения – 9,3). С другой стороны, среди фармакорезистентных пациентов патология при МР-ангиографии была выявлена в 81,0% случаев, тогда как среди курабельных – в 46,4% случаев ($p < 0,01$; коэффициент сопряжения – 5,2).

Фармакорезистентность также оказалась ассоциированной с симптоматической этиологией эпилепсии. Среди детей с симптоматическими эпилепсиями резистентные случаи встречались в 1,93 раза чаще чем при идиопатической или криптогенной этиологии – 81,3% и 42,1% соответственно ($p < 0,01$; коэффициент сопряжения – 3,9). При идиопатических эпилепсиях резистентность встречалась в 4,1 раза реже, чем при симптоматических и криптогенных эпилепсиях – 20,0% и 82,2% соответственно ($p < 0,01$; коэффициент сопряжения – 24,6).

Патологическая извитость сосудов встречалась чаще при симптоматических формах эпилепсии во всех рассмотренных группах больных. С другой стороны, среди больных с патологической МРА симптоматические формы эпилепсии встречались в 1,7 раза чаще, чем при нормальной ангиографической картине ($p < 0,05$; коэффициент сопряжения – 5,3).

У детей с резистентными формами эпилепсии при доплерографическом исследовании сосудов шеи и головного мозга в 2,1 раза чаще ($p < 0,05$) отмечались признаки дефицита кровотока по церебральным сосудам и в 2,4 раза чаще ($p < 0,01$) внутричерепная гипертензия по сравнению с больными без фармакорезистентности.

Анализ данных неврологического статуса в изучаемых группах демонстрирует ассоциацию между встречаемостью неврологического дефицита и наличием патологии прецеребральных сосудов, симптоматической этиологией эпилепсии, фокальной ее формой и резистентным течением. Большая выраженность неврологического дефицита четко коррелирует с наличием фармакорезистентности и симптоматической этиологией эпилепсии. Тенденция к худшим показателям неврологического статуса также имеет место при наличии аномалий анатомического строения прецеребральных сосудов.

Количественные физиологические и патологические электрографические показатели также были хуже при наличии патологической карти-

ны МР-ангиографии и/или МР-томографии головного мозга и в случаях фармакорезистентности. Низкие показатели частоты базового ритма, выраженность неспецифических изменений и большая выраженность эпилептической активности в указанных группах больных может быть признаком формирования эпилептической энцефалопатии.

Без учета проводимой терапии показатели ее эффективности в целом оказались худшими среди больных с патологической извитостью сосудов, среди детей с фармакорезистентностью и среди детей симптоматическими и криптогенными формами эпилепсий. При сравнении результатов различных методов лечения выявлено достоверное увеличение эффективности терапии при включении в ее схему никотиновой кислоты. Доля респондеров в 2,5 раза больше, а средняя эффективность в 1,6 выше при применении никотиновой кислоты, чем при применении только антиконвульсантов.

Таким образом, мы можем констатировать, что наличие патологической извитости, гипоплазии аплазии прецеребральных сосудов, нарушений церебральной гемодинамики по данным доплерографии и симптоматическая этиология эпилепсии взаимосвязаны друг с другом и ассоциированы с резистентным течением эпилепсии, большей тяжестью неврологического дефицита и худшими показателями биоэлектрической активности мозга по данным ЭЭГ. Это позволяет предположить, что вариабельные нарушения морфогенеза головного мозга в период беременности сопровождаются также формированием аномалий его сосудов мозга, а сопутствующие расстройства церебральной гемодинамики могут способствовать формированию эпилептической энцефалопатии и ухудшению течения эпилепсии. Коррекция васкулярной составляющей эпилептического процесса в таких случаях может приводить к улучшению исходов. В качестве аддитивной терапии у таких больных может быть рекомендовано внутримышечное введение никотиновой кислоты, которая обладает достаточно высокой эффективностью для коррекции церебральных гемодинамических расстройств при патологической извитости, гипоплазии прецеребральных сосудов и характеризуется хорошей переносимостью.

РОЛЬ ВАСКУЛЯРНОГО ФАКТОРУ У ФОРМУВАННІ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ ТА АДИТИВНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

70 дітей с різними формами епілепсій були обстежені клінічно, проведені магнітно-резонансна томографія та магнітно-резонансна ангиографія, транскраніальна доплерографія та електроенцефалографія. Виявлено асоціацію між симптоматичною етіологією епілепсії, патологічною звитістю, гіпо- або аплазією прецеребральних судин, порушеннями церебральної гемодинаміки та формуванням фармакорезистентності. Рекомендовано адитивну терапію нікотиновою кислотою внутрішньом'язово, що покращує виходи при епілепсії, що сполучається з патологічною анатомічною побудовою церебральних судин. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 104-112).

O. Yavorskaya

THE ROLE OF VASCULAR FACTOR IN FORMATION OF PHARMACORESISTANT FORMS OF EPILEPSIES IN CHILDREN AND ADDITIVE THERAPY FOR ITS CORRECTION

Donetsk national medical university na. M.Gorkiy

To 70 children with various forms of epilepsies clinical examination, MR-tomography and MR-angiography, transcranial dopplerography and electroencephalography has been executed. The association between symptomatic aetiology of epilepsy, pathological tortuosity, hypo-or aplasia of cerebral vessels, cerebral haemodynamic disturbances and formation pharmacoresistance is revealed. Additive therapy by nicotinic acid i/m is recommended, that improves outcomes in cases of epilepsy combined with pathological anatomic structure of cerebral vessels. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 104-112).

Литература

1. Joo Y., Tae S., Hong S. Cerebral blood flow abnormality in patients with idiopathic generalized epilepsy // *Neurol.* – 2008. – v.255(4). – p. 520-525
2. Krings T, et al. Hemodynamic changes in simple partial epilepsy: A functional MRI study // *Neurology.* – 2000. – v.54(2). – p. 524–527.
3. Weinand M. Vascular steal model of human temporal lobe epileptogenicity: the relationship between electrocorticographic interhemispheric propagation time and cerebral blood flow // *Medical Hypotheses.* - 2000. – v. 54(5). – p. 717-720
4. Бейн Б.Н. Эпилепсия: вегетативно-сосудистые и микроциркуляторные расстройства // Киров. - 1997. – 144 с.
5. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С., Соловьёва Е.М., Душацкая А.В. Неинвазивная МРТ-ангиография в диагностике патологической извитости, гипо- и аплазии прецеребральных артерий у детей с дисплазией соединительной ткани // *Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти.* – т. 1. - № 2. – 2005. – с. 47-49
6. Лисовский Е.В., Евтушенко С.К., Яворская О.Л., Евтушенко О.С. К вопросу о классификации неврологических проявлений врожденной слабости соединительной ткани // *Международный неврологический журнал.* – 2005. - № 3. – с. 33-35
7. Лисовский Е.В., Евтушенко С.К., Евтушенко О.С., Винокуров Д.Л., Соловьёва Е.М., Яворская О.Л. Цветовое дуплексное сканирование и МР-ангиография в диагностике патологической извитости, гипо- и аплазии прецеребральных артерий у детей с врожденной слабостью соединительной ткани / *Вестник неотложной и восстановительной медицины.* – 2006. – т.7., № 1. – с. 66-69
8. Glauser T. et al. ILAE Treatment Guidelines: Evidence-based Analysis of Antiepileptic Drug Efficacy and Effectiveness as Initial Monotherapy for Epileptic Seizures and Syndromes // *Epilepsia.* – 2006. – v.47(7). – p. 1094–1120

Поступила в редакцию 29.04.2009

УДК 616.89 – 008.1:615

*Г.Т. Сонник, Л.В. Животовська, К.В. Гринь***ЕФЕКТИВНІСТЬ ІКСЕЛА ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ЗАТЯЖНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ НАЯВНОСТІ У НИХ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ключові слова: затяжні депресивні розлади, соматична патологія, іксел

Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних для теорії і практики сучасної медицини. Депресивні і асоційовані з ними (коморбідні) тривожні, фобічні, обсесивні і соматоформні розлади відносяться до найпоширеніших форм психічної патології [10]. Щороку депресивні розлади діагностуються не менше ніж у 200 мільйонів осіб [9].

Згідно існуючим уявленням, “депресія” є наслідком гіпофункції і дисбаланса між моноаміновими системами організму: норадренергічної, серотонінергічної та дофамінергічної. Однак отримані дані про зміни концентрації моноамінів при депресіях відрізняються високою варіабельністю, що залежить від особливостей формування клінічних проявів депресивних розладів, від структури депресивного синдрому, етапу захворювання, ступеню вираженості депресивної симптоматики та інших клінічних проявів [1, 2, 3]. Основними завданнями лікування депресивних розладів є зменшення і в подальшому повна редукція депресивної симптоматики, відновлення соціально-психологічних і виробничих функцій хворого на рівні, що був до хвороби, зведення до мінімуму ризику вірогідного загострення і повторного нападу [4, 6].

Одним із препаратів вибору при терапії затяжних депресивних розладів є іксел – антидепресант активуючої дії, селективний інгібітор зворотного захоплення норадреналіну і серотоніну, що не має спорідненості до м-холінорецепторів, α_1 -адренорецепторів, гістамінових H1-рецепторів, а також допамінових D1- і D2-рецепторів, бензодіазепінових та опіюїдних рецепторів.

У препарата відсутній седативний ефект, при цьому він фізіологічно покращує сон і не впливає на пізнавальну функцію. Іксел також не впливає на провідну систему серця і АГ. Середня добова доза складає 150 мг, залежно від вираженості симптомів доза може бути збільшена до 250 мг [5, 7, 8].

Дане дослідження проводилося з метою вивчення ефективності іксела при лікуванні пацієнтів з затяжними депресивними розладами при наявності у них супутньої соматичної патології.

Проведено комплексне обстеження 128 хворих, всі жінки, з депресивними розладами, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в ПОКПЛ ім. О.Ф.Мальцева. Критерієм включення пацієнтів в дослідження була наявність депресії, клінічні прояви якої відповідали за критеріями МКХ-10 “рекурентному депресивному розладу” (F33), а також отримання згоди пацієнтів на участь в дослідженні.

У відповідності до мети дослідження всі пацієнти були розподілені на дві групи. До основної групи увійшли 68 пацієнтів з депресією з супутньою соматичною патологією, середній вік яких був $54,2 \pm 7,2$ років. В 100% випадків мав місце рекурентний перебіг хвороби та була наявна супутня соматична патологія, встановлена терапевтом, суїцидальних спроб – 5,9% випадків (4 особи). Контрольну групу склали 60 пацієнти з депресією без супутньої соматичної патології, середній вік яких становив $48,1 \pm 9,1$ років. Серед обстежених контрольної групи суїцидальних спроб – 20% випадків (8 осіб).

Згідно плану дослідження, препарат призначався в індивідуально-підібраних дозах 150 – 200 мг в два прийоми – зранку та в обід. Лікування хворих проводилося в режимі монотерапії протягом 6 тижнів. Оцінка стану хворих здійснювалася до, в процесі лікування і по його закінченні.

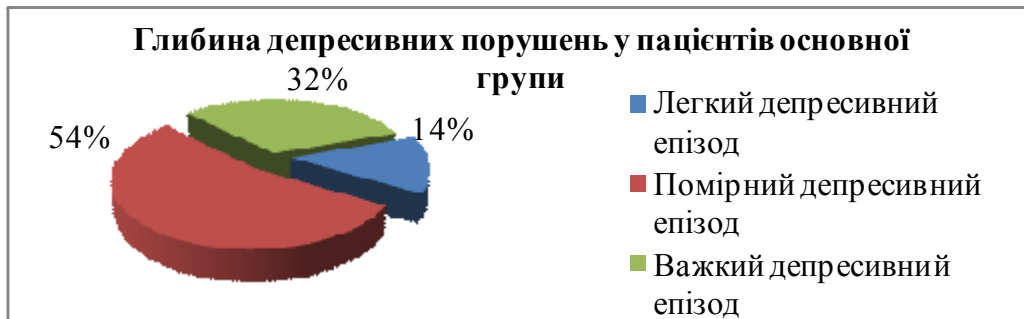
Для оцінки терапевтичного ефекту були використані клініко-психопатологічний та патофизиологічний методи, шкала Гамільтона (HDRS), шкала глобального клінічного враження (CGI), шкала самооцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

При визначенні у пацієнтів глибини депресивних розладів виявлено, що у пацієнтів із су-

путньою соматичною патологією легкий депресивний епізод спостерігався в 14% випадків, помірний депресивний епізод – в 54%, важкий депресивний епізод - в 32% (мал. 1). У соматич-

но-здорових пацієнтів також переважав помірний депресивний епізод (76%), легкий депресивний епізод спостерігався із частотою 24%, важкий депресивний епізод - 9% (мал. 2).

Малюнок 1



Малюнок 2



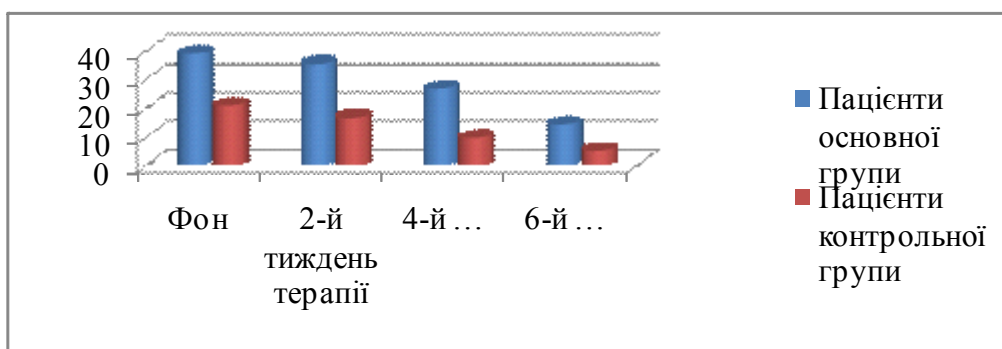
В обох досліджуваних групах перевагу мав помірний депресивний епізод, легкий депресивний епізод в контрольній групі зустрічався в 1,4 рази частіше, ніж у пацієнтів основної групи, проте у пацієнтів з супутньою соматичною патологією важкий депресивний епізод зустрічався в 3,6 рази частіше, ніж у соматично-здорових

пацієнтів.

Редукція депресивних розладів у соматично-здорових пацієнтів з депресивними розладами відбувалася швидше: з 38,8 балів у пацієнтів основної групи до 10,2 балів ($p < 0,05$), і з 21 бала до 5,2 ($p < 0,05$) у пацієнтів контрольної групи (мал. 3).

Малюнок 3

Редукція депресивних розладів при терапії препаратом іксел



Статистично достовірно швидшою була динаміка реактивної тривожності при лікуванні ікселом у пацієнтів контрольної групи: і з 51,4 балів до 20,6 ($p < 0,05$), в порівнянні з пацієнтами основної групи – з 60,4 до 22,2 балів ($p < 0,01$). Такі ж результати і по особистісній тривожності: з 56,7 балів у пацієнтів основної групи до 24,4

балів ($p < 0,05$), і з 53,4 балів до 22,4 ($p < 0,05$) у пацієнтів контрольної групи.

При порівнянні пацієнтів основної та контрольної груп, які приймали іксел виявлено, що при затяжних депресивних розладах з супутньою соматичною патологією редукція власне депресивної симптоматики відбувається повільніше, ніж у

пацієнтів без супутньої соматичної патології, як і динаміка відновлення когнітивних функцій.

При оцінці ефективності терапії за Шкалою глобального клінічного враження CGI виявлено, що в основній і контрольній групах пацієнтів вже на четвертому тижні терапії зафіксовано покращення стану пацієнтів: значне покращення – у 22,3% пацієнтів основної групи і 30,2% у пацієнтів контрольної групи, покращення – у 25,5% і 29,3% відповідно, незначне покращення – у 40,4% пацієнтів із супутньою соматичною патологією і 35,6% соматично-здорових пацієнтів, стан без змін – у 11,8% і 4,9% випадків відповідно. На шостому тижні терапії у пацієнтів основної групи значне покращення стану зафіксовано у 53,9%, покращення – 44,9%, незначне покращення стану – у 1,2% випадків, у пацієнтів контрольної групи значне покращення стану зафіксовано у 60,8%, покращення – 35,8%, незначне покращення стану – у 3,4% випадків.

Виявлено, що в обох досліджуваних групах у пацієнтів, які отримували іксел вже на четвер-

тому тижні терапії зафіксовано достовірне покращення стану, при цьому мало значення мінімальна вираженість побічних ефектів препарату (поодинокі скарги на сухість в ротовій порожнині). Також суттєвим є те, що показники за шкалою CGI у соматично-здорових пацієнтів вищі, ніж у пацієнтів із супутньою соматичною патологією, це є свідченням того, що соматична патологія, наявна у пацієнтів із депресивними розладами значно погіршує перебіг психічної патології, яка потребує більш складного і тривалого лікування.

Таким чином, отримані дані дозволяють зробити висновок про доцільність застосування іксела при лікуванні пацієнтів з затяжними депресивними розладами при наявності у них супутньої соматичної патології, оскільки препарат має позитивний ефект відносно емоційних, когнітивних, соматовегетативних та поведінкових розладів, що дозволяє його використовувати і сприяє успішній соціальній реадaptaції хворих та значному покращенню комплаєнтності.

Г.Т. Сонник, Л.В. Животовская, Е.В. Гринь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИКСЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАТЯЖНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Проведена оценка эффективности комплексной терапии с применением иксела при лечении пациентов с затяжными депрессивными расстройствами при наличии у них сопутствующей соматической патологии. Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения иксела при лечении таких пациентов, поскольку препарат имеет положительный эффект относительно эмоциональных, когнитивных, соматовегетативных и поведенческих расстройств, что позволяет его использовать и содействует успешной социальной реадaptaции больных и значительному улучшению комплаентности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 113-116).

G.T. Sonnik, L.V. Zhyvotovska, E.V. Grin'

EFFICIENCY OF IXEL AT TREATMENT OF PATIENTS WITH THE PROTRACTED DEPRESSED DISORDERS AT PRESENCE OF FOR THEM TO CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Ukrainian medical stomatological Academy, Poltava

Conducted estimation of efficiency of complex therapy with the use of ixel at treatment of patients with the protracted depressed disorders at presence of for them concomitant somatic pathology. Information allow to accomplish conclusion about expedience of application of ixel at treatment of such patients, as a positive effect has preparation in relation to emotional, kognitival, somatovegetaion disorders], that allows him to use and assists in successful social readaptaition] of patients and considerable improvement of complaenceness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 113-116).

Література

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.

2. Белобородова Э. И., Писаренко И. В., Дорохова Т. А. Течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от типа личности и эффективность дифференциальной психотропной терапии // Терапевтический архив, 2002, №8. — с. 60 – 64.

3. Кириченко А. А., Ебзеева Е. Ю. Депрессивный синдром при гипертонической болезни // Российский медицинский журнал. —

2003. — №2. С. 9 – 12.

4. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). — Харьков: Арис, 2002. — 144 с.

5. Машковский М. Д. Лекарственные средства: в 2-х томах. — Т. 1. — М.: ООО “Новая волна”, 2003. — 608 с.

6. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ; 2002.

7. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической

практике // Межд. мед. журн. – 2003. – №3. – С. 22 – 27.

8. Обоснованное применение антидепрессантов. Технический обзор данных, подготовленных рабочей группой CINP / – Перевод с англ. Под ред. В. Н. Краснова. Ч.1. С-Пб.: 2006. – 174 с.

9. Пилягина Г. Я. Депрессивные расстройства. // Ж-л практичного лікаря. – 2003. – №1. – С. 40–49.

10. Подкорьтов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.

Поступила в редакцию 18.02.2009

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.895.4:616.89-008.441.3-07

*В.С. Підкоритов, О.І. Сєрікова, О.В. Скринник***ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ У ПСИХІАТРІЇ - КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: депресія, клініко-психопатологічні особливості, зловживання алкоголем

Питанню зловживання алкоголем хворих на різні форми афективних розладів присвячено багато робіт вітчизняних та закордонних науковців. Відмічається, що у значній кількості пацієнтів як з депресіями, так і з біполярним розладом має місце схильність до алкоголізації. Частота таких випадків, за даними різних авторів, коливається від 7 до 67,5% [1,2]. Така різниця в показниках може бути пов'язана з тим, що потяг до пияцтва, який нерідко виникає у хворих пароксизмально, має у дослідників різну клінічну трактовку. Деякі з них обмежуються лише описом окремих випадків вживання алкоголю під час гіпотимії. Поява більш виражених проявів депресії під час запою або по його закінченні в цих випадках трактується як прояви «алкогольної депресії» без урахування попереднього анамнезу афективного розладу. Серед причин спонтанних перерв у зловживанні алкоголем у таких хворих найчастіше вказується або значне зменшення або на ще більше

поглиблення депресивної симптоматики [3,4]. В той же час, як показує клінічна практика, пацієнти з подібною коморбідною патологією нерідко зустрічаються у практиці як психіатрів, так і наркологів. Однак, єдиних поглядів на принципи лікування таких хворих у цих лікарів не має.

Як показує аналіз літературних джерел, на сучасному етапі розвитку психіатрії питання вживання алкоголю при афективних розладах залишається недостатньо вивченим. Також потребує дослідження і характер вживання спиртних напоїв хворими на афективні розлади в залежності від особливостей клініки захворювання.

Метою нашого дослідження було визначення клініко-психопатологічних особливостей хворих на ендогенні депресії, які зловживають алкоголем. Основним завданням було з'ясування глибини та структури депресивної симптоматики у даної групи пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

Досліджено 32 хворих на афективні розлади, які були схильні до зловживання алкоголем. Серед них - 23 пацієнта з рекурентними депресивним розладом (поточний епізод помірної депресії або важкої депресії без психотичних симптомів - F32.1 та F32.2 за МКХ-10) та 9 хворих на біполярний афективний розлад (поточний епізод помірної депресії або важкої депресії без психотичних симптомів - F31.3 та F31.4 за МКХ-10). Всі вони знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України». Вік пацієнтів коливався від 20 до 59 років (середній вік 37,2 роки). Тривалість афективного розладу в середньому складала 12,4 роки (від 2 до 36 років). Вік початку захворювання був від 19 до 38 років. Давнина зловживання алкоголем

коливалась у межах від 2 до 23 років (в середньому 10,4 роки).

Для визначення рівня вираженості депресивної симптоматики використовувалася Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D), для оцінки тривожної симптоматики - Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) [5].

Дослідження проводилось в рамках науководослідної роботи «Вивчити особливості розладів настрою (депресивних, маніакальних), при яких використовуються подвійні психіатричні діагнози, і розробити диференційовані схеми їх лікування» (шифр АМН.РН.ДМ.09), що виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України».

Результати та їх обговорення

Аналіз психопатологічної симптоматики у обстежених хворих виявив ряд особливостей кількісної та якісної структури афективних порушень. Середній бал за шкалою HAM-D у них складав ($19,5 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$), а за шкалою HAM-A - ($17,5 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$).

В структурі афективного синдромокомплексу у обстежених хворих можна було виділити три основних різновиди: депресивно-тужливий (40,63% - 13 пацієнтів), тривожно-депресивний (34,37% - 11 пацієнтів) та депресивно-апатичний (25,00% - 8 пацієнтів) варіанти.

Домінування депресивно-тужливого синдрому мало місце у 13 хворих (40,63%). Середній бал за шкалою HAM-D у них складав ($20,5 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$), а за шкалою HAM-A - ($10,5 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$). На тлі зниженого настрою, вітальної туги виникав потяг до алкоголю. Непереборне бажання «випити» було в першу чергу пов'язано із прагненням «визволитися» від поганого самопочуття, для того, щоб «одужати». Етанол виступав у ролі «антидепресанта», а в деяких випадках «снодійного засобу». Не дивлячись на підсвідомий характер «терапевтичного» вживання спиртного під час депресії, у більшості хворих був присутній контроль за кількістю прийнятого алкоголю. Хворі намагалися не перевищувати дозу, яка була необхідна для покращення їх стану. Практично у всіх таких хворих під час депресивної фази спостерігалось підвищення толерантності до алкоголю. Постінтоксикаційний стан характеризувався значною глибиною афективних порушень, їх залежністю від тривалості фази. Могли бути присутні ідеї своєї малоцінності. Хворі звинувачували себе не тільки у пияцтві, але й у скоєнні різноманітних помилок протягом всього свого життя. Песимістична самооцінка у них концентрувалася як на минулих «упущеннях», так і на поточних обставинах, що невдало складаються. Спостерігалися значні порушення засинання з впливом спонтанних неприємних спогадів. Соматовегетативні порушення також були досить вираженими, але їх важкість, як правило, не відповідала тривалості запою та кількості добового вживання алкоголю.

Домінування тривожно-депресивного синдрому зустрічалось у 11 хворих (34,37%). Середній бал за шкалою HAM-D у них складав ($17,5 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$), а за шкалою HAM-A - ($16,0 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$). Зловживання алкоголем у цих хворих частіше підсилювалось під час посилення тривоги. У половини обстежених

толерантність до спиртного поступово знижувалась. Хворі пояснювали необхідність вживання алкоголю прагненням позбутися невпевненості та складностей у спілкуванні, неспокою, передчуття майбутніх неприємностей або бажанням «розслабитися». Таким чином, алкоголь мав анксиолітичну дію. Під час алкогольного сп'яніння у деяких хворих виникав стан агресії. Постінтоксикаційний період характеризувався значним підвищенням тривоги, іноді до стану меланхолійного раптусу. В деяких випадках у них виникали суїцидальні думки. В разі значної кількості спожитого спиртного хворі переживали відчуття нестачі повітря, відмічалась лабільність артеріального тиску, тремор всього тіла, нестійкість ходи у поєднанні з внутрішнім відчуттям похитування. У деяких пацієнтів виникали кардіофобічні думки, що супроводжувалися значною афективною насиченістю, панічним страхом смерті. В таких випадках пацієнти припиняли вживання спиртного, зверталися спочатку до кардіологів, а потім – і до психіатрів.

Провідний депресивно-апатичний синдром мав місце у 8 хворих (25%). Середній бал за шкалою HAM-D складав ($17,5 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$), а за шкалою HAM-A - ($5,0 \pm 0,5$) балів ($p < 0,05$). За словами пацієнтів, алкоголь допомагав їм позбутися «спустошення, байдужості». Завдяки йому вони могли досягти «вже втраченої легкості у спілкуванні», «були впевненими у своїх фізичних та інтелектуальних можливостях». У стані алкогольного сп'яніння значно підвищувалась активність та працездатність. Таким чином, алкоголь для них мав більш стимулюючу, ніж антидепресивну та гіпнотичну дію. З цією метою хворі протягом тривало часу вживали невеликі дози алкоголю. В постінтоксикаційному періоді у таких хворих зазвичай розвивався пригнічений настрій з почуттям винуватості, схильності до самоосуду з приводу вживання алкоголю. Нерідко спостерігалися явища деперсоналізації, які супроводжувалися значним ускладненням розумової діяльності з відчуттям «тупості», маломислення.

Таким чином, клінічна структура депресивного синдрому є одним з основних факторів, що визначає у хворих на афективні розлади прояви та виразність потягу до алкоголю, масивність вживання, толерантність до етанолу та його психофармакологічний ефект. Вживання алкоголю викликає змінення клінічної картини ендогенної депресії, що може викликати певні труднощі у визначенні нозологічної приналежності та важ-

кості стану захворювання. Проблеми неправильної діагностики захворювання, в свою чергу, призводять до його неадекватного лікування, що

впливає на можливості формування повноцінної ремісії у цих хворих та значно погіршує їх соціальну адаптацію.

В.С. Подкорытов, О.И. Серикова, О.В. Скрынник

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ В ПСИХИАТРИИ - КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОТОРЫЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮТ АЛКОГОЛЕМ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН Украины»

В статье приведены особенности аффективной патологии больных эндогенными депрессиями, которые склонны к злоупотреблению алкоголем. Выявлены основные типы депрессивных синдромов, которые чаще всего сочетаются с злоупотреблением алкоголем, проанализирована их количественная и качественная структура. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С.117 -119).

V.S. Pidkorytov, O.I. Serikova, O.V. Skrynnyk

COMORBIDITY PROBLEMS IN PSYCHIATRY - CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS THAT HAVE ALCOHOL ABUSE

PI “Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine”

Peculiarities of affective pathology in patients with endogenous depression that have been considered in the article. There were finding main types of depressive syndromes that are most often combined with alcohol abuse. Also there were analyzed their qualitative and quantitative structure. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 117-119).

Література

1. Гофман А.Г. Наркология. – М.: Миклош, 2003. – 215с.
2. Ойфе И.А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии (клинический аспект проблемы). Автореф. дис. канд. мед. наук.- М, 1990. – 21с.
3. Гуревич Г.Л. Вопросы клиники, динамики и терапии алкогольной зависимости при аффективных психозах // Вопросы

наркологии. – 2004. - №3. – С 38 - 48.

4. Чирко В.В. Алкогольная и наркоманическая зависимость у больных с эндогенными психозами. – М.: Медпрактика, 2002. – 168с.

5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. - Харьков: Торнадо, 2003. – 352с.

Поступила в редакцию 4.03.2009

УДК [616.89:616 212]:615.851.

*А.М. Скрипніков, Л.А. Боднар***ЕФЕКТИВНІСТЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З КОСМЕТИЧНИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, Полтава

Ключові слова: психологічна дезадаптація, косметичний дефект носа, когнітивно-поведінкова психотерапія, ефективність

Наявність у людини дефектів та деформацій обличчя, особливо носа, впливає на особистість, змінює характер, поведінку, викликає порушення емоційної і мотиваційної сфер та нерідко потребує проведення реконструктивних операцій. [1,2]. При підготовці до оперативного втручання часто виникають дезадаптивні розлади: тривога, напруження, страх перед операцією, депресивні реакції тощо. Тому психотерапевтична підтримка таких пацієнтів є важливою складовою комплексу лікувально-реабілітаційних заходів [3-8].

У випадку відносних показань до проведення ринопластики слід правильно оцінити психічний стан пацієнтів зі співставленням з тяжкістю косметичного дефекту. При цьому важливо виокремити хворих, які дійсно потребують ринопластики, від осіб з надмірним естетичним відчуттям та неадекватним ставленням до свого дефекту, які також потребують психотерапевтичної корекції. Останнім часом багато уваги приділяється методам психотерапії при косметичних дефектах зовнішності [3-7, 9]. Однак питання психотерапії перед ринопластикою залишається не повністю дослідженим та потребує подальшого вивчення.

Мета роботи: оцінити ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа шляхом аналізу динаміки змін емоційно-особистісної сфери.

Для реалізації поставленої мети обстежено 35 пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа, які звернулися до пластичного хірурга з метою проведення реконструктивної операції носа. Основну групу склали 20 пацієнтів з косметичними дефектами носа з показаннями до ринопластики; контрольну - 15 пацієнтів з надмірним естетичним відчуттям, які перебільшували дефект та не мали показань до операції.

В обох групах проводилася когнітивно-пове-

дінкова психотерапія, у структуру якої включали: раціонально-емотивну терапію [10], програму формування у пацієнта адаптивної поведінки з достатнім рівнем самоствердження, формування навиків зменшення стресу. Тривалість психотерапевтичних сесій складала 1,5-2 місяці. Індивідуальні заняття проводили 2 рази на тиждень.

Для оцінки ступеню симптоматичного покращення стану хворого та ефективності проведеної психотерапії використовували опитувальник ситуаційної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна і методичку оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою. Тестування проводили до та після психотерапевтичної корекції.

Проведені дослідження показали, що у хворих як основної, так і контрольної груп перед ринопластикою виникали розлади психологічної адаптації, що проявлялися тривогою, напруженням, страхом перед майбутньою операцією, депресивними реакціями. Так, до лікування середній бальний показник ситуаційної тривожності в осіб основної групи виявився високим - $37,95 \pm 1,78$. Це підтверджено даними індивідуального аналізу, за яким в основній групі високий рівень ситуаційної тривожності виявлений у 4 (20%), помірний – у 14 (70%) та низький - лише у 2 (10%) пацієнтів.

Після проведеного курсу психотерапії у хворих основної групи прояви ситуаційної тривожності значно зменшилися. Так, середній бал її оцінки достовірно знизився (з $37,95 \pm 1,78$ до $32,9 \pm 1,49$, $p < 0,05$). При індивідуальному аналізі високого рівня ситуаційної тривожності виявлено не було, зменшилася частка хворих з помірним ($n=13$, 65%) та зросла – з низьким ($n=7$, 35%).

У контрольній групі перед курсом психокорекції середній показник бальної оцінки ситуаційної тривожності складав $40,73 \pm 2,27$. Високий рівень ситуаційної тривожності виявлений у 5

(33,3%), помірний – у 9 (60%) та низький - в 1 (6,7%) пацієнта.

Курс психотерапії в обстежених контрольної групи також виявився ефективним. Значно зменшилася кількість хворих з вираженою ($n=2$, 13%), помірною ($n=7$, 46,7%) ситуаційною тривожністю та зросла - з низькою ($n=6$, 40%). Середній показник бальної оцінки при цьому знизився з $40,73 \pm 2,27$ до $32,93 \pm 2,17$ ($p < 0,05$).

У подальшому проаналізували ефективність впливу когнітивно-поведінкової психотерапії на рівень особистісної тривожності пацієнтів. Так, до лікування в осіб основної групи її середній бальний показник складав $46,35 \pm 1,70$. При цьому у переважній більшості обстежених (16 (80%)) виявлений високий рівень особистісної тривожності, та лише у 4 (20%) – помірний.

У результаті проведеної психотерапії середній бал особистісної тривожності достовірно знизився (з $46,35 \pm 1,70$ до $40,3 \pm 1,88$, $p < 0,05$); майже вдвічі зменшилася частка хворих з вираженою особистісною тривожністю ($n=10$, 50%).

Ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії в обстежених контрольної групи виявилася також високою. Так, середній показник бальної оцінки особистісної тривожності знизився з $48,0 \pm 2,01$ до $42,06 \pm 1,84$ ($p < 0,05$), зменшилася частка хворих з високим рівнем особистісної тривожності ($n=8$, 53,4%). 3 пацієнти взагалі відмовилися від оперативного втручання.

Тобто, у хворих з косметичними дефектами зовнішнього носа як в основній, так і контрольній групах проведений курс когнітивно-поведінкової психотерапії виявився ефективним: поліпшував психологічну адаптацію, знижував

рівень особистісної тривожності, сприяв відмові від ринопластики.

Наступним кроком дослідження став аналіз функціонального стану обстежених. Середні значення показників “самопочуття”, “активність”, “настрій” у хворих обох груп виявилися низькими і склали відповідно $3,17 \pm 0,13$; $3,07 \pm 0,10$; $3,09 \pm 0,12$ в основній та $3,21 \pm 0,16$; $3,06 \pm 0,12$; $3,13 \pm 0,17$ у контрольній групах.

Після проведеного курсу психотерапевтичної корекції функціональний стан пацієнтів обох груп значно поліпшився. Відмічено достовірне зростання середніх значень всіх досліджуваних показників. Так, в обстежених основної групи найбільше зросла середня оцінка параметрів “самопочуття” (з $3,17 \pm 0,13$ до $4,43 \pm 0,08$, $p < 0,05$) та “активність” (з $3,07 \pm 0,10$ до $4,26 \pm 0,08$, $p < 0,05$). Значення показника “настрій” підвищилося до $4,22 \pm 0,09$, $p < 0,05$. У контрольній групі середні значення відповідних показників після проведеного курсу лікування склали $4,4 \pm 0,09$; $4,34 \pm 0,2$; $4,26 \pm 0,13$, та виявилися достовірно вищими порівняно з початковими.

Таким чином, проведене дослідження показало високу ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа перед ринопластикою незалежно від рівня їх естетичних відчуттів та оцінки свого дефекту. Проведена терапія сприяла зниженню ситуаційної та особистісної тривожності, поліпшенню функціонального стану пацієнтів та кращій адаптації до реконструктивного втручання, що обумовлює включення когнітивно-поведінкової психотерапії у комплекс лікувально-реабілітаційних заходів.

А.Н. Скрипников, Л.А. Боднар

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ НАРУЖНОГО НОСА

ВДУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава

В статье приведены результаты оценки эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с косметическими дефектами наружного носа перед ринопластикой. Показано, что психотерапевтическая коррекция способствовала снижению ситуационной и личностной тревожности, улучшению функционального состояния, отказу от оперативного вмешательства пациентов независимо от уровня их эстетических ощущений и оценки своего дефекта. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 120-122).

**EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH
COSMETIC DEFECTS OF EXTERNAL NOSE**

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

The article shows the results of evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy for patients with cosmetic defects of the external nose before rhinoplasty. Shown that psychotherapeutic correction helped to reduce the situational and personal anxiety, improve functional state regardless of their esthetic senses and assess the defect. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 120-122).

Література

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский - М.:ГЕОТАРМЕД, 2004. - С.66-73.
2. Княжев С.В. Психические изменения при ожоговой травме и основные принципы их терапии / С.В.Княжев, Г.П.Федорова.- Современная медицина, 1999.-№12. - С.72-75.
3. Крамер Ч. Мастерство психотерапии / Ч. Крамер.- СПб.: Питер, 2003. - 240с.
4. Михайлов Б.В. Психотерапия / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов - Харьков:ОКО, 2002.-768с.
5. Михайлов Б.В. Суггестивная психотерапия: метод. рекомендации / Б.В. Михайлов. - Харьков, 2002. - С.44-48.
6. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы / Р.Д.Тукаев. - М.: Мед. Информ. Агенство, 2003. - 296с.
7. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А.П. Федоров. - СПб.: Питер, 2002. - 352с.
8. Фришберг И.А. Эстетическая хирургия лица / И.А. Фришберг. - М.: ИКЦ «Академкнига», 2005. - 276с.
9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский.- СПб,2000.-544с.
10. Ellis A. A new guide to rational living / A.Ellis, R.Harper.- Hollywood: Wilshire-Edition, 1976.

Поступила в редакцию 18.02.2009

УДК 61:614.25(477.53)

*В.П. Закладний***ІСТОРІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕАДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ
ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ НА ПОЛТАВЩИНІ**

Полтавський обласний психоневрологічний диспансер

Ключові слова: реабілітація, історія психіатричної служби

Реабілітація та реінтеграція хворих на психічні розлади у суспільство є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем. На даний час, в умовах демократизації суспільства, реформування реабілітаційної допомоги психічно хворим набирає особливого значення і відповідно до сучасних вимог потребує нових підходів до її організації [1]. Термін «реабілітація» походить від латинського «rehabilitatio», що означає «повернення додому». Реабілітація на сучасному етапі включає комплекс заходів, спрямованих на підтримання та відновлення психо-соціального стану хворого після перенесеного захворювання, створення умов для швидкого повернення пацієнта до нормального життя, навчання та праці. Говорячи про сучасність, завжди виникає інтерес зазирнути в історію. Дана робота містить результати історико-теоретичних та клінічних досліджень даної проблеми, що ґрунтуються на вивченні архівних матеріалів та матеріалів наукової діяльності видатного психіатра О.Ф.Мальцева, який був директором Полтавської психіатричної лікарні протягом 25 років, починаючи з 1886 р.

Спочатку питання про будівництво колонії для психічнохворих було порушене в річному звіті по психіатричній лікарні за 1887-88гг. З причини щорічного збільшення душевно хворих і переповнювання ними міських павільйонів лікарні, представлявся природний вихід з цього положення – будівництво для частини хворих «виселення» за містом у вигляді виховно-лікарської сільськогосподарської колонії [2].

Тим часом, кількість хворих психіатричної лікарні безупинно зростала, що все більше погіршувало «стан їх лікування і презирство». У 1892 році середнє щоденне число хворих в лікарні дорівнювало 317, а в 1893 році воно досягло 347 чоловік. Лікарня була ж пристосована всього на 200 душевно хворих.

Земські Збори по зазначеній доповіді 16 січня 1893 року знайшли відкриття колонії необхід-

ним заходом як для поліпшення стану хворих в лікарні губернського земства, так і для здешевлення їх утримання. «Колонія душевно хворих, як філіальне відділення Полтавської обласної психіатричної лікарні, повинна знаходитися поблизу від лікарні, не далі 10 верст від м. Полтави, з причини необхідності постійних стосунків з лікарнею, як з головним адміністративним центром і для швидкого і безперешкодного переводу хворих з одного закладу в інше. Колонія повинна мати всі умови для організації сільських робіт, аби можна було з користю застосовувати сили і працю головного контингенту хворих». Відносно кількості земельних ресурсів, вказувалася необхідність розраховувати на майбутнє зростання колонії і на можливість забезпечити різні види сільського господарства, а тому пропонувалося придбати для вказаних цілей землі приблизно до 300 десятин. Колонія повинна була мати удосталь води, придатної для пиття і господарської потреби. Дотримання цієї умови виставлялося істотним не лише в сільськогосподарському відношенні, але і в гігієнічному. Крім того, вказувалося на важливість того, щоб колонія була влаштована в красивій місцевості, з високим місцем розташування і не серед пустирів [3].

Для службовців пропонувалося влаштувати на перших порах: квартиру для лікаря, для керівника роботами в колонії і для доглядача колоніального майна. Особливих приміщень для прислуги не пропонувалося будувати, визнаючи корисним, аби прислуга жила в приміщеннях хворих і мала можливість знайомитися з характером хворих і звикати до їх життя.

У колонії був лікар, два фельдшер-наглядачі і одна фельдшерка-наглядачка, одна фельдшерка, виконуюча обов'язки економки, кастелянша, керівник сільськогосподарськими роботами, аптечний фельдшер і водій. Число служителів було прийняте 1 на 10 хворих, включаючи в це число і персонал, потрібний для господарства колонії.

10 травня 1885 р. були переведені на літнє проживання душевно хворі в кількості 84 чоловіків і 20 жінок. Ці хворі склалися головним чином з колоністів і осіб, здібних до сільської праці. У перебіг літа 1885 років, під час споруди постійних будівель, ці хворі брали участь у виробництві цеглин і в інших роботах по колонії.

Частина цих хворих протягом дня знаходилися разом з іншими хворими на загальних роботах, інша ж частина, непрацюючі, або в їдальні, або в інших загальних приміщеннях. Що стосується спокійних працюючих чоловіків, то вони користувалися своїми приміщеннями лише вночі, та під час післяобіднього відпочинку. Таким чином, в колонії утворилося 140 місць: 90 для чоловіків і 50 для жінок.

Режим колонії мав характер вільного піклування. При загостренні душевних розладів хворі переводилися в міську лікарню, звідки посилалися в колонію більш відповідні до її режиму. Праця хворих розвивалася в цілому задовільно. При цьому на роботи зверталася увага, як виключно на лікарсько-виховний засіб, і ніколи вони не робилися примусовими. Лікарня не має бути і не була виключно робочим будинком. Також і жодних заохочень до робіт в колонії не введено: працюючим хворим не давалося ні тютюну, ні горілки, ні платні, і не винаходилися жодні інші засоби для цієї мети, якщо не рахувати робіт, направлених головним чином на правильну організацію праці, його різноманітність, необтяжливість і привабливість для хворих [4].

Головна увага відводилася сільськогосподарським заняттям. Із загального числа робочих днів за 5 років на сільськогосподарські роботи у чоловіків доводиться майже 49%, а у жінок 27%.

Що стосується окремих галузей сільськогосподарських підприємств, то найбільш розвиненими виявляються скотарство і городництво. Ці дві галузі принесли і найбільшу прибутковість колонії. «Ці роботи представляються і з психіатричної точки зору одним з найдоцільніших занять, в сенсі лікарсько-виховного режиму психічно хворих. Польові роботи не грали майже жодної ролі в піклуванні хворих. Всі ці роботи обмежувалися для хворих косовицею і скріпленням в снопи вівса, який сіється в колонії для корму коней». Зняття хліба з поля робиться в певну пору року, в липні місяці, зазвичай при страшній жарі степового південного дня, і мало відповідає цілям психіатричної колонії. Жінки майже зовсім не притягувалися до польових робіт. Для інших польових робіт психічно хворі мало придатні. Тому польові робо-

ти виконувалися виключно найманим способом, що вводить в життя і обстановку психіатричної колонії «мало відповідний для користі справи елемент». При цьому треба відмітити, що все польове господарство йшло на прокорм коней. Садові роботи ще не існували в колонії. Було зроблено лише декілька посадок плодкових дерев. Садівництво ж для психіатричної колонії «повинне стояти на першому плані серед всіх галузей господарства, за допомогою яких можна створити гуманну лікарсько-виховну організацію піклування психічно хворих. Цьому вигляду сільського виробництва слід дати щонайперший і найширший розвиток: для цього не слід жаліти більшого числа десятини землі, кращої в колонії, не слід жаліти витрат праці і часу, - це з'явиться корисним насадженням колонії для майбутнього розвитку колоніальної справи». У тваринництві колонії не останнє місце повинне б займати птахівництво. Але ця галузь господарства не була розвинута. Хоча місцевість в ставках, серед лугів, під розкішним парком, біля старої садиби, являла прекрасний куточок для пристрою пташиного двору. Тут сама природа представляла всі зручності для птахівництва [3, 4].

З інших галузей праці в колонії звертають увагу роботи в майстернях. Цього роду заняття введені з 1897 року. До того часу лише декілька жінок бралася за лагодження старої білизни. З 1897 року у жінок введені більш регулярні заняття шиттям і лагодженням старої білизни. Крім того, для чоловіків була влаштована червочна майстерня, столярна і заведені плетіння з соломи капелюхів і кругів для витирання взуття. На занятті в майстернях за 5-літній період доводиться у чоловіків 11,4%, а у жінок - майже 31% від всіх видів діяльності.

На «домашні господарські роботи» - заготовка деревини, очищення дворів від снігу, перенесення вугілля, возка води, роботи на кухні, топка лазні та ін. - у чоловіків доводиться 24,5%, а у жінок - 27% їх робочої діяльності.

Різні спеціальні роботи: у пральні, грабарські, вимощення доріг, набивання матраців, робота на цегельному заводі, обмазування глиною стін, возка дерева, прибирання і корчування лісу і розщеплювання шерсті складали як у чоловіків, так і у жінок по 15% їх робочій діяльності.

Для дозвілля хворих поза роботою були введені розваги. «У них, правда, ще більш мають потребу непрацюючі хворі, оскільки без роботи хворі, будучи надані самим собі, міцніше зберігають свої збочені звички і безглузді ідеї». Із зви-

чайних розваг хворі мали різні ігри - в м'яч, в карти, в шашки та ін., читання газет і книг, прогулянки, хоровий спів, ігри на музичних інструментах, - наприклад на гармоніці, на гітарі, з танцем або танцями та ін. В зимовий час в недільні і святкові дні читання проводилися вечорами. Крім того, влаштовувалися концерти і спектаклі, «завдяки люб'язності і увазі до психічно хворих аматорів». Задоволення релігійних потреб хворих здійснювалося шляхом відвідування церкви на «Шведській могилі». Служба

проводилася священником Знаменської церкви міської лікарні [4].

Таким чином, еволюція системи реабілітаційних заходів має свою довгу історію і різноманітні форми відображення. Історія Полтавської психіатричної лікарні та діяльність її засновника О.Ф.Мальцева, з ім'ям якого історики пов'язують принципове обґрунтування та розробку поетапної системи надання психіатричної допомоги, складають одну із змістовних сторінок історії психіатрії на Україні.

В.П. Закладний

ИСТОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ПОЛТАВЩИНЕ

Полтавский областной психоневрологический диспансер

В статье изложены данные историко-теоретических исследований по разработке и созданию системы оказания психиатрической помощи и внедрения реабилитационных подходов для пациентов психиатрической службы на Полтавщине. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 123-125).

V.P. Zakladniy

HISTORY OF SOCIAL REHABILITATION AND READAPTATION OF THE PATIENTS OF PSYCHIATRIC SERVICE ON POLTAVSHCHINE

Poltava provincial psychoneurological dispensary

In the article are presented the data of historical theoretical of studies on development and creation of the system of rendering to psychiatric aid and introduction of rehabilitative approaches for the patients of psychiatric service on Poltava region. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 123-125).

Література

1. Дьяченко Л.И., Бобрицька З.М., Сергієнко О.В. та ін. Реабілітація психічно хворих на сучасному етапі DDАрхів психіатрії. — 2001. — №3(26). — С.123-124.

2. Денеко А.Г., Милявский В.М., Насонов С.И. Очерки истории Полтавской областной психиатрической больницы (1803-

1993 г.г.). — Полтава, 1993. — 57 с.

3. Мальцев А.Ф. Отчеты Полтавской губернской земской психиатрической больницы за 1886-1917 гг.

4. Мальцев А.Ф.История и настоящее состояние презрения душевнобольных в Полтавской губернии. — СПб. — 1902. — 580 с.

Поступила в редакцию 6.03.2009

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.891.6-008.441.1-07-082

В.Д. Мішиєв, А.І. Герасименко

СПЕЦИФІЧНІ ФОБІЇ: ТИПОЛОГІЯ, КЛІНІКА

Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня №1

Ключові слова: специфічні фобії, типологія, клініка, перебіг, тривога

Специфічна фобія - термін, що порівняно недавно почав використовуватися в медицині та психології для визначення деяких видів ірраціональних страхів, хоча опис симптомів, характерних для специфічної фобії міститься ще у творах Гіппократа, а також у працях, які датуються XVII- XVIII ст. (Descartes, Le Camus, Sauvages).

Специфічні фобії визначаються як послідовно виникаючі, клінічно значимі тривожні реакції, які обумовлюються фактичним або передбачуваним зіткненням з певним загрозливим об'єктом або певною ситуацією і найчастіше ведуть до унікаючої поведінки. Зустрічаючись із таким об'єктом або потрапляючи в таку ситуацію у пацієнтів виникають як психічні, так і соматовегетативні прояви тривоги [10]. При цьому в них помітно порушується хід життя, утруднюється виконання соціальних, професійних та інших функцій, доставляючи істотні страждання. Особи зі специфічними фобіями зазвичай усвідомлюють їхню неадекватність [8, 19, 23].

Уявлення про специфічні фобії досить змістовно викладені в обох відомих класифікаційних системах (DSM-IV та МКХ- 10).

Діагностичні критерії специфічної фобії по DSM-IV

А. Виражений і стійкий, надмірний або необґрунтований страх, пов'язаний з наявністю або очікуванням специфічного об'єкта або ситуації (таких, як політ, висота, присутність деяких тварин, ін'єкція, вигляд крові).

Б. Фобічний стимул майже завжди викликає негайну тривожну реакцію, що може приймати форму ситуаційно пов'язаного або ситуаційно обумовленого нападу паніки.

(Примітка. У дітей тривога може виражатися плачем, спалахами роздратування, скутістю або потребою в ласці).

В. Хворий розуміє, що його страх є надмірним або необґрунтованим.

(Примітка. У дітей цей симптом може бути відсутнім).

Г. Фобічні ситуації уникаються або переносяться з інтенсивною тривогою або дистресом.

Д. Уникання ситуації, що викликає страх, тривожне очікування цієї ситуації або дистрес при зіткненні з нею в значній мірі перешкоджають виконанню хворим рутинних, пов'язаних з його роботою (навчанням) функцій, здійсненню звичайної соціальної діяльності, міжособистісним стосункам або хворий зазнає суттєвого дистресу, пов'язаного з усвідомленням у себе фобії.

Е. У хворих в віці до 18 років розлад спостерігається не менше 6 місяців.

Ж. Тривога, напад паніки чи фобічне уникання, пов'язані з певним об'єктом або конкретною ситуацією, не відповідають критеріям іншого психічного розладу, такого, як обсессивно-компульсивний розлад (наприклад, боязкість забруднення при нав'язливому страху заразитися інфекційною хворобою), посттравматичний стресовий розлад (наприклад, уникання впливу тяжких стресорів), тривожний розлад, пов'язаний з розлукою розлад (наприклад, уникання школи), соціальна фобія (наприклад, уникання соціальних ситуацій через страх потрапити в незручне становище), панічний розлад з агорафобією або агорафобія без панічного розладу в анамнезі.

Епідеміологія.

Відповідно до результатів міжнародних досліджень поширеність специфічних фобій варіює від 5 до 11,3%. В Угорщині, наприклад, цей показник становить 6,3% [48, 53]. У Сполучених Штатах Америки близько 9% населення щорічно мають симптоми специфічної фобії, і в багатьох людей спостерігається декілька специфічних фобій одночасно [8, 29, 41]. В одному з досліджень, проведених у США [36, 42], було показано, що ризик виникнення специфічних фобій протягом життя дорівнює 11,5%. Аналогічна частота захворювань була зареєстрована й у

Німеччині [54], хоча зрізова частота захворювань (частота захворювань, зареєстрована протягом одного місяця) у Німеччині значно нижча і становить 5,5% [19]. Розбіжність між більш високою частотою захворювань протягом життя і більш низькою, зафіксованою протягом одного місяця, може розглядатися як вказівка на те, що або ці фобії спонтанно слабшають, або - що здається на основі лонгітюдних досліджень, більш ймовірним виявляють флюктуючий перебіг. Напевно, протягом життя індивіда з такими фобіями фази із серйозними обмеженнями й численними симптомами часто чергуються з фазами, коли симптоми практично відсутні.

Цікаві епідеміологічні дані щодо деяких видів специфічних фобій (страхів, пов'язаних з наданням медичної допомоги) наводять O.J. Bienvenu і W.W. Eaton (1998). Застосувавши сучасні діагностичні критерії, автори провели опитування 1920 учасників популяційного дослідження, що проводилося в Балтіморі з 1993 по 1996 рр. Серед усіх фобій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, найчастіше зустрічалися три: страх крові, ін'єкцій та лікування зубів. Діагноз специфічної (ізолюваної) фобії ставили в тому випадку, якщо вона відповідала 4 основним критеріям: страх повинен був виникати в одній і тій же ситуації протягом декількох місяців або навіть років, майже завжди викликати сильну тривогу, не мати досить серйозних підстав і істотно впливати на поведінку людини. Поширеність трьох вищевказаних фобій протягом всього життя становила 3,5%, а медіана віку, в якому з'являлися перші симптоми, - 5,5 року. Майже у 80% опитаних симптоми цих фобій проявлялися протягом попередніх 6 місяців. В анамнезі осіб з фобіями відзначено більше непритомних станів та судомних нападів, ніж у осіб без фобій. Більше половини учасників даного дослідження повідомляли про свої страхи лікуючому лікарю або іншим медичним працівникам, але жодного разу не зверталися із цього приводу до психіатра. Найчастіше фобії зустрічалися в осіб з низьким рівнем освіти та у жінок. Результати даного дослідження свідчать також про те, що наявність фобій, пов'язаних з наданням медичної допомоги в цілому, варто вважати однією з причин несвоєчасності звертання до лікаря або неприйняття його рекомендацій. Хоча на даний час розроблені досить ефективні способи лікарської й психологічної терапії фобій, жоден з учасників дослідження не звертався за допомогою до психіатра [35].

Специфічні фобії звичайно (більш ніж в 80%

випадків) вперше виникають у підлітковому періоді й у ранній дорослості, причому, як і соціофобії, на відміну від панічних розладів та генералізованого тривожного розладу рідко з'являються після 25 років [19]. Близько 2-4% дітей переживають специфічні фобії в якийсь період свого життя [18, 39]. Результати деяких досліджень свідчать про значно більшу поширеність специфічних фобій у дитячому віці [18, 46, 47]. Національний Інститут Психічного Здоров'я США повідомляє, що приблизно 7-9% дітей оцінені як такі, у яких наявна специфічна фобія. Ніякі значимі розбіжності в захворюваності не відзначені між білими, латиноамериканцями або афроамериканцями. Немає ніяких об'єктивних даних, які б вказували на кореляцію між соціально-економічним статусом і поширеністю специфічних фобій. Жінки страждають на специфічну фобію у два-три рази частіше за чоловіків [35, 40].

Коморбідність.

Специфічні фобії та соціофобії пов'язані з істотним ризиком появи в подальшому інших психічних розладів [2, 3, 15, 16, 19, 42]: згодом можуть розвинути інші тривожні розлади (ризик в 5,8- 8,5 разів вищий, ніж в осіб без фобічних розладів), депресивні розлади (ризик в 3,7-5,6 разів вищий), а також зловживання психоактивними речовинами та залежність від них (ризик в 2 рази вищий).

За даними O.J. Bienvenu і W.W. Eaton (1998), які вивчали фобії, пов'язані з наданням медичної допомоги, в учасників проекту в 4-8 разів був вищим розрахунковий показник очікуваної протягом всього життя поширеності інших психічних порушень (велика депресія, обсессивно-компульсивний розлад, панічний розлад, агорафобія, соціофобія та інші специфічні фобії) [35].

Етіопатогенез.

Дотепер немає єдиного загальноприйнятого пояснення етіології специфічних фобій, хоча більшість дослідників дотримуються думки, що у виникненні цього типу фобій (власне, як і інших тривожних розладів) відіграють важливу роль три групи факторів:

- психосоціальний стрес;
- біологічні чинники;
- когнітивно-поведінкові механізми.

Необхідно відзначити, що співвідношення цих груп етіологічних факторів при різних формах тривожних розладів може значно відрізнятися. Так, прийнято вважати, що виникненню специфічних фобій, на відміну від деяких інших, передують конкретні події. Ці події називаються преципітуючою травмою або преципітуючою

подією.

Погляди про переважно психосоціальні причини тривожних розладів, згідно з якими ця патологія викликається різними соціальними стресорами та міжособистісними конфліктами, домінували в колишні десятиліття. Однак добре відомо, що люди в подібних соціальних ситуаціях зовсім по-різному піддаються тривозі, тобто коли одні спокійно переносять найсерйозніші життєві загрози, то у інших тривога виникає з абсолютно незначних зовнішніх приводів і погано піддається психотерапії, проте добре лікується виключно біологічними впливами, наприклад, транквілізаторами й антидепресантами.

Дослідження біологічних механізмів показали, що тривожність пов'язана з наявністю у індивіда підвищеної генетичної схильності до змін обміну нейромедіаторів у головному мозку - зниження вмісту гама-аміномасляної кислоти (ГАМК), підвищення рівню серотоніну, норадреналіну, дофаміну та ін. [5, 19, 23]. Із анатомічних структур, відповідальних за виникнення тривоги, традиційно називаються блакитнувата пляма (*locus coeruleus*) варолієвого мосту, мигдалина, гіпокамп, скронєва кора мозку [5].

Когнітивно-поведінкова модель підкреслює роль умовно-рефлекторних механізмів та соціального навчання у виникненні і закріпленні ряду симптомів тривожних розладів.

Причини, що лежать в основі тривожних розладів (етіологія), досі менш вивчені, ніж процес розвитку тривожного розладу в клінічно значимий та потребує лікування стан (патогенез). Виникнення специфічних фобій пояснюють, також, як правило, патогенетичними моделями [10, 19]. На даному етапі розвитку психологічної науки існують декілька основних моделей генезу ізольованих фобій - психоаналітична, поведінкова й когнітивна. Відносну цінність у трактуванні механізмів утворення цих фобій мають екзистенціальні, гуманістичні, фізіологічні та генетичні теорії.

Психоаналітична модель базується на поглядах Фрейда, який категоризував фобії як частину сукупності симптоматичних неврозів, названу ним істерією страху (*anxiety hysteria* або *Angst hysteric*). До цієї ж сукупності входить конверсійна істерія. Фобії являються проявом витіснених сексуальних фантазій, зазвичай едіпового походження, у боротьбі із захисними механізмами, покликаними допомогти стримати ці почуття [5, 9].

Пояснення з точки зору біхевіоризму або теорії соціального навчання зосереджені на тому,

як індивідуум засвоює неадекватну, провокуючу страх реакцію на початково нейтральний або не викликаючий хвилювання подразник [5, 9, 10, 19]. Використовуються три основні парадигми: класичне обумовлювання, оперантне обумовлювання та моделювання. Етіологія страхів була предметом дослідження в одному з основних експериментів у поведінковій психології, який представляє собою навіть через десятиліття з моменту опублікування результатів важливу віху в її розвитку. Джон Б. Уотсон і Розалія Рейнер викликали фобію у Альберта, дитини у віці 11 місяців, використовуючи модель класичного обумовлювання, відкрити І. П. Павловим у його знаменитих експериментах із собаками. Відповідно до парадигми оперантного обумовлювання Б. Ф. Скінера, фобії розвиваються не тільки в результаті випадкового або навіть навмисного збігу стимулів, але також і в результаті навмисних, довільних дій у навколишньому середовищі й наслідків цих дій (підкріплень). Парадигма моделювання (навчання за допомогою спостереження), розроблена в значній мірі Альбертом Бандурою, виходить із того, що фобії, принаймні, частково, засвоюються при сприйнятті тривоги або ірраціональних страхів, які відчувають інші люди, особливо близькі, з якими є емпатичний зв'язок [5, 9, 19, 31, 32, 33].

Когнітивно-динамічна концепція фобій, розроблена Альбертом Елісом, диференціює й роз'ясняє розумові процеси, що беруть участь в розладі. Еліс стверджує, що асоціації з думкою «це добре» стають такими позитивними емоціями людини, як любов або радість, тоді як асоціації з думкою «це погано» стають негативними емоціями, що забарвлюють болісні, злісні або депресивні почуття. Фобія являє собою алогічну й ірраціональну асоціацію, яка зв'язує «це погано» або «це небезпечно» з речами, які в дійсності такими не являються [9, 27, 28].

Представники екзистенціального напрямку Роло Мей та Віктор Франкл розглядають фобічні симптоми як відбиття відчуження, безсилля і безглуздості сучасного життя, частково як наслідок індустріалізації й знеособлювання [17, 24, 25]. Представник гуманістичної психології Абрахам Маслоу оцінює фобії, подібно неврозам у цілому, як порушення зростання особистості, крах можливостей реалізації людського потенціалу [12, 45]. Деякі теоретики звертають увагу на фізіологічні й генетичні аспекти страхів. Едвард О. Уілсон бачить у страхах слід нашої генетичної еволюції. «На ранніх етапах розвитку людства, - пише Уілсон, - страхи розширюва-

ли можливості виживання людини».

Клініка та діагностика.

Згідно МКХ- 10, специфічні (ізолювані) фобії являють собою страхи, обмежені чітко визначеними ситуаціями, такими як перебування поруч із якимись тваринами, висота, гроза, темрява, польоти в літаках, закриті простори, сечовипускання або дефекація в громадських убиральнях, прийом певної їжі, лікування в зубного лікаря, вигляд крові або ушкоджень і страх піддатися певним захворюванням [8, 13, 19, 23]. Незважаючи на те, що пускова ситуація є ізолюваною, потрапляння в таку ситуацію може спричинити паніку як при агорафобії або соціальної фобії, з наявністю психологічних і вегетативних симптомів (зненацька виникає серцебиття, болі в грудях, відчуття задухи, запаморочення, відчуття нереальності (деперсоналізація або дереалізація) та ін.). Страх фобічних об'єктів не виявляє тенденції до коливань інтенсивності, на противагу агорафобії.

Звичайними об'єктами фобій захворювань є променева хвороба, венеричні інфекції, СНІД, гельмінтози. Багато з людей відчувають страх на прийомі у лікаря або під час перебування в стаціонарі, у деяких із них цей страх набуває форму фобії. Острах медичних голок, вигляду крові або відкритих ран, страх болю, острах проведення анестезії або лікування зубів поширені дуже широко [35]. Деякі хворі навмисно уникають ситуацій, з якими пов'язана певна фобія (наприклад, тих місць, де "пахне медициною" або будь-яких медичних установ). Частота розвитку неприємних станів у ситуації, з якою пов'язана фобія, серед госпіталізованих хворих становить від 50 до 75% [35].

Залежно від фокусу страху виділяють п'ять типів специфічних (ізолюваних) фобій [5, 19]: фобії тварин, фобії явищ природного середовища, фобії крові, ін'єкцій і травм, ситуативні фобії (політ в літаку, проходження по мосту, їзда в ліфті й т.п.), інші фобії (наприклад, голосних звуків, хвороб і т.д.).

Для достовірного діагнозу повинні бути задоволені всі нижчеперелічені критерії:

а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинними проявами тривоги, а не вторинними стосовно інших симптомів, таких як марення або нав'язливі думки;

б) тривога повинна обмежуватися певним фобічним об'єктом або ситуацією;

в) фобічна ситуація уникається, коли тільки це можливо.

Диференціальний діагноз.

Інші психопатологічні симптоми, як правило, відсутні, на відміну від агорафобії та соціальних фобій. Фобії вигляду крові й ушкоджень відрізняються від інших тим, що призводять до брадикардії й іноді - синкоп, а не до тахікардії. Нозофобії в рамках специфічних фобій варто диференціювати від нозофобій іпохондричного розладу. Перші повинні бути пов'язані зі специфічними ситуаціями, у яких розлад може виникати, а при других присутня постійна стурбованість можливістю захворіти тяжкою і прогресуючою хворобою. Диференціальний діагноз із маячним розладом необхідний у тих випадках, коли переконаність у наявності захворювання досягає значної інтенсивності [13]. Клінічна картина специфічних фобій може бути схожа на агорафобічну при розширенні кола ситуацій, які викликають страх, або збільшенні кількості фобічних об'єктів, що уникаються.

Перебіг та прогноз.

Вплив специфічних фобій на життя людини залежить від того, що викликає страх. Деякі об'єкти або ситуації уникаються простіше, інші складніше. Люди, які бояться собак, комах або води, будуть, так чи інакше, зустрітися із предметами свого страху. Їхні зусилля уникнути зустрічі з ними повинні бути дуже суттєвими і можуть істотно порушити хід їхнього життя. Люди, котрі бояться змій, зустрічають їх дуже рідко. Таким чином, ступінь розладу, який виникає в результаті зниження продуктивності, залежить від того, наскільки легко суб'єкт може уникати фобічну ситуацію. Фобії, які тривають або починаються в дорослому віці, мають тенденцію зберігатися і зменшуються лише в результаті лікування, а ті, які формуються в дитинстві (наприклад, фобії тварин), згодом можуть зникнути самі по собі [29]. Схожу думку із приводу перебігу та прогнозу специфічних фобій висловлюють Н.І.Каплан і В.Д.Садок (1994): «Специфічний фобічний розлад, як правило, носить хронічний характер перебігу і при відсутності лікування може посилюватись, але при адекватній терапії має сприятливий прогноз» [5].

Більша частина людей зі специфічними фобіями - майже 90% - не звертається за лікуванням [35]. Їм простіше уникати зустрічі із предметами свого страху [8, 51]. Але, потрібно зазначити, що у випадку несприятливого розвитку захворювання, можливе виникнення інших психічних порушень у вигляді обсессивно-компульсивних, депресивних, іпохондричних симптомів, панічного розладу, агорафобії, соціофобії, а також зловживання алкоголем [2, 3, 15, 16].

Лікування.

Специфічні фобії добре піддаються терапевтичному впливу. Можливе застосування різних, як психологічних, так і біологічних підходів або їхнє сполучення. Прихильники кожного з підходів пропонують свої методики лікування, але найбільш часто застосовуються біхевіористичні терапевтичні підходи, які являються високоефективними і дають у більшості випадків кращі результати [8, 37, 38, 55, 56]. Контрольовані клінічні дослідження в ряді країн переконливо продемонстрували ефективність та економічність поведінкової терапії при лікуванні специфічних фобій [22, 43, 44]. Можна стверджувати, що експозиційна поведінкова терапія являється методом вибору при специфічних фобіях [49, 50]. Основними цілями впливу на розлад є: редукція страху, мінімізація унікаючої поведінки, скорочення рецидивів і зменшення загального дистресу.

Когнітивно-поведінкова терапія

Власне когнітивні впливи використовуються в тих випадках, коли терапевт визначає, що у формуванні фобічної поведінки переважаючу роль відіграє пізнавальний компонент. Процес когнітивної терапії передбачає повідомлення психотерапевтом (часто в досить ефектній, вражаючій формі) пацієнту про викривлення в його мисленні. Це схоже на психопедагогічний прийом, і він дійсно спрямований на те, щоб хворий дізнався про те, як невірні когніції призводять до алогічного та фобічного стилю поведінки. Когнітивні техніки ставлять в якості головного завдання зміну дисфункціональних модулів мислення, які являються джерелом неадекватних хворобливих проявів [4, 16, 20, 26, 27, 28, 34]. Хоча окремі дослідження і доводять переваги когнітивної терапії при впливі на фобічну симптоматику, більшість авторів схильні вважати, що когнітивні інтервенції у вигляді монотерапії - не найефективніший метод лікування специфічних фобій і пропонують доповнювати когнітивне реструктурування поведінковими техніками [55, 56].

Психологи поведінкової орієнтації розробили вражаючий набір технічних прийомів для лікування фобій. Тими, які найширше використовуються із них для терапії специфічних фобій, являються систематична десенсибілізація, фладінг (наводнення) та моделювання [5, 9, 55, 56].

Систематична десенсибілізація представляє собою форму класичного обумовлювання, при якій викликаючі побоювання стимули сполучаються із реакціями гальмування в уявлюваній (за-

міщуюча десенсибілізація) або в реальній життєвій ситуації (десенсибілізація *in vivo*).

Фладінг (наводнювання) заключається у швидкій експозиції в ситуацію, яка спричиняє страх у справжньому житті з підтримкою максимально прийняттого рівня страху, доки він не почне знижуватися, з наступним повторенням експозицій до тих пір, поки пацієнт не буде почувати себе спокійно в ситуації, що раніше викликала страх. Хоча цей метод вважається швидким і ефективним, принаймні, в короткій перспективі, його використання супроводжується генеруванням у пацієнтів високого рівня тривоги, що ряд фахівців визнають занадто високим - і тому потенційно небезпечним, особливо у випадку комор бідної соматичної патології.

На сеансах моделювання все відбувається зовсім інакше: там роль моделі бере на себе психотерапевт. Людина, що страждає на фобію, або просто спостерігає, як той вступає у взаємодію з об'єктами його страху, або теж залучається до цієї взаємодії [31, 32, 33]. І в тому, і в іншому випадку психотерапевт всіма доступними засобами демонструє фобісту безпідставність його страхів. Однак, другий варіант, як показує практика, більш ефективний [9].

Психодинамічна терапія

Психоаналітики, вважаючи специфічні фобії продуктом витісненого вмісту, прихованого під пластами психологічного захисту, використовують вільні асоціації, аналіз сновидінь та інтерпретації для того, щоб зірвати шари захисту й дійти до суті конфлікту. Тоді через катарсис - раптове емоційно насичене вивільнення витісненого матеріалу - пацієнт зможе перебороти страх і одужати [23].

Групова психотерапія

Існує невелика кількість досліджень щодо групової терапії специфічних фобій. У деяких повідомляється про ефективність групової роботи при лікуванні страхів стоматологічних кабінетів і боязкості павуків.

Психофармакотерапія

Немає і достатньої кількості досліджень, які б підтверджували ефективність медикаментозного впливу на специфічні фобії. Загалом, рахується, що фармакотерапія не є лікуванням вибору для осіб з даною патологією. Бензодіазепіни, проте, можуть значно зменшити попередню тривогу у пацієнтів перед зіткненням із лякаючим об'єктом або ситуацією [6, 7, 19, 21]. Низькі дози бензодіазепінових анксиолітиків, таких, наприклад, як клоназепам або альпразолам, призначаються в деяких випадках з метою запобі-

гання розвитку вираженого страху при експозиції *in vivo*. Однак, зменшення тривожної та вегетативної симптоматики може перешкоджати якісним психотерапевтичним інтервенціям, особливо якщо використовуються методики систематичної десенсибілізації або наводнення. Відомо, також, що бензодіазепіни можуть викликати синдром залежності при недотриманні правил призначення, а в деяких випадках зумовлюють сонливість і седацію, які є вкрай небажаними, а, часом, і небезпечними симптомами при деяких видах діяльності [1, 11, 15, 16].

Існують роботи, які доводять ефективність антидепресантів у лікуванні специфічних фобій [52]. Так, сертралін і пароксетин, за деякими даними, посилюють мотиваційний компонент при використанні експозиційних технік, які є досить дискомфортними для пацієнта [1, 14, 16, 30]. Призначення антидепресантів, також, необхідне при наявності у фобічного хворого коморбідної депресивної симптоматики [14, 16]. З цією метою показане застосування, насамперед, се-

лективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (SSRI- флувоксамін, флуоксетин, пароксетин, сертралін, циталопрам, есциталопрам), у деяких випадках можливе призначення інгібіторів MAO (MAOI - фенелзін), оборотних інгібіторів MAO типу А (RIMA - моклобемід, брофаромін, пірліндол) або інгібіторів зворотнього захоплення норадреналіну і серотоніну (SNRI - венлафаксин, мілнаципрам, дулоксетин).

Для зменшення сомато-вегетативних проявів, які супроводжують специфічні фобії, інколи рекомендований прийом бета-адреноблокаторів перед можливим зіткненням з фобічною ситуацією [5, 23].

Таким чином, значна поширеність специфічних фобій у сучасній психопатології, зростання кількості фобій резистентних до терапії, збільшення коморбідних проявів обумовлюють потребу більш детального вивчення преморбідних особистісних характеристик хворих на специфічні фобії, деяких клінічних аспектів, типології, динаміки та виходів цих розладів.

В.Д. Мишиев, А.И. Герасименко

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОБИИ: ТИПОЛОГИЯ, КЛИНИКА

Киевская городская клиническая психоневрологическая больница №1

Специфические (изолированные) фобии имеют значительную распространенность в современной психопатологии, растет количество фобий, резистентных к терапии, увеличиваются коморбидные проявления. В статье рассматриваются клинико-психопатологические особенности, типология специфических фобий. Детально освещены представления о механизмах формирования этих расстройств и методах воздействия на них в современной психиатрии. Представлены эпидемиологические данные в различных странах мира. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 126-132).

V.D. Mishyiev, A.I. Gerasimenko

SPECIFIC PHOBIAS: TIPOLOGY, CLINIC

Kiev city clinical psychoneurological hospital №1

Specific (isolated) fobias have considerable prevalence in modern psychiatry. Specific fobias are more frequent, resistant to therapy, and have tendency to comorbidity. Detailed clinical and psychological analysis of specific fobias peculiarities are represented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 126-132).

Література

1. Аведисова А.С., Панюшкина С.В., Коган Б.М. и др. К вопросу о патогенетическом обосновании дифференцированной психофармакотерапии тревожных состояний // Соц. и клин. Психиатрия. - 1995. - Т.5, вып.3. - С. 106-112.
2. Битенский В.С. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях "Информационного взрыва" / В.С. Битенский, К.В. Аймедов, В.А. Пахмурный // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.- Одеса, 2006. - N1. -С. 161-167.
3. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989.
4. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств. МПЖ, 1996, N3, с.112-140.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. В 2т. -М.: Медицина, 1994. - 672 с.
6. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей. -2-е

изд. - М.: Медицина, 1990. - 448 с.

7. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985. - 303 с.

8. Комер Р. Основы патофизиологии: Пер. с англ. - М.: прайм-Евразнак, 2005. - 598 с.

9. Львова Л.В. Гримасы страха // <http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N7>.

10. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза // Арх. психиатрии.- 2003.- Т.9, N.4.- С.35-40.

11. Марута Н.А., Семикина Е.Е. Применение анксиолитической терапии в лечении соматоформной вегетативной дисфункции // Новости мед. и фарм.-2008. - № 5. - С. 14-15.

12. Маслоу А.Г. Мотивация и личность.- СПб., 1999.

13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клас-сификация психических и поведенческих расстройств (клиниче-ские описания и указания по диагностике).- ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994.- 304 с.

14. Мишиев В.Д. Клинические показания к применению

нового серотонинергического антидепрессанта – золофт (сертралин). //Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1 (5), 1999. – С. 91-95.

15. Мішиєв В.Д. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів: клініка, діагностика, терапія. - Львів: Видавництво Мс, 2005. – 200 с.

16. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс. – 2004. – 207 с.

17. Мэй Р. Проблема тревоги. Пер. сангл. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. - 432с. с. с.

18. Мэй Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка: Пер. с англ. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. - 508 с.

19. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология: Пер. с нем.-СПб.: Питер, 2006.-1312 с.

20. Ромек В.Г. Поведенческая терапия страхов //Журн. практич. психологии и психоанализа.- 2002.- №1.- С.9-17.

21. Сергеев И.И. Места антидепрессантов в терапии фобий // Психиатрия и психофармакология.- 2001.- № 3.- С. 11-15.

22. Современная психотерапия / Под ред. Р.Корзини //http://psyjournal.ru.

23. Табачников С.И., Первый В.С. Фобии: клиника, диагностика, лечение, профилактика : Монография. - Д.: АРТ-ПРЕСС, 2005. - 348с.

24. Франкл В. Человек в поисках смысла. " М.: Прогресс, 1990. " 358 с.

25. Франкл В. Воля к смыслу. " М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2000. – 368 с.

26. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В сб.: "Основные направления современной психотерапии". М.: Когито, 2000.

27. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса: Пер. с англ. -СПб.: Питер, 1999. -288 с.

28. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии: Пер. с англ. - СПб: Речь, 2002. - 352 с.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.

30. Baldwin D.S., Birtwistle J. The side effect burden associated with drug treatment of panic disorder //J. Clin. Psychiatry.- 1998.- Vol.59, Suppl.8.-P.39-44.

31. Bandura A. Principles of behavior modification. - New York: Holt, 1969.-P. 117-128.

32. Bandura A. Social learning theory. - New Jersey: Prentice Hall, 1977. - P. 84-85.

33. Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 125-139.

34. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. 1976, American book, New-York, 1976.

35. Bienvenu O.J., Eaton W.W. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. Psychol Med 1998;28:1129-36.

36. Eaton W. W., Dryman A., Weissman M. M. Panic and phobia. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Maxwell Macmillan International, 1991.

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

38. Emmelkamp, P. M. (1994). Behavior therapy with adults. In

A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). New York: Wiley.

39. Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. Journal of Anxiety Disorders, 14(3), 263-279.

40. Fredrikson, Mats et al. , Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. // BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY. - PERGAMON-ELSEVIER SCIENCE LTD, 1996 (34) : 1, s. 33-39.

41. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.-U., Kendler, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey //Arch. Gen. Psychiatry.- 1994.- Vol.51.- P.8-19.

42. Magee W. J., Eaton W. W., Wittchen H.-U., McGonagle K. A., Kessler R. C. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry.- 1996.- Vol.53, N.2.- P.159-168.

43. Marks I., Dar R. Fear reduction by psychotherapies : Recent findings, future directions //Br. J. Psychiatry.- 2000.Vol.176, N.6.- P.507-511.

44. Mathews A.M., Gelder M.G. Agoraphobia, nature and treatment. – New York: Guilford Press, 1981.- P.41-83.

45. Maslow A. The father reaches of human nature. – New -York: Viking, 1971.

46. Muris, P. & Merckelbach, H. (2000). How serious are common childhood fears? II. The parents' point of view. Behaviour Research and Therapy , 38 , 813-818.

47. Muris, P., Schmidt, H., Engelbrecht, P., & Perold, M. (2002). DSM-IV-defined anxiety disorder symptoms in South African children. Journal of the American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, 41(11), 1360-1368.

48. Nemeth A., Agoston G. The efficacy of paroxetine in the treatment of anxiety disorders. Gyogyszereink.- 2002.- Vol.52.-P.46-49.

49. Nutt, D. & Bell, C. (1997) Practical pharmacotherapy for anxiety. Advances in Psychiatric Treatment,3,79-85.

50. Nutt DJ,Bell CJ,Protokar JP.Drug treatment of chronic anxiety.Bailliere's Clin Psychiatry 1995;1:565 -94.

51. Regier D A, Narrow W E, Rae D S, Manderscheid R W, Locke B Z, Goodwin F K. "The De Facto U.S. Mental Health and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective One-Year Prevalence Rates of Disorders and Services." Archives of General Psychiatry. 1993;50(2):85-94.

52. Scott A., Davidson A., Palmer K. Antidepressant drugs in the treatment of anxiety disorders // Advan. Psychiatr. Treat.- 2001.- №.7.- P.275-282.

53. Szódyoczky E: Kedőlybetegségek és szorongósság zavarok prevalenciája Magyarországon. - Budapest: Print-Teck Kiadó, 2000.

54. Wittchen H.-U., Perkonig A. Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen // Enzyklopädie der Psychologie // Hrsg. A. Ehlers, K. Hahlweg.- Göttingen: Hogrefe, 1996.- P.69-144.

55. Wolpe, J. (1997). From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders: A continuing evolution. In J. K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy: The third conference. New York: Brunner/Mazel.

56. Wolpe, J. (1990). The practice of behavior therapy (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.

Поступила в редакцию 21.03.2009

УДК 616.89-008.442.36 (470+571)

*Г.С. Кочарян***ГОМОСЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И СОВРЕМЕННАЯ РОССИЯ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: гомосексуальные связи, отношение, современная Россия

Следует отметить, что в истории России имели место периоды различного отношения к гомосексуальному поведению – от мягкого его порицания до вынесения смертного приговора лицам, уличенным в однополых контактах. Г.Б. Дерягин [1], анализируя проблему отношения к однополую любви в России, Советском Союзе, а также в Российской Федерации в постсоветский период, сообщает, что в Древней Руси к ней относились терпимо, снисходительно [2, 3, 4], при этом женская гомосексуальность как бы не существовала. На Руси ее рассматривали как разновидность женской мастурбации, что было связано с тем, что женщина не была равноправным и полноценным членом общества.

Впервые на Руси гомосексуалов стали сжигать на костре при Петре Великом в 1706 г., причем эта мера наказания касалась лишь военных, не распространяясь на гражданское население. В 1716 г. ее заменили телесным наказанием, а в случаях применения насилия – вечной ссылкой. После Петра I гомосексуальные отношения наказывались, но гораздо менее сурово. С 1832 г. «Уложение о наказаниях» (первый Уголовный кодекс Российской Империи) включило в себя параграф 995, по которому мужеложство наказывалось лишением всех прав состояния и ссылкой в Сибирь на 4–5 лет. Этот Закон действовал до принятия в 1903 г. по отношению к мужеложству ст. 516, в соответствии с которой данное преступление каралось тюремным заключением на срок не меньше 3 месяцев, а при отягчающих обстоятельствах (с применением насилия или по отношению к несовершеннолетним) – на срок от 3 до 8 лет [1, 2, 5].

Февральская революция 1917 г. привела к декриминализации гомосексуализма. Ее (декриминализации) инициаторами были кадеты и анархисты. После Октябрьской революции с отменой старого Уложения о наказаниях соответствующие его статьи также утратили силу [6]. Отменив царские юридические нормы, новый

советский режим отменил и уголовные санкции за гомосексуальные контакты. Их не было в УК РСФСР, принятых в 1922 и в 1926 годах. Обосновывалось это следующим образом: «Советское законодательство не знает так называемых преступлений, направленных против нравственности. Наше законодательство предусматривает наказание лишь в тех случаях, когда объектом интереса гомосексуалистов становятся малолетние и несовершеннолетние. Понимая неправильность развития гомосексуалистов, общество создает все необходимые условия к тому, чтобы отчужденность, свойственная им, рассосалась в новом социалистическом обществе». СССР даже вступил во Всемирную лигу сексуальных реформ, которая была основана Магнусом Хиршфельдом в 1924 г. [1]. Тем не менее в Азербайджане, Туркмении, Узбекистане и Грузии соответствующие законы сохранились [6].

С 1933 года в СССР гомосексуалов стали преследовать. В 1934 году в Уголовный кодекс РСФСР (и всех союзных республик СССР) вернули понятие «мужеложство», и гомосексуалов вновь стали наказывать за добровольные гомосексуальные контакты. Вначале существовала точка зрения, что гомосексуализм является формой «буржуазного упадничества», «продуктом разложения эксплуататорских классов», однако после 1936 г. была перенята западная точка зрения, согласно которой гомосексуалы рассматривались как пособники фашистов [1, 7, 8]. Поводом для этого послужило то обстоятельство, что приходу Гитлеру к власти способствовала СА, лидером которой был Эрнст Рэм (Ernst Rohm), известный своей гомосексуальной ориентацией. Следует отметить, что штурмовики СА, исповедующие принцип античного воинского братства, были гомосексуальны. Однако после того как Рэм и его соратники также захотели приобщиться к власти, случилась ночь «длинных ножей», когда Гитлер расправился над верхушкой СА. После этого лиц, уличенных в гомосексуально-

сти, стали отправлять в концлагеря, объявив их пособниками коммунистов. Пришедшее к власти правительство, руководимое Гитлером, внедрило в общественное сознание мысль, что гомосексуализм представляет собой угрозу для германской нации. Нацисты заявляли, что «гомосексуализм есть еврейско-коммунистическая деградация». В Германии стали наказуемы даже попытки гомосексуального заигрывания – дотрагивания и «намекающие» взгляды» [1].

В России гомосексуальные отношения уголовно не преследуются с 1993 г. Этот шаг по их декриминализации был осуществлен в основном под давлением международного общественного мнения с целью обеспечить вступление России в Совет Европы. Все необходимое для этого было «сделано втихую, без широкого оповещения и разъяснения в средствах массовой информации». Окончательно данное решение было закреплено в новом уголовном кодексе РФ, вступившим в силу с 1 января 1997 г. [6].

В настоящее время в Российской Федерации брак определяется как союз мужчины и женщины. При отсутствии нотариального завещания переживший партнер не наследует имущество умершего партнера. Совместное усыновление детей партнерами одного пола невозможно.

Отношение к гомосексуализму и гомосексуалам в РФ неоднозначное. С одной стороны, позиция ряда общественных организаций, партий, государственных и партийных деятелей, выступающих против пропаганды гомосексуальных отношений, мнение ряда известных российских сексологов, считающих гомосексуальность нарушением психосексуальной ориентации по полу объекта, принципиальная позиция Русской православной церкви (РПЦ) и других религиозных конфессий России, которые считают гомосексуализм тяжким грехом. С другой стороны, усилия, направленные на изменение отношения к гомосексуальности, в основу которого положено представление о ней как о варианте нормы. Одним из наиболее известных в научном мире выразителей этого представления на постсоветском пространстве является российский социолог профессор И.С. Кон, который, в частности, написал книгу «Лики и маски однополый любви. Лунный свет на заре» [4].

По мнению, которое он неоднократно высказывал, в последние годы отношение к гомосексуалам в России ухудшилось. На круглом столе под символическим названием «Новые формы гомофобии в странах Центральной и Восточной Европы», который проходил 30 сентября 2005 г.

в Киеве и предварял международную гей-конференцию «Наш мир – расширяя границы», состоявшуюся 1 и 2 октября того же года в названном городе, цитируемый автор связал это с современной политической ситуацией в России. И.С. Кон считает, что гомофобия в данной стране усилилась из-за возрождения имперского сознания, усиления клерикализма (стремления обеспечить первенствующую роль церкви и религии в политической и культурной жизни), антизападных настроений и соответственно поисков внешних и внутренних врагов. По мнению автора, на роль внутренних врагов идеально подходят гомосексуалы, особенно если учитывать позицию РПЦ и историю развития гей-движения в России. И.С. Кон также отметил, что заявление Н. Алексеева о проведении в Москве в 2006 г. гей-прайд парада (вопреки запрету московского правительства) представляет собой необдуманное копирование западного опыта и методов. Он убежден в том, что геи не являются самостоятельной политической силой и им нужно заботиться о том, чтобы не оказаться разменной монетой в чужих политических играх, а недостаточно продуманные политические акции могут лишь способствовать превращению геев в козлов отпущения и служить поводом для сплочения консервативных сил. И.С. Кон полагает, что в России существует негативное отношение к сексуальным меньшинствам на властном уровне, которое подкрепляется однозначной позицией РПЦ. По его мнению, эта церковь во многом сегодня определяет государственную политику относительно геев и лесбиянок. Гомофобия – заявил И.С. Кон – носит в России политический характер, поэтому бороться с ней можно только путем политической активности, работая совместно с демократическими партиями [9].

В связи с этим небезынтересно привести рейтинг отношения некоторых политических партий России к гомосексуализму, который помещен в 4-м номере ноябрьского гей-журнала «Квир» за 2003 г. В порядке улучшения этого отношения названные партии расположились следующим образом: Коммунистическая партия Российской Федерации (КПРФ), Народная партия Российской Федерации, Либерально-демократическая партия России (ЛДПР), политическая партия «Единая Россия», Российская демократическая партия «Яблоко», Союз Правых Сил (СПС) [10–15].

Как известно, в России главой верхней палаты Парламента России Сергеем Мироновым на основе «Партии жизни», «Партии пенсионеров»

и «Родины» была создана новая партия «Справедливая Россия». Московским отделением этой партии было сделано следующее заявление: «Мы не вправе и не в состоянии запретить гомосексуальные связи как явление. Но тех, кто их рекламирует, пытается навязать свои «нормы» другим, надо уголовно преследовать» [16].

Также следует принимать в расчет мнение правительственных органов, наделенных властными полномочиями. В этом плане небезынтересно официальное отношение правительства Москвы к проблеме гомосексуализма, отраженное в документе, который явился ответом на одно из обращений в адрес органов государственной власти и политических партий одного из лидеров гомосексуалов России – руководителя проекта GayRussia.Ru Николая Алексеева в связи с проведением 17 мая 2005 года первого Международного дня противостояния гомофобии. В данном документе отмечается, что вопросы, затронутые в письме Алексеева, относятся к компетенции законодательных и правоохранительных органов, однако усилиями органов власти и директивными документами существующую проблему изменить нельзя. Должно измениться общественное сознание и отношение самого социума к такому явлению как гомосексуализм. Опыт западноевропейских стран невозможно, безусловно, адаптировать к нашей стране, не учитывая существования доминирующих национальных культурных традиций относительно отношений полов и влияния традиционных религий на институт семьи. «Пропаганда в современном российском обществе стереотипов поведения, которые в своих базовых мировоззренческих основаниях антагонистичны культуре и традиционному образу жизни практически всех российских этносов, по нашему мнению, является деструктивным фактором для нашей культуры, социальной и семейной жизни, нравственного и физического здоровья граждан и безопасности общества в целом».

В документе также отмечается, что распространение и популяризация идей сексуальной свободы, самооценности гомосексуализма и создание позитивного эмоционального отношения к порокам следует расценивать как опасную деятельность, направленную прежде всего против детей и молодежи, которая может привести к снижению ее мотивации на создание семьи, жизнь в семье и рождение в ней детей, отрицательным демографическим последствиям. Вместе с тем подчеркивается, что правительство Москвы негативно относится к проявлению

крайнего экстремизма в отношении лиц нетрадиционной сексуальной ориентации, как и к любой дискриминации по признаку расы, религии, национальности или принадлежности к группе меньшинства, сопровождающейся грубыми нарушениями прав человека и конституции РФ. Этот документ, датированный 1 июня 2005 г., от имени Комитета общественных связей правительства Москвы подписал первый заместитель его председателя А.В. Чистяков [17].

Мэр Москвы Юрий Лужков неоднократно резко отрицательно высказывался о гей-парадах, расценивая их как пропаганду гомосексуализма, которая, по его мнению, так же недопустима, как и пропаганда табакокурения. Так, выступая в конце января 2007 г. на Рождественских чтениях в Кремле, он назвал гей-парад «сатанинским действием» и заявил, что не позволит провести его в столице, после чего его организаторы подали иск о защите чести и достоинства в Тверской суд Москвы. В своем иске они утверждали, что высказывания мэра Москвы причинили им «нравственные страдания», выразившиеся в значительном умалении и унижении их достоинства и самооценки. По словам одного из истцов, Николая Алексеева, должностное лицо уровня Лужкова «не может себе позволять оскорблять людей, используя подобную лексику». Тверской суд Москвы 20 апреля 2007 года отклонил данный иск. Председатель суда отметил в этой связи, что суд не нашел оснований для его удовлетворения [18–20]. Однако данным иском дело не ограничилось. В тот день, когда мэр Москвы выразил таким образом свое отношение к секс-меньшинствам, организаторы гей-парада в Москве направили официальную жалобу против России в Европейский суд по правам человека с требованием денежной компенсации в размере 20 тысяч евро [21].

Следует отметить, что уровень отрицательного отношения к гомосексуализму и гомосексуалам у населения России является довольно высоким. В июне 1993 г. на вопрос Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) «Как бы вы оценили по шкале от 1 до 5 поведение людей, которые имеют гомосексуальные связи?» отрицательный полюс («это заслуживает осуждения») выбрали 69,4% мужчин и 71,6% женщин, а положительный полюс («не вижу в этом ничего предосудительного») – только 8,8% и 7,8%. Но при разбивке по возрасту в младшей возрастной группе (от 16 до 25 лет) полярные ответы соотносятся как 54,3:18,5, а в старшей (старше 55 лет) – как 82,6:4,1. Сходная

картина и с образовательным уровнем. Интересны также «промежуточные» группы, которые помещают гомосексуальность где-то между девиацией и нормой, не расставляя окончательных акцентов. В целом по выборке таковых 16%, но среди молодых и высокообразованных – 25%, а среди студентов – 30% [22].

В июле 1994 г. на вопрос ВЦИОМ «Как вы относитесь к гомосексуалам?» (опрошено 1779 человек) благожелательную позицию («очень положительно» и «скорее положительно») заняли около 9%, нейтральную – 23%, негативную («очень отрицательно» и «скорее отрицательно») – 46% мужчин и женщин; 12% затруднились ответить. На вопрос «Как вы считаете, должны ли гомосексуалы обладать равными со всеми правами?» голоса разделились: около 38% респондентов сказали «да», 41% – «нет» и 21% затруднились ответить [22].

В опросе Игоря Кона 16–19-летних молодых людей в 1995 г. на вопрос «Как вы относитесь к гомосексуалам?» 29% юношей и 37% девушек ответили «Никак не отношусь, никогда об этом не думал». Вариант «С симпатией и пониманием» выбрали 2,6% юношей и 9,3% девушек, нейтральное отношение («не вижу в этом ничего особенного») – соответственно 19,2% и 32,5% и отрицательное («испытываю к ним отвращение») – соответственно 48,4% и 21,2%. В опросе учащихся 7–9-х классов 16 школ в 1997 г. с суждением «Гомосексуальные отношения не должны осуждаться, это личное дело каждого» полностью согласились 37,7% мальчиков и 53% девочек, скорее согласны, чем не согласны – соответственно 17% и 19%. Подростки в этом вопросе значительно (в 2–3 раза) терпимее своих родителей и учителей [22].

Об отрицательном отношении к гомосексуализму также свидетельствуют данные опроса аналитического центра Юрия Левады (апрель 2005 года). По его результатам можно судить не только о количественной, но и о качественной стороне этого отношения. Выяснилось, что оно распадается на несколько позиций: последовательно толерантную, признающую моральную, социальную и психическую полноценность и гражданское равноправие представителей «нетрадиционной» ориентации (23% выборки); последовательно гомофобную, считающую геев и лесбиянок неполноценными и/или представляющими угрозу для общества, для предотвращения которой необходимо их ограничение в правах, лечение и/или уголовное преследование (21,9% выборки); нейтральную, отсутствие ин-

тереса к проблеме, нежелание или боязнь выражать свое мнение (11,5%); конъюнктурную, логически непоследовательную, когда мнение по конкретным вопросам меняется в зависимости от ситуации, текущей информации и собственного эмоционального состояния (25,3%). Особую группу представляют сторонники сохранения status quo, которых устраивает существующее положение, т.е. отсутствие репрессий в сочетании с отказом в государственной защите от дискриминации (18,3%) [23].

15 февраля 2005 г. Верховный суд РФ отклонил жалобу и отказался вносить изменения в Семейный кодекс, разрешающие однополые браки. В 2005 г. ВЦИОМ провел исследование об отношении населения к людям с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Выяснилось, что большинство населения разделяет точку зрения судей. Вместе с тем обращает на себя внимание то, что за последние 15 лет отношение россиян к представителям нетрадиционной сексуальной ориентации существенно изменилось. Если в 1990 г. около половины опрошенных (48%) считали, что представителей сексуальных меньшинств необходимо изолировать от общества, то по результатам январского 2005 г. опроса таких существенно меньше – 31%. Доминирующей точкой зрения становится суждение о том, что их следует предоставить самим себе. Этой точки зрения придерживается почти половина опрошенных – 49%. Причем интересно то, что более терпимую позицию в отношении представителей нетрадиционной сексуальной ориентации демонстрируют средние возрастные группы, тогда как оценки молодежной группы (18–24 года) и старших возрастных групп менее терпимы.

В то же время, несмотря на формирование более толерантного отношения к представителям сексуальных меньшинств, к возможности однополых браков, а также воспитанию однополыми парами ребенка, россияне относятся крайне отрицательно. Так, если в 1995 г. по данным опроса число лиц, относящихся к двум группам (совершенно согласных или согласных с тем, что однополые пары должны иметь право вступить в брак) в сумме составило 18%, то в 2005 г. – 14%. В то же время соотношение не согласных или совершенно несогласных с этим составило 38% и 59% соответственно.

На вопрос о возможности предоставления однополым парам права воспитывать ребенка в 1995 г. положительно ответило (группа «Совершенно согласен» + группа «Согласен») 14%, а в 2005 г. – 13%. В то же время количество лиц, не

допускающим такую возможность (группа «Не согласен» + группа «Совершенно не согласен»), составило соответственно 39% и 67% [24].

Отметим, что при исследовании, которое ВЦИОМ провел в 2005 г., было опрошено 1600 человек в 100 населенных пунктах 39 областей, краев и республик России. Статистическая погрешность не превышала 3,4%. Приведем таблицы, демонстрирующие отношение к гомосексуалам (табл. 1), однополым бракам (табл. 2) и возможности воспитания детей однополыми парами (табл. 3) [25].

Оценивая существующее в РФ отношение к однополым бракам, профессор Л.М. Щеглов отмечает, что Россия пока не готова к этому и еще долго не будет готова. Лоббирование закона, направленного на юридическое закрепление института такого брака, по мнению автора, приведет к обратному результату. Если же у людей возникает острейшая потребность в решении своих брачных проблем, то, учитывая свободу передвижения, каждый человек имеет возможность «передвинуть свое тело в то место на Земле», где он сможет решить свои проблемы [26].

Таблица 1

Как следовало бы поступить с гомосексуалами?

| Варианты ответов | 1990 | 2005 | Возраст (лет) | | | | |
|----------------------------|------|------|---------------|---------|---------|---------|-------------|
| | | | 18 - 24 | 25 - 34 | 35 - 44 | 45 - 59 | 60 и старше |
| Изолировать от общества | 48% | 31% | 30% | 23% | 27% | 32% | 39% |
| Оказывать помощь | 10% | 10% | 12% | 8% | 13% | 11% | 9% |
| Предоставить их самим себе | 16% | 49% | 49% | 63% | 52% | 49% | 35% |
| Затрудняюсь ответить | 26% | 10% | 9% | 6% | 9% | 9% | 17% |

Таблица 2

В какой мере вы согласны или не согласны с тем, что однополые пары (гомосексуалы и лесбиянки) должны иметь право вступать в брак между собой?

| Варианты ответов | 1995 | 2005 |
|-------------------------------|------|------|
| Совершенно согласен | 4% | 4% |
| Согласен | 14% | 10% |
| Отчасти согласен, отчасти нет | 7% | 17% |
| Не согласен | 15% | 25% |
| Совершенно не согласен | 23% | 34% |
| Затрудняюсь ответить | 38% | 10% |

14 февраля 2007 г. ВЦИОМ обнародовал данные об отношении россиян к морально-нравственным ценностям. 19% (в феврале 2005 года – 31%) опрошенных россиян считают, что гомосексуализм должен быть уголовно наказуемым. Еще 12% полагают, что однополый секс должен наказываться штрафом, 18% считают, что гомосексуальность – предмет для общественного

порицания. В сумме получается 49%. С февраля 2005 г. на 15% уменьшилось число россиян, которые полагают, что гомосексуалов следует «предоставить самим себе и не обращать на них внимания». Примечательно, что еще в 2005 г. такая точка зрения была, по мнению ВЦИОМ, доминирующей – 49%. Сегодня так думают 34% россиян. В то же время 56% жителей России

считают, что гомосексуализм «никогда не может быть оправдан». 27% полагают, что к однополый любви нужно относиться «снисходительно». Ос-

тальные 17% затруднились с ответом. Для сравнения – летом 2005 г. 59% россиян назвали гомосексуальное поведение «недостойным» [27].

Таблица 3

В какой мере вы согласны или не согласны с тем, что однополая пара может воспитывать ребенка не хуже, чем обычная семья?

| Варианты ответов | 1995 | 2005 |
|-----------------------------|------|------|
| Совершенно согласен | 4% | 5% |
| Согласен | 10% | 8% |
| Ни согласен, ни не согласен | 7% | 10% |
| Не согласен | 18% | 26% |
| Совершенно не согласен | 21% | 41% |
| Затрудняюсь ответить | 40% | 10% |

О преимущественно отрицательном восприятии российским обществом гомосексуальных отношений, в частности, свидетельствуют и результаты голосования телезрителей при просмотре программы НТВ Владимира Соловьева «К барьеру» 18 мая 2006 г. (независимый депутат Государственной Думы Светлана Горячева против руководителя проекта GayRussia.Ru Николая Алексева) и 21 июня 2007 г. (депутат Государственной Думы Александр Чуев («Справедливая Россия») против Николая Алексева). В обоих случаях те люди, которые негативно воспринимают гомосексуальные отношения, победили со значительным перевесом.

Россия – многоконфессиональная страна. Среди религиозных конфессий здесь самой многочисленной является православная. Жители РФ, в частности, также исповедуют ислам, католицизм, иудаизм, буддизм. Естественно, что на отношение населения России к гомосексуализму определенное влияние оказывает церковь.

Отношение РПЦ к гомосексуализму базируется на ее социальной концепции. Так, в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» гомосексуализм бескомпромиссно осуждается «как греховное повреждение человеческой природы», которое преодолевается духовным усилием, ведущим к исцелению и личностному росту человека. Отмечается, что гомосексуальные устремления, как и другие страсти, терзающие падшего человека, врачуются таинствами, молитвой, постом, покаянием, чтением Священного Писания и святоотеческих творений, а также христианским общением с веру-

ющими людьми, готовыми оказать духовную поддержку. Сообщается, что, относясь с пастырской ответственностью к людям, имеющим гомосексуальные наклонности, церковь в то же время решительно противостоит попыткам представить греховную тенденцию как «норму», а тем более как предмет гордости и пример для подражания. Именно поэтому церковь осуждает всякую пропаганду гомосексуализма. Не отказывая никому в основных правах на жизнь, на уважение личного достоинства и участие в общественных делах, церковь, однако, полагает, что «лица, пропагандирующие гомосексуальный образ жизни, не должны допускаться к преподавательской, воспитательной и иной работе среди детей и молодежи, а также занимать начальственное положение в армии и исправительных учреждениях» [28, 29].

Негативное отношение РПЦ к гомосексуальным бракам четко отражено в заявлении Священного Синода РПЦ, сделанном в связи с тем, что недавно Лютеранская церковь Швеции учредила официальный обряд благословения однополых пар. Для справки отметим, что эта церковь – крупнейшая конфессия страны. Решение об учреждении обряда благословения однополых браков было принято Синодом церкви в начале ноября 2005 г. За это решение проголосовало 160 членов высшего правящего органа церкви, а против – 81.

В упомянутом заявлении Священного Синода РПЦ говорится, что подобное решение противоречит библейскому о семье и браке. «Свидетельства Священного Писания не оставляют

сомнений в том, что гомосексуализм рассматривается как грех и мерзость (Левит 18, 22; 20, 13). По слову апостола Павла, люди, совершающие этот грех, «Царства Божия не наследуют» (1 Кор. 6. 9-11). Подчеркивается, что благословение однополых браков означает одобрение греховного искажения образа Божия в человеке, извращение его природы. Христианская церковь всегда считала брак между мужчиной и женщиной одним из таинств, так как именно в этом союзе зарождается новая жизнь. «Этот естественный порядок вещей был установлен Богом и благословлен Господом нашим Иисусом Христом в Кане Галилейской. Попытки нарушить его и представить извращения в виде нормы являются открытым противлением воле Божией, нарушением заповедей Священного Писания и многовековых традиций Церкви», – говорится в заявлении. Синод считает, что одобрение практики однополых браков – это серьезный удар по всей системе европейских духовно-нравственных ценностей, сформировавшихся под влиянием христианства. В связи с названным решением Лютеранской церкви Швеции Синод РПЦ заявил о приостановке с ней двусторонних отношений» [30].

Следует отметить, что попытка благословить однополый брак между двумя мужчинами была предпринята одним из служителей РПЦ в 2003 г. Отец Владимир, священник Нижегородской епархии, провел обряд венчания гомосексуалов. Однако вскоре после этого специальная комиссия, назначенная правящим архиереем епархии, провела расследование и постановила запретить отцу Владимиру служить в церкви. По утверждению пресс-службы епархии, произошедшее является «заранее спланированной провокацией, рассчитанной на скандальное привлечение внимания к проблеме однополых браков» [31].

Римско-католическая христианская церковь, которая имеет своих прихожан и в России, также относится к гомосексуальным бракам резко отрицательно. Папа Римский Бенедикт XVI после своего избрания на Святой престол публично осудил гомосексуальные союзы. Во время своей речи перед духовенством римской епархии в соборе Сан-Джованни-ин-Латерано понтифик подчеркнул, что однополые браки не являются истинными союзами двух людей. По его словам, подобный явление – это проявление анархии, угрожающей будущему института брака. Псевдо-свободы, к каковым относятся и однополые браки, основываются на том, что он называет «попущением человеческого тела» и человека

вообще [32].

Когда Папой Римским был еще Иоанн Павел II, комитет по контролю за соблюдением традиций веры при его поддержке обнародовал доктрину, призванную изменить общественное мнение в отношении гомосексуализма и однополых браков. В 12-страничной брошюре, называемой «Некоторые соображения по поводу предложения узаконить однополые брачные союзы», представлено католическое толкование нетрадиционной сексуальной ориентации и высказывается мнение о ненормальности таких союзов. Особое внимание в докладе уделяется теме усыновления детей однополыми парами. Отмечается, что «узаконенное право на это фактически означает законное насилие над усыновленными детьми», а это противоречит международным соглашениям ООН о правах ребенка. Также документ советует политикам и общественным деятелям, какими методами нужно противостоять распространению этого явления. Так, Ватикан не одобряет голосования католиков в пользу законов о легализации однополых браков «столь вредных для общественного благополучия». Подчеркивается, что гомосексуальные отношения, подобно другим человеческим отношениям, не обязательно должны быть официально закреплены. Например, обыкновенная дружба не требует юридического признания. Брак же между мужчиной и женщиной – свят, так как в результате него появляются новые люди. В то же время гомосексуальные связи противоречат законам природы и морали [33].

В дополнение к этому отметим следующее. Павел II в свое время заявил, что гомосексуалы, требующие разрешить однополые браки, неправильно понимают концепцию прав человека. Выступая перед паломниками в Ватикане, он сказал, что «брак – это божественный дар, который общество обязано защищать», а однополые браки искажают природу семейной жизни [34].

Богослов Джеймс Нельсон (1980) охарактеризовал четыре позиции по отношению к гомосексуализму, представленные в современном христианстве [по 35].

1. Первая – это позиция «неприятия и наказания». В соответствии с данной позицией гомосексуализм – грех. Поэтому он, безусловно, недопустим, а отношение к геям нетерпимое. Иллюстрирует данную теологическую позицию, в частности, заявление Греческой ортодоксальной церкви на Конгрессе духовенства и паствы 1976 года: «Половые органы мужчины и женщины предназначены природой для продолже-

ния человеческого рода... Ортодоксальная церковь считает, что общество должно рассматривать гомосексуализм как безнравственное и опасное извращение, а религия – как недопустимый грех» (Batchelor, 1980).

2. Позиция «неприятя, но милосердия» состоит в следующем. Считается, что гомосексуализм как, безусловно, противоестественное явление должен быть осужден, однако поскольку Христос милосерден, гомосексуалов наказывать не следует, их дискриминация неправильна (Корепес, 1997).

3. Сторонники третьей позиции – позиции «ограниченного приятя» – поддерживают мнение, что гомосексуализм является грехом. Вместе с тем, поскольку по их мнению современная медицинская наука и психология не в состоянии с ним бороться, то гомосексуалы, которые не могут сексуально воздерживаться, должны поддерживать половые отношения.

4. Четвертая позиция – «полное приятя». В этом подходе сексуальность рассматривается как важный неотъемлемый аспект человеческой любви. Это означает, что сексуальные отношения включают взаимные обязательства партнеров друг перед другом, доверие, нежность и уважение друг к другу независимо от пола партнера. Полное приятя предполагает благословение церковью союзов, в которых люди клянутся в преданности друг другу, которую они пронесут через всю жизнь.

Об отношении мусульман России к гомосексуализму и гомосексуальным связям можно судить на основании заявлений их лидеров, которые высказались категорически против возможности проведения гей-парада в Москве в 2006 г. Так, верховный муфтий Центрального духовного управления мусульман страны Талгат Таджуддин заявил, что Российские мусульмане могут устроить серьезные акции протеста, если представители секс-меньшинств попытаются в конце мая провести в Москве гей-парад. «Протесты мусульман могут быть еще хлеще чем те, что происходят за границей по поводу скандальных карикатур», – сказал он. Верховный муфтий отметил, что представители секс-ме не могут при помощи публичных акций заявлять о своих правах. «У них нет никаких прав, потому что они преступили черту: иметь нетрадиционную ориентацию считается преступлением против Бога», – заявил муфтий. К этому он добавил, что пророк Мухаммед приказывал убивать гомосексуалов, поскольку «их занятия ведут к прекращению рода человеческого». «Это не демократия,

это даже не анархия. Это конец истории. Это то, что противно и человеку, и Богу», – подчеркнул Таджуддин [36].

Другие мусульманские лидеры России отнеслись к этому заявлению с осторожностью. Председатель Духовного управления мусульман Азиатской части России Нафигулла Аширов заявил «Эху Москвы», что мусульмане категорически против проведения гей-парадов, но применять насилия никто не будет. «Гей-парады не должны иметь места в жизни нормальных людей, – считает Аширов. – Патриарх православной церкви говорил, что сегодня идет кампания по расстрелу российского народа, мы к этому заявлению присоединяемся и считаем, я считаю, что это духовная агрессия». Он уверен, что противоправных действий со стороны мусульман не будет [36].

О крайне негативном отношении к гомосексуализму и гомосексуальным бракам также заявляют российские лидеры иудеев.

Представители церкви неоднозначно относятся к формам выражения протеста гей-парадам. Некоторые полагают, что в момент их проведения следует предпринимать действия, направленные на срыв данных акций, а другие не разделяют этой точки зрения. Так, настоятель Леушинского подворья протоиерей Геннадий Беловолов, касаясь вопроса о практических действиях по предотвращению мероприятий, организуемых гомосексуалами, заявил: «Я лично не сторонник выхода православных на митинги против содомитов. Поступили ли бы так апостолы, мученики, преподобные? Если бы дело касалось догматики, ереси, то – да. Здесь действительно нужно молитвенное стояние. Но в данном случае, я думаю, государство, которое попускает содомитские шабаши, должно само употребить средства по их недопущению, так как Православная Церковь не может быть полицейским или жандармом. Церковь должна бросать в общество положительную идею веры, спасения, но не хватать за руки всех грешников. Такими методами мы вряд ли их приведем к покаянию». Если же дело касается запретов, то у государства, полагает он, есть свои рычаги. Церковь в отношении нравственных оценок должна идти впереди, потому что она – совесть народа, а совесть не бьет кого-то в глаз и не хватает за руку. Она дает моральную оценку. Церковь, как считает протоиерей, должна громко, ясно заявить о том, что содомия есть богоборчество на практике [37].

Весной 2006 г. гомосексуалы хотели провес-

ти гей-парад в Москве, что было запрещено ее мэром [38]. Это решение поддержал патриарх РПЦ Алексей. По этому поводу он высказался следующим образом: «Зная о Вашей принципиальной позиции в отношении инициативы группы лиц нетрадиционной сексуальной ориентации провести весной этого года шествие по Москве, хотел бы выразить Вам поддержку и поблагодарить за принятое Вами решение не допустить публичной пропаганды безнравственности. По словам Алексея II, есть и еще одна сторона этого «порочного асоциального явления». Он отметил, что Россия переживает демографический кризис. Церковь вместе с представителями власти, бизнеса и широкой общественности принимает посильное участие в решении этой проблемы. Предстоятель подчеркнул, что, объединив усилия, все призваны воспитывать подрастающие поколения в духе традиционных духовно-нравственных ценностей. Он выразил убеждение в том, что позицию мэра Москвы поддерживает большинство граждан России и высказал уверенность, что они благодарны мэру и правительству Москвы за проявленную заботу о сохранении общественной нравственности.

Тем не менее попытка провести гей-парад в Москве все же была предпринята 27 мая 2006 г. К ней были привлечены и иностранные геи. Около 14.30 на Красной площади группа из десяти представителей секс-меньшинств, в том числе иностранцы, планировала возложить венки к могиле Неизвестного солдата. Акция, по словам ее организаторов, должна была стать ответом геев на «фашиствующую политику, спровоцированную необдуманными высказываниями со стороны должностных лиц». (Речь идет об отрицательных высказываниях относительно гомосексуальных отношений – Примеч. Г.К.). В Александровском саду в проведении мероприятия должны были участвовать иностранцы, включая граждан США и Голландии, а также целая делегация от Коммунистической партии Франции. Эти акции были сорваны российскими национал-радикалами и верующими. Геи попытались отгеснить от стен Александровского сада, скандируя лозунги: «Москва – не Содом!» и «Россия без пидарасов!». Кроме этого, активность гомосексуалов пресекалась органами правопорядка Москвы (привлекался и ОМОН), которыми был задержан руководитель гей-сообщества Николай Алексеев, а также представители радикальной молодежи [39].

Однако в тот же день в Санкт-Петербурге был проведен «парад любви», организованный попу-

лярным в гей-среде города клубом «Центральная станция». Отзывы об этом мероприятии были диаметрально противоположны. Так, например, в одном из них отмечается, что во время празднования 303-летия Петербурга на грандиозном карнавале, который проходил на Невском проспекте, клуб «Центральная Станция» на собственной специальной сцене представил феерическое гей-шоу. В течение всего дня тысячи петербуржцев смогли воочию увидеть настоящее травести-шоу от звезд гей-сцены Петербурга: Мальвины фон Бегемот, Аллы Шок, Мулатки, Голубого Ангела и др. Им активно помогали лучшие стриптизеры клуба и ведущий шоу М.С. Зверев. Подчеркивается, что даже дождь не смог помешать «той радостной атмосфере, в которой жители и гости города встретили новое и экстравагантное шоу». Далее автор выражает надежду, что такие замечательные шоу-программы теперь всегда будут составной частью петербургского ежегодного карнавала, а если власти Петербурга разрешат и посодействуют организации настоящего гей-парада, то это будет лучшим доказательством того, что Петербург действительно является самым толерантным и европейским городом России, свободным от проявлений ксенофобии и непонимания. Ведь небольшая репетиция это подтвердила [40].

Однако католическая церковь так прокомментировала произошедшее. Как сообщил Информационный центр католической митрополии в России, 27 мая на ступенях самого большого католического храма России – церкви св. Екатерины Александрийской в Санкт-Петербурге – гомосексуалы и трансвеститы провели так называемый «love parade» («парад любви»). На фоне храма они устроили стриптиз, а потом – имитацию сексуальной оргии. В эти минуты в храме, освященном в 1783 г., «матери всех католических храмов России», начиналась месса. По свидетельству очевидцев, мощное звуковое сопровождение сделало невозможным проведение вечернего богослужения, а группа пьяных зрителей перекрыла проход к главному входу в храм. Зрители этого парада с шумом врывались в храм, распивали спиртные напитки и справляли естественные потребности на главном крыльце и у входов в подвалы церкви [41].

В связи с произошедшим инцидентом также сообщается, что когда прихожане попытались воспрепятствовать осквернению церкви, гомосексуалы показали, что готовы идти до последнего. В результате, молодая прихожанка (21 год) Екатерина Зуева была избита. По факту нанесе-

ния побоев милиция провела следственные мероприятия [42].

В ходе встречи главы католической митрополии в России Тадеуша Кондрусевича с первым вице-губернатором Санкт-Петербурга Виктором Лобко, состоявшейся 5 июня 2006 г., последний заявил, что необходимо принять все надлежащие меры, чтобы не допустить в будущем осквернения храма и оскорбления чувств верующих. Все эти действия, равно как и бездействие сил охраны порядка, были осуждены представителями городских властей. Во время встречи митрополит Кондрусевич поблагодарил правительство Санкт-Петербурга за толерантное отношение ко всем религиозным общинам, в том числе и к католической церкви. Иерарх подчеркнул, что перед лицом вызовов времени церковь и общество должны сотрудничать более тесно для утверждения нравственных ценностей, на основании которых необходимо созидать будущее [41].

В 2007 г. состоялась попытка повторно провести гей-парад в Москве. С этой целью в марте был создан оргкомитет второго московского гей-парада. Дату проведения шествия выбрали не случайно: 27 мая 2007 года исполнилось 14 лет со дня отмены в России уголовной статьи за гомосексуализм. Активисты гей-движения заявили, что уведомление о проведении парада будет подано в столичную мэрию за две недели, однако они выйдут на улицы вне зависимости от решения властей [43]. Планировалось, что в акции примут участие до пяти тысяч человек. На состоявшейся накануне запланированной акции пресс-конференции ее организаторов депутат Госдумы Алексей Митрофанов сообщил, что в московском гей-параде примет участие группа «Тату», а также иностранные представители, которые специально приедут на это мероприятие. Однако эта акция была запрещена городскими властями. Мосния несанкционированного властями гей-парада в Москве в мае 2007 г. также была сорвана. В этом участвовали, в частности, органы правопорядка, национал-радикалы и христиане. Не обошлось и без физического нападения на представителей секс-меньшинств. Так, не повезло известному британскому гей-активисту и лидеру движения «Out Rage!» Питеру Тэтчелу, который находился где-то в толпе с плакатом в поддержку прав геев. Он был избит, а затем доставлен в больницу [45].

В 2007 г. представители сексуальных меньшинств планировали провести гей-парад и в Санкт-Петербурге. Первый раз этот парад должен был состояться 26 мая (в канун Святой Троицы – одного из самых значимых в православии праздников). После того как это не удалось, организаторы гей-парада планировали 15 июля провести его репетицию, а сам парад был намечен на 8 сентября (день Владимирской иконы Божией Матери и годовщины начала блокады Ленинграда). Как заявили организаторы акции, эту дату им посоветовали выбрать в администрации Санкт-Петербурга, однако последняя в лице главы ее Комитета по вопросам законности, правопорядка и безопасности Л.П. Богданова заявила, что никаких советов организаторам не давали и дат не называли, и что никакого разрешения на 8 сентября они не получают [46].

Гей-парад в Санкт-Петербурге так и не удалось провести потому, что это встретило значительное сопротивление со стороны ряда общественных и религиозных организаций города. Так, 14 мая 2007 года редакция православного информационного агентства «Русская линия» опубликовала обращение к губернатору Санкт-Петербурга В.И. Матвиенко и председателю Законодательного Собрания В.А. Тюльпанову от Санкт-Петербургского отдела Российского имперского союза-ордена (начальник отдела Б.С. Туровский), который выступил категорически против проведения в городе «марша содомитов». В документе говорится, что проведение в любой форме мероприятий, несущих в себе пропаганду разврата и оскорбляющих человеческое достоинство, недопустимо. «900 дней блокады, сотни тысяч наших земляков, умерших от голода, погибших под обстрелами и бомбежками, отдавших свою жизнь, защищая наш город от врага, и не допустивших победного шествия вражеских войск по его улицам, – неужели все это было для того, чтобы в наши дни по улицам Санкт-Петербурга устраивались шествия извращенцев, пропагандирующих свой аморальный образ жизни, неестественное для человека поведение, бросающее вызов как самой человеческой природе, так и Заповедям Божиим» [47].

В адрес редакции «Русской линии» также пришло письмо, в котором свою поддержку обращению Санкт-Петербургского отдела Российского имперского союза-ордена выразили Межрегиональная общественная организация Ленинградский союз ветеранов войны и военной службы «Однополчане», региональная общественная организация, посвященная памяти П.А. Столыпина «Столыпинский дом», негосударственная средняя школа общего образования «Логос», Региональное управление комитета безопасности России по Северо-западному Федерально-

му округу (КобРа), Санкт-Петербургская региональная общественная организация поддержки ветеранов подразделений специального назначения «Град-А», Казачья станица «Петроградская», Санкт-Петербургское отделение Общероссийского общественно-политического движения «За Веру и Отечество», Петербургское Дворянское собрание, общественная организация «Мемориал поэта Н.С. Гумилева», Санкт-Петербургский Клуб моряков-подводников, Санкт-Петербургское отделение Союза русских добровольцев (Босния, Герцеговина, Косово), Международная ассоциация «Русская культура», Санкт-Петербургская Военно-историческая ассоциация, Независимая православно-монархическая газета «Монархистъ», Санкт-Петербургское отделение Общероссийской общественной организации «Христианско-демократическая перспектива» и Санкт-Петербургский общественный фонд содействия развитию профессионального образования [47].

В открытом письме Союза православных граждан Санкт-Петербурга губернатору города от 11 мая 2007 года нашла отражение аналогичная просьба. Союз настаивал на необходимости пресечения попыток проведения «массовой рекламы извращения» в культурной столице России. По мнению его членов, подобные мероприятия являются провокациями, направленными на искажение сознания людей и уничтожение традиционных моральных и культурных ценностей. В письме отмечалось, что допущение проведения такого рода акций ляжет пятном позора на город и, особенно, на его правительство [48].

Кроме этого, 5-го июля 2007 года в Санкт-Петербурге состоялся круглый стол на тему «Гомосексуализм – чума XXI века». Главным его вопросом стала «проблема нарастающей, подчас агрессивной пропаганды гомосексуализма в российском обществе, особенно среди молодежи». Помимо этого, участники круглого стола обсудили возможные методы противодействия пропаганде и распространению гомосексуализма в российском обществе. В частности, обговаривался вопрос о принятии закона, предусматривающего уголовную ответственность за его пропаганду.

Медицинские аспекты проблемы гомосексуализма охарактеризовал на этом мероприятии Николай Жарков, который отметил, что под воздействием «голубого лобби» Всемирная организация здравоохранения исключила гомосексуализм из списка расстройств, что стало точкой

отсчета в агрессивной пропаганде этого порока во всем мире. Например, в английских школах, сообщил Н. Жарков, даже сказки переделываются на «голубой лад». На самом же деле, гомосексуализм распространен лишь среди мизерного числа населения планеты [49, 50]. (Решение об изъятии гомосексуализма из категории психических расстройств, которое нашло отражение в МКБ-10, было принято перевесом всего лишь в один голос – Примеч. Г.К.).

Ответ губернатора Санкт-Петербурга на приведенные выше обращения был абсолютно однозначным. В.И. Матвиенко отметила, что акции наподобие гей-парадов не способствуют защите сексуальных меньшинств. Она заявила, что защита прав и свобод граждан, в том числе и сексуальных меньшинств, должна находиться в правовом поле. «Выставлять такие деликатные и интимные вещи на показ и устраивать вызывающие акции мне кажется неправильным». Губернатор подчеркнула, что складывается ощущение специально провоцируемого конфликта между разными группами населения. По ее мнению, нельзя допустить, чтобы в Петербурге повторились столкновения, которые имели место в Москве [46, 51].

Акция, выражающая негативное отношение к гомосексуализму, состоялась в Санкт-Петербурге также 13 октября 2007 г. на площади у Финляндского вокзала. Прямо за спиной памятника Ленину прошел благотворительный пикет-концерт под лозунгами «Наркотики – это смерть» и «Гомосексуализм – это общество без будущего». Как передает корреспондент ИА «Росбалт-Петербург», мероприятие было организовано благотворительным фондом «Вера. Надежда. Любовь», и в нем приняло участие порядка полутора десятков активистов [52].

На российских сайтах интернета периодически появляются сообщения о нападениях на гомосексуалов с нанесением им физических повреждений, что случается при попытках проведения ими массовых акций типа гей-парадов. Однако существуют сведения, что в России были случаи нападения гомосексуалов на гетеросексуалов, вплоть до применения огнестрельного оружия. Этим нападениям предшествовало следующее. 12 июня 2007 г. в интернете появилось сообщение, что более полусотни представителей православных патриотических организаций начинают патрулирование Ильинского сквера в Китай-городе, являющегося одним из традиционных мест встреч геев и лесбиянок в Москве. Отмечалось, что планируется бессрочное патру-

лирование. Старт ему был дан у памятника Героям Плевны с водосвятного молебна. Как заявила Интерфаксу Диана Романовская, пресс-секретарь движения «Георгиевцы», выступившего организатором акции, у памятника героям Плевны часто можно видеть людей, которые «очень дерзко» демонстрируют свою нетрадиционную сексуальную ориентацию. «Георгиевцы» называют это развратом и хотят, чтобы его не было в этом святом для россиян месте. Сообщалось, что всего в патрулировании сквера примут участие представители около 15 организаций. Группа из шести человек будет называться «Георгиевский патруль», который будет дежурить в сквере с 19.00 до 22.00. Геев и лесбиянок будут убеждать покинуть сквер. Силовых методов «георгиевцы» применять не намерены. После молебна и окропления площади перед памятником святой водой состоялся торжественный выход первого патруля. Около 20 человек пели молитвы и слушали батюшку. Собравшиеся обвиняли в появлении мусора и нечистот около памятника героям Плевны представителей секс-меньшинств. Помимо георгиевцев в данном мероприятии также участвовали православные хоругвеносцы, утверждавшие, что всех геев нужно немедленно посадить на кол, а также представители различных патриотических организаций, призывавшие поместить геев и лесбиянок в специальные клиники и утверждавшие, что гомосексуализм – это болезнь, которой можно заразиться. Диана Романовская сообщила, что георгиевцы выступают не против геев, а против пропаганды гомосексуализма. Георгиевцы решили ослепить сексуальных меньшинств. Уже 18 июня 2007 г. в интернете появилось сообщение, что в выходные дни в Москве на активистов православного движения «Георгиевцы» было совершено несколько нападений. В воскресенье они были обстреляны неизвестными. «Из припаркованной неподалеку машины было произведено несколько выстрелов из пневматического оружия. Есть пострадавшие среди прохожих и представителей патриотических общественных организаций. Один человек ранен в шею, в настоящий момент врачи отказываются извлекать пулю, поскольку существует угроза для жизни», – сообщила Интерфаксу в понедельник Диана Романовская. По ее словам, в тот день представители движения «Георгиевцы» продолжили патрулировать окрестности памятника в Ильинском сквере, несмотря на то, что накануне поздно вечером пятеро их соратников были избиты.

«К нам присоединились сочувствующие жи-

тели столицы и представители различных общественных организаций. Многие жители Москвы просто подходили к патрулирующим и высказывали свою поддержку. Таким образом, патруль прошел в усиленном режиме», – рассказала собеседница агентства. Инициаторы драки были своевременно задержаны милицией, но очень быстро отпущены. После этого они вернулись к часовне, продолжая угрожать православной молодежи. Движение «Георгиевцы» обратилось с призывом к правительству Москвы и лично к ее мэру Юрию Лужкову принять меры по пресечению нападения «содомитов» на жителей Москвы и прекращению ежедневного осквернения часовни, а также по установке вокруг нее ограждения [54].

На основании приведенных выше данных можно сделать вывод, что в целом в постсоветской России гомосексуальные отношения не воспринимаются обществом как соответствующие норме. Из этого следует, что отсутствует (не соблюден) ее социальный компонент. Для того чтобы ответить на вопрос, может ли гомосексуальное поведение считаться нормальным в современной России, также целесообразно привести определение нормы, которое дает Всемирная организация здравоохранения. Согласно этому определению, «норма» – этический стандарт, модель поведения, рассматриваемая как желательная, приемлемая и типичная для той или иной культуры [55]. Отрицательный ответ на данный вопрос очевиден, так как в Российской Федерации в настоящее время гомосексуальное поведение не является ни типичным, ни желательным. Тем более, названное поведение не воспринимается обществом как некий этический стандарт.

Для более полного анализа рассматриваемой проблемы следует привести высказывания известных российских профессоров-сексологов, характеризующие их медицинский взгляд на гомосексуальность.

Так, Г.С. Васильченко и Р.Н. Валиуллин [56], обсуждая данную тему, сообщают об обращении за лечебной помощью 28-летнего пациента, который, не состоя в браке, на протяжении четырех последних лет проводил довольно регулярные как гетеро-, так и гомосексуальные половые акты. С некоторых пор, однако, у него появились затруднения именно с гомосексуальными партнерами, что было вызвано единичными неудачами и нарастающими опасениями. В то же время при гетеросексуальных сношениях ни неудачи, ни боязнь места не имели и не имеют.

Анализируя данный случай, авторы отмечают, что до сих пор сексопатологи оказывали соответствующую помощь только пациентам с установкой на изменение сексуальной ориентации. Так как оказание врачебной помощи при жалобах, обусловленных избирательными неудачами в гомосексуальных связях, означало бы укрепление девиации как патологического проявления, при аналогично ориентированной направленности жалоб (а их частота с выходом гомосексуализма из укрытий на оперативный простор, повидимому, будет возрастать) каждому сексопатологу при подобных обращениях придется для себя решать – будет ли он использовать свой личный арсенал для цементирования перверсии.

В 1988 г. А.М. Свядош [57] отмечал, что в англо-американской литературе все чаще высказывается мнение о том, что гомосексуализм является вариантом нормы. Поэтому не следует заниматься поисками путей терапии. С такой точкой зрения автор не согласен, так как нельзя признать естественным половое влечение к лицам своего пола. Он заявляет, что если бы все люди стали гомосексуалами, то человеческий род прекратил бы свое существование.

С.С. Либих [58] сообщает, что часто возникает вопрос о так называемых сексуальных меньшинствах. Этот термин автор считает неудачным. По его мнению, правильнее относить этих лиц к тем, у кого имеет место одна из парафилий, которая прежде определялась как половое извращение, а в настоящее время трактуется как альтернативная форма полового общения. Далее автор указывает на то, что в настоящее время на Западе и Востоке часто говорят, что гомосексуализм является абсолютной нормой, стремясь таким путем защитить сексуальные меньшинства от уголовного преследования, общественного осуждения, презрения и правовых ограничений. Однако этот вопрос требует беспристрастного рассмотрения с учетом всех уровней здоровья. Так, нельзя считать гомосексуалов социально благополучными в плане их сексуального поведения потому, что даже если разрешить заключение между ними браков, то такие браки представляются весьма своеобразными, так как не выполняют детородной функции. Иначе говоря, прокреативная функция в данном браке невозможна. С другой стороны, половое влечение при гомосексуализме своеобразно, отклонено. Таким образом, нельзя говорить о сексуальном здоровье гомосексуалов, а следует рассматривать гомосексуализм как иной вариант сексуальной жизни, который имеет пра-

во на существование.

Следует отметить, что непризнание гомосексуализма в качестве сексуальной нормы отражено и в клиническом руководстве «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича [59], которое было утверждено 6 августа 1999 г. приказом №311 Министерства здравоохранения РФ [60]. В разделе данного руководства, посвященном расстройствам сексуального предпочтения, среди одного из критериев сексуальной нормы называют гетеросексуальность, что отражает позицию Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии.

Интерес представляют сведения, приводимые Э. Мерсер [61] в журнале *Обзор психиатрии и медицинской психологии* им. В.М. Бехтерева». Автор сообщает, что результаты международного опроса, проведенного ее отделом среди психиатров об их отношении к гомосексуализму, показали, что подавляющее большинство из них рассматривает гомосексуализм как девиантное поведение, хотя он был исключен из списка психических расстройств.

В связи с попытками депатологизировать гомосексуализм известный российский судебный сексолог профессор А.А. Ткаченко отмечает, что решение Американской психиатрической ассоциации по его исключению из списка психических расстройств в 1973-1974 гг. «было инспирировано давлением воинствующего гомофильного движения», и «выработанное в этих, экстремальных по сути, условиях определение (кстати, в значительной степени воспроизведенное в МКБ-10) отчасти противоречит принципам медицинской диагностики уже хотя бы потому, что исключает из разряда психических страданий случаи, сопровождающиеся анозогнозией». Автор сообщает также, что «решение это, беспрецедентная процедура которого получила название «эпистемологического скандала», оказалось невозможным без пересмотра основополагающих понятий психиатрии, в частности, дефиниции «психического расстройства» как такового». Названное решение, по сути, является категорическим утверждением априорной «нормальности» гомосексуального поведения [62, с. 354–355].

Президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю.С. Савенко [63] сообщает, что в 1999 г. правление Американской психиатрической ассоциации приняло единодушное обращение к Всемирной психиатрической ассоциации с призывом изъять из всех руководств

по психиатрии всякое упоминание о гомосексуализме как психическом расстройстве, то есть не только как психической болезни, но даже как психическом отклонении. В связи с этим автор отмечает: «Мы усматриваем здесь извращение представления как о науке, так и о правах человека. Для нас это смешение совершенно различных аспектов (научного и социологизированно-прагматичного) и лоббирование интересов одной группы за счет других. Ведь большинство расстройств сексуальных предпочтений (фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм) “ничем не хуже”. Между тем исключение из МКБ-10 гомосексуализма не сопровождалось исключением ни других перверзий, ни других форм психической патологии».

Анализируя проблему «норма – патология» в своей статье «О предмете психиатрии», опубликованной в «Независимом психиатрическом журнале», тот же автор отмечает: «Нормы или стандарты могут задаваться директивно и закрепляться законодательным образом... Современная нам действительность продемонстрировала, пожалуй, с предельной выразительностью социологический характер патологического». Подчеркивается, что на протяжении 70-90-х гг. представления о гомосексуализме проделали большой путь (от отнесения его к преступлению

и расстройству до признания его нормой). «Тем не менее из этого не следует, что “патологическое” ограничивается социокультуральным и не имеет биологического основания, и что человеческое общество может произвольно и беспредельно диктовать природе свои “нормы”. За такого рода произвол общество неизбежно расплачивается, подчас неуследимо и самым неожиданным образом» [64].

В заключение, абстрагируясь от социального аспекта рассматриваемой проблемы, следует отметить, что по нашему мнению, которое совпадает с мнением названных выше известных российских сексологов, нормой является гетеросексуальность. Гомосексуальность же следует относить к расстройствам сексуального предпочтения (парафилиям) [65, 66]. Ее медицинская нормализация, которая, несомненно, имеет политическую и гуманистическую подоплеку, научно необоснованна, так как игнорирует биологический компонент нормы. Тем не менее это не исключает необходимости противодействовать гомофобным установкам и проявлениям (страхом перед гомосексуальностью и ненавистью к ее носителям), что будет препятствовать развитию у гомосексуалов других психических расстройств и способствовать их социальной адаптации.

Г.С. Кочарян

ГОМОСЕКСУАЛЬНІ СТОСУНКИ ТА СУЧАСНА РОСІЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено деякі дані про ставлення до гомосексуальних зв'язків, шлюбів шлюбів та виховання дітей одностатевими парами у пострадянській Росії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 133-147).

G.S. Kocharyan

HOMOSEXUAL INTERCOURSES AND THE MODERN RUSSIAN

Kharkov Medical Academy of Post-graduate Education

Some data on the attitude to homosexual intercours, same-sex marriages and education of children by same-sex couples in the post-Soviet Russia are submitted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 133-147).

Литература

1. Дерягин Г.Б. Гомосексуализм. Бисексуальность // <http://sudmed-nsmu.narod.ru/articles/homosex.html>
2. Клейн Л.С. Другая любовь. Природа человека и гомосексуальность. — СПб.: Фолио-Пресс, 2000. — 864 с.
3. Герберштейн С. Записки о Московии / Пер. с нем. — М.: Изд-во МГУ, 1988. — 430 с.
4. Кон И.С. Лики и маски однополой любви. Лунный свет на заре. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Астрель: АСТ, 2006. — 574 с.
5. Яковлев Я.М. Половые преступления. — Душанбе: Ирфон, 1969. — 460 с.
6. Кон И.С. Любовь небесного цвета. — СПб.: «Продолжение жизни», 2001. — 384 с.
7. Englestein L. Soviet policy toward male homosexuality: its

origins and historical roots // J. Homosex. — 1995. — Vol. 29, №2-3. — P. 155-178.

8. Thorstad D. Homosexuality and the American left: the impact of Stonewall // J. Homosex. — 1995. — Vol. 29, №4. — P. 319-349.

9. Аверин В. Конференция и круглый стол в Киеве. 06.10.2005 // http://favorit.gay.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=236

10. Кто на свете всех... Коммунистическая партия Российской Федерации (КПРФ) // <http://kvir.ru/04-tema-a.html>

11. Кто на свете всех... Народная партия Российской Федерации // <http://kvir.ru/04-tema-b.html>

12. Кто на свете всех... Либерально-демократическая партия России (ЛДПР) // <http://kvir.ru/04-tema-c.html>

13. Кто на свете всех... Политическая партия «Единая Россия» // <http://kvir.ru/04-tema-d.html>
14. Кто на свете всех... Российская демократическая партия «Яблоко» // <http://kvir.ru/04-tema-e.html>
15. Кто на свете всех... Союз Правых Сил (СПС) // <http://kvir.ru/04-tema-f.html>
16. «Справедливая Россия» официально призвала «уголовно преследовать» за «рекламу гомосексуализма». РАДУЖНЫЕ НОВОСТИ. 24 мая 2007 года // <http://www.gay.ru/news/rainbow/2007/05/24-10025.htm>
17. Правительство Москвы: гомосексуализм деструктивен и порочен // <http://gay.polar.org.ru/modules.php?name=News&file=article&sid=186>
18. Московские геи попросили у Кремля разрешения на парад у Александровского сада // <http://lenta.ru/news/2007/05/15/parad/>
19. Организаторы гей-парада потребовали защитить их честь от Лужкова // <http://lenta.ru/news/2007/02/26/sue/>
20. Тверской суд отклонил иск геев к Лужкову // <http://lenta.ru/news/2007/04/20/gay/>
21. Организаторы гей-парада потребовали защитить их честь от Лужкова // <http://lenta.ru/news/2007/02/26/sue/>
22. Гомосексуализм в России в наши дни // <http://gayser.narod.ru/gomohistori/16.html>
23. Кон И.С. Социологические заметки о гомофобии и способах ее преодоления. Общие соображения // <http://sexology.narod.ru/info154.html>
24. Россия: ВЦИОМ – исследование гомосексуализма (таблицы) // <http://xs.gay.ru/news/thisnews.html?id=1763169154>
25. ВЦИОМ: 31 процент россиян считают, что гомосексуалистов нужно изолировать от общества // http://www.apn-nn.ru/event_s/667.html
26. Отношение современного общества к гомосексуализму // <http://www.temp.1gay.ru/levsheglov.shtml>
27. Опрос ВЦИОМ: 19 процентов россиян считают, что геи должны сидеть в тюрьме // РАДУЖНЫЕ НОВОСТИ. 15.02.2007 // <http://www.gay.ru/news/rainbow/2007/02/15-9320.htm>
28. Силюянова И. Этические проблемы сексологии и сексопатологии // <http://pms.orthodoxy.ru/news/view.php?n=6150>
29. Правила церковного тона. Православная церковь выяснила отношения с государством // <http://www.vremya.ru/print/138.html>
30. Священный Синод РПЦ приостановил взаимоотношения с Лютеранской церковью Швеции в связи с благословением ею однополых союзов // <http://obitel.kiev.ua/news?id=576>
31. РПЦ прекратила отношения со шведскими «еретиками». Решением Священного Синода РПЦ лютеранская церковь Швеции объявлена «персоной non grata» // <http://www.km.ru/magazin/view.asp?id=4FAB75F7C2E747B2A40171608165DA8A&idrubr=3A76693B8E0711D3A90A00C0F0494FCA>
32. Папа Римский Бенедикт XVI впервые после своего избрания на Святой престол публично осудил гомосексуальные союзы // <http://www.newsman.com.ua/preview.php?ids=108755#5>
33. Ватикан и США объявили войну однополым бракам // http://bobnews.pp.ru/vatikan_usa
34. Ватикан: Папа Римский считает, что секс-меньшинства неправильно понимают права человека // http://www.biblelamp.ru/news/?id=2003122_98
35. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. – СПб.: прайм-Еврознак, 2005. – 480 с.
36. Муфтий Таджуддин: Геев следует лупить // <http://www.grani.ru/Society/Religion/m.101977.html>
37. Протоиерей Геннадий Беловолов: «Содомия – это самое страшное проявление безбожия». Известный петербургский священник дал моральную оценку организации концертов известного певца-содомита Элтона Джона. 18.06.2007 // <http://www.rusk.ru/st.php?idar=171955>
38. Патриарх Алексий поддержал решение мэра Москвы о недопущении гей-парада. Общественный Комитет «За нравственное возрождение Отечества». 16.03.06 // http://www.moral.ru/news/060316_Patr_gei-parad.html
39. Милиция поймала главного лидера // <http://www.rambler.ru/db/news/msg.html?ph=1&mid=7940584>
40. Правда И. Гей парад в Санкт-Петербурге // http://gogay.ru/2006/06/29/print:page,1,gejj_parad_v_sanktpeterburge.html
41. КОПИИ ИСХОДНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ДЛЯ МАТЕ-РИАЛА: Организаторы «Парада любви» в Петербурге не дали прихожанам католического храма провести богослужение. После осквернения храма в Санкт-Петербурге власти заверили митрополита Кондрусевича в том, что подобное не повторится // http://religion.sova-center.ru/events/13B7354/14343DB/766A011?pub_copy=on
42. КОПИИ ИСХОДНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ДЛЯ МАТЕ-РИАЛА: Организаторы «Парада любви» в Петербурге не дали прихожанам католического храма провести богослужение. РЕПОРТАЖ: Подарок петербургским католикам ко Дню города от городских властей. Разнuzданный гей-парад у стен католического храма св. Екатерины в Санкт-Петербурге // http://religion.sova-center.ru/events/13B7354/14343DB/766A011?pub_copy=on
43. Мосгорсуд подтвердил запрет гей-парада // <http://lenta.ru/news/2007/04/02/gay/>
44. Московские геи попросили у Кремля разрешения на парад у Александровского сада // <http://lenta.ru/news/2007/05/15/parad/>
45. Ходорковский А. GAYLIFE. Гей-парад, которого не было. 27.05.2007 // <http://gayclub.ru/gaylife/article.php?ID=3149>
46. «Действия содомитов носят явно выраженный провокационный характер». Петербургские власти не давали извращенцам совет провести свое шествие 8 сентября. 10.07.2007 // <http://www.rusk.ru/st.php?idar=172279>
47. Содом не пройдет! Общественные организации Санкт-Петербурга поддержали обращение против организации в Северной столице так называемого «гей-парада». 19.05.2007 // <http://www.rusk.ru/st.php?idar=171532>
48. Против пропаганды извращений. Открытое письмо губернатору Санкт-Петербурга В.И. Матвиенко. 11.05.2007 // <http://www.rusk.ru/st.php?idar=111550>
49. «Главное ввязаться в бой». Один из организаторов Круглого стола «Гомосексуализм – чума XXI века» Борис Туровский рассказал о готовящемся мероприятии. 4.07.2007 // <http://www.rusk.ru/st.php?idar=172191>
50. Гомосексуализм – чума XXI века. В Петербурге прошел круглый стол, посвященный мерам борьбы с одной из опаснейших социальных болезней современности. 6.07.2007 // <http://www.rusk.ru/newsdata.php?idar=104919>
51. Мэр Санкт-Петербурга: Акции наподобие гей-парадов не способствуют защите сексуальных меньшинств. 09.07.2007 // <http://pms.orthodoxy.ru/news2/view.php?n=19379>
52. Ленину пропели о вреде наркотиков и гомосексуализма. Росбалт-Петербург, 13/10/2007 // <http://www.rosbalt-south.ru/2007/10/13/422227.html>
53. Православные патриоты начинают патрулирование центра Москвы от секс-меньшинств. 12 июня 2007 г. // http://www.newsru.com/russia/12jun2007/vecherni_dozor.html
54. Участники «георгиевского патруля» утверждают, что были обстреляны своими оппонентами в ильинском сквере Москвы. Москва, 18 июня 2007 г. // <http://www.pravoslavie.ru/news/070618144631>
55. Проблема психической нормы // <http://kluverpsycho.narod.ru/norma.html>
56. Васильченко Г.С., Валиуллин Р.Н. О некоторых нюансах оказания врачебной помощи при мужском гомосексуализме // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: Материалы науч.-практ. конференции, посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. – Харьков, 2002. – С. 47–48.
57. Свящощ А.М. Женская сексопатология. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
58. Либих С.С. Сексуальное здоровье человека // Руководство по сексологии / Под ред. С.С. Либиха. – СПб., Харьков, Минск: Питер, 2001. – С. 26–41.
59. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. – М., 1999.
60. Приказ Минздрава России от 06.08.99 N 311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» // <http://dionis.sura.com.ru/db00434.htm>
61. Мерсер Э. Терпимость: единство среди различий. Роль психиатров // http://www.medicus.ru/?cont=article&art_id=2696
62. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилия. – М.: Триада - X, 1999. – 461 с.
63. Савенко Ю.С. Переболеть Фуко // <http://magazines.russ.ru/nlo/2001/49/savenko.html>
64. Савенко Ю.С. О предмете психиатрии // <http://www.npar.ru/journal/2003/2/subject.php>
65. Кочарян Г.С. Нормализация гомосексуализма как медико-социальная проблема // Независимый психиатрический журнал. – 2006 – №4. – С. 28–36.
66. Кочарян Г.С. Современная сексология. К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

Поступила в редакцию 17.01.2009

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Жигулина И.В. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных

Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov O.V., Zhygulina I.V. About integrative approach to the development of schizophrenia concept and psychosocial rehabilitation of the patients

Чабан О.С., Хаустова О.О. Реабілітаційні мішені: особливості дезадаптації людини в сучасних кризових ситуаціях

Chaban O.S., Khaustova E.A. Rehabilitations targets: features of human desadaptation in modern crisis situations

Педак А.А., Чуприков А.П. Дестигматизация: психиатрия или нейропсихиатрия, шизофрения или нейрокогнитивное расстройство

Pedak A.A., Chyprikov A.P. Anstigmatizing : psichiatry or neuropsichiatry, schisophrenic or neurocognitive dysfunction

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

Бабюк И.А., Шульц О.Е., Абдрахимова Ц.Б., Ивнев Б.Б. Коррекция пароксизмальной тревоги у больных паническим расстройством в комплексном лечении с использованием хомвио-нervина

Babyuk I.A., Shults O.E., Abdryahimova Ts.B., Ivnev B.B. Correction of panic disorder patiet's paroxysmal anxiety during complex treatment with the help of homvio-nervin

Гавенко Н.В. Сексуальные сценарии у женщин с неврастенией в сексуально-дезадаптированном супружестве

Gavenko N.V. Sexual scenarios in women with neurastenia in sexual-desadapted matrimoni

Пинчук И.Я. К вопросу об организации медико-социальной помощи пожилым людям с психическими расстройствами

Pinchuk I. To question about organization of the medical and social help to elderly people with mental disorders

Корж С.В. Особенности когнитивного дефициту судинної деменції у хворих з коморбідними соматичними хворобами: можливі спрямування психотерапії

Korzh S.V. Peculiarities of a vascular dementia cognitive deficiency in patients with comorbid somatic diseases: the possible purposes of psychotherapy

Ревенок О.А., Зайцев О.О., Олійник О.П., Леміщенко Т.В. Сучасні дослідження у психонкології

Revenok O.A., Zaitsev O.O., Oleynik O.P., Lemshchenko T.V. Modern researches in area psychooncology

Корошніченко Д.М., Лінський І.В. Диференціальна діагностика залежності від героїну і залежності від метадону

Koroshnichenko D.N., Linskiy I.V. The differential diagnostics of heroin addiction and methadone addiction

Животовська Л.В. Концептуальні основи гештальт-підходу в комплексній терапії алкогольної залежності

Zhyvotovska L.V. Conceptual bases a Gestalt-approach in complex therapy of alcoholic dependence

Михайлова Е.А., Беляева Е.Э. Нейропсихиатрический и психологический аспекты реабилитации подростков с некоторыми эндокринными заболеваниями

Mikhailova E.A., Belyayeva E.E. Neuropsychiatric and psychological aspectes of rehabilitation of adolescents with severe endocrinal diseases

Абрамов В.А., Путятин Г.Г. Особенности социальной поддержки больных шизофренией на различных стадиях формирования госпитализма

Abramov V.A., Putyatin G.G. Characteristic of social support for schizophrenics at different stages of hospitalism formation

Украинский С.А. Особенности генерализованного тревожного расстройства в пожилом возрасте

Ukrayinskyy S.O. Peculiarities of generalized anxiety disorder in elderly age

Омельянович В.Ю. Структурированная характеристика стратегий копинг-поведения и синдрома эмоционального выгорания у сотрудников органов внутренних дел, страдающих психосоматическими расстройствами **84**

Omelianovich V.Yu. Structured characteristic of coping behavior strategies and burhout syndrome for the employees of internal affairs organs with psychosomatic disorders

Андрейко Д.М. Прогностическое значение когнитивных функций у больных эпилепсией **90**

Andreiko D.M. The prognostic meaning of cognitive functions of patients' epilepsy

Пономарев В.И. Применение инновационных электромагнитных технологий ПРИ КОРРЕКЦИИ постинтоксикационных пароксизмальных расстройств у детей и подростков с зависимостью от летучих органических соединений **95**

Ponomaroyv V.I. Application of innovate electromagnetic technologies to treatment of postintoxicate paraxismal disorders of children and teens sufferring from dependence on volatile organic compounds

Яворская О.Л. Роль васкулярного фактора в формировании фармакорезистентных форм эпилепсий у детей и аддитивная терапия для его коррекции **104**

Yavorskaya O. The role of vascular factor in formation of pharmacoresistant forms of epilepsies in children and additive therapy for its correction

Сонник Г.Т., Животовська Л.В., Гринь К.В. Эффективність іксела при лікуванні пацієнтів з затяжними депресивними розладами при наявності у них супутньої соматичної патології **113**

Sonnik G.T., Zhyvotovska L.V., Grin' E.V. Efficiency of ixel at treatment of patients with the protracted depressed disorders at presence of for them to concomitant somatic pathology

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Підкоритов В.С., Сєрікова О.І., Скринник О.В. Проблема коморбідності у психіатрії - клініко-психопатологічні особливості хворих на афективні розлади, які зловживають алкоголем **117**

Pidkorytov V.S., Serikova O.I., Skrynnyk O.V. Comorbidity problems in psychiatry - clinical-psychopathological peculiarities of patients with affective disorders that have alcohol abuse

Скрипніков А.М., Боднар Л.А. Эффективність когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з косметичними дефектами зовнішнього носа **120**

Skrypnikov A.M., Bodnar L.A. Effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in patients with cosmetic defects of external nose

Закладний В.П. Історія соціальної реабілітації та реадптації пацієнтів психіатричної служби на Полтавщині **123**

Zakladniy V.P. History of social rehabilitation and readaptation of the patients of psychiatric service on Poltavshchine

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Мішиєв В.Д., Герасименко А.І. Специфічні фобії: типологія, клініка **126**

Mishyiev V.D., Gerasimenko A.I. Specific phobias: tipology, clinic

Кочарян Г.С. Гомосексуальные отношения и современная Россия **133**

Kocharyan G.S. Homosexual intercourses and the modern Russian

СОДЕРЖАНИЕ

148 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 клиничко-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, dongournal@mail.ru

Редколлегия журнала