

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

№ 3 (20), 2008 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 № 9 від 25.12.2008 р.)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

3 CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Підкоритов В.С., Сєрікова О.І.** Сучасна клініко-типологічна структура депресивних епізодів біполярного афективного розладу **5**
- Абрамов В.А., Жислин А.И.** Социально-демографические особенности больных с первым депрессивным эпизодом **10**
- Пуятин Г.Г.** Диагностические критерии и клиническая характеристика синдрома госпитализма у больных шизофренией **16**
- Котлик В.В.** Система психологической коррекции нарушения супружеской адаптации при посткастрационном синдроме у жены **22**
- Андрейко Д.М.** Качество жизни больных эпилепсией с тревожными и депрессивными расстройствами **27**
- Статинова Е.А., Селезнева С.В.** Когнитивные нарушения у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе **32**
- Волкова Н.М.** Психологічний статус практично здорових студентів з високою метеочутливістю **36**
- Абрамов В.А., Бурцев А.К., Ряполова Т.Л.** Математическая модель оценки эффективности реабилитационных мероприятий у больных шизофренией с первым эпизодом психоза **42**
- Омельянович В.Ю.** Особенности механизмов интрапсихической адаптации к условиям службы в органах внутренних дел **48**
- Пономарев В.И.** Моноаминергические механизмы влечения к клею «Момент» у крыс пубертатного возраста и их коррекция воздействием магнитных излучений сверхвысокой частоты и сверхнизкой мощности **52**
- Кочарян Г.С.** Культурально-релятивистский подход к оценке гомосексуальных отношений **57**
- Шестопалова Л.Ф., Лісна Н.М.** Психологічні фактори формування комплаєнса осіб з алкогольною залежністю **61**

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

- Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Николенко А.Е., Ламбракис О.В.** Влияние психотерапии на больных алкоголизмом (мужчин) с тревожно - депрессивными переживаниями, как **68**
- Spirina I.D., Leonov E.F., Nicolenko A.E., Lambrakis O.V.** Influence of psychotherapy on the patient (male) on alcoholism with anxious-depression disorders as a criterium of the quality of

критерий качества ремиссии

Бабюк И.А., Абдрыхимова Ц.Б., Рымарь И.Б., Гашкова Л.А. Применение комплексных гомеопатических препаратов в терапии пограничных психосоматических и соматопсихических расстройств

Инджикулян Г.А. Вплив мікросоціальних факторів на перебіг шизофренії та можливість скоєння хворими суспільно небезпечних діянь

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Абрамов А.В., Онищенко Я.М. Влияние стресса на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы у сотрудников правоохранительных органов

remission

Babyuk I.A., Abdryachimova Z.B., Rumar I.B., Gashkova L.A. Complex homeopathic medicine in therapy of psychosomatic and somatopsichic mental disorders

75 Indzhikulyan G.A. Influence of microsocial factors on flow of schizophrenia and possibility of accomplishing patients publicly dangerous effects

SHORT REPORTS

78 Abramov A.V., Onischenko Y.M. Influence of a stress on development of diseases of the cardiovascular system for the employees of the law-enforcement agencies.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895-079.4-08-084-037

*В.С. Підкоритов, О.І. Сєрікова***СУЧАСНА КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ ЕПІЗОДІВ
БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивний епізод, тип перебігу

В останні часи у клінічній психіатрії спостерігається відродження інтересу до досліджень афективних психозів, які в останній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) отримали офіційну назву “біполярного афективного розладу”. При цьому, відбувається поступове розширення границь біполярного розладу за рахунок звуження уніполярних депресій. В останніх зарубіжних публікаціях взагалі висловлюється думка, що уніполярних, тобто рекурентних депресій майже не існує, а рекурентна депресія, в більшості випадків, - це не розпізнаний біполярний розлад [1]. Так, після трьох депресивних фаз у 70% хворих виникає маніакальна фаза, а після шести депресивних епізодів в 15% випадків розгортається маніакальний епізод [2].

Залишається відкритим питання щодо самостійності біполярного афективного розладу II типу: що це окрема нозологічна форма або період протікання хвороби між розгорнутими афективними фазами. Після ретельного мета-аналізу існуючих досліджень щодо біполярного розладу II типу Vieta et al. (2004) [3] прийшли до висновку, що з терапевтично-організаційної точки зору, виділення біполярного розладу II типу виправданим кроком, але науково-обґрунтованих теоретичних підстав до цього немає.

Щодо стереотипу розвитку біполярного афективного розладу, то в більшості випадків, маніфестація біполярного афективного розладу, на відміну від рекурентного депресивного, припадає на молодий вік у 17 - 27 років [4,5,6]. Біполярний афективний розлад, на відміну від монополярної депресії, зустрічається приблизно з однією частотою як серед чоловіків, так і серед жінок. За різними даними співвідношення жінок та чоловіків становить від 0,6:1 до 1,4:1 [5, 7, 8, 9]. За останніми літературними даними [10], у 80% хворих на біполярний розлад, перед розвитком першої афективної фази, спостерігаються

продромальні симптоми (тривалістю біля 20 діб), до яких відносяться: підвищена діяльність, стерті циклотимні коливання афекту, зменшення потреби у нічному сні. Перший афективний епізод (у 30% випадків депресивний і у 20% - маніакальний) провокується “значущою життєвою подією” (life events) [4]. За 25 річний період захворювання у пацієнтів виникає в середньому 5,0 афективних фаз, при цьому, тривалість маніакальних фаз в середньому становить два - три місяця [11, 12], а депресивних, дорівнює трьом - семи місяцям [13]. Середня ж тривалість ремісії складає 13,4 місяців. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зменшується тривалість як окремої афективної фази, так і ремісії [13].

Якщо раніше у психіатрії домінувала думка про сприятливий перебіг маніакально-депресивного розладу, при якому окремі афективні фази розділялися тривалими інтермісіями, то останнім часом з’являється все більше число публікацій, у яких описуються резидуальні та персистуючі симптоми, що виникають в ремісіях у таких хворих. За даними Marneros (2004) ці симптоми виникають у 33% хворих на біполярний афективний розлад [4], за даними Angst (1995) [14] - у 26%, а за Goodwin, Jamison (1990) [14] - у 25% хворих, з тривалістю захворювання більше 12 років спостерігаються персистуючі симптоми. У дослідженні Marneros, Rohde (1997) [12] було доведено, що при 25 річному терміні захворювання клінічна ремісія виникала у 66% хворих, в інших випадках спостерігались: астеничний синдром (20%), хроніфікований субдепресивний синдром (6,6%) та хроніфікований гіпоманіакальний синдром (7,4%).

Таким чином, як свідчить короткий аналітичний огляд, у проблемі біполярного афективного розладу існує низка нерозв’язаних питань, зокрема: немає загальноновизнаної типології варіантів перебігу захворювання, не вирішена проблема

персистуючих та резидуальних симптомів у структурі ремісій, немає чіткої думки чи різняться між собою “біполярні” та “монополярні” депресії.

Все вищезазначене і обумовило мету дослідження: визначити сучасну клініко-типологічну структуру депресивних епізодів біполярного афективного розладу, виділити клінічні, психопатологічні, диференціально-діагностичні і прогностичні критерії їх сприятливого та несприятливого перебігу.

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами та темами. Робота була виконана в рамках НДР «Розробити диференціально-діагностичні критерії перебігу біполярного афективного розладу та уніфіковані схеми лікування хворих»,

Матеріали дослідження та їх обговорення

Дослідження було проведено на підставі вивчення 430 історій хвороб 293 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ - 9, біполярного афективного розладу (F 31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ – 9 та за F 34.0 МКХ-10), що знаходилися на лікуванні в 1 п/о ДУ «ІНПН АМН України» за період з 1983 по 2007 роки. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких не вистачало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший за 5 років. Остаточно до дослідження увійшли 137 пацієнтів (78 жінок та 59 чоловіків - співвідношення 1,32:1). Вік маніфестації захворювання був $(25,5 \pm 1,5)$ років, а тривалість хвороби - $(15,9 \pm 2,1)$ років. В середньому ці хворі перенесли по $(5,50 \pm 0,84)$ афективні фази.

Основними методами обстеження були клініко-психопатологічний та анамнестичний.

При проведенні клінічних досліджень використовувались наступні методи:

- задля вивчення клінічної картини захворювання (структури афективних фаз, ремісій, типів перебігу та етапу захворювання) був застосований клініко-психопатологічний метод з лонгітудинальним аналізом тривалого анамнезу хвороби. Для формалізації отриманих даних був розроблений протокол дослідження;

- для дослідження структури та динаміки афективних фаз був використаний метод квантифікованих шкал (шкала депресії Гамільтон (HDRS), шкала манії Янга (YMRS));

- при проведенні клініко-психологічних досліджень був використаний психодіагностичний метод (опитувальник депресивності Бека, опитувальник ММРІ, опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, кольо-

шифр АМН.БА.6.06, № держреєстрації 0106U002005.

Об'єкт дослідження: хворі на біполярний афективний розлад I типу.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічна структура депресивних епізодів біполярного афективного розладу

Для розв'язання визначеної мети дослідження було обрано наступні задачі:

- вивчити клініко-психопатологічну структуру депресивних фаз біполярного афективного розладу;

- виділити сприятливі та несприятливі типи перебігу депресивних фаз біполярного афективного розладу, з урахуванням етапу захворювання.

ровий тест відношень).

Отримані результати оцінювались методами математичної статистики з урахуванням вірогідності середніх величин за критеріями Стюдента (t). Оцінка вірогідності розходжень між групами визначалась за допомогою критерію Пірсона (χ^2). Результати були статистично опрацьовані за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Pentium в операційній системі Windows-2000, з використанням пакету математичного аналізу Exel-2003.

Дослідження клініко-типологічної структури депресивних епізодів біполярного афективного розладу

При аналізі депресивного епізоду були виділені наступні її різновиди: меланхолійна, тривозно-депресивна, сенесто-іпохондрична, соматовегетативна, апатико-анестетична (див. табл. 1).

Меланхолійна депресія спостерігалася у 67 пацієнтів. вона формувалася досить швидко – протягом декількох тижнів. В основі клінічної картини лежало зниження настрою, почуття туги, втрата емоційного резонансу, ідеаторна та моторна загальмованість. Мислення у таких хворих було уповільнене, асоціації бідні. Мова була монотонною, тихою, з тривалими паузами. На першій стадії розвитку захворювання в клінічній картині домінували соматовегетативні розлади – погіршення сну з раннім пробудженням, зниження апетиту, загальна слабкість, розширення зіниць, сухість шкіри, зниження апетиту, втрата ваги, запори. Ці ознаки поєднувались з песимістичним баченням майбутнього, зниженням творчої активності зі збереженням здатності до виконання звичайних дій. Дані симптоми мали характерне добове колювання – максимальна їх вира-

женість була вранці. Потім наступало значне зниження настрою, пацієнти відчували провину зі стертими суїцидальними думками, переживали втрату сенсу життя. Нерідко при наявності психогенного початку характер психотравмуючої ситуації відбивався у хвилюваннях хворого. Хворі переживали глибоку передсерцеву тугу, аж до хворобливої безчуйності. Первинне почуття провини несло в собі впевненість хворого у його власній вині, яка необов'язково торкалася помилок, які він припустив під час хвороби. Вона проявлялася як «важкість», «каміння на душі», або у вигляді туги, занепокоєності, невпевненості, схильності до болючого самоаналізу, думок про відсутність сенсу

у житті. Спогади про «старі образи» нерідко трансформувалися у маячні ідеї самозвинувачення. Відчуття «вітальної туги» сприймалося хворими як «клубок неприємних думок». Зовнішній світ здавався сірим та тусклим. Хворим здавалося, що час йде повільно, зникає смак. Вихід з меланхолійної депресії був поступовим, з затуханням добових коливань настрою. Як правило даний варіант формувався у осіб відносно молодого віку - $(28,21 \pm 1,58)$ років, на початку їх захворювання. Тривалість розладу була $(4,10 \pm 0,62)$ років, кількість попередніх фаз $(2,64 \pm 0,13)$ та тривала близько півроку - $(6,54 \pm 0,57)$ місяців. За нею йшла ремісія протягом $(10,46 \pm 0,19)$ місяці.

Таблиця 1

Основні клінічні характеристики депресивної фази у хворих на біполярний афективний розлад

Варіант депресивної фази	Основні характеристики за групами						
	кількість хворих	середній вік (в роках)	вік початку захворювання (в роках)	тривалість захворювання (в роках)	кількість попередніх фаз	тривалість фази (міс.)	тривалість ремісії, що йде за фазою (в міс.)
Меланхолійна	67	$28,21 \pm 1,58$	$23,85 \pm 1,43$	$4,10 \pm 0,62$	$2,64 \pm 0,13$	$6,54 \pm 0,57$	$10,46 \pm 0,19$
Тривожно-депресивна	59	$41,54 \pm 3,27$	$26,23 \pm 1,24$	$13,32 \pm 0,42$	$5,76 \pm 1,18$	$9,47 \pm 0,43$	$2,21 \pm 0,91$
Сенесто-іпохондрична	34	$38,90 \pm 1,15$	$25,48 \pm 1,39$	$13,60 \pm 0,98$	$4,23 \pm 0,26$	$8,08 \pm 0,66$	$1,08 \pm 0,36$
Соматовегетативна	16	$26,44 \pm 1,31$	$21,87 \pm 1,09$	$5,56 \pm 1,05$	$4,75 \pm 0,19$	$7,44 \pm 0,71$	$3,65 \pm 0,4$
Апатико-ананестетична	28	$37,28 \pm 1,17$	$21,83 \pm 0,81$	$15,33 \pm 0,72$	$5,22 \pm 0,36$	$12,72 \pm 2,28$	$1,78 \pm 0,49$
Загалом	204	$28,71 \pm 1,09$	$19,88 \pm 1,57$	$8,65 \pm 0,36$	$3,77 \pm 0,66$	$7,38 \pm 0,92$	$3,30 \pm 0,81$

Тривожно-депресивна симптоматика спостерігалася у 59 пацієнтів та характеризувалася перевагою тривоги, відчуттям загрози, що наближається. Тривожна симптоматика виникала досить швидко – протягом одного тижня. Тривожний афект характеризувався вітальністю та аутохтоністю, а іноді і реактивністю. Він з самого початку носив гетерогенний характер, супроводжувався короткотривалими епізодами почуття страху. До нього приєднувалися тривожні побоювання надцінного характеру. «Зміст» тривоги постійно змінювався – це могла бути тривога за близьких, за свій власний стан або в зв'язку з діями оточення. Тривожні побоювання часто трансформувалися у понад цінні ідеї. Також характерним було відчуття хворим своєї провини, моторне збудження, неспокій, метушливість, яка нерідко доходила до ажитації, коливання афекту. Погіршення стану частіше відбувалося

в ранкові часи, тривога зростала до ступеню вираженого відчаю, передчуття катастрофи. Через 3-6 тижнів з'являлися ідеї вини. Як правило тривожно-депресивний ефект формувався у осіб віком $-(41,54 \pm 3,27)$ років, з тривалим анамнезом захворювання - тривалість розладу $(13,32 \pm 0,42)$ роки. Він проявлявся затяжними фазами $(9,47 \pm 0,43)$ місяці та короткими ремісіями $(2,21 \pm 0,91)$ місяці. Нерідко тривожна депресивна симптоматика виникала при наявності так званого «судинного фактору» у вигляді дисциркуляторної енцефалопатії, ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби в якості супутніх захворювань ($r_s = 0,694$, $p < 0,05$).

Сенесто-іпохондрична депресія зустрічалася у 34 хворих. Основними симптомами були побоювання з приводу власного фізичного здоров'я та уявлення о наявності «невиліковної соматичної хвороби». Разом з цим мали місце різні

неприємні тілесні відчуття. До тривожного афекту додавався тужливий настрій з перевагою сльозливості та вегетативних розладів. Сенесторпатії за локалізацією можна було поділити на кардіальні, абдомінальні, урогенітальні, неврологічні, респіраторні та шкірні. Ускладнення їх структури проходило від однієї фази до іншої. Частіше за все сенестопатичні відчуття змінювалися від неврологічних до кардіальних та гастроентерологічних. Сама по собі іпохондрична симптоматика була обмежена увагою до тілесних сенсацій або поширювалася на страхи з приводу наявності тяжкого та невиліковного захворювання. Такі хорі нерідко зверталися за консультаціями до різних спеціалістів, проводили багаточисельні дослідження, постійно та ретельно слідкували за станом свого здоров'я. Сенесто-іпохондрична симптоматика формувалася в пізньому віці - (38,9±1,15) років, нерідко при значній тривалості захворювання - (13,6±0,98) років. Попередня кількість фаз - (4,23±0,26). Вона характеризувалася значною тривалістю – в середньому (8,08±0,66) місяців та короткотривалими ремісіями – (1,08±0,36) місяців.

Соматовегетативна депресія (ларвована, маскована) спостерігалася у 16 випадках. Для неї було характерним заміщення депресивної симптоматики соматичними еквівалентами. «Соматичні маски» депресії були різноманітними та включали в себе багаточисельні вегетативні розлади, найчастіше зустрічалися кардіальна, абдомінальна, неврологічна, паналгічна, дерматологічна та урогенітальна. Такі хворі зазвичай спостерігалися у соматологів. Їх соматичні симптоми, як правило, супроводжувалися агріпничними розладами. Найчастіше такі депресії проявлялися у молодому та середньому віці - (26,44±1,31) років, при середній тривалості захворювання (5,56±1,05) років. Вони характеризували значною тривалістю фаз – (7,44±0,71) місяців, їх резистентністю до терапії, що проводилася, і короткими ремісіями - (3,65±0,40) місяців.

Апатико-анестетична депресія спостерігалася у 28 випадках. Вона характеризувалася хворобливим відчуженням емоцій. Такі хворі скаржилися на відсутність почуття співхвилювання, тьмяності, «одерев'яніння душі». Вони відчували, що світ є відокремленим від них завісою, а самі вони болісно переживали відсутність по-

чуття любові, емоційного резонансу. Це приносило їм «страждання, що неможна винести». Разом з цим в клінічній картині їх захворювання мали місце апатичний афект, психомоторна загальмованість, адинамія, нездатність до тривалої цілеспрямованої діяльності. Такий варіант депресивної фази формувався у віці (37,28±1,17) років та значній тривалості захворювання - (15,33±0,72) років та перенесено (5,22±0,36) попередніх фаз. Фази були затяжними – (12,72±2,28) місяців та резистентними до терапії. Ремісії мали низьку якість та коротку тривалість – (1,78±0,49) років.

Висновки.

1. Середній вік маніфестації захворювання на біполярний афективний розлад (БАР) у обстежених хворих був (25,5±1,5) років, середня тривалість спостереження – (15,9±2,1) років, а річна частота циклів становить 2,89. Тобто, в середньому, розгорнута афективна фаза виникає один раз на три роки.

2. Серед депресивних фаз було виділено п'ять клініко-типологічних типів: меланхолійна, тривожно-депресивна, сенесто-іпохондрична, соматовегетативна, апатико-анестетична. Найчастіше серед вивчених історій хвороб пацієнтів з біполярним афективним розладом зустрічалися меланхолійний та тривожно-депресивний види фаз ($p < 0,01$).

3. Найтривалішими виявилися тривожно-депресивний та анестетично-apatичний типи фаз ($p < 0,05$). Найкращими ремісіями супроводжувалися анестетично-apatичний та сенесто-іпохондричний їх типи ($p < 0,05$).

4. Депресивні епізоди, порівняно з маніакальними, в середньому мали більшу тривалість 7,38±0,92 та 5,07±0,44 місяців відповідно, ($p < 0,05$), та коротшу ремісію після себе 3,30±0,81 та 11,28±1,09 місяців відповідно, ($p < 0,05$).

5. У хворих з сприятливим перебігом БАР на його віддалених етапах структура депресивних фаз трансформується від меланхолійної до змішаної, а кількість і структура маніакальних фаз майже не змінюється.

6. Клінічними предикторами несприятливого перебігу БАР є виникнення атипичних та змішаних фаз та порушення регулярності сезонного ритму, а на віддалених етапах зростає питома вага маніакальних та змішаних фаз, структура фаз спрощується.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ ЭПИЗОДОВ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Исследование было проведено на основании изучения 430 архивных историй болезней 293 пациентов с диагнозами маниакально-депрессивного психоза (296.0, 296.1 по МКБ – 9), биполярного аффективного расстройства (F-31 по МКБ-10), и циклотимии (296.81 по МКБ – 9 и F-34.0 по МКБ-10), что находились на лечении в 1 психиатрическом отделении ГУ «ИНПН АМН Украины» за период с 1983 по 2007 годы. Была определена современная клинико-типологическая структура депрессивных эпизодов биполярного аффективного расстройства, выделены клинические, психопатологические, дифференциально - диагностические и прогностические критерии их благоприятного и неблагоприятного течения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 3 (20). — С. 5-10).

V.Pidkorytov, O.Syerikova

PRESENT CLINICO-TYOLOGICAL STRUCTURE OF THE DEPRESSED EPISODES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS Ukraine

Research was conducted on the basis of study 430 histories of illnesses of 293 patients with the diagnoses of manic-depressive psychosis (296.0, 296.1 after – 9), bipolar affective disorder (F 31 after ICD-10), and cyclothymia (296.81 after ICD – 9 and after F 34.0 ICD -10), that were on treatment in PI «INPN AMS of Ukraine» for period from 1983 to 2007. The modern clinico-typological structure of the depressed episodes of bipolar affect disorder was certain, the clinical are selected, abnormal psychology, differentially are diagnostic and prognosis criteria of their favorable and unfavorable current. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 5-10).

Література

1. Perris C. The distinction between unipolar and bipolar mood disorder // L'Encephale. - 1992. - Vol. 18. - P. 9-13.
2. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике депрессий при биполярном расстройстве // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - № 4. - С. 106-111.
3. Vieta et al. Bipolar I and bipolar II: a dichotomy. - Cambridge, 2004.
4. Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankunen /Marneros A. Stuttgart - New York: Georg Thieme Verlag, 2004. - 781 s.
5. Nolen W. et al. NEMESIS. - 2002.
6. Kessler R. et al. The epidemiology of DSM-III-R bipolar disorders // Psychol. Med. - 1997. - Vol. 27. - P. 1079-1089.
7. Weissman M. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // JAMA. - 1996. - Vol. 276. - P. 293-299.
8. Narrow W. et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in US // Arch. Gen. Psychiatry. - 2002. - Vol. 59. - P. 115-123.
9. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике депрессий при биполярном расстройстве // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - № 4. - С. 106-111.
10. DSM-IV. - Washington: APA, 1994.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. - СПб: АДИС, 1994. - 285 с.
12. Angst J. Typology of bipolar manic-depressive illness // Arch. Psychiatry Nerv. - 1978. - Vol. 226. - P. 65-73.
13. Carlson G., Goodwin F. The stages of mania // Arch. Gen. Psychiatry. - 1973. - Vol. 28. - P. 221-228.
14. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. - М.: Медицина, 1975. - 185 с.

Поступила в редакцию 12.09.2008

УДК 616.895.4-036.4:614.1

*В.А. Абрамов, А.И. Жислин***СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: депрессивный эпизод, социально-демографические факторы

Проблема депрессивных расстройств является одной из наиболее актуальных для теории и практики современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения, к началу XXI века удельный вес депрессивных и тревожных расстройств составил около 40% в общей структуре зарегистрированной в мире психической патологии (WHO, 2001). Количество депрессивных больных, проходящих стационарное лечение, в современных условиях составляет 34% (1).

Тенденция к росту депрессивных расстройств особенно выражена среди лиц старших возрастных групп и составляет 13-18% всей популяции (2). Причём их повторные эпизоды возникают примерно у 60% больных. Согласно данным разных авторов (3,4,5), одним из наиболее опасных проявлений депрессии являются суицидальные намерения и действия; до 15 – 18% депрессивных больных совершают суицидальные попытки.

Известно, что депрессивные расстройства характеризуются различной степенью тяжести (от легких депрессивных эпизодов до тяжелых эпизодов с психотическими симптомами), что предполагает дифференцированный подход к оказанию им психиатрической помощи и реабилитационной тактике. Однако исследований в этом направлении проводится недостаточно. Актуальным, в частности, представляется изучение социально-демографических особенностей больных с различной тяжестью депрессий, особенно на ранних стадиях заболевания.

Цель настоящей работы: изучение социально-демографических особенностей больных различных возрастных групп с первым депрессивным эпизодом различной степени тяжести в период их стационарного лечения.

С помощью специально составленной унифицированной карты, включающей 35 признаков, нами были проанализированы данные о 167 больных, перенесших первый депрессивный эпизод. Учены все больные, находившиеся на

стационарном лечении в областной клинической психиатрической больнице с 2002 по 2006 годы. Основные направления анализа предусматривали распределение больных по диагностическим категориям (легкий депрессивный эпизод, умеренный депрессивный эпизод, тяжелый депрессивный эпизод и тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами) и по возрастным группам (I группа – до 20 лет (19 чел. – 11,4%); II группа – 21-30 лет (53 чел. – 37,1%); III группа – 31-40 лет (37 чел.- 22,1%); IV группа – 41-50 лет (27 чел. – 16,2%); V – старше 50 лет (31 чел. – 18,6%).

Среди учтенных больных было 72 мужчины (43,1%) и 95 (56,9) женщин, из чего можно сделать вывод о большей распространенности первичных депрессивных эпизодов у лиц женского пола.

Гендерно-возрастные особенности больных характеризовались примерно одинаковым распределением мужчин и женщин в возрасте до 20 лет. В возрастных группах 21-30 лет и 31-40 лет отмечено некоторое преобладание мужчин, в то время как у более старшего контингента обследованных женщин было в три раза больше, чем мужчин. По нашему мнению, это свидетельствует об ослаблении ресурсных биопсихосоциальных возможностей и повышении вероятности возникновения депрессивных состояний у женщин пожилого возраста, обусловленных сочетанием психогенно-стрессовых и специфических эндокринных и метаболических расстройств. С другой стороны, мужчины аналогичного возраста характеризуются меньшей предрасположенностью к появлению аффективных нарушений.

По тяжести депрессивного эпизода (ДЭ) все учтенные больные распределились следующим образом (табл. 1.):

- легкий депрессивный эпизод – 33 человека (19,7%);
- умеренный депрессивный эпизод – 99 человек (59,3%);

- тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов – 14 человек (8,4%);

- тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами – 21 человек (12,6%).

Таблица 1

Распределение обследованного континента больных с различными диагностическими категориями по полу (абс. /%)

Диагностическая категория	Количество больных		
	Всего	Мужчины	Женщины
F 32.0 - легкий депрессивный эпизод	33	18	15
	(19,8)	(54,5)	(45,5)
F 32.1 - умеренный депрессивный эпизод	99	41	58
	(59,3)	(41,4)	(58,6)
F 32.2 - тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов	14	6	8
	(8,4)	(42,8)	(57,2)
F 32.3 - тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами	21	7	14
	(12,5)	(33,4)	(66,6)

Таким образом, у большинства больных (79,0%) первичный депрессивный эпизод характеризуется легкой и умеренной тяжестью аффективных расстройств. Тяжелые клинические формы первого депрессивного эпизода встречаются значительно реже (21,0%).

Изучение взаимосвязи между возрастом пациентов и первичным ДЭ и его тяжестью показало, что легкие и умеренные депрессивные эпизоды чаще всего (у 60,6 и 54,5% больных соответственно) возникали в возрасте от 21 до 40 лет. Тяжелые депрессивные эпизоды практически не характерны для молодого возраста (до 20 лет), а в сочетании с психотическими симптомами они преобладали (38,1%) у пожилых (> 50 лет) пациентов.

Анализ гендерно-возрастных особенностей больных с различной тяжестью депрессивной симптоматики показал (табл. 2.), что легкий депрессивный эпизод в возрастной группе от 21-40 лет достоверно чаще наблюдается у мужчин, ДЭ умеренной тяжести – у женщин в возрасте от 31 до 50 лет, а тяжелые депрессивные расстройства у женщин в возрастной группе старше 50 лет. Других гендерных различий у больных с депрессивным эпизодом различной степени тяжести выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют о большей глубине депрессивных расстройств у женщин зрелого и особенно инволюционного возраста. Это еще раз подтверждает большую уязви-

мость этой категории больных в отношении генерализации аффективных нарушений, по видимому, за счет формирования специфической «почвы» в виде возрастного метаболического сдвига, ухудшающего общую реактивность организма. Для мужчин этого возраста тяжелые депрессивные эпизоды были не характерны.

Анализ временного интервала между появлением манифестных проявлений ДЭ и госпитализацией больных показал, что только в 7,2% случаев этот срок не превышал одной недели; у 21,6% больных он достигал 1-го месяца, у 50,9% - нескольких месяцев (в т.ч. 1 года) и у 20,4% - нескольких лет. При этом тяжесть депрессивного состояния существенно не влияла на быстроту госпитализации больных: большая их часть (от 50,5 до 57,5%) были госпитализированы спустя несколько месяцев (до года) после возникновения манифестных признаков болезни. Исключение составили больные с психотической структурой тяжелого ДЭ, хотя и в этих случаях 38,1% больных были госпитализированы через значительные промежутки времени. Характерным было достоверное ($p < 0,01$) преобладание женщин с умеренными и тяжелыми ДЭ среди больных, длительное время избегавших госпитализации в психиатрическую больницу.

В период, предшествовавший первичной госпитализации, 35,4% больных (женщины в 2 раза чаще) получали амбулаторную психиатричес-

кую помощь, 14,4% - лечились у врачей других специальностей, а 50,5% (в т.ч. больные с тяже-

лыми депрессивными эпизодами) вообще не обращались за медицинской помощью.

Таблица 2

Гендерно-возрастные особенности больных с первым депрессивным эпизодом различной тяжести (абс./%)

Диагностическая категория	I группа (до 20 лет)			II группа (21-30 лет)			III группа (31-40 лет)			IV группа (41-50 лет)			V группа (старше 50 лет)			Всего		
	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего
F 32.0 - легкий депрессивный эпизод	2 (10,5)	3 (15,8)	5 26,3	8 15,1	3 5,7	11 20,8	7 (18,9)	2 (5,4)	9 (24,3)	---	4 (14,8)	4 (14,8)	1 (3,2)	3 (9,6)	4 (12,9)	18 (10,8)	15 (8,9)	33 (19,7)
F 32.1 - умеренный депрессивный эпизод	5 (26,3)	6 (31,6)	11 (57,9)	19 (35,8)	14 (26,4)	33 (62,2)	9 (24,3)	12 (32,4)	21 56,7	4 (14,8)	14 (51,8)	18 (66,6)	4 (12,9)	12 (38,7)	16 (51,6)	41 (24,5)	58 (34,8)	99 (59,3)
F 32.2 - тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов	1 (5,3)	---	1 (5,3)	2 (3,7)	1 (1,9)	3 (5,6)	2 (5,4)	2 (5,4)	4 (10,8)	1 (3,7)	2 (7,4)	3 (11,1)	---	3 (9,7)	3 (9,7)	6 (3,6)	8 (4,8)	14 (8,4)
F 32.3 - тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами	1 (5,3)	1 (5,3)	2 (10,6)	2 (3,7)	4 (7,5)	6 (11,2)	1 (2,7)	2 (5,4)	3 (8,1)	1 (3,7)	1 (3,7)	2 (7,4)	2 (6,4)	6 (19,4)	8 (25,8)	7 (4,2)	14 (8,4)	21 (12,6)
Всего	9 (47,4)	10 (52,6)	19 100	31 (58,5)	22 (41,5)	53 100	19 (51,4)	18 (48,6)	37 100	6 (22,2)	21 (77,8)	27 100	7 (22,6)	24 (77,4)	31 100	72 (43,1)	95 (56,9)	167 (100)

Таким образом, большая часть пациентов (64,9%) с первым депрессивным эпизодом различной степени тяжести на догоспитальном этапе не получали специализированной медицинской помощи, а период между появлением первых признаков болезни и госпитализацией в психиатрическую больницу у 72,5% больных растягивался на несколько месяцев или лет.

Анализируя частоту психопатологических симптомов у больных с первым депрессивным эпизодом различной тяжести, нами выделено 10 симптомов, наиболее характерных для этого контингента: тревога (46,8% больных), снижение настроения (74,8%), бессонница (70,2%), повышенная утомляемость (16,8%), суицидальные мысли (24,6%), суицидальные попытки (21,0%), раздражительность (27,5%), апатия (25,2%), плохой аппетит (28,2%) и страхи (31,2%). Клинический профиль больных, составленный на основе этих симптомов, имеет много общих особенностей, независимо от тяжести депрессивного состояния: при максимальной частоте гипотимических проявлений и бессонницы у них наблюдается примерно одинаковое распределение частоты других симптомов, за исключением преобладания тревожного компонента у больных с умеренным и тяжелым ДЭ без психотических симптомов, по сравнению с двумя другими категориями пациентов. Из этого следует, что распределение больных по различным диагностическим категориям (диагностическим шифрам) носит условный характер и

базируется не столько на их клиническом своеобразии, сколько на выраженности различных компонентов депрессивного синдрома.

У 47,3% обследованных больных (чаще у женщин) преморбидные личностные особенности характеризовались гармоничностью, обеспечивающей достаточные коммуникативные возможности. В остальных случаях выявлялись те или иные характерологические особенности, снижавших уровень психологической комфортности и социального благополучия пациентов: замкнутость (4,2%), вспыльчивость, гневливость (7,2%), тревожная мнительность (18,6%), другие дезадаптивные особенности личности (22,8%). Распределение патохарактерологических особенностей не имело существенных гендерных различий и не влияло на тяжесть депрессивных расстройств.

Обращает на себя внимание значительный удельный вес больных (138 человек; 82,6%), у которых в догоспитальный период имели место суицидальные проявления. У 95 больных (68,8%) они ограничивались мыслями соответствующего содержания, а в 43 случаях (31,2%) – суицидальными попытками. Группой наибольшего суицидального риска являются пациенты с умеренным депрессивным эпизодом (63,8%). Таким образом, для больных с первым ДЭ не характерна прямая зависимость между нарастанием глубины депрессии и риском совершения суицида. Напротив, вероятность последнего повышается при легкой и особенно умеренной тя-

жести депрессивных расстройств. С наименьшей частотой суицидальные проявления наблюдались в возрасте до 20 лет (12,3%) и у лиц старше 40 лет (33,4%). Наибольший риск совершения суицида приходится на возраст от 20 до 40 лет (54,3%). Существенны и гендерные разли-

чия – женщины среди этой категории больных было 79 (57,3%), мужчин – 59 (42,7%).

При анализе социально-демографических особенностей больных с первым депрессивным эпизодом установлены следующие закономерности (табл. 3).

Таблица 3

Социально-демографические особенности больных с первичным депрессивным эпизодом

Социальная микросфера	F32.0		F32.1		F32.2		F32.3		Всего	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Социальный статус										
- рабочий	8	24,3	13	13,1	1	7,1	2	9,5	25	15
- служащий	8	24,3	25	25,2	3	21,4	2	9,5	30	22,8
- частный предприниматель	1	3,0	2	2,0	-	-	-	-	3	1,8
- учащийся	4	12,1	4	4,0	-	-	2	9,5	10	6,0
- студент	1	3,0	12	12,1	-	-	3	14,3	16	9,6
- не работает	11	33,3	43	43,4	10	71,4	12	57,1	75	44,8
Всего	33	100	99	100	14	100	21	100	167	100
Продолжительность неучастия в трудовой деятельности										
- несколько месяцев	18	54,6	35	35,4	5	35,7	9	42,8	67	40,1
- 1-2 года	7	24,2	21	21,2	2	14,3	4	19,0	34	20,4
- более двух лет	6	18,2	27	27,3	3	21,4	5	23,8	41	24,5
Всего	31	93,9	83	83,8	10	71,4	18	85,7	142	85,0
Профессиональные вредности										
- чрезмерные физические нагрузки	9	27,3	11	11,1	2	14,3	5	23,8	27	16,2
- ночные смены	4	12,1	6	6,1	2	14,3	2	8,3	14	8,4
- умственное перенапряжение	2	9,5	35	35,4	3	21,4	6	28,6	46	27,5
- перегревание	2	9,5	7	7,1	-	-	5	23,8	14	8,4
Всего	17	51,4	59	59,6	7	50,0	18	85,7	101	60,5
Семейный статус										
- холост (не замужем)	13	39,4	28	28,3	3	21,4	5	23,8	49	29,3
- женат (замужем)	12	36,4	36	36,4	8	57,1	13	61,9	69	41,3
- разведен	6	18,2	31	31,3	2	14,3	2	9,5	41	24,5
- вдовец (вдова)	2	6,0	4	4,0	1	7,2	1	4,8	8	4,8
Всего	33	100	99	100	14	100	21	100	167	100
Семейные отношения										
- ровные, дружеские	16	48,5	63	63,6	10	71,5	15	74,5	104	62,3
- эпизодические конфликты	7	21,2	11	11,1	1	7,1	4	19,0	23	13,7
- частые конфликты	8	24,2	19	19,2	2	14,3	2	9,5	31	18,6
- формальные, эмоционально обостренные	2	6,1	6	6,1	1	7,1	-	-	9	5,4
Всего	33	100	99	100	14	100	21	100	167	100
Наличие детей										
- 1 ребенок	13	39,4	34	34,3	3	21,4	7	33,3	57	34,1
- 2 детей	14	42,4	24	24,2	4	28,6	6	28,6	38	22,7
- 3 и более	-	-	1	1,0	1	7,1	-	-	2	1,2
Всего	27	81,8	59	59,5	8	57,1	13	61,9	97	58,1
Материальная обеспеченность										
- удовлетворительная	21	63,6	69	69,7	6	42,8	9	42,8	105	62,9
- не удовлетворительная	1	3	9	9,1	2	14,3	3	14,3	15	9,0
- уровень выживания	11	33,3	21	21,2	6	42,8	9	42,8	47	28,1
Всего	33	100	99	100	14	100	21	100	167	100
Жилищно-бытовые условия										
- удовлетворительные	25	73,8	84	84,8	7	50,0	12	57,1	128	76,6
- не удовлетворительные	8	24,2	15	15,2	4	50,0	9	42,9	39	23,4
Всего	33	100	99	100	14	100	21	100	167	100

1. Значительный удельный вес неработающих больных (44,8%), особенно среди пациентов с тяжелыми формами депрессивного эпизода (64,2%). При легких депрессивных расстройствах количество нетрудоспособных было достоверно более низким ($p < 0,001$). Эти данные позволяют рассматривать «статус безработного» как один из предикторов тяжелых депрессивных расстройств.

2. Продолжительность неучастия в трудовой деятельности колебалась от нескольких месяцев (40,1%) до 2 и более лет (24,5%); у больных с легким депрессивным эпизодом чаще, чем при более тяжелых депрессивных расстройствах (54,6%) продолжительность безработицы не превышала нескольких месяцев.

3. Наличие профессиональных вредностей у значительного количества больных (60,5%) в период их трудовой деятельности: преобладали факторы, способствовавшие умственному перенапряжению (27,5%) и чрезмерные физические нагрузки (16,2%). С наибольшей частотой профессиональные вредности встречались у больных с психотическим регистром тяжелых депрессивных эпизодов (85,7%).

4. Преобладание среди больных с первым ДЭ лиц, не имеющих собственной семьи (58,7%), в том числе холостых (29,3%), разведенных (24,5%) и овдовевших (4,8%). Наибольшее количество (57,1-61,9%; $p < 0,01$) пациентов, имеющих собственные семьи, выявлено у больных с тяжелыми ДЭ. В этих случаях можно говорить об отсутствии положительного влияния «семейного фактора» на тяжесть депрессивных расстройств.

5. Определенная зависимость между тяжестью депрессии и наличием детей в семье: при низком удельном весе пациентов, имеющих детей (58,1%), среди больных с легким ДЭ этот

показатель возрастает до 81,8% ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии присутствия детей в семье на тяжесть депрессивных проявлений у члена семьи.

6. Зависимость между частотой тяжелых форм ДЭ и низкой материальной обеспеченностью больных: 36,3% с легким, 57,1% с тяжелым ДЭ ($p < 0,05$). Аналогичное влияние на соотношение тяжелых и легких форм ДЭ оказывает неудовлетворительные материально-бытовые условия.

Длительность стационарного лечения больных с первым ДЭ составляет: до одной недели – 12(7,2%) человек, 2-3 недели – 46(27,6%) человек, до 1 месяца – 47(28,2%) человек, до 2 месяцев – 47(27,6%) человек и свыше 2 месяцев – 16(9,6%) человек. Установлено четкое соответствие между тяжестью депрессивной симптоматики и продолжительностью госпитализации: она не превышала 2-3 недель у 54,5% больных с легким ДЭ, у 32,3% с умеренным ДЭ, у 28,6% с тяжелым ДЭ без психотических симптомов и только у 19,0% больных с тяжелым ДЭ с психотическими симптомами. В то же время до 2 месяцев и больше в стационаре находилось от 24,2% больных с легким ДЭ с постепенным увеличением их удельного веса по мере нарастания тяжести депрессии (до 57,1% больных при тяжелом депрессивном эпизоде с психотическими симптомами).

Результаты проведенного ретроспективного анализа социально-демографических особенностей больных с первым депрессивным эпизодом могут быть использованы для разработки лечебно-реабилитационных программ, направленных на улучшение организации и качества психиатрической помощи этому контингенту пациентов и предупреждение рекуррентной динамики заболевания.

В.А. Абрамов, А.І. Жислін

СОЦІАЛЬНО – ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ПЕРШИМ ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Досліджено 167 хворих з першим депресивним епізодом різного ступеня важкості. Наведені соціально – демографічні особливості хворих з урахуванням гендерно – вікових характеристик. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 10-15).

**SOCIAL – DEMOGRAPHIC PECULIARITIES OF THE PATIENTS WITH THE FIRST
DEPRESSIVE EPISODE**

Donetsk national medical university by the name M. Gorky.

167 patients with the first depressive episode of different level of severity were examined. Some social – demographic peculiarities of the patient taking into account gender and age characteristics are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 10-15).

Литература

1. Rendon M. et al. APA Annal. Meeting. – 1994, 4. – p.21-31.
2. Бурчинский С.Г. Современные аспекты фармакотерапии депрессивных состояний. // Ж. практического врача. 2002, 1. – с.63-65.
3. Морозова М.А., Бенишвили А.Г. Роль ранней терапевтической динамики тревоги в изменении состояния больных с тяжелым депрессивным эпизодом. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001, 1.- с.81-84.
4. Степанов И.Л. Место ангедонии в дисбалансе аффективного реагирования // Социальная и клиническая психиатрия. 2002, 1. – с.97-99.
5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков, «Горнадо», 2003. – 350с.

Поступила в редакцию 7.10.2008

УДК 616.895.8-07-082.4

*Г.Г. Пуятин***ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ГОСПИТАЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм

Проблема госпитализма (институционализм, синдром хронической десоциализации) привлекает все большее число исследователей в связи с задачами гуманизации, реформирования психиатрической помощи и внедрения биопсихосоциального подхода к больному и организации восстановительного лечения (1-6).

Термин „госпитализм” в современной литературе рассматривается как совокупность явлений жизненной адаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре и односторонней клинико-биологической идентификацией больного. Однако, несмотря на то, что госпитализм является клинической реальностью, существенно влияющей на уровень социальной адаптации больного, в литературе недостаточно освещены клиническая структура и механизмы функционирования синдрома госпитализма у боль-

ных шизофренией, диагностические критерии различных клинических форм госпитализма. Отсутствуют данные стандартизированной оценки межличностных отношений пациентов, влияние длительного пребывания в условиях психиатрического стационара на когнитивную, межличностно-коммуникативную и ценностно-мотивационную сферы пациента, а также на особенности его эмоциональной направленности и социального функционирования. Совершенно не систематизированы формы и методы предупреждения и коррекции симптомов госпитализма.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-диагностических критериев и этапов формирования госпитализма у больных шизофренией с различной суммарной продолжительностью пребывания в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы исследования

Обследовано 125 больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения в возрасте от 20 до 55 лет. По суммарной продолжительности стационарного лечения в психиатрических учреждениях они распределились следующим образом: до 5 месяцев – 21 чел. (16,3%), от 5 до 10 мес. – 23 чел. (18,4 %), от 10 до 15 месяцев, в т.ч. до 5-6 лет (в среднем 2-8 года) – 57 человек (75,1 %).

Исследование проводилось при помощи разработанной нами стандартизированной клинической шкалы госпитализма, состоящей из 69 утверждений, по каждому из которых испытуемому предлагалось высказать своё мнение. Содержание шкалы отражало общие диагностические критерии госпитализма: 1) утрата социальных связей и кон-

тактов с окружающим миром; 2) дезадаптивные формы приспособительного поведения; 3) снижение способности жить в обычной социальной среде; 4) отсутствие в течение длительного времени активирующей психосоциальной стимуляции больного и мер по его социальной реинтеграции.

Шкала использовалась для выявления, оценки выраженности и социально-психологических механизмов синдрома госпитализма у больных шизофренией, длительно находившихся в ограничительных условиях психиатрической больницы. Кроме того, она позволяла определить клиническую форму госпитализма и тип приспособительного поведения больного.

Для оценки достоверности результатов исследования использовался метод Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Использование шкалы госпитализма при обследовании больных шизофренией с различной

длительностью пребывания в психиатрическом стационаре и ранжирование суммарной количе-

ственной оценки интенсивности проявлений психического дефекта позволили выделить три фазы формирования синдрома госпитализма (СГ):

- 1) фаза отдельных симптомов госпитализма;
- 2) фаза формирующегося синдрома госпитализма;
- 3) фаза сформированного синдрома госпитализма.

Фазу отдельных симптомов госпитализма (ОСГ), выявленную у 33 (26,4%) больных, мы рассматривали как начальную стадию формирования синдрома госпитализма. На этом этапе СГ еще не имел ни синдромальной завершенности, ни даже приблизительных намеков на его типологическое своеобразие. Незначительное количество и разброс утвердительных ответов по шкале госпитализма (9 – 23 балла) свидетельствовали лишь о «вкраплении» признаков, которые только гипотетически можно было интерпретировать в контексте формирования синдрома госпитализма. Как показал дальнейший анализ, динамика этой фазы, в том числе неблагоприятная, в значительной степени определяется суммарной продолжительностью нахождения больных в ограничительных условиях психиатрического стационара.

Фаза формирования синдрома госпитализма (ФСГ) выявлена у 23 (18,4%) больных. На этом этапе можно было с большей очевидностью говорить как о приближающейся синдромальной завершенности отмеченных нарушений, так и об их клиническом своеобразии. И все же нерезкая выраженность суммарных количественных оценок (24-47 баллов), отсутствие их четкой групповой представленности, а также невозможность адекватной идентификации преобладающих со-

циально-психологических механизмов, лежащих в основе выявленных нарушений, не дают достаточных оснований для заключения о сформировавшемся синдроме госпитализма. Тем не менее фаза ФСГ является фактором существенного риска, приближения его завершающего этапа, вероятность которого существенно возрастает в случаях дальнейшей пролонгации институциональной психиатрической помощи.

Наиболее четкую клиническую конфигурацию СГ приобретает в фазе сформированного синдрома госпитализма (ССГ), выявленного у 69 обследованных больных (55,2%). Основанием для диагностики этой фазы СГ явились значительный удельный вес (48-62 балла) выбора утвердительных суждений по шкале госпитализма и достаточная их представленность по всем разделам шкалы. Это позволило не только констатировать наличие заключительной фазы СГ и определить его клиническую форму, но и конкретизировать ведущие социально-психологические механизмы формирования СГ и тип приспособительного поведения больных, характерный для той или иной клинической формы госпитализма. Сформированный синдром госпитализма мы рассматривали как один из вариантов психического дефекта в происхождении которого существенную роль играют неблагоприятные факторы длительной социальной изоляции, чрезмерной зависимости от персонала отделения с угнетением собственной активности и длительного приема нейролептических препаратов.

В соответствии с задачами исследования нами был проведен анализ зависимости выраженности госпитализма у больных шизофренией в зависимости от длительности их пребывания в психиатрических стационарах (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных шизофренией с различной суммарной длительностью госпитализаций по степени выраженности госпитализма

Длительность пребывания в психиатрической больнице	Выраженность госпитализма						Всего
	ОСГ		ФСГ		ССГ		
	А	%	а	%	а	%	
До 5 мес.	20	95,2	1	4,8	-	-	21
5 – 10 мес.	13	56,5	10	43,5	-	-	23
10 – 15 мес.	-	-	6	25,0	18	75,0	24
> 15 мес.	-	-	6	10,5	51	89,5	57
Всего	33	26,4	23	18,4	69	55,2	125

Из представленных в таблице данных следует четкая закономерность ($P < 0,05$), заключающаяся в том, что по мере увеличения суммарной

длительности стационарного лечения больных шизофренией нарастает тяжесть проявлений госпитализма. В частности, для больных с от-

носителем кратковременным периодом пребывания в стационаре, не превышающим 5-10 мес., характерны только единичные симптомы госпитализма. Переломным в этом отношении является продолжительность госпитализаций от 10 до 15 месяцев. В этих случаях у всех пациентов проявления госпитализма достигают или фазы формирующегося (25,0%) или сформированного СГ (75,0%). Наибольшую выраженность и завершение синдромального оформления синдромом госпитализма приобретает у лиц с длительными сроками (< 15 мес.) госпитализации: сформированный СГ у них наблюдался в 89,5% случаев и только у 10,5% больных продолжалась фаза его формирования.

Конструкция шкалы госпитализма давала

возможность не только определить фазу формирования СГ, но и уточнить клиническое своеобразие различных вариантов сформировавшегося синдрома госпитализма. Это позволило выделить несколько клинических вариантов СГ: 1) синдром депривационной десоциализации; 2) синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента; 3) синдром фармакогенного психоэмоционального и социального регресса личности и 4) смешанный вариант.

Нами изучена выраженность клинических проявлений основных вариантов СГ у больных шизофренией с различной длительностью пребывания в психиатрическом стационаре (таблица 2)

Таблица 2

Выраженность клинических проявлений основных вариантов СГ у больных шизофренией с различной длительностью пребывания в психиатрическом стационаре

Тип госпитализма	Суммарная длительность госпитализаций			
	До 5 мес.	5 – 10 мес.	10 – 15 мес.	> 15 мес.
Синдром депривационной десоциализации	0,68 ± 0,07	2,34 ± 0,3	3,75 ± 0,7	7,61 ± 1,4
Синдром патерналистской зависимости	1,8 ± 0,4	2,6 ± 0,35	5,8 ± 0,8	5,24 ± 0,9
Синдром фармакогенного регресса личности	6,6 ± 1,1	6,95 ± 1,2	7,4 ± 1,3	8,2 ± 1,6

Из таблицы следует, что признаки фармакогенного регресса личности достаточно быстро и со значительной интенсивностью проявляются уже при первых госпитализациях в психиатрическую больницу и общей их продолжительностью не превышающей 5 месяцев. При этом другие составляющие СГ, особенно проявления депривационной десоциализации, практически отсутствуют или выражены незначительно. Этот факт можно рассматривать с позиций неблагоприятных побочных эффектов интенсивной нейролептической терапии на ранних стадиях шизофрении, затрагивающих сферу личностного функционирования больных. Определенную роль в развитии фармакогенного регресса личности играет недостаточность использования психосоциальных форм реабилитационного вмешательства, а также терапевтическая резистентность больных, приводящая к полипрагмазии и назначению больших доз психотропных средств. Дальнейшая динамика этого типа гос-

питализма имеет тенденцию к усилению болезненных проявлений, хотя и без очевидной его прогредиентности.

Начальные признаки синдрома патерналистской зависимости у больных шизофренией появляются при первичных госпитализациях в психиатрическую больницу, в дальнейшем усиливаются и стабилизируются на уровне средней выраженности нарушений при общей длительности стационарного лечения 10-15 месяцев. Синдром депривационной десоциализации формируется с некоторым отставанием от других вариантов госпитализма. Первые его признаки появляются после 5-10 месячного срока госпитализаций и достигают максимума у лиц с наиболее длительным пребыванием в стационаре.

Таким образом, алгоритм формирования СГ у больных шизофренией заключается в следующем. При суммарной длительности госпитализаций до 5 месяцев при незначительных прояв-

лениях патерналистской зависимости пациентов у них формируются четкие и достаточно выраженные признаки фармакогенного регресса личности. Увеличение продолжительности госпитализаций до 5-10 месяцев сопровождается появлением отдельных симптомов депривационной десоциализации. Пребывание в стационаре в течении 10-15 месяцев характеризуется нарастанием патерналистской зависимости пациентов, а дальнейшее углубление симптомов госпитализма затрагивает только сферы депривационной десоциализации и фармакогенного регресса личности.

Среди 69 больных шизофренией со сформировавшимся синдромом госпитализма чаще всего встречается вариант депривационной десоциализации – 25 чел. (36,2%). Основной предпосылкой его формирования являлась длительная изоляция больных в общепсихиатрических отделениях и дестимулирующее влияние условий больничной среды. Распространенность этого варианта госпитализма прямо пропорциональна продолжительности заболевания и общей длительности стационарного лечения. Чаще всего он проявляется в структуре аспонтанно-апатических изменений личности и характеризовался утратой или значительной редукцией социальных, в т.ч. семейных и родственных связей, инициативы, побуждений к деятельности. Патологическая адаптация к условиям стационара проявлялась в выраженной ригидности психики и крайне упрощенном жизненном стереотипе больных. Характерна полная несостоятельность в решении элементарных бытовых задач, во взаимоотношениях с окружающими, нивелируются преморбидные особенности личности. Постепенно нарастает беспомощность в вопросах самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивность и безразличие к окружающей обстановке, эмоциональная опустошенность; нивелируется вся предистория жизни человека.

По шкале госпитализма наиболее значимыми для пациентов этой группы оказались следующие суждения (оценка по 10 бальной системе): «как правило, я ни в чем не проявляю инициативы» (6,8±0,31), «меня устраивает порядок и режим в отделении» (9,5±0,42), «окружающая обстановка меня не раздражает» (8,9±0,40), «я не испытываю потребности в дополнительных впечатлениях» (8,9±0,40), «жизнь вне больницы делает меня беспомощным» (6,3±0,29), «я редко думаю о своем прошлом и будущем» (8,4±0,37), «окружающим нет от меня никакой

пользы» (7,8±0,3), «за пределами больницы я чувствую себя неуверенно» (9,5±0,42), «я живу сегодняшним днем» (7,3±0,24), «я не испытываю потребности в общении» (8,4±0,37).

Синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента выявлены у 20 (29,0%). Его формирование связано со взятием медперсоналом всей ответственности за судьбу больного (профессиональной авторитарностью) с полным лишением его самостоятельности, каких либо полномочий, возможности самоопределения. Возникающая в этих условиях личностная инактивация пациентов является отражением не только процессуальной дефицитарной симптоматики, но и следствием систематической опеки и покровительства со стороны медицинского персонала.

Этот тип госпитализма проявляется в структуре аутистически – безучастного изменения личности. Он характеризуется моральной ангедонией, потерей интереса к практической деятельности, отвержением или боязнью усилий, отсутствием моторной активации, аффективным безучастием. Достаточно быстро формируется симптомокомплекс утраты аффективного интереса: отсутствие инициативы и любознательности, беспечность, однообразная монотонность поступков, «закостенелость» эмоций. Аффективная тональность больных складывается из инертности и негативизма, что клинически является основанием для разрыва витальных контактов и полной утраты интереса к семейной и сексуальной жизни.

Такой вариант госпитализма (по типу «аутистически замкнутой системы личности») в конечном счете способствует разрушению связей с окружающим миром, прекращению социальных отношений, разрушению архитектоники реальных межчеловеческих связей в их аффективно-социальном выражении. Именно этот вариант госпитализма, по нашему мнению лежит в основе распространенного мифа о тотальной измененности личности больных шизофренией как исключительного следствия деструктивных процессуальных механизмов самого заболевания.

При исследовании по шкале госпитализма предпочтительный выбор больных ограничивался следующими суждениями (оценка по 10-ти бальной шкале): «в больнице я освобожден от личных забот и обязанностей» (9,3±0,32), «в отделение я чувствую себя защищенным, зависимость от мед. персонала меня не смущает» (9,4±0,34), «я привык к монотонной жизни в

больнице, нет нужды что-либо планировать» (8,7±0,29), «семейная и сексуальная жизнь меня практически не интересует» (9,4±0,34), «я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в жизни» (9,4±0,34), «окружающая жизнь меня мало интересует» (8,1±0,24), «я редко бываю чем-либо озабоченным» (6,2±0,19).

Отличительной особенностью синдрома фармакогенного регресса личности (10 чел., 14,5%) является его зависимость от длительного, клинически недостаточно дифференцированного применения психотропных средств. У пациентов преобладает астеническая и апато-абулическая симптоматика в виде вялости, истощаемости, замедленной моторики с общей скованностью, монотонного и ригидного аффекта, безинициативности, ассоциативной тугоподвижности, притупленности внимания. Социальное снижение проявляется в бездеятельности, негативном отношении к включению в трудовые процессы и к выписке из больницы. Характерной особенностью является уменьшение глубины дефицитарных проявлений при коррекции медикаментозной терапии и снижении дозы психотропных препаратов: больные становятся более живыми и подвижными, уменьшаются явления общей скованности, возрастает интерес к окружающей обстановке и собственной судьбе.

По шкале госпитализма наиболее значимыми для пациента оказались следующие суждения (оценка по 10-ти бальной системе): «я по-

стоянно чувствую себя вялым, скованным» (10,0±0,34), «мне трудно соображать и быть концентрированным» (10,0±0,34), «я часто испытываю чувство «пустоты в голове»» (10,0±0,34), «я давно не испытывал удовольствия от жизни» (10,0±0,34), «без таблеток и уколов мне лучше» (8,3±0,27), «подвижный образ жизни не для меня» (8,3±0,27), «я быстро устаю от общения с людьми» (3,3±0,12), «перемены в жизни меня раздражают» (10,0±0,34), «мне безразличны проблемы окружающих» (6,6±0,18), «я мало говорю» (8,3±0,27), «чаще всего мне ничего не хочется» (6,6±0,18), «запас моей жизненной энергии минимален» (8,3±0,27)

Смешанный тип ССГ (14 чел.; 20,3%) не отличается преобладанием какого-либо типологически очерченного синдрома; в его структуре нашли отражения проявления различных вариантов сформировавшегося синдрома госпитализма.

С целью верификации влияния продолжительности пребывания в психиатрии стационара на вероятность формирования и глубину проявлений госпитализма нами проведено исследование 38 пациентов с одинаковой длительностью заболевания (от 5 до 10 лет), но с различной суммарной продолжительностью госпитализаций: от 1 до 15 мес. (22 чел.); свыше 15 месяцев – 16 человек. Частота различных вариантов синдрома госпитализма и показатели суммарной средней оценки по шкале госпитализма в этих группах больных шизофренией представлены в таблице 3

Таблица 3

Сравнительная оценка показателей выраженности синдрома госпитализма у больных шизофренией с одинаковой длительностью заболевания и различной суммарной продолжительностью госпитализаций в психиатрический стационар

Суммарная продолжительность госпитализации	Частота клинических вариантов СГ			Средняя суммарная оценка по шкале госпитализма
	ОСГ	ФСГ	ССГ	
От 1 до 5 месяцев	14	8	0	23,5 ± 2,1
	63,6%	36,4%		
Свыше 15 месяцев	0	2	14	50,1 ± 3,4
		12,5%	87,5%	

Согласно приведенным данным, у больных шизофренией с непродолжительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре, несмотря на значительную длительность болезни, наблюдаются либо отдельные симптомы госпитализма (63,6%), либо формирующийся синдром госпитализма

(36,4%). Сформированного синдрома госпитализма мы не наблюдали ни в одном случае.

В то же время при длительном пребывании в стационаре у подавляющего большинства больных (87,5%; $p < 0,01$) с сопоставимой продолжительностью болезни отмечены четкие призна-

ки ССТ, что находило отражение и в показателе средней суммарной оценки по шкале госпитализма ($p < 0,01$). Это в полной мере свидетельствует о достоверно большем участии в формировании психического дефекта у больных шизофренией не столько длительности заболевания, сколько продолжительности изоляционно-ограничительных форм оказания психиатрической помощи.

Таким образом, проведенное исследование

позволило уточнить диагностические критерии и клинические особенности синдрома госпитализма у больных шизофренией с длительными сроками пребывания в психиатрической больнице. Полученные данные могут быть использованы при разработке реабилитационных программ, направленных на коррекцию неблагоприятных влияний больничной среды и снижение выраженности дефицитарных симптомов у больных шизофренией.

Г.Г. Пуятин

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ ШПИТАЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведені дані, щодо діагностичних критеріїв та клінічної характеристики синдрому шпиталізму у хворих на шизофренію. За допомогою оригінальної стандартизованої шкали наведені особливості етапів формування та психологічні прояви різних типів шпиталізму. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 16-21).

G.G. Putatin

DIAGNOSTIC CRITERIA AND CLINIC CHARACTERISTICS OF THE HOSPITALISM SYNDROME BY THE PATIENTS SUFFERING FROM THE SCHISOFRENIA

Donetsk national medical university named after M. Gorkiy

In this article there are data in relation to the Diagnostic criteria and clinic characteristics of the hospitalism syndrome by the patients suffering from the schisofrenia. By means of the original standartized scale there is presentation of the peculiarities of formation stage and psychological aspects of different types of the hospitalism. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 16-21).

Литература

1. Engel G.L. The need for a new medical model: a college for biomedicine/ Science, 1997, 196.-p. 129-136.
2. Mosher L.R., Burti L. Community mental health principles and practice. 1989. New York, Norton.
3. Томов Е. Дополнительное обучение медицинских сестер в психиатрии: почему оно необходимо, как оно происходит в Болгарии. Вісник Асоціації психіатрів України. 1996, 3.- с.11-16.
4. Бахрах Л.Л. Биопсихосоциальное наследие

деинституционализации. Вісник Асоціації психіатрів України. 1994, 1.- с.76-81.

5. Юдин Ю.Б. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Великобритании. Вісник Асоціації психіатрів України. 1994, 2.- с.63-70.

6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО "Лебедь", Донецк, 2002. - 279с.

Поступила в редакцию 9.09.2008

УДК 616.89

*В.В. Котлик***СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ СУПРУЖЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: супружеская дезадаптация, посткастрационный синдром, психологическая коррекция

Следуя романтическому духу своей эпохи, средневековые медики высокопарно именовали яичники “женским центром” или “нивой природы”. Сходство очевидно: женская “нива” требует не меньше внимания и заботы, чем плодородная пашня, и на ней нередко всходит сорная трава болезней, которые ставят на повестку дня вопрос об удалении яичников – овариоэктомию. Многие пациентки тяжело переносят операцию, потому что связывают ее с потерей женской сути [1-4].

Больные, подвергшиеся овариоэктомию, страдают множественными расстройствами, вызванными падением уровня женских половых гормонов (главным образом эстрогенов), которые получили название “посткастрационный синдром” (ПКС). Эти симптомы сходны с вегетативно-сосудистыми проявлениями климакса – приливы жара, покраснение лица, потливость, сердцебиения, гипертензия, обменно-эндокринные нарушения – ожирение, повышение уровня холестерина в крови. Изменения гормонального баланса обуславливают нарушения липидного обмена и развитие атеросклероза. Начинаются патологические трофические изменения в наружных и внутренних половых органах, мочевом пузыре, уретре. Отмечаются развитие кольпитов, сухость вульвы и влагалища. К трофическим нарушениям относится и остеопороз, при котором женщины жалуются на боль в поясничном или грудном отделах позвоночника, области коленных, лучезапястных, плечевых суставов; возрастает риск переломов костей.

Симптомы ПКС развиваются уже через 2–3 недели после операции и достигают полного развития через 2–3 месяца. Классическими симптомами ПКС являются [2-5]:

- депрессия, раздражительность, повышенная возбудимость и другие психоэмоциональные расстройства,
- повышенная утомляемость, рассеянность, снижение работоспособности,

- прибавка в весе,
- преждевременная менопауза,
- остеопороз и как следствие – ухудшение осанки и переломы костей,
- атеросклероз коронарных и мозговых сосудов, приводящий к стенокардии, инфаркту и инсульту,
- боль в области сердца и головная,
- утрата интереса к сексу и способности испытывать оргазм (аноргазмия),
- зуд и сухость влагалища и наружных половых органов,
- снижение упругости и эластичности кожи, склонность к образованию морщин.

Чтобы избежать его развития, в современной гинекологии сразу после операции назначают заместительную гормональную терапию (ЗГТ), восстанавливающую уровень половых гормонов и предотвращающую развитие развернутого ПКС.

Однако, как установлено нами ранее, у большинства замужних женщин, перенесших овариоэктомию, наблюдается нарушение супружеской адаптации, как имевшее место до развития заболевания, приведшего к ПКС (50%), так и возникшее в результате вторичной сексуальной дисфункции у жены, обусловленной ПКС (50%) [6]. И в том, и другом случаях, наряду с терапией относительно основного заболевания (ПКС), необходимым является проведение психокоррекционных мероприятий, направленных на нивелирование имеющейся супружеской дезадаптации, как важнейшего условия восстановления полноценного качества жизни и социального функционирования больных.

Под нашим наблюдением находилось 130 супружеских пар (СП), в которых жены перенесли овариоэктомию. Супруги были в возрасте от 35 до 55 лет, входили в одну возрастную группу и состояли в браке от 6 до 18 лет. Контингент обследованных был однородным по всем базовым показателям, что позволило изучить пробле-

му, а результаты исследования - репрезентативно отображающими генеральную совокупность.

У 100 СП диагностирована супружеская дезадаптация. Первичная сексуальная дезадаптация (ПСД), усугубленная ПКС, наблюдалась у 50 СП, из них у 48±5,0% диагностирована полоролевая форма ПСД, у 26±4,4% - сексуально-эротическая форма ПСД, у 26±4,4% - конституциональная форма ПСД [6]. Сексуальная дезадаптация вследствие вторичной сексуальной дисфункции у жены, обусловленной ПКС, установлена также у 50±5,0% СП [6].

Для осуществления психологической коррекции данных форм супружеской дезадаптации, безусловно, справедливы общие подходы [7, 8], однако, отсутствие учета специфики данных расстройств при вышеуказанной патологии, значительно снижает терапевтическую эффективность проводимых мероприятий.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, целью данной работы стало изложение методов и результатов психологической коррекции дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает ПКС.

Разработка системы психологической коррекции супружеской дезадаптации, основывалась на концепции В.В. Кришталея и Е.В. Кришталея [9], в соответствии с которой, согласно трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия, она должна состоять из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) и личностного. Разработанные корректирующие мероприятия были направлены на компенсацию основной патологии у женщин, нормализацию межличностных отношений супругов и адаптацию их сексуального поведения.

В задачи когнитивного компонента системы психокоррекции входили выработка у супругов правильных установок на межличностные отношения; выяснение каждой из пациенток необходимости и реальной возможности оптимизации отношений с мужем; осознание супругами связи между своим поведением и взаимоотношениями с окружающими, в том числе с мужем/женой; понимание причин формирования конфликтных взаимоотношений и собственной роли в их возникновении; достижение адекватного отражения супругами друг друга с целью повышения уровня их взаимопонимания; знакомство с формами поведения, позволяющими нормализовать межличностные отношения и предотвратить возникновение конфликтов; научение правильным спосо-

бам выхода из конфликтных ситуаций.

Второй, эмоциональный компонент системы психокоррекции, был направлен на дезактуализацию переживаний супругов, связанных с конфликтными взаимоотношениями, нивелирование их негативного отношения друг к другу и устранение дезадаптации. Для достижения этих целей было необходимо достичь изменения способов эмоционального реагирования супругов при межличностном общении, выработать критическое отношение к своему неправильному реагированию в конфликтных ситуациях, снять неадекватные эмоциональные реакции, достигнуть установления благоприятных, доверительных отношений между супругами. Для этого следовало добиться изменений в личностных структурах больных - самооценке, системах социального восприятия и т. п.

Воздействие на поведение супругов, являвшееся целью третьего, поведенческого, компонента системы психокоррекции, становилось возможным при решении первых двух задач - когнитивного и аффективного компонентов. Основной задачей конативного компонента психокоррекции была модификация типов поведения каждого из супругов и типов их взаимодействия. Для ее решения необходимо было преодоление неадекватных форм поведения, приводящих к супружеским конфликтам; обучение супругов формам поведения, способствующим адекватной адаптации, в частности, выработка и закрепление правильных способов разрешения семейных конфликтов; выработка форм поведения, помогающих достигнуть взаимопонимания, обеспечивающих взаимопомощь, доверительность отношений, ответственность и самостоятельность каждого из супругов.

Личностный компонент системы психокоррекции был направлен на нивелирование негативных черт характеров супругов.

При выборе методов психокоррекции, определении конкретного содержания психокоррекционных мероприятий, исходили из клинического варианта супружеской дезадаптации, механизмов ее развития и клинических проявлений с учетом имеющегося у жены ПКС, личностных особенностей каждого из супругов и степени их заинтересованности в нормализации своих отношений. При этом использовали следующие современные методы: рациональную, групповую психотерапию, коммуникационный, ролевой психосексуальный, сексуально-эротический тренинги и др.

Важнейшее значение придавалось первой

совместной беседе с супругами, поскольку в этой беседе, помимо выяснения основных данных о каждом из супругов и внутрисемейной ситуации, формировался мотив участия мужа и жены в процессе психологической коррекции, а при возможном наличии установки на расторжение брака, должна была быть выработана установка на его сохранение. С этой целью супругам, с одной стороны, объясняли возможность оптимизации их взаимоотношений, а с другой - формировали у них правильное представление о психологической помощи. Во время первой беседы каждый из супругов должен был понять необходимость глубокого анализа супружеских взаимоотношений и собственной ответственности за успех проводимого лечения. Данная проблема оставалась в центре внимания на протяжении всего курса коррекции.

Главным методом психологической коррекции полоролевой формы ПСД был ролевой психосексуальный тренинг. Его задачей была ликвидация нарушений полоролевого поведения, в частности его межуровневой дискордантности, а именно высокой фасадной маскулинности на социогенном и низкой – на биогенном уровне. Это несоответствие обуславливало наличие внутриличностного конфликта, который способствовал возникновению межличностного конфликта как основы данной формы дезадаптации наших пациентов.

Ролевой тренинг начинали после анамнестического анализа, который проводили с целью выяснения, на каком этапе, стадии и фазе психосексуального развития произошла девиация полоролевого поведения и какой фактор (психогенный или социогенный) вызвал имеющееся нарушение. В качестве диагностических критериев выясняли также состояние платонического, эротического и сексуального либидо, сексуальную установку и тип сексуальной мотивации пациентов.

Психокоррекция полоролевой формы дезадаптации, как и других ее форм, состояла из двух основных этапов – этапа выработки установки и этапа научения. На первом из них проводилась информационно-разъяснительная работа с пациентами. В индивидуальных и групповых беседах с помощью метода рациональной психотерапии их информировали о правильном полоролевом поведении. Рациональная психотерапия имела целью выработку у пациенток негативного отношения к имеющемуся у них нарушению полоролевого поведения. На первом этапе, при формировании у больных новых полоролевых

установок, использовали методы разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения. На втором этапе проводили полоролевой психосексуальный тренинг, используя две его формы – индивидуальную и групповую. Задачей тренинга было научение пациентов нормативному полоролевому поведению.

После окончания курса психотерапии те же методы (индивидуальные, парные, групповые занятия и поведенческий тренинг) применяли для закрепления выработанного у пациентов правильного полоролевого поведения.

Для коррекции сексуально-эротической формы дезадаптации в качестве основного метода использовали сексуально-эротический тренинг. Его проводили также после диагностического этапа, содержание которого, однако, отличалось от содержания диагностического этапа при других формах дезадаптации, а именно у каждого из супругов выявляли эрогенные зоны, физиологические реакции при воздействии на них и выясняли психологическую приемлемость воздействия.

При этом учитывали существование противопоказаний к проведению сексуально-эротического тренинга, которыми являются: низкий уровень социальной и психологической адаптации супругов (партнеров); неправильная информированность в области секса; психологическая неприемлемость обследования с помощью карты эрогенных зон и нарушение полоролевого поведения.

Таким образом, сексуально-эротический тренинг проводился только после ликвидации имеющихся у пациентов противопоказаний. Для этого на первом этапе – этапе выработки новой установки – психотерапия была направлена на нормализацию уровня социальной и психологической адаптации, полоролевого поведения пациентов, а также на повышение их осведомленности с вопросах психогигиены половой жизни. При рассматриваемой форме дезадаптации последнее было особенно важно, поскольку она в подавляющем большинстве случаев являлась следствием низкого уровня информированности в области секса, неправильных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции и связанной с этим искаженной оценки пациентами своих сексуальных проявлений.

Информационная психотерапия, используемая для расширения осведомленности пациентов в области психогигиены половой жизни, представляла собой самостоятельный способ

психотерапевтического воздействия. Его задачей являлась ликвидация дефицита информации путем последовательного и планомерного повышения уровня компетентности пациентов в вопросах межличностных отношений и психогигиены половой жизни.

Помимо проведения бесед, содержанием которых была соответствующая информация, мы рекомендовали своим пациентам чтение научно-популярной сексологической литературы, например книг: В.В.Кришталь, Г.П.Андрух «Сексуальная гармония супружеской пары»; «Сексуальная дисгармония супружеской пары» (Харьков, 1996); Пол Джоанидис. «Библия секса» (М., 2004); Лев Щеглов. «Все про секс. От А до Я» (СПб., 2006) и др. Расширение кругозора и знаний в области общения, в том числе сексуального, и психогигиены половой жизни способствовало нормализации межличностных отношений и ликвидации сексуально-эротической дезадаптации пациентов. Этому способствовало также использование на данном этапе психотерапии супружеской тактики Д.Карнеги, которой пациенты обучались во время специальных занятий с психологом.

На этапе выработки установки решалась также задача изменения неправильной оценки пациентами своих сексуальных проявлений. Для этого использовали рациональную психотерапию, проводимую в форме индивидуальных, парных и групповых бесед и лекций на темы: анатомо-физиологические особенности половой функции; психология и физиология половой жизни; причины и условия развития сексуальной дезадаптации; гигиена и психогигиена половой жизни.

Сексуально-эротический тренинг, как основной метод коррекции сексуально-эротической дезадаптации, проводился на следующем этапе психотерапии – этапе научения правильному сексуальному поведению. Осуществляли его, как уже указывалось, после повышения уровня информированности супругов в вопросах психогигиены половой жизни, коррекции их представлений о сексуальных физиологических реакциях и выработки новой установки на проведение полового акта. Задача тренинга – научение партнеров правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга и соответствующей желанием обоих технике полового акта. В результате тренинга должна быть достигнута его главная цель – выработка оптимальной формы сексуального поведения.

Завершала курс коррекции сексуально-эротиче-

ческой дезадаптации, как и других ее форм, поддерживающая психотерапия, проводимая в виде индивидуальных и парных бесед, направленных на закрепление выработанного оптимального сексуального поведения.

При конституциональном варианте ПСД, пациенткам – женщинам со слабой половой конституцией – назначали витаминотерапию, общеукрепляющие средства, лечебную физкультуру, сочетая это общее лечение с использованием специальных мазей, усиливающих чувствительность эрогенных зон. Чувствительность эрогенных зон пациенток и их сексуальную активность повышало применение специальных сексологических препаратов фирмы Инверма: «Эректа оргазмус для женщин», кремов «Казанова», «Крем для женщин», «Эмульсия для бюста», увеличивающего чувствительность груди, а также капель «Афродизиакум», «Капли любви».

Большое значение при конституциональном варианте ПСД придавали психотерапевтической работе с мужьями пациенток, которым разъясняли особую роль правильного сексуально-эротического поведения в данной ситуации, в первую очередь, направленного на продление предварительного периода полового акта.

У половины находившихся под наблюдением женщин имела место вторичная сексуальная дезадаптация (ВСД), как показали проведенные исследования, вследствие ПКС и связанной с ними сексуальной дисфункции, которая в таких случаях представляла собой один из симптомов указанных расстройств. Соответственно, для нормализации сексуальной функции больных проводилось, прежде всего, этиологическое и патогенетическое лечение их основного заболевания, но этим оно не ограничивалось. При выборе и применении психокорректирующих мероприятий учитывали, что развитие ВСД служило дополнительным и очень существенным психогенным фактором.

Не останавливаясь на лечении ПКС и его психоэмоциональных проявлений, поскольку они хорошо описаны в литературе, необходимо отметить, что восстановление супружеской адаптации после излечения ПКС требует специального внимания.

Выбор форм и методов психокоррекции ВСД зависел от личностных особенностей больных и особенностей имевшегося у них расстройства, клинических проявлений сексуальной дисфункции и степени адаптации супругов на всех уровнях взаимодействия – социальном, психологическом, социально-психологическом, биологиче-

ческом.

В соответствии с таким подходом, использовали адекватные в каждом конкретном случае методы – рациональную психотерапию, аутогенную тренировку, полоролевою, сексуально-эротический тренинги, реконструктивную и персоналистическую психотерапию и др., а также сочетание различных психокоррекционных методик.

С целью выработки адекватных форм реагирования больных на имеющуюся у них сексуальную дезадаптацию проводили личностно ориентированную (реконструктивную) и персоналистическую психотерапию, групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия с применением рациональной психотерапии, аутогенной тренировки. При наличии показаний психокоррекцию дополняли немедикаментозным

биологическим лечением: назначали иглорефлексотерапию, гидро- и электротерапию, лечебную физкультуру.

Все эти лечебные средства, как и методы психологической коррекции, рационально сочетались с лечением ПКС, которое проводилось с учетом личностных особенностей пациентов, уровня их психологической и социально-психологической адаптации и информированности в области психогигиены половой жизни.

Внедрение разработанной системы психологической коррекции, позволило восстановить адаптацию у $78 \pm 4,1\%$ супружеских пар. В процессе годового катамнестического наблюдения зарегистрировано повторное нарушение супружеской адаптации у 2 ($15,4 \pm 3,6\%$) супружеских пар с конституциональной формой дезадаптации.

V.V. Kotlik

СИСТЕМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ПОДРУЖНЬОЇ АДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТКАСТРАЦІЙНОМУ СИНДРОМІ У ДРУЖИНИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

В роботі описана розроблена та впроваджена автором система психологічної корекції порушення подружньої адаптації за умови наявності посткастраційного синдрому у дружини, та приведені дані щодо ефективності її впровадження. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 22-26).

V.V. Kotlik

THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF VIOLATION OF MATRIMONIAL ADAPTATION AT A POSTCASTRATION SYNDROME FOR WIFE

Kharkov medical academy of after diploma education

In-process the system of psychological correction of violation of matrimonial adaptation is inculcated an author on condition of presence of postcastration syndrome for a wife is described, and information of efficiency of its introduction are resulted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 22-26).

Литература

1. Бижанова Д. Оставайтесь женщиной навсегда: как восстановить гармонию гормонов // Популярная медицина. Образовательный медицинский журнал. — 2004. — Т. 3. - № 4. / <http://www.consilium-medicum.com>.
2. Гинекология / В.Я.Голова, В.А.Бенюк – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 480 с.
3. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 544 с.
4. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б.Манухин, Л.Г.Тумилович, М.А.Геворкян – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 247 с.
5. Горпинченко И.И., Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Клинические исследования в области женской сексологии: результаты и перспективы // Репродуктивное здоровье женщины

- 2005. - № 1 (21). - . 28-30.
6. Котлик В.В. Посткастрационный синдром у женщин и его влияние на сексуальное здоровье супружеской пары // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2. - № 4. - С. 94-97.
7. Денек М.А. Психотерапия сексуально-эротической и полоролевою форм сексуальной дезадаптации при специфическом расстройстве личности у женщин // Медицинская психология. 2007. - Т. 2, № 4. – С. 34-36.
8. Кожекару Л.В. Система психотерапевтической коррекции супружеской адаптации при гипосексуальности женщин с депрессивными расстройствами // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 14, № 2. – С.11-13.
9. Кришталь В.В., Кришталь С.В., Кришталь Т.В. Сексология: навчальний посібник: в 4-х ч. - Харків: Фоліо, 2008. - 990 с.

Поступила в редакцию 20.06.2008

УДК 616.853:616.89-008.441/454:330.59

*Д.М. Андрейко***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ТРЕВОЖНЫМИ И
ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: эпилепсия, тревога, депрессия, качество жизни.

Эпилепсия является одним из наиболее тяжелых психоневрологических заболеваний. По удельному весу среди заболеваний нервной системы эпилепсия в последние годы проявляет тенденцию к росту [1].

Формирование аффективных изменений и когнитивного дефицита существенно затрудняют социальную адаптацию больных, снижают качество их жизни [2, 3]. Такое положение не всегда в достаточной мере учитывается практическими врачами. Внимание курирующих специалистов больше фокусируется на устранении или уменьшении количества припадков в отрыве от психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанного на его субъективном восприятии [4, 5, 6].

Проведенными эпидемиологическими исследованиями установлен высокий удельный вес психических расстройств в диспансерном контингенте больных эпилепсией. Аффективные расстройства имелись у 22,2% пациентов. Тугоподвижность, вязкость, инертность мышления и аффекта отмечались у 60,5% больных [7, 8].

Психические расстройства существенно затрудняют социальную адаптацию больных и снижают качество их жизни [8].

Психические расстройства и когнитивные нарушения некоторые исследователи напрямую связывают со структурно-функциональной организацией соответствующих мозговых структур [9].

Многообразии психопатологических и нейропсихологических изменений, некоторые исследователи связывают с билатеральной вовлеченностью медиотемпоральных структур мозга в патогенезе эпилепсии. Признавая, что эпилепсия является социально значимым неврологическим заболеванием согласно положениям МКБ-10, она остается серьезной мультидисциплинарной проблемой, в которой задействованы не только неврологи, но и нейрохирурги, нейрофизиологи, психиатры, психологи и другие специалисты [10, 11, 12].

Всестороннее обследование больных, контроль над припадками, реабилитационные программы позволяют адаптировать больных к изменившимся условиям жизни. Однако истинная оценка эффективности реализуемых лечебно-реабилитационных мероприятий может быть получена при учете параметров качества жизни больного, оказывающегося в связи с заболеванием в изменившихся условиях быта [13, 14].

Целью настоящего исследования явилась оценка качества жизни больных височной эпилепсией без выраженных интеллектуально-мнестических нарушений и изменений личности в сопоставлении с частотой припадков и тревожными, и депрессивными расстройствами.

В основную группу вошли 100 больных височной эпилепсией, в том числе 23 больных, ранее оперированных в связи с резистентностью к проводимому лечению противоэпилептическими препаратами. Все больные находились на стационарном лечении в эпилептологическом отделении Днепропетровской областной клинической психиатрической больницы в период с 2000 г. по 2007 г.

Мужчин в основной группе было 52, женщин – 48. Распределение больных по возрасту было следующим: до 30 лет – 38%, от 31 до 49 лет – 42%, более 50 лет – 20%.

Среднее и среднеспециальное образование имели 82 больных, высшее образование имели 19 пациентов. Работали в условиях обычного производства 48 больных, 32 имели III группу инвалидности. В браке состояло 56% больных, разведенных было 12%. Умственным видом труда занимались 64,3% пациентов из 48 работавших больных.

В зависимости от характера припадков, больные распределялись следующим образом: парциальные простые – 56%, парциальные сложные – 54%, простые парциальные припадки со вторичной генерализацией – 43%. Такое соотношение частоты распределения припадков

больше 100% связано с составляющими полиморфных припадков. Частота припадков в 1 месяц составляла от 3 до серийных. Давность заболевания – от 6 мес. до 5 лет.

Ведущим типом припадков больных группы исследования были приступы с вегетативными, сенсорными симптомами и психическими эквивалентами.

Диагноз эпилепсии устанавливался в соответствии с современными критериями диагностики эпилепсии после неврологического обследования, ЭЭГ, магнито-резонансных, КТ, транскраниальных доплерографических исследований, динамического наблюдения.

Качество жизни больных изучалось и оценивалось с помощью опросника ВОЗ КЖ-100. Исследование проводилось в начале, в середине и по завершению стационарного лечения по всем сферам качества жизни – физическая, психологическая сферы, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда, духовная сфера, общее КЖ и состояние здоровья и общее КЖ – итог. Измерялось восприятие пациентом своего качества жизни и здоровья в целом, и давалась итоговая суммированная оценка связанного со здоровьем качества жизни по ядерному модулю опросника ВОЗ КЖ-100.

Принимая во внимание тот факт, что само заболевание эпилепсией является мощным фактором стресса для больного, и с целью определения связи оценки качества жизни с психоэмоциональным состоянием исследовались уровни депрессии и тревоги.

Опросник ВОЗ КЖ-100 заполняли все паци-

енты при поступлении в стационар (1-е исследование), в середине лечения, на 15-17 день стационарного лечения (2-е исследование) и за 1-3 дня до завершения лечения (3-е исследование). После проведения противосудорожной терапии в соответствии с клиническими протоколами на 15-17 день лечения частота припадков у 56% больных сократилась более чем на 50%, а у остальных пациентов судорожные пароксизмы прекратились.

Полученные данные свидетельствуют, что со снижением частоты припадков >50% или их прекращением показатели качества жизни улучшились, но не достигли оптимального уровня из-за тревожных и депрессивных расстройств.

Уровень тревоги изучался с помощью шкалы Спилбергера, депрессии – по шкале Бека.

Тревога у больных эпилепсией выступает как вторичное психическое расстройство, обусловленное реакцией личности на информацию о наличии значимого заболевания. Тревожные расстройства и депрессия у таких больных связаны с психогенными и внешними средовыми влияниями, которые заметным образом влияют на качество жизни. Изучение уровней тревоги и депрессии и в их взаимосвязи с показателями качества жизни являлось задачей настоящего исследования.

Методом шкальных оценок определен усредненный показатель тревожности (личностной и ситуативной) и депрессии (табл.) при поступлении в стационар и за 1-3 дня до выписки из стационара.

Аффективные расстройства обнаружены у 94% больных.

Таблица 1

Динамика аффективных нарушений у больных эпилепсией, n=100

Психометрический инструмент	при поступлении (1-е исследование)	за 1-3 дня до выписки (3-е исследование)	p
Ситуационная тревога по шкале Спилбергера (балл)	52 ± 1,58	47,56 ± 2,03	<0,01
Личностная тревога по шкале Спилбергера (балл)	54,90 ± 1,69	49,45 ± 2,16	<0,01
Депрессия по шкале Бека (балл)	17,71 ± 1,74	14,81 ± 1,91	<0,05

Настоящим исследованием установлено, что тревожные расстройства наблюдались у 48 больных. Анализ соотношения личностной тревожности и ситуативной показывает, что личностная тревожность более чем в 2 раза преобладает над ситуационной (23 больных).

При тщательной психопатологической оцен-

ке личностной тревоги на первый план выступал астенический компонент тревоги в виде утомляемости, физической и психической гиперестезии, головной боли, эмоционального дискомфорта. Следует отметить, что у каждого больного жалобы на самочувствие были достаточно многочисленными. Это общее беспокойство,

взвинченность, внутренняя дрожь, волнение, напряжение, сердцебиение, потливость, снижение настроения, расстройство сна, быстрая утомляемость. В обычной бытовой и профессиональной среде у таких больных отмечались нарушения личностно-средового взаимодействия. Фобический компонент тревоги имел плавающий характер, а выраженность зависела в большей степени от периодов учащения пароксизмов и семейно-производственных неурядиц.

В клиническом плане ситуативная тревога у 23 больных выражалась ощущением размытой угрозы, напряжения, неуверенности в возможности вести прежний образ жизни и производственную деятельность, даже в тех случаях, когда диагноз “эпилепсия” не ограничивал объем и характер выполняемой работы. Больные пессимистически оценивали перспективу, были озабочены будущим, возможностью нарушений в сфере социальных контактов.

Прослежена динамика личностной тревожности в зависимости от возраста. У пациентов после 50 лет в личностной тревожности достоверно доминировала необходимость социальной защиты в сравнении с пациентами до 50 лет. В этой связи социальные контакты можно рассматривать как составляющую окружающей среды, играющей роль основного источника неуверенности в себе и напряженности.

У больных с частыми припадками в ситуативной тревожности достоверно был выше общий показатель тревожности с эмоциональным дискомфортом, а в личностной тревоге преобладал фобический компонент в сравнении с пациентами с редкими припадками. Прослежена взаимосвязь астенического компонента ситуационной тревожности у лиц, занимающихся умственным и другими видами труда. Потугационной тревожности у лиц, занимающихся умственным пациентами, даже в тех случаях, когда длучены данные о достоверном преобладании астенического компонента у лиц, занимающихся умственным трудом, в виде быстрой утомляемости, затруднений в сосредоточении, вялости в сопоставлении с пациентами, не занимающимися умственным видом деятельности, у которых преобладал фобический компонент и тревожная оценка перспективы.

Данные исследования показали, что с нарастанием тяжести заболевания и установлением группы инвалидности тревожные расстройства имели большую выраженность в сравнении с группой пациентов не инвалидов, что свидетельствует о большой дезадаптирующей роли тре-

воги в течении эпилептического процесса.

В соответствии с задачей исследования проведено изучение качества жизни в сопоставлении с уровнем депрессии.

Уровень депрессии у больных эпилепсией изучался с помощью шкалы Бека. Депрессивные расстройства выявлены у 46 пациентов. По уровню тяжести больные с депрессией распределились следующим образом: выраженная депрессия диагностирована у 2% больных; умеренная у 14% и минимальная и легкая у 30% пациентов. Как видно из исследования, минимальная и легкая депрессии преобладали у больных депрессией вследствие эпилепсии.

Исследованием установлена корреляция между уровнем депрессии и давностью заболевания. У больных с давностью заболевания до 2 лет достоверно чаще встречалась минимальная и легкая, после 2 лет умеренная и тяжелая (38%).

В разрезе возрастного фактора легкая и минимальная депрессии диагностированы у больных до 45 лет, умеренная и тяжелая достоверно коррелировали с возрастом после 45 лет.

Исследованием установлена отрицательная корреляционная связь между психоэмоциональными расстройствами и качеством жизни больных эпилепсией во всех его сферах.

При ранжировании показателей КЖ по сферам получены данные, свидетельствующие о значительном влиянии восстановительной терапии на каждодневное функционирование и качество жизни больных эпилепсией. Прослеживается прямая зависимость оценки больными качества жизни от полученного терапевтического эффекта.

Выявлены статистически значимые различия в оценке полученного результата (улучшения и значительного улучшения) в разных сферах опросника ВОЗ КЖ-100. Уровень оценки психологической сферы увеличивался в зависимости от удельного веса сокращения частоты припадков с вероятностью различий средних – $p < 0,05$. Физическую сферу больные в группе значительного улучшения оценивали выше, нежели больные в группе с улучшением ($p < 0,05$).

Значимость положительной динамики восстановительного лечения в оценке качества жизни больными эпилепсией прослеживается и в других сферах.

Уровень независимости в группе значительного улучшения был выше, нежели в группе улучшения. Статистически значимы были социальные отношения у пациентов со значительным улучшением.

Духовная сфера и окружающая среда оценивались больными обеих групп одинаково, что говорит о значимости проблем указанных сфер (финансовые затруднения, жилье, отдых, транспортные проблемы, возможность перемещаться).

Общее КЖ и состояние здоровья достоверно выше оценивали больные группы значительно улучшения. Однако суммарная оценка у больных с улучшением и со значительным улучшением заметно не различались. И так, значительное >50% сокращение частоты припадков свидетельствует о прямой корреляционной связи между клиническим улучшением течения эпилептического процесса и субъективной оценкой пациентов. Если до начала восстановительного лечения общее качество жизни в балльном выражении равнялось 79,002, то после сокращения частоты припадков на >50% показатель общего КЖ увеличился до 83,7 ($p < 0,05$).

Больным проводилась терапия тревожных и депрессивных расстройств транквилизаторами, антидепрессантами, психотерапией. Дозы подбирались индивидуально методом ступенчатого наращивания до получения клинического эффекта. В результате такого лечения у 2/3 больных было отмечено купирование аффективных нарушений, а у остальных пациентов отмечалось снижение выраженности тревоги и депрессии на 50% и более.

После проведенной терапии средний срок лечения психотропными препаратами составил $31 \pm 8,6$ дня, отмечалась прямая корреляционная связь между клиническим улучшением и субъективной оценкой больных, то есть повышением качества жизни.

Показатели сфер опросника ВОЗ КЖ-100 были достоверно выше у больных после купирования тревожных и депрессивных расстройств или их значительного (>50%) улучшения. Улучшение КЖ в сравнении с показателями 2-го ис-

следования прослеживается в следующих сферах: физическая, психологическая, уровень независимости, окружающая среда, духовная сфера, общее качество жизни и состояние здоровья. Данным исследованием подтверждена более высокая суммарная оценка качества жизни у больных с редуцией эмоциональных расстройств в сравнении с их исходным уровнем.

Если до проведения восстановительного лечения усредненный показатель качества жизни в баллах равнялся 79,002, через 2 недели при сокращении частоты припадков >50% - 87,3 балла, то после проведения психофармакотерапии тревожных и депрессивных расстройств этот показатель увеличился до 89,3 баллов. Показатель достоверности между 2-м и 3-м исследованиями равен $< 0,05$. Суммарная положительная оценка улучшений, достигнутая в результате комплексного лечения, во всех сферах качества жизни отмечена у 78,7% больных.

Результаты исследования подтверждают значение аффективных расстройств и нарушений социальной адаптации в субъективной оценке благополучия пациентов. Коррекция этих расстройств благоприятно влияет на повседневное функционирование больных, повышает ощущение удовлетворенности своим качеством жизни.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о большом значении для больных не только восстановительной антиэпилептической терапии, но и патогенетического лечения путем воздействия на аффективную сферу, что улучшает адаптацию к жизни в социальной среде.

Эффективность комплексных противоэпилептических и направленных на купирование аффективных расстройств терапевтических воздействий прямо пропорционально влияет на субъективное ощущение жизненного благополучия и качество жизни больных эпилепсией.

Д.М. Андрейко

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ З ТРИВОЖНИМИ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня

Проведено вивчення рівня тривожних та депресивних розладів у хворих на епілепсію при надходженні до стаціонару та при виписці зі стаціонару після місячної госпіталізації.

Проводилося співставлення показників якості життя за опитувальником ВООЗ ЯЖ залежно від вираженості тривожних та депресивних розладів. Встановлено, що тривожні розлади виявлені у 48% хворих, а депресивні розлади – у 52% пацієнтів. Показник рівня ЯЖ при припиненні або скороченні частоти припадків до 15-17 дня лікування не досягав оптимального рівня. Після проведенного лікування психотропними препаратами та купірування тривоги і депресії настала позитивна оцінка хворими повсякденного функціонування та задоволеності своєю якістю життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 27-31).

THE LIFE QUALITY OF PATIENTS BY EPILEPSY WITH ANXIOUS AND DEPRESSIVE DISORDERS

The Dnepropetrovsk oblast clinical psychiatric hospital

The study of the level of anxious and depressive disorders of some patients suffering from epilepsy during being in and out of the hospital after one month of hospitalization has been conducted.

The comparison of qualitative life indices according to the survey of the World Standard of Health QL (the quality of life) in the dependence on showing of the anxious and depressive disorders has been conducted. It was established that the anxious disorders have been found by 48 per cent of patients and depressive disorders have been shown by 52 per cent of patients. The index of the QL level after stopping or reduction of the frequency of paroxysms to the 15-17 day of treatment didn't gain the effective level. After the treatment of anxious and depressive the positive estimation of the daily functioning and satisfaction by the quality of life has been shown by some patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 27-31).

Литература

1. Карлов В.А. Эпилепсия. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.
2. Бурковский Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г.В.Бурковский, А.П.Коцюбинский, Е.В.Левченко, А.С.Ломанченков. — СПб, 1998. — 55 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайна П. Концепция исследования качества жизни в медицине. — СПб.: ЭЛБИ, 1999. — 140 с.
4. Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? // Международный неврологический журнал. — 2007. — №4. — С. 31-36.
5. Cramer J., Ryan J., Chang J., Sommerville K. The Short-Term Impact of Adjunctive Tiagabine on Health-Related Quality of Life // *Epilepsia*. — 2001. — V.42 (s3). — P.70-75.
6. Kendrick A. Quality of life // *The clinical psychologists handbook of epilepsy: assessment and management* / Edited by C. Cull and Goldstein. London — N. Y., 1997. P. 171-176.
7. Козаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. М., 1999. — 419 с.
8. Devinsky O., Vickrey B. G., Cramer J., Perrine K. et al. Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory // *Epilepsia*. — 1995. — V.36 (11). — P. 1089-1104.
9. Громов С.А., Хоршев С.К., Михайлов В.А. Оптимизация терапии эпилепсии финлепсином // *Корс. журн.* — 2000. — №9. — С.32-35.
10. Matsuoka H. Neuropsychology of Epilepsy // *Epilepsia*. — 2001 — V.42(s6). — P.42-46.
11. Мельникова Т.С., Рогачева Т.А. ЭЭГ у больных эпилепсией с аффективными расстройствами в стадии ремиссии припадков / *Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты»*, Москва, 5-7 окт. 2004 г. — С.198-199.
12. Ritaccio A., Devinsky O. Personality disorders in epilepsy. In: *Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment*. A. Ettinger, A. Kanner (eds). Philadelphia 2001; 147-161.
13. Громов С.А., Михайлов В.А., Хоршев С.К. и др. Восстановительная терапия и качество жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей. — СПб, 2004. — 17 с.
14. Якунина О.Н., Громова С.А. Диагностика начальных изменений личности у больных эпилепсией и их динамика в процессе лечения; Психиатрические аспекты общемедицинской практики. Сборник тезисов научной конференции с международным участием 26-27 мая 2005 г. — Санкт-Петербург, 2005. — С.346-347.

Поступила в редакцию 22.05.2008

УДК 616.61-008.64-036.12-78:616.89

*Е.А. Стафинова, С.В. Селезнева***КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: программный гемодиализ, когнитивные нарушения

В последнее десятилетие большое внимание уделяется нарушениям когнитивных функций при различных заболеваниях головного мозга как одной из актуальных проблем современной неврологии. Когнитивные нарушения являются основополагающим неврологическим симптомом, важным для топической и нозологической диагностики заболеваний нервной системы, а также соматоневрологических синдромов. Когнитивные нарушения являются одним из центральных проявлений цереброваскулярного процесса, а также и мерой его тяжести.

Под когнитивными функциями принято понимать такие сложные интегративные функции головного мозга, как хранение информации (память), восприятие информации (гнозис), передача информации (праксис и речь), мышление, внимание и др. О когнитивных нарушениях говорят в тех случаях, когда отмечается ухудшение в одной или более из вышеуказанных сфер по сравнению с преморбидным уровнем, т.е. снижение интеллектуально-мнестических способностей относительно индивидуальной нормы для данного пациента (1, 2).

Причины когнитивных нарушений достаточно многообразны. Выделяют следующие основные причины (3):

1. Нейродегенеративные заболевания
2. Сосудистые заболевания головного мозга
3. Смешанные (сосудисто-дегенеративные когнитивные нарушения)
4. Дисметаболические энцефалопатии
5. Нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания
6. Черепно-мозговая травма
7. Опухоль головного мозга
8. Ликвородинамические нарушения

Любая когнитивная (познавательная) деятельность неизбежно включает в себя механизмы памяти. Мнестические нарушения встречаются при различных неврологических заболеваниях и соматоневрологических синдромах. Это

цереброваскулярные заболевания, дисметаболические нарушения, в том числе хронические интоксикации и др. Различают следующие виды памяти: двигательная, эмоциональная, образная, словесно-логическая память. Кроме видов и форм памяти существуют следующие ее процессы: запоминание, воспроизведение, сохранение и забывание.

Нарушение памяти как целенаправленной произвольной деятельности возникают при поражениях конвекситальных префронтальных отделов лобных долей мозга.

Однако возрастные изменения когнитивных функций затрагивают не только сферу памяти. Одновременно отмечается также определенное ухудшение психомоторных, зрительно-пространственных, вербально-логических способностей, увеличение времени реакции и некоторые другие когнитивные симптомы.

Ведущую роль в формировании когнитивных нарушений при сосудистой мозговой недостаточности играет разобщение лобных долей и подкорковых образований, что приводит к возникновению вторичной дисфункции лобных долей головного мозга. Лобные доли имеют очень существенное значение в когнитивной деятельности. Согласно теории А.Р. Лурия, которая разделяется в настоящее время подавляющим большинством нейропсихологов, лобные доли отвечают за регуляцию произвольной деятельности: формирование мотивации, выбор цели деятельности, построение программы и контроль за ее достижением [4].

Целью работы явилось изучение когнитивных нарушений у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящихся на лечении программным гемодиализом (ПГ). Под нашим наблюдением находилось 45 больных (основная группа) в возрасте от 29 до 59 лет (средний возраст 45,3 г.) с ХПН, находящихся на ПГ. Из них: мужчин – 25, женщин – 20. Длительность пребывания на ПГ составила от 5 ме-

сяцев до 10 лет (средняя продолжительность $5,1 \pm 2,7$). В контрольную группу вошли больные с дисциркуляторной (атеросклеротической и гипертонической) энцефалопатией (ДЭ) без ХПН – 30 чел. Всем больным проводилось клинико-инструментальное обследование.

Для оценки когнитивных функций использовали нейропсихологические методы исследования. Они представляют собой различные тесты и пробы на запоминание и воспроизведение слов и рисунков, узнавание образов, решение интеллектуальных задач, исследование движений и т. д. Нами применялись следующие шкалы: MMSE (Mini Mental Status Exam), совокупность нейропсихологических тестов – таблицы Шульте, Векслера, тест рисования часов, а также опросник Монтгомери-Асберга.

Жалобы на снижение памяти или уменьшение умственной работоспособности являются основанием для проведения нейропсихологического обследования. При этом такие жалобы могут исходить как от самого пациента, так и от его родственников или ближайшего окружения. Последнее является более надёжным диагностическим признаком, так как самооценка пациентом состояния своих когнитивных функций не всегда объективна.

У всех пациентов основной группы диагностирована токсико-дисциркуляторная энцефало-

патия различной степени выраженности. В результате исследования выявлены когнитивные нарушения трех степеней тяжести (По Яхно Н.Н., 2005 г.). В зависимости от тяжести когнитивные нарушения у больных основной группы разделялись на легкие (25%), умеренные (55%) и тяжелые (20%).

Легкие когнитивные нарушения выявляются только с помощью наиболее чувствительных нейропсихологических тестов и не оказывают влияния на повседневную активность, однако, как правило, субъективно осознаются и вызывают беспокойство [5].

При умеренной выраженности когнитивных расстройств нарушения не только выявляются с помощью специальных методик, но и заметны в повседневном общении с больным. При этом могут возникать затруднения в наиболее сложных видах профессиональной или социальной деятельности, хотя в целом пациенты сохраняют независимость и самостоятельность. Наконец, если вследствие когнитивных расстройств возникает частичная или полная зависимость от посторонней помощи, речь идет о тяжелых когнитивных нарушениях или деменции [6].

Когнитивные нарушения разделялись следующим образом (табл. 1-3) и графически представлены на рис. 1-3.

Таблица 1

Когнитивные функции по шкале Векслера

Запоминание	Основная группа	Контрольная группа
Прямое	$19,5 \pm 3,2$ $p < 0,05$	$38,5 \pm 2,3$ $p < 0,05$
Обратное	$11,6 \pm 3,1$ $p < 0,05$	$25,1 \pm 2,9$ $p < 0,05$

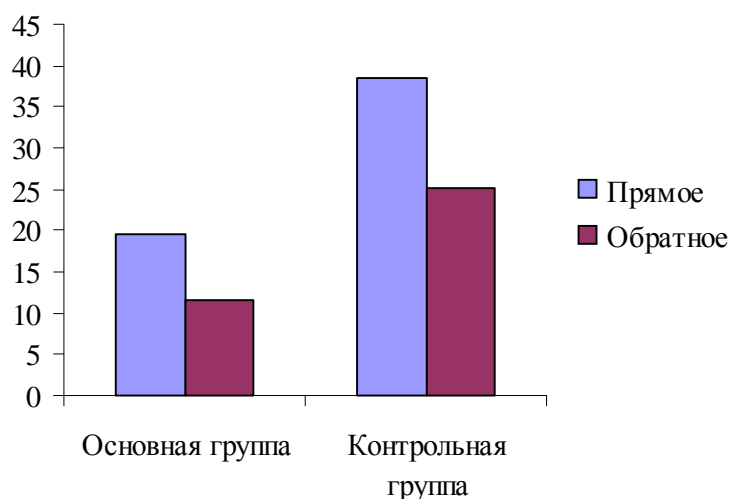


Рис. 1 Когнитивные функции по шкале Векслера

У больных основной группы, по сравнению с контрольной, было нарушено как непосред-

ственное запоминание, так и долговременная память.

Таблица 2

Когнитивные функции по MMSE

	Основная группа	Контрольная группа
MMSE	28,45±1,18 p < 0,05	15,1±2,02 p < 0,05

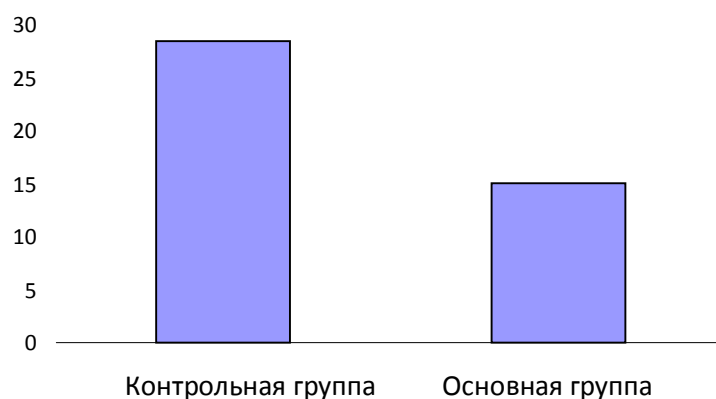


Рис. 2 Когнитивные функции по MMSE

Таблица 3

Когнитивные функции по таблицам Шульте

	Основная группа	Контрольная группа
Концентрация внимания	120 и более, секунд	60 – 65 секунд

Концентрация внимания

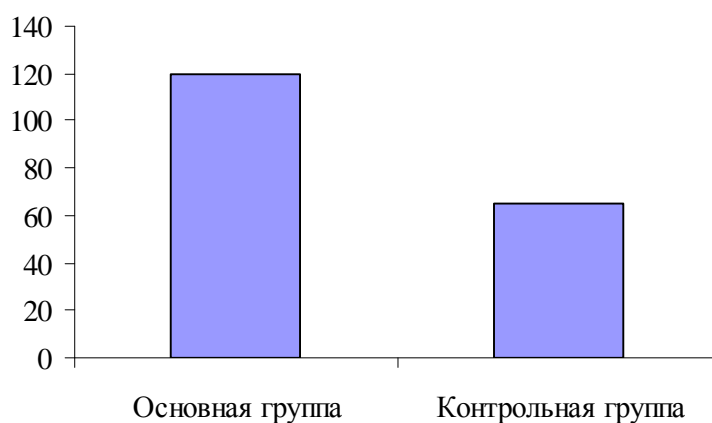


Рис. 3 Когнитивные функции по таблицам Шульте

Также у больных основной группы отмечена значительная неустойчивость внимания по сравнению с контрольной.

Скрининг депрессии по опроснику Монтгомери-Асберга выявил следующие нарушения. У больных основной группы уровень депрессии

составлял от 16 до 25 баллов (65%), более 25 баллов (35%), что было в 2 раза выше, чем у больных контрольной группы. Нами выявлена корреляционная зависимость степени когнитивных нарушений и тревоги/депрессии, которая представлена в табл. 4.

Корреляционная зависимость степени когнитивных нарушений и тревоги/депрессии

Степень когнитивных нарушений	Основная группа		Контрольная группа	
	тревога	депрессия	тревога	депрессия
I – легкая	↑↑↑	↑	↑	↓
II – средняя	↑	↑↑↑	↑	↑↑
III – тяжелая	↓	↑↑	↑	↑↑

У больных основной группы при легких когнитивных нарушениях выявлялся высокий уровень тревоги, при средних когнитивных нарушениях отмечена прямая корреляционная связь с высоким уровнем депрессии, при тяжелых нарушениях четкой корреляционной связи выявлено не было.

В результате проведенных исследований было выявлено, что у больных с токсикоциркуляторной энцефалопатией, находящихся на ПГ, выявляются выраженные когнитивные нарушения, которые зависят от сроков пребывания на ПГ. Легкие когнитивные нарушения вы-

являлись у больных со сроком пребывания на ПГ от 1 года до 3 лет; умеренные когнитивные нарушения доминировали у больных со сроком пребывания на ПГ от 3 до 5 лет; тяжелые когнитивные нарушения – со сроком пребывания на ПГ более 5 лет.

Таким образом, своевременная диагностика когнитивных нарушений на самых ранних этапах, раннее начало лечения, медицинская профессиональная и бытовая реабилитация таких пациентов позволят повысить качество жизни и уменьшить степень их инвалидизации.

О.А. Статинова, С.В. Селезньова

КОГНИТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЮ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті проаналізовані когнітивні порушення у хворих з хронічною нирковою недостаточністю, що знаходяться на програмному гемодіалізі. Розглянуті механізми розвитку когнітивних порушень, залежність від термінів перебування на програмному гемодіалізі.

Проведений кореляційний аналіз міри тяжаря когнітивних порушень і міри тревоги/депресії у хворих з хронічною нирковою недостаточністю, що знаходяться на програмному гемодіалізі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 32-35).

E.A. Statinova, S.V. Selezneva

KOGNITIVNYE VIOLATIONS FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY NEDOSTATOCHNOST'YU, BEING ON PROGRAMMATIC GEMODIALIZE

The Donetsk national medical university the name of M.Gor'kogo

In the article kognitivnye violations are analysed for patients with chronic kidney nedostatochnost'yu, being on programmatic gemodialize. The mechanisms of development of kognitivnykh violations are considered, dependence on the terms of stay on programmatic gemodialize.

The cross-correlation analysis of degree of weight of kognitivnykh violations and degree of trevogi/depressii is conducted for patients with chronic kidney nedostatochnost'yu, being on programmatic gemodialize. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 32-35).

Литература

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // Русский медицинский журнал. — 2002. — т.10, с.539-542.
2. Lezak M.D. Neuropsychology assessment. // N.Y. University Press. — 1983. — P.786.
3. Захаров В.В. Применение фенотропила при когнитивных нарушениях различной этиологии // Журнал клинических нейронаук. — 2007. - №1. — с 27-31.

4. Drzezga A, Lautenschlager N, Siebner H et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2003; 30: 1104–13.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Легкие когнитивные расстройства в пожилом возрасте // Неврологический журнал. — 2004. — Т.9.- № 1. — С. 4-8.
6. Golomb J., Kluger A., P. Garrard, Ferris S. Clinician's manual on mild cognitive impairment. // London: Science Press Ltd. — 2001. — P. 56.

Поступила в редакцию 14.10.2008

УДК:612.821-02:613.16]-057

Н.М. Волкова

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ СТУДЕНТІВ З ВИСОКОЮ МЕТЕОЧУТЛИВІСТЮ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Ключові слова: метеотропні реакції, головний біль, адаптація, психологічний статус

Метеофактори є постійно діючим чинником довкілля, який викликає в організмі людини низку адаптаційних реакцій. В організмі людини в процесі еволюції сформувалися пристосувальні механізми, які дозволяють підтримувати гомеостаз навіть за умов несприятливого впливу оточуючого середовища. Враховуючи зростання кількості інформації, яку людина має сприйняти і опрацювати, актуальним постає питання підвищення ефективності розумової працездатності. Особливо це стосується представників тих професій, які займаються інтенсивною інтелектуальною діяльністю, де необхідна висока точність та швидкість обробки інформації.

За нашими попередніми даними, у практично здорових осіб при метеоситуації III типу спостерігається підвищення тонузу магістральних артерій, що несуть кров до головного мозку, зни-

жується тонуз дрібних артерій, відбувається перерозподіл крові між півкулями. У цій групі обстежених виявлене підвищення ситуативної тривожності [1]. За даними сучасних досліджень [4], при таких функціональних станах як навчання, стрес, недостатнє постачання кисню до тканини мозку виникає неузгодженість між метаболічними потребами нервових клітин і реальним живленням, оскільки раніше сформовані способи узгодження метаболічних потреб нейронів стають неефективними за умов стійкої зміни мікросередовища. В літературі обмаль даних про особливості психологічного статусу практично здорових метеочутливих осіб. Вивчення цього питання дозволяє зробити висновок про доцільність застосування засобів психопрофілактики і психогієни при підвищеній метеочутливості, що дозволить нормалізувати процеси фізіологічної саморегуляції в організмі.

Матеріал і методи досліджень

Для оцінки психо-емоційного стану обстежуваних застосовували тест кольорових розбіжностей Люшера у комп'ютерному варіанті. Обстежували повторно практично здорових осіб при медикометеорологічній ситуації I і III типу. При сприятливій погоді обстежено 15, при несприятливій – 25 практично здорових осіб віком 19-22 роки. Серед обстежуваних шляхом письмового опитування було виділено групу осіб з високою метеочутливістю, які при циклонічній погоді відчували головний біль, зниження пра-

цездатності, роздратованість. Однолітків, які не скаржилися на суттєві зміни самопочуття при метеоциклоні, включили до контрольної групи з низькою метеочутливістю. Для більш детального аналізу психологічних особливостей осіб з високою і низькою метеочутливістю застосовували опитувальник ММРІ (Мінесотський багатофакторний особовий перелік) з комп'ютерною розшифровкою результатів тестування [5]. Статистичну обробку даних здійснили у програмі Excel за допомогою критерія Фішера.

Результати та їх обговорення

Оцінка психо-емоційного стану обстежених за допомогою теста Люшера виявила при метеоситуації III типу суттєве зростання рівня тривожності та емоційного стреса. Цей результат не залежав від інших психологічних рис обстежених. Зміна розміщення більшістю обстежених основних кольорів за умов метеоциклону, по-

рівняно з антициклоном, свідчило не тільки про наростання психо-емоційної нестабільності, але й погіршення розумової працездатності. Кількість осіб з ознаками переживання внутрішнього конфлікту зросла з 5% при антициклоні до 25% при циклонічній погоді.

За даними опитування обстежених, розпов-

судженість головного болю за метеоситуації III типу склала 35%. Серед осіб з високою метеочутливістю 70% обстежених скаржилися на втому за I типу погоди, 80% відчували фізичну слабкість, 57% - сонливість.

Тестування за допомогою опитувальника ММРІ виявило такі особливості психологічного стану обстежених з високою метеочутливістю (результати наведені у таблиці). Порівняно з контрольною групою, вони набрали більше балів

($P < 0,05$) за шкалами медична симуляція, потреба у лікуванні, статеві активність, статеві відхилення, алкоголізм, іпохондрія, депресія, психопатія, паранойя, психастенія, шизофренія, творчий склад, інтелектуальний показник, науковий потенціал, артистичний потенціал, інтраверсія, воля, чутливість, тривога, помисливість, імпульсивність, залежність, приниженість, самовідчуження, святенництво, ворожість, хвостизм, соціальна відчуженість, споживацька тенденція.

Таблиця 1

Психологічний статус осіб з високою і низькою метеочутливістю за опитувальником ММРІ ($P < 0,05$)

Шкала	Особі з високою метеочутливістю		Особі з низькою метеочутливістю	
	M±m, відсотки прості і нормалізовані	M±m, бали	M±m, відсотки прості і нормалізовані	M±m, бали
Суспільна дисимуляція	30,87±5,04	1,81±0,54	47,0±4,76	3,50±0,51
Медична симуляція	42,75±4,52	4,50±0,34	32,0±6,19	3,57±0,48
Тенденція перечити	25,50±2,85	1,25±0,33	40,14±2,28	2,71±0,10
Потреба у лікуванні	58,75±1,74	4,06±0,24	49,28±2,59	3,36±0,32
Статева активність	55,50±2,76	3,25±0,34	40,28±4,32	2,0±0,41
Статеві відхилення	51,50±2,56	4,37±0,26	39,86±1,67	3,28±0,31
Алкоголізм	50,50±2,82	3,62±0,44	42,43±2,31	2,36±0,30
Корекція	44,16±2,31	-	49,71±2,75	-
Іпохондрія	55,70±3,17	-	46,18±2,38	-
Депресія	63,09±3,03	-	56,82±2,90	-
Психопатія	72,68±3,74	-	63,79±3,26	-
Паранойя	69,41±3,51	-	58,88±3,16	-
Психастенія	65,44±2,06	-	58,56±3,46	-
Шизофренія	76,06±2,84	-	70,15±3,83	-
Творчий склад	2,62±0,20	3,44±0,43	1,97±0,18	2,14±0,54
Інтелектуальна активність	2,22±0,14	1,19±0,39	2,77±0,09	2,64±0,14
Інтелектуальний показник	5,16±0,08	4,12±0,25	4,81±0,15	3,14±0,36
Науковий потенціал	1,73±0,06	3,75±0,31	1,55±0,09	3,43±0,37
Артистичний потенціал	1,99±0,07	4,62±0,26	1,69±0,13	3,71±0,42
Інтелектуальна продуктивність	11,37±0,53	1,12±0,41	13,29±0,39	2,57±0,28
Працездатність	44,62±3,98	1,37±0,42	56,42±2,72	2,78±0,18
Шкільний потенціал	42,12±4,85	1,87±0,31	53,0±4,55	2,57±0,28
Викладацький потенціал	42,50±4,24	1,31±0,39	58,0±3,05	2,71±0,15
Службізм	37,0±3,05	1,06±0,37	41,85±4,21	1,5±0,51
Інтраверсія	61,70±3,47	3,37±0,38	50,0±0,94	2,36±0,14
Воля	44,62±4,23	1,94±0,35	35,86±4,40	0,93±0,34
Чутливість	61,62±5,89	3,81±0,39	48,57±5,30	3,21±0,39
Тривога	55,75±5,55	3,75±0,40	35,71±4,48	2,71±0,26
Помисливість	61,0±2,90	4,56±0,22	54,14±2,32	4,14±0,24
Імпульсивність	53,0±5,30	3,94±0,29	47,57±6,08	3,78±0,47
Емоційність	53,87±2,19	2,43±0,22	66,0±4,76	3,07±0,47
Впевненість	55,87±1,82	2,81±0,13	62,57±2,78	3,0±0,27
Самовладання	51,25±8,30	1,44±0,42	62,43±1,16	1,57±0,54
Оптимізм	45,62±4,10	1,12±0,44	63,14±3,01	3,07±0,30
Терпимість	40,25±2,58	1,50±0,23	44,29±2,96	1,93±0,25

Шкала (продовження)	Особи з високою метеочутливістю		Особи з низькою метеочутливістю	
	M±m, відсотки прості і нормалізовані	M±m, бали	M±m, відсотки прості і нормалізовані	M±m, бали
Залежність	65,50±5,04	4,75±0,25	47,86±1,28	3,14±0,09
Пристосованість	60,0±4,44	2,12±0,35	75,43±3,80	3,50±0,39
Самооцінка	38,0±4,28	1,94±0,33	58,86±3,82	3,28±0,32
Приниженість	46,0±2,27	3,62±0,23	36,43±3,86	2,43±0,46
Самовідчуження	63,25±4,13	4,19±0,31	43,71±6,36	2,78±0,36
Священництво	63,25±5,33	3,87±0,39	45,71±2,63	3,0±0,19
Прихильність	37,5±6,12	1,69±0,53	49,28±5,28	2,64±0,40
Ворожість	66,0±3,84	4,62±0,21	56,0±4,54	3,28±0,46
Потреба у прихильності	15,62±2,52	1,0±0,37	33,28±4,05	2,71±0,31
Уїдливість	44,25±1,90	1,06±0,26	57,28±2,20	2,65±0,18
Конформізм	45,50±3,57	1,43±0,35	61,0±1,68	2,93±0,07
Хвостизм	51,37±4,15	3,93±0,27	36,57±2,66	2,71±0,24
Лідерство	38,50±4,15	1,94±0,38	59,57±2,25	3,14±0,18
Соціальний статут	52,25±2,99	2,37±0,30	57,57±3,51	3,14±0,14
Соціальна відчуженість	51,37±2,56	4,50±0,27	42,28±7,71	3,21±0,63
Соціальна значимість	61,25±7,03	3,31±0,60	77,86±2,30	4,36±0,26
Соціальна впевненість	58,25±6,83	3,06±0,39	71,43±5,44	3,78±0,32
Соціальна відповідальність	52,37±3,36	1,69±0,41	55,0±4,43	2,0±0,49
Соціальні потреби	61,37±2,35	2,31±0,25	68,86±4,22	2,71±0,54
Споживацька тенденція	64,62±4,39	4,43±0,27	46,57±2,94	3,0±0,15

Водночас особи з низькою метеочутливістю мали вищі показники ($P<0,05$) по шкалах суспільна диссимуляція, тенденція перечити, корекція, інтелектуальна активність, інтелектуальна продуктивність, працездатність, шкільний потенціал, викладацький потенціал, службізм, емоційність, впевненість, самовладання, оптимізм, терпимість, пристосованість, самооцінка, прихильність, потреба у прихильності, уїдливість, конформізм, лідерство, соціальний статут, соціальна значимість, соціальна впевненість, соціальна відповідальність, соціальні потреби.

Розглянемо психологічний статус осіб з високою метеочутливістю, які відчувають при метеоциклоні головний біль, у порівнянні з однолітками, які не вважали себе чутливими до метеофакторів і не скаржилися на суттєві зміни самопочуття чи працездатності при метеоциклоні. Метеочутливі обстежені мають досить високий показник тесту “медична симуляція”, який є меншим за результат тесту “потреба у лікуванні”. Обидва показники перевищують такі у осіб з низькою метеочутливістю. Таке співвідношення показників свідчить що метеочутливі особи схильні нехтувати своїм здоров’ям навіть при наявності деяких симптомів захворювань. У той же час показники за тестами “суспільна диссимуляція”, “ворожість”, “інтраверсія”, “соціаль-

не відчуження” виявляють меншу орієнтованість цих осіб на суспільне схвалення, а отже меншу схильність дотримуватися таких суспільно схвалюваних схем поведінки як наприклад здоровий спосіб життя чи заходи профілактики захворюваності. У метеочутливих осіб виявлені вищі показники по шкалах “статева активність” і “статеві відхилення” при низькому показнику “потреби у прихильності” та високому результаті тесту “соціальна відчуженість”. Таке співвідношення результатів характеризує особистість, яка стоїть за рамками сімейних та суспільних інтересів, замкнена у собі, може переживати моральні конфлікти, боязнь переслідування тощо. Ці дані узгоджуються з вищими показниками по тестах “алкоголізм”, “іпохондрія”, “депресія”, “психопатія”, “параноя”, “психастенія”, “шизофренія” і частково розкривають причини виявлених особливостей психологічного стану. Нижчий показник “емоційності” виявляє їх схильність стримувати емоції, що теж може бути фактором який сприяє розвитку внутрішнього конфлікту. Варто також зауважити, що значення результатів по названих шкалах не виходять за межі норми, а отже характеризують певні схильності, які піддаються психотерапевтичному впливу. Обрахунок фактору В за середніми значеннями по шкалах “параноя”, “шизофренія”,

“іпохондрія” і “депресія” дає показник 27,0 п., що свідчить, враховуючи менше значення показника “корекція”, про належність до групи з високою метеочутливістю таких осіб, які знаходяться на межі психотичного стану або переживають емоційний стрес. Результат по тесту “корекція” менший 50 п., що свідчить про зниження адаптивних можливостей даних обстежених. Середній показник по тесту “іпохондрія” знаходиться у межах 50-60 п., що характеризує такі особистісні риси як упертість, невибагливість, повільність і ригідність, які часто виявляють у соматичних хворих. Тест “депресія” виявляє схильність до смутку, хвилювання, сором’язливість, невдоволення собою і узгоджується з низькими показниками “працездатності” і “оптимізму”.

У обстежених з високою метеочутливістю, які відчувають головний біль, середній показник по тесту “психопатія” склав $72,68 \pm 3,74$ п. Такий рівень показника частіше зустрічається у чоловіків молодого і зрілого віку, в яких характер незалежний, нерішучий і тривожний; відношення до життя - негативне (нудьга, нещастя); відношення до себе - самообвинувачення; до людей - недовіра, підозрілість, відчуженість, часто зловживання алкоголем. При сполученні високих балів по тестах “психопатія” і “іпохондрія” загальна іпохондрична симптоматика супроводжується асоціальними рисами поведінки. Високі бали по тестах “психопатія” і “депресія” часто виявляються при алкоголізмі. Для осіб з високими балами по тестах “психопатія” і “психастенія” характерні циклоїдні коливання настрою, з почуттям потреби усвідомлювати себе потрібним для навколишніх, для справи, непевність у собі, скарги на головні болі. Ці характеристики узгоджуються з високими середніми показниками “залежності”, “самовідчуженості”, “ворожості” та низькою “прихильністю”, виявленими у метеочутливих осіб.

Показник “психастенія” у групі метеочутливих обстежених в середньому склав $65,44 \pm 2,06$ п., висока “залежність”, низька “приспосованість” і “самооцінка”. Це свідчить, що вони належать до найбільш тривожної категорії людей з проявами нерішучості, самоспостереження, переживань. Жінки схильні до невротичних реакцій. Середній показник по тесту “приниженість” у метеочутливих не надто високий за абсолютним значенням, але суттєво вищий ніж у контрольній групі. Тобто до групи метеочутливих імовірно потрапили люди із невіршеними давніми особовими конфліктами, які одержали занадто строге вихо-

вання, скаржаться на хронічне нездужання й перенесені життєві невдачі.

Середній результат за тестом “шизофренія” $76,06 \pm 2,84$ п. характеризує обстежених як особистостей з гнучким розумом, оригінальними судженнями, які відрізняються широтою інтересів і творчим характером мислення. Це відповідає їх вищим результатам у тестах “творчий склад”, “інтелектуальний показник”, “науковий потенціал”, “артистичний потенціал”, порівняно з обстеженими з низькою метеочутливістю. Цікаво зауважити, що для обстежених цієї групи характерне розвинуте асоціативне і аналітичне мислення, здатність до дослідницької роботи, інтуїція, що дозволяє успішно вирішувати професійні завдання, що не піддаються формалізації, артистичні здібності. З огляду на вищесказане, корекція емоційної нестабільності у них сприятиме не тільки профілактиці метеотропних реакцій, а й покращанню працездатності.

При високому інтелектуальному показнику особи з високою метеочутливістю мають низький рівень інтелектуальної продуктивності, імовірно через низьку інтелектуальну активність і працездатність. Тобто це люди, які здатні до творчої інтелектуальної праці, але швидко виснажуються. Отже серед засобів корекції їх працездатності має бути індивідуальна раціональна організація режиму праці і відпочинку. Враховуючи низькі показники по тестах “службізм” і “конформізм”, що характеризує їх схильність до богемного неупорядкованого способу життя і невміння прилаштуватися до обставин, особи з високою метеочутливістю потребують навчання навичкам планування своєї діяльності, що можна враховувати уже в дитячому і підлітковому віці. Актуальність цього висновку зростає через високий показник у тесті “хвостизм”. При цьому спостерігаються такі якості, як низька працездатність, погане самопочуття, стан пригніченості, подразливість, нерішучість, сором’язливість, занепокоєння й помисливість, у хвостиста нецікаве, рутинне життя, і його світовідчуття формується на основі думок, що затвердилися в його оточенні. Оскільки вік обстежених нами метеочутливих осіб 19-22 роки, показник “хвостизм”, який перевищує “конформізм” свідчить про незнання життя й невміння ладити з людьми. Виявлена висока “споживацька тенденція” свідчить, що їм імовірно властиві такі риси, як почуття безпорадності, пасивність, обережність, непевність, нетерплячість, дратівливість, недовіра, ворожість, невдоволення життям і егоїзм, які до 30 років ще можуть змінюва-

тися і тому розглядатися як варіант норми.

Метеочутливі обстежені характеризуються високим показником у тестах “тривога” - $55,75 \pm 5,55$ п. і “помисливість” - $61,0 \pm 2,90$. При високому рівні тривоги людина завжди обирає об’єкти тривоги, а якщо такі відсутні, то вигадує їх. При цьому проявляються такі риси нервозності, як напруженість, непевність, чутливість, зняковільність, роздратованість, уразливість, невдоволення життям. Тривоги й турботи заважають людині зосереджуватися, заснути, можуть супроводжуватись головними болями. При виявленому у цій групі високому показнику по тесту “імпульсивність” така реакція розвивається швидко.

Висока розповсюдженість головного болю, що складає 70% серед метеочутливих осіб, спонукає шукати адекватні засоби корекції і профілактики. Одним із таких напрямків можуть стати, на нашу думку, індивідуально підібрані програми психотерапевтичних заходів, впровадження елементів психотерапії у педагогічний процес, визначення шляхів самоактуалізації і соціалізації особистості, оптимальний підбір індивідуального режиму праці і відпочинку, навчання навичок раціонального використання часу і планування своєї діяльності.

За даними письмового опитування самооцінки психологічного стану були респонденти, які не вважали себе метеочутливими. Але проведені нами попередні психофізіологічні обстеження практично здорових осіб виявили навіть незначні зміни - тривожності, автономної регуляції, регіонарного кровообігу, електричної активності головного мозку тощо при метеоциклоні у кожної людини. Отже метеофактори впливають на всіх, але для частини людей цей вплив не є екстремальним. Тому доцільно зупинитися на психологічних особливостях обстежених з низькою метеочутливістю, які увійшли до контрольної групи. Варто відзначити їх орієнтованість на позитивну оцінку суспільства, ініціативність і жвавість характеру, помірні схильність до пригод, прояв хоробрості, товариськість, гнучкий розум, здатність до аналітичного мислення і оригінальних суджень, дотепність, широту інтересів, творчий характер мислення, здібності до дослідницької діяльності, помірну енергійність, життєрадісність, схильність активно реагувати на поточні події, реалістично оцінювати їх і не ускладнювати, середній рівень “оптимізму”, “залежності”, “терпимості”, “самооцінки”. Більшість показників попадали в середину інтервала нормаль-

них значень, що характеризує обстежених контрольної групи як урівноважених і соціально адаптованих осіб, із середнім рівнем працездатності “соціальних потреб” і “споживацької тенденції”. Фактор В в них дорівнював 26,0 п., рівень “медичної симуляції” - меншим за “потребу у лікуванні”, показник “волі” - низьким за абсолютним значенням і меншим за такий в обстежених з високою метеочутливістю. Тобто рівень емоційного стресу і схильність нехтувати власним здоров’ям подібні до ситуації у групі з високою метеочутливістю. Водночас в контрольній групі виявлений низький показник у тесті “святенництво”, тобто не схильність до милування своїми позитивними якостями й критичного відношення до своїх негативних якостей. Натомість обстежувані контрольної групи були більш об’єктивні до себе. У них виявлені вищі середньонормальних показники тесту “соціальна значимість” - $77,86 \pm 2,30$ п. і “соціальна впевненість” - $71,43 \pm 5,44$, що притамане людям, упевненим у своєму положенні, які знають свою суспільну цінність - спокійним, рішучим, товариським, наполегливим, які зазвичай добиваються свого. При цьому показник “соціальної відповідальності” був дещо нижче середньонормального $55,0 \pm 4,43$ п. Аналіз цих даних показує, що більшість якостей, що різняться у групах з високою і низькою метеочутливістю піддаються психотерапевтичній корекції і тренуванню. Тож у практично здорових осіб профілактика метеотропних реакцій вимагає індивідуального підходу і великою мірою може проводитись без застосування фармакологічних засобів, за рахунок дотримання здорового способу життя, психопрофілактики і психогігієни, які дозволяють нормалізувати процеси фізіологічної саморегуляції в організмі людини.

Несприятливі чинники зовнішнього та внутрішнього середовища чи порушення екстеро- та інтероцептивної сигналізації зараховують до пусковими механізмів психосоматичних розладів. Їх впливи призводять до конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням у корі та підкірці мозку, а відтак до психосоматичного захворювання [2, 3]. Співставляючи результати наших досліджень механізмів розвитку метеотропних реакцій із механізмами виникнення психосоматичних розладів, можна знайти спільні шляхи їх розвитку. Отже можливе припущення, що висока метеочутливість практично здорових осіб вказує на їх схильність до психо-соматичних розладів.

Висновки:

1. Найбільш вразливими до несприятливого впливу метеофакторів у популяції практично здорового населення є дорослі перевтомлені люди, які знаходяться в умовах хронічного стресу і мають високий рівень особової тривожності.

2. Більшість якостей, що різняться у групах з високою і низькою метеочутливістю піддають-

ся психотерапевтичній корекції і тренуванню. Тож у практично здорових осіб профілактика метеотропних реакцій вимагає індивідуального підходу і великою мірою може проводитись без застосування фармакологічних засобів, за рахунок дотримання здорового способу життя, психопрофілактики і психогієни, які дозволяють нормалізувати процеси фізіологічної саморегуляції в організмі людини.

Н.М. Волкова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ СТУДЕНТОВ С ВЫСОКОЙ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского

Исследовали психологический статус метеочувствительных практически здоровых лиц возрастом 19-22 года, которые являются студентами университета. Высокая метеочувствительность проявлялась головными болями, снижением умственной работоспособности, повышением личностной тревожности. Большой объем обработанной информации создает повышенные требования к психо-эмоциональной сфере. Изучение психологического статуса метеочувствительных лиц разрешает разработать адекватный подход к профилактике и коррекции метеотропных реакций. Анализ этих данных показывает, что большинство качеств, которые различаются в группах с высокой и низкой метеочувствительностью подвергаются психотерапевтической коррекции и тренировке. Итак у практически здоровых лиц профилактика метеотропных реакций требует индивидуального подхода и может проводиться без применения фармакологических средств, за счет соблюдения здорового образа жизни, психопрофилактики и психогигиены, которые разрешают нормализовать процессы физиологической саморегуляции в организме человека. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 3 (20). — С. 36-41).

N.M. Volkova

PSYCHOLOGICAL STSTE OF PRACTICALY HELTHLY STUDENTS WITH HIGH METEOROLOGIAL SENSETIVITY

Ternopilsk stste medical university named by I.Y. Gorbachevsky

The psychological status of healthy persons at age 19-22 with high sensitivity for weather changes was conducted. People, who are highly sensitive for weather conditions, suffer from headaches, decreased mental work capacity and rise of anxiety. Study of psychological status of this group of people gives possibility to reveal basis for future psychotherapy. The results of this investigation prove possibility of individual approach to psychoprolactice for people, who persist broken weather. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 36-41).

Література

1. Вадзюк С.Н., Волкова Н.М. Метеотропні зміни інтракраніальної гемодинаміки у практично здорових осіб// Вісник морфології.- 2003.- Т.9, №1.- С. 377-378.
2. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. – М.:Триада-Х, 2000. – 256 с.
3. Коломоєць М.Ю., Павлюкович Н.Д., Ходоровський В.М., Ткач Є.П. Теорії та концепції психосоматичних захворювань//

- Буковинський медичний вісник.- 2008.- Том 12, №1. - С.141-143.
4. Бондаренко В.А., Кутиков А.Е., Никишкова И.Н. Электроэнцефалограмма и морфофункциональные особенности головного мозга животных разного возраста при общем охлаждении// Ж. Проблемы криобиологии. – 1999. - № 3. – С. 80-81.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты.- Издательский Дом "Бахрах": Самара, 1999.- 669с.

Поступила в редакцию 4.09.2008

УДК 616.895.8-036.4-039.76:51.001.5

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, Т.Л. Ряполова***МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПСИХОЗА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, первый эпизод психоза, реабилитация, эффективность

В последнее десятилетие значительно возросла актуальность исследований больных шизофренией с первым психотическим эпизодом (1-4). Это в первую очередь связано с представлениями о зависимости их клинического и социального прогноза от своевременности и адекватности терапевтической тактики (5,6). В этом плане важное значение приобретают вопросы ранней медико-социальной реабилитации больных в связи с многочисленными рисками для их социального функционирования, возникающими при установлении диагноза шизофрении (7,8,9). В то же время поиск адекватных форм медико-социальной реабилитации больных на ранних стадиях шизофрении затрудняется из-за отсутствия надежных критериев оценки ее эффективности. В качестве наиболее надежных критериев может быть использована математическая модель оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Настоящее сообщение является логическим продолжением проведенного нами исследования социально-психологических показателей эффективности реабилитационного вмешательства у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом (10). На этом этапе при помощи опросника агрессивности А. Басса и А. Дарки, опросника межличностных отношений В.Шутца, методики диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р. Даймонда и методики диагностики оценки самоконтроля в общении М.Шнайдера, а также математической обработки полученных данных, были выделены наиболее информативные социально-психологические показатели, которые могут быть использованы для объективной оценки резуль-

татов реабилитационного вмешательства. Эти данные были положены в основу разработанной нами математической модели оценки эффективности психосоциальных реабилитационных мероприятий у исследованного контингента больных.

Моделирование оценки эффективности реабилитации требует выделения наиболее существенных аспектов психологической характеристики больных шизофренией с первым психотическим эпизодом. Множественный регрессионный анализ предназначен для изучения взаимосвязи одной переменной и нескольких других; он может применяться для изучения возможности предсказания некоего результата (в данном случае - эффективности реабилитации по ряду предварительно измеренных характеристик). Модель главных компонент лежит в основе большинства методов факторного анализа, анализ главных компонент является исходной процедурой многих методов факторного анализа, результат которого заключается в переходе от множества исходных переменных к существенно меньшему числу новых переменных - факторов. Фактор при этом интерпретируется как причина совместной изменчивости нескольких исходных переменных.

Учитывая различия по показателям «Aw» потребности требуемого аффекта, а также по шкалам дезадаптация, ложь, неприятия себя, неприятие других и ведомость, полученным с помощью U-критерия Мани-Уитни, был проведен множественный регрессионный анализ с использованием корреляционных связей по этим переменным. Выбранные из них самые оптимальные модели представлены в таблицах 1-5.

*Таблица 1***Множественный регрессионный анализ по показателю «адаптивность»**

	BETA	St. Err.	B	St. Err.	t(27)	p-level
Intercept			58,93	15,76	3,74	,0009
физическая агрессия	,35	,15	5,06	2,17	2,33	,0274
вербальная агрессия	,46	,15	6,84	2,21	3,09	,0046

Таблица 2

Множественный регрессионный анализ по показателю «дезадаптивность»

	BETA	St. Err.	B	St. Err.	t(27)	p-level
Intercept			7,98	23,69	,34	,74
Чувство вины	,51	,15	9,68	2,88	3,35	,002
"CE"	,42	,15	7,89	2,85	2,76	,01

Таблица 3

Множественный регрессионный анализ по интегральному показателю «Адаптация»

	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(27)	p-level
Intercept			63.01	6.70	9.40	0.000
Обида	-0.43	0.15	-2.79	0.97	-2.87	0.008
"IW"	0.42	0.15	3.32	1.17	2.85	0.008

Таблица 4

Множественный регрессионный анализ по интегральному показателю «Эмоциональная комфортность»

	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(26)	p-level
Intercept			72.39	10.78	6.71	0.000
Обида	-0.42	0.15	-3.91	1.37	-2.86	0.008
"CE"	-0.27	0.15	-2.73	1.51	-1.81	0.081
"IW"	0.32	0.15	3.47	1.62	2.15	0.041

Таблица 5

Множественный регрессионный анализ по интегральному показателю «Интернальность»

	Beta	Std.Err.	B	td.Err.	t(26)	p-level
Intercept			79.03	9.54	8.28	0.000
Косвенная агрессия	-0.39	0.14	-3.33	1.19	-2.81	0.009
Чувство вины	-0.24	0.15	-1.83	1.11	-1.65	0.112
"IW"	0.44	0.14	3.58	1.17	3.06	0.005

По показателю адаптивности точность модели составляет Adjusted RI= ,40 (40%), а устойчивость D-W=1.35, Serial =-0,29. Все коэффициенты проходят t-test, то есть будут и в другой выборке, но зависят от внешних воздействий – не достаточно устойчивы. На основании таких переменных, как физическая и вербальная агрессия можно прогнозировать такой критерий, как адаптивность.

Целеустремленность, напористость и открытость в выражении своих чувств свидетель-

ствует о хорошей приспособленности респондентов к существованию в обществе в соответствии с его требованиями и с собственными потребностями, мотивами, интересами, то есть об уверенном поведении при хорошей адаптивности в обществе.

По показателю дезадаптации точность модели составляет Adjusted RI=0,34 (34%), а устойчивость D-W =2,47, Serial = -0,28. Все коэффициенты проходят t-test, модель имеет среднюю точность и устойчива к внешним воздействиям.

Это говорит о том, что она может предопределить уровень дезадаптации по показателям чувства вины и “СЕ” – выраженной потребности контроля.

В группе испытуемых угрызения совести, неудачные попытки чувствовать себя компетентной и ответственной личностью, страх, что они не справятся с какой-либо ситуацией, приводят к невротическим отклонениям и дисгармонии в сфере принятия решений.

По интегральному показателю “Адаптация” точность модели составляет 37 %, но она не очень устойчива. Все коэффициенты проходят t-test. По показателям обида и “IW” – требуемой потребности включения можно предсказывать такой критерий как “Адаптация”.

По интегральному показателю “Эмоциональная комфортность” точность модели составляет 40 %. Все коэффициенты проходят t-test. Модель устойчива к внешним воздействиям. На основании таких переменных, как обида и “IW” – требуемой потребности включения можно прогнозировать такой критерий как “Эмоциональная комфортность”.

Обида испытуемых на окружающих за действительные и вымышленные действия, и формальные отношения в группе говорят о том, что респонденты приспособились к существованию в обществе, с его требованиями и со своими соб-

ственными мотивами, интересами. Такое приспособление дает им определенность в эмоциональном отношении к окружающей действительности, эмоциональный комфорт.

По интегральному показателю “Интернальность” точность модели составляет 40 %, она устойчива к внешним воздействиям, но в другой выборке могут быть другие результаты (не все коэффициенты проходят t-test). На основании таких переменных, как косвенная агрессия и “IW” - требуемой потребности включения можно предсказывать такой критерий как “Интернальность”.

Так как пациенты сами сводят общение с другими к простым формальностям из-за восприятия общества как агрессивного, то это показывает, что ответственность за результаты общения принимается ими в большей степени на себя.

В данной работе не представлены другие модели, которые имеют низкую точность, так как не представляют исследовательского интереса.

Чтобы охарактеризовать группу испытуемых и представить общий план составления реабилитационной программы был проведен компонентный и факторный анализ по всем переменным.

По критерию Кайзера выбрано 6 компонентов, у которых собственное значение $e^2 > 1$ (табл. 6).

Таблица 6

Компоненты, выбранные по критерию Кайзера

	Eigenvalue	% Total	Cumulative	Cumulative
1	5.047	26.565	5.047	26.565
2	3.352	17.641	8.399	44.206
3	1.788	9.410	10.187	53.616
4	1.659	8.732	11.846	62.348
5	1.369	7.207	13.216	69.555
6	1.175	6.183	14.390	75.738

Используя факторные нагрузки, получено шесть факторов, характеризующих обследованную группу больных следующим образом:

1 фактор – характеризует удовлетворенность личности собой (адекватная самооценка), потребность в общении, взаимодействии с другими, определенность (уверенность, бодрость и т.д.) в своем эмоциональном отношении к окружающей действительности, а также стремление к лидерству, руководству в решении задач;

2 фактор – характеризует испытуемых, как враждебно настроенных как по отношению к себе, так и по отношению к другим; 6 фактор имеет самую маленькую дисперсию и отвечает за потребность в зависимости и колебания при принятии решения (“CW”);

3 фактор – осторожность при установлении близких чувственных отношений, потому что не склонны чувствовать себя хорошо среди людей;

4 фактор – представляя себя в невыгодном

свете, они не хотят, чтобы другие люди без разбора устанавливали с ними близкие эмоциональные отношения;

5 фактор – отвечает за косвенную агрессию. Пересчитанные факторные коэффициенты

для каждого испытуемого позволили на основании выделенных нами факторов провести множественный регрессионный анализ и создать более удобную модель для оценки успешности реабилитационной программы (табл. 7).

Таблица 7

Множественный регрессионный анализ по фактору 1 в экспериментальной группе

N=30	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(27)	p-level
Intercept			8.177	3.340	2.448	0.021
Фактор 4	0.319	0.103	0.220	0.071	3.097	0.005
Фактор 5	0.675	0.103	0.474	0.072	6.545	0.000

1 фактор – характеризует удовлетворенность личности собой (адекватная самооценка), потребность в общении, взаимодействии с другими, определенность (уверенность, бодрость и т.д.) в своем эмоциональном отношении к окружающей действительности, а также стремление к лидерству, руководству в решении задач.

4 фактор – критически оценивая себя и окружающих прошедшие реабилитацию пациенты не хотят, чтобы другие люди без разбора устанавливали с ними близкие эмоциональные отношения, то есть наблюдается склонность к разумно дистанцированным отношениям в группе;

5 фактор – отражает преобладание косвенной агрессивности – агрессия, окольным путем, направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.

По тем показателям, по которым были обнаружены значимые различия, представлены наиболее точные модели для экспериментальной группы, такие как: адаптивность, с точностью модели 40 %, дезадаптивность, с точностью модели 34 %; по интегральным показателям “Адаптация”, с точностью модели 37%, “Эмоциональная комфортность”, с точностью модели 39 %, “Интернальность”, с точностью модели 44%.

Целеустремленность, напористость и открытость в выражении своих чувств говорит о хорошей приспособленности человека к существованию в обществе в соответствии с его требованиями и с собственными потребностями, мотивами, интересами, то есть уверенное поведение при хорошей адаптивности людей в обществе

Неудачные попытки чувствовать себя компетентной и ответственной личностью, страх, что они не справятся с какой-либо ситуацией, приводит к появлению необходимой осторожности

в сфере принятия решений.

Критически оценивая окружающих и продолжая избирательно дистанцированные отношения в группе, чтобы чувствовать себя ценной и значимой личностью респонденты демонстрируют, что приспособились к существованию в обществе, с его требованиями, имея свои собственные мотивы, интересы. Такое приспособление дает им определенность в эмоциональном отношении к окружающей действительности, эмоциональный комфорт.

Пациенты сами регулируют общение с другими, так как воспринимают общество не лишенным агрессивности. Другими словами, ответственность за результаты общения принимается ими в большей степени на себя.

Шесть факторов, характеризующих экспериментальную группу, были получены с помощью компонентного анализа. Первый, основной, фактор характеризует нашу группу испытуемых по интегральным показателям методики социально-психологической адаптации Роджерса-Даймонда: “Самоприятие”, “Приятие других”, “Эмоциональная комфортность”, “Стремление к доминированию”. Он включает такие характеристики как удовлетворенность личности собой (адекватная самооценка), потребность в общении, взаимодействии с другими, определенность (уверенность, бодрость и т.д.) в своем эмоциональном отношении к окружающей действительности, а также стремление к лидерству, руководству в решении задач.

В прогнозируемой модели по основному, выделенному нами фактору наиболее существенными являются такие переменные (с точностью до 80 %), как “AW” - требуемая (от других людей к индивиду) потребность включения и косвенная агрессия. По тому, насколько пациенты склонны воспринимать без иллюзий обще-

ство и регулировать свое общение с другими, можно говорить об их самооценке, потребности в общении, а также в эмоциональной определенности к окружающей действительности.

Подводя итог анализу данных, полученных с помощью математических методов статистической обработки, можно констатировать, что для больных шизофренией, прошедших реабилитацию, характерно восприятие мира, общества в адекватной степени агрессивным и, в свою очередь, оправданное ожидание в определенных ситуациях агрессивного отношения общества к себе приводит к тому, что пациенты компенсаторно, чтобы сохранить свою самооценку и эмоциональный комфорт, становятся осторожными и избирательными в эмоционально-чувственных отношениях с другими.

Не ожидая обязательной «любви» со стороны окружающих, они расценивают себя как способных вызвать умеренный интерес, внимание или одобрение. Замена явных агрессивных тенденций (физическая, вербальная агрессия и обида) на косвенную агрессию несколько ограничивает круг общения, хотя пациенты реально не являются полностью отрешенными от общения с окружающими.

Респонденты могут занимать пассивно-оборонительную позицию в общении с другими людьми. У них нет тенденции социально-желательной самопрезентации, как лишенных какой-либо агрессивности.

Уровень адаптивности пациентов тесно связан с асертивным (уверенным) поведением и что чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты хотят, чтобы другие их принимали («включали») в общение.

Чем меньше они ощущают внешний контроль, тем больше их реальная включенность, тем более они чувствуют себя значимой и ценной личностью. Они не стремятся к особенно аффективно насыщенным отношениям, и в достаточной степени активны и уверены в своем поведении. В анализируемой выборке индекс социально-психологической адаптированности

достаточно высокий. Это свидетельствует об успешных компенсаторных тенденциях у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

На основании модели, полученной в нашем исследовании, по тому, как респонденты принимают себя и других, уверенно могут вести себя, стремятся к лидерству можно предположить, что насколько они могут ограничивать чрезмерно эмоционально-окрашенные отношения, предпочитая косвенную агрессию физической и вербальной, настолько успешной будет их адаптация.

Свидетельством достаточно высокой успешности реабилитации на основании проведенного исследования можно считать следующие наиболее значимые параметры, как интегральные показатели социально-психологической адаптации:

- показатель самоприятия – результат самооценки индивида, определяет степень удовлетворенности личности своими характеристиками;
- показатель притяжения других – свидетельствует о степени (уровне) потребности личности в общении, взаимодействии, совместной деятельности;
- показатель эмоционального комфорта» (оптимизм, уравновешенность), который выявляет степень определенности в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям;
- показатель стремления к доминированию – показывает уровень стремлений к лидерству, руководству в решении задач, зачастую лично значимые задачи решаются за счет окружающих.

Полученные данные свидетельствуют о значительной эффективности использованных методов психосоциальной реабилитации у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, позволяющих добиться относительной сохранности ресурсов личности и поведенческих тенденций, а также создать предпосылки для более или менее благоприятного клинического и социального прогноза.

В. А. Абрамов, О.К. Бурцев, Т.Л. Ряполова

МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Наведен досвід утворення математичної моделі оцінки ефективності реабілітації з використанням багатомірних засобів статистики. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 42-47).

MATHEMATICAL MODEL OF EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF REHABILITATION INTERFERENCES IN PATIENTS ON SCHISOFRENIA WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPYSODE

Donetsk national medical university by the name of M. Gorky

Some experience of the creating of mathematical model of evaluation of effectiveness of rehabilitation with the use of multidimensional statistics' methods. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 42-47).

Литература

1. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології.- 2007, 11, 1.- с. 21-24.
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Кислицкая И.И. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2005, 1(15). – с. 3-9.
3. Сторожакова Я.А., Холодова О.Е. Первый психотический эпизод: клиничко-социальные и организационные аспекты помощи больным // Социальная и клиническая психиатрия.2000, 10, 2 - с.74-80.
4. Gullberg J. First- episode schisofrenia // Schisophr. Rev. – 2000, 7, 1. – p.21-22.
5. Зайцева Ю.С. Значение показателя «длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия.2007, 1.- с.72-79.
6. Воловик В.М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути её практического решения / Ранняя реабилитация психически больных. – Л., 1984. – с.5-16.
7. Фанзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношения к предубеждениям и обвинениям.- М., 2001.- 213с.
8. Lawric S.M. Stigmatization on Psychiatric disorder // Psychiatric Bulletin, 1999, 23/- p. 129-131
9. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Журнал невропатологии и психиатрии, 1998, 1. – с. 9-12.
10. Абрамов В.А., Бурцев А.К., Ряполова Т.Л. Показатели эффективности реабилитационного вмешательства у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2008, 2 (19).- с. 16-24

Поступила в редакцию 10.10.2008

УДК: 616.89 – 003.96+351.74 – 053] – 084

*В.Ю. Омелянович***ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ СЛУЖБЫ В ОРГАНАХ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психическая адаптация, механизмы психологической защиты, личностные особенности, сотрудники органов внутренних дел, психопрофилактика, профессиональный отбор

Проблема психической адаптации вообще и психической адаптации к социально-зависимым психотравмирующим условиям окружающей среды, в частности, является одной из ведущих в современной медицинской и психологической литературе. В качестве механизмов интрапсихической адаптации принято рассматривать различные типы психологической защиты [1]. Понятие психологической защиты обязано своему происхождению психоаналитической теории и ее основателю - З.Фрейду, после чего уже более 100 лет идея механизмов психологической защиты является наиболее часто и продуктивно используемой при построении и анализе различных теорий личности. Согласно учения З.Фрейда, защитные механизмы запускаются в экстремальной ситуации, выполняя функцию "снятия внутреннего конфликта". Позднее в концепцию З.Фрейда были внесены коррективы, акцентирующие роль на сугубо индивидуальном, личностном характере выраженности и формы механизмов психологической защиты в разрешении уже не внутренних, а внешних, социогенных конфликтов [2,3]. Это позволило рассматривать данный психологический феномен как продукт развития и научения. В

свете психологии отношений В.Н.Мясищева механизмы психологической защиты понимаются как система адаптивных, как правило, неосознаваемых реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений - когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на человека [4, 5]. Психологические характеристики, значимые для эффективной адаптации в профессиональной среде, входят, в число переменных, существенных для регулирования психофизиологических параметров человека [6].

Криминализация общества, политическая нестабильность и критическое расширение пласта маргинальных элементов в современной Украине требуют от сотрудников органов внутренних дел (ОВД) определенных форм реагирования, которые в зависимости от характера психологической адаптации могут быть более или менее адекватными. При этом эффективность процесса адаптации в значительной мере определяет успешность служебной деятельности, а так же сохранение физического и психического здоровья сотрудника ОВД.

Материал и методы исследования

В работе была использована методика Индекс жизненного стиля (LSI) Г.Келлермана и Р.Плутчика в адаптации Л.И.Вассерман, О.Ф.Ерышев и соавт. [7-9], Личностный семантический дифференциал, разработанный Ленинградским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева [10] а так же данные медицинской документации ОМО ГУМВД Украины в Донецкой области.

Так как данные, полученные при обследовании с использованием методик LSI и ЛСД по результатам проведения теста Колмогорова-Смирнова для одной выборки [11], не отвечают тре-

бованиям закона о нормальном распределении ($p < 0,05$), для дальнейшего их анализа были использованы непараметрические методы математической статистики: Н – тест Краскела - Уоллиса, U – тест Манна - Уитни для двух независимых выборок и критерий Уилкоксона для двух зависимых выборок [11, 12].

Исследуемая выборка была составлена 170 сотрудниками различных органов и подразделений внутренних дел Донецкой области. Все обследованные при осмотре не выявляли какой-либо психопатологической симптоматики, по состоянию здоровья противопоказаний к служ-

бе в органах внутренних дел не имели. 100% респондентов - мужчины в возрасте от 21 до 40 лет, 73,5% (125 человек) которых имели среднее или среднее специальное образование, а 26,5% (45 человек) – высшее (в т. ч. высшее юридическое) образование. 127 человек (74,7%) имели звание сержантов и старшин, 43 челове-

ка (25,3%) – офицерское звание. Стаж службы в органах внутренних дел колебался от нескольких месяцев до 19 лет, при чем стаж работы 1 год и менее имели 35 человек (20,6%); от 2 до 6 лет – 64 человека (37,6%); от 7 до 11 лет – 21 человек (12,4%); 12 лет и более – 50 человек (29,4%).

Результаты исследования и их обсуждение

С целью выявления специфичности превалирующих методов интрапсихической адаптации и их взаимосвязи с социально-психологическими характеристиками обследованного контингента был использован Н-тест Крускала и Уоллиса. В результате проведенного анализа статистически значимых закономерностей присутствия отличий в выраженности типов психологической защиты при выборе в качестве группирующей переменной возраста, стажа службы в органах внутренних дел и специального звания выявлено не было ($p > 0,05$), представляется рациональным предположить специфичность функционирования данного адаптационного механизма, акцентируя внимание на социально-трудовом аспекте группировки.

Таким образом, в зависимости от своеобразия служебных задач и, как следствие различного ритма, уровня физической и нервно-психического напряжения, а так же степени потенциального риска для жизни и здоровья, были выделены три основных группы: 1 группу (141 человек – 82,9%) составили оперуполномоченные уголовного розыска, секторов по борьбе с неза-

конным оборотом наркотиков и криминальной милиции по делам детей, а так же инспектора патрульной службы и государственной службы охраны, работа которых связана с максимальной степенью риска и с «первичным контактом» с правонарушителями, зачастую непосредственно в момент совершения противоправных действий; 2 группу (14 человек – 8,2%) составили сотрудники секторов дознания и следствия; 3 (15 человек – 8,8%) состояла из сотрудников-водителей оперативного автотранспорта.

Результаты повторного анализа Н-критерия Краскела-Уоллеса с использованием в качестве группирующей переменной трех выделенных категорий, выявили наличие статистически значимых ($p < 0,05$) закономерностей наличия значимых отличий в выборе механизмов психологической защиты у представителей исследуемых групп по целому ряду шкал опросника LSI, а именно: В, С, F и G. Для более детального изучения этих закономерностей был проведен попарный анализ результатов тестирования выделенных групп с использованием U-теста Манна и Уитни (таб. 1).

Таблица 1

Результаты статистического исследования показателей методик LSI и ЛСД

шкалы	Колмогорова – Смирнова (p)	Среднее			U – критерий Манна-Уитни						Н-критерий Краскела-Уоллеса	
					1-2		1-3		2-3			
		1	2	3	U	p	U	p	U	p	χ^2	p
A	1E-09	83,79	78,2	77,25	949,5	0,84	924,5	0,44	93	0,59	0,62	0,73
B	1E-06	15,07	28,4	32,47	615,5	0,02	965,5	0,60	70	0,11	5,61	0,05
C	2E-09	12,07	29,07	17,77	741	0,05	755,5	0,05	59	0,03	5,94	0,05
D	8E-05	57,07	45,4	45,11	732	0,11	1050	0,9	73,5	0,15	2,62	0,27
E	2E-06	24,71	20,27	20,42	943	0,81	1012	0,81	99	0,79	0,1	0,95
F	1E-09	12,64	31,67	19,51	694,5	0,05	648	0,01	45,5	0,01	11	0,003
G	6E-05	72,21	54,4	51,24	563	0,01	766,5	0,05	82	0,30	6,76	0,03
H	1E-06	37,93	39,67	38,88	971	0,95	1045	0,97	104	0,94	0,004	1
Oa	0,14	14,71	16,93	15,29	829	0,03	817	0,16	59,5	0,04	3,2	0,2
Ca	0,01	10,5	10	9,05	759,5	0,21	856,5	0,3	100	0,82	2,36	0,31
Aa	0,003	7,214	9,733	7,54	819	0,05	636,5	0,01	59	0,04	6,67	0,04
Ob	0,07	14,36	16,8	15,4	742	0,17	858,5	0,31	61	0,05	3,29	0,19
Cb	0,002	9,286	10,8	9,47	870	0,59	884	0,395	79,5	0,26	1,14	0,56
Ab	0,14	6,5	10,6	7,72	716	0,02	555	0,01	34	0,01	11,6	0,004

У представителей всех исследуемых групп ($p < 0,001$) наиболее выраженными выступали механизмы отрицания (А), рационализации (G) и компенсации (D). По данным механизмам психологической защиты статистически значимые отличия были выявлены только в отношении рационализации, которая была значимо более выраженной у представителей 1 группы, чем у 2 ($p = 0,01$) и 3 ($p = 0,05$).

Так же заслуживает внимания тот факт, что замещение (F) и регрессия (С) были более присущи лицам, составившим 2 группу, нежели 1 ($p < 0,01$) и 3 ($p < 0,05$). Кроме того, механизмы вытеснения (В) были более выраженными во 2 группе, нежели в 1 ($p = 0,02$).

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что наряду с реализованными у всех сотрудников ОВД, механизмами отрицания, компенсации и рационализации лица, составившие 1 группу, практически не использовали замещение, регрессию и вытеснение, тогда как эти механизмы, наоборот, были активированы у представителей 2 группы.

Ввиду наличия заметных отличий в реализации, относящихся к бессознательным, личностно-неосознаваемым процессам, механизмов интрапсихической адаптации у сотрудников органов внутренних дел различных профессиональных групп, представляется необходимым рассмотреть так же структуру и динамику субъективной личностной самооценки на протяжении службы в ОВД.

По результатам анализа данных психологической методики ЛСД с использованием Н-теста Краскела-Уоллеса, представители 2 группы имели более высокие показатели по факторам активности ($p < 0,04$) и оценки ($p < 0,05$), нежели представители 1 и 3 групп. Вместе с тем, респонденты, составившие 3 группу, давали значимо ($p = 0,01$) более низкий уровень самооценки по фактору активности, чем представители 1 группы. Самооценка по фактору силы методики ЛСД у представителей всех обследуемых групп, как до приема на службу, так и на момент осмотра, не имела значимых отличий ($p > 0,2$).

При этом, согласно расчета критерия Уилкоксона, за время службы в органах внутренних дел у представителей 1 группы показатель самооценки фактора силы значимо снизился ($z = -2,1$; $p = 0,04$), а у представителей 2 группы, наоборот, вырос ($z = -2,2$; $p = 0,03$). Факторы активности и оценки у представителей 1 и 2 группы за время службы значимо не изменились ($p > 0,4$), а у представителей 3 группы не наблю-

далось изменений самооценки ни по одному из факторов методики ЛСД ($p > 0,2$).

Таким образом, несмотря на то, что уровень личностной самооценки у представителей 1 и 2 групп не отличается, обращает на себя внимания разнонаправленная динамика выраженности фактора силы в процессе службы в ОВД при отсутствии изменений по остальным факторам личностного семантического дифференциала.

ВЫВОДЫ

Подводя итог проведенному анализу психологических особенностей интрапсихической адаптации к службе в органах внутренних дел, следует отметить, что все сотрудники в качестве механизмов психологической защиты использовали блокирование неосознанное отрицание, блокирование информации, событий и внешних обстоятельств, противоречащих их основным личностным установкам, несущим опасность для их самоуважения и социального статуса, присвоение себе качеств и ценностей, свойственных неким иным, «идеализированным» личностям. Кроме того, характерно, что, свойственная для всех сотрудников ОВД, склонность к созданию псевдоразумных благовидных обоснований своего или чужого поведения, вызванного причинами, которые невозможно признать из-за угрозы потери самоуважения, сочетающаяся с сублимацией вытесненных желаний и эмоций, наиболее выражена у сотрудников, деятельность которых связана с постоянным риском контакта один на один с правонарушителями, зачастую в момент деликта (оперуполномоченные уголовного розыска, инспектора патрульной службы и т.д.). Так же обращает на себя внимание тот факт, что представители данной профессиональной группы практически не используют в качестве интрапсихических адаптационных механизмов замещение и регрессию, тогда как сотрудники, контактирующие с правонарушителями с гораздо меньшей степенью риска и являющиеся, по сути, промежуточным звеном между оперативными работниками и судом (работники органов дознания и следствия), в гораздо большей степени склонны перенаправлять подавляемые эмоции (как правило, враждебность, гнев) с менее доступных, или более опасных, объектов, на более доступные или заменять решение субъективно более сложных задач на более простые и доступные в сложившейся ситуации. Своеобразие данных личностно-неосознаваемых психологических феноменов находит четкое подтверждение и в иерархии субъективной личностной семантической самооценки следователей и

дознателей – именно данная категория сотрудников ОВД наиболее высоко оценивает себя как носителей позитивных, социально желательных характеристик, общительных, экстравертированных и, в определенном смысле, удовлетворенных собой людей. Показательно и то, что у данной группы за время службы в органах внутренних дел значительно выросла уверенность в себе, независимость, способность держаться принятой линии поведения, тогда как сотрудники, занимающиеся оперативной работой, наоборот, отметили снижение за время службы всех этих характеристик, получив в замену повышения уровня тревожности и нарастающую астенизацию.

Известно, что возникновение дисбаланса между все более возрастающими требованиями окружающей среды к адаптационным возможностям индивида, обуславливает интрапсихический конфликт, вызванный необходимостью

выбора между двумя основными адаптационными стратегиями: сохранением психического и физиологического равновесия за счет отказа от снижения профессионально значимых результатов или достижением оных ценой нарастания психической напряженности и психофизиологических сдвигов, способных, в конечном счете, привести к развитию психической и соматической патологии [6]. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего детального исследования механизмов психологической защиты, их структуры и функциональности с внедрением в систему первичных психопрофилактических мероприятий среди представителей профессий, чья служебная деятельность по своей сути предъявляет максимальные требования к адаптационным возможностям, адекватных подходов профессионального отбора и психологической реабилитации.

В.Ю. Омелянович

ОСОБЛИВОСТІ МЕХАНІЗМІВ ІНТРАПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ СЛУЖБИ В ОРГАНАХ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В статті звернуто увагу на проблему розробки новітніх підходів до первинної психопрофілактики з позицій, які ґрунтуються на концепції динамічних механізмів психічної адаптації. Вивчені структура та вразливість механізмів психологічного захисту та своєрідність особистісного семантичного самооцінювання у 170 співробітників ОВС, структурованих у три різні за ризиконебезпекою групи. На ґрунті математично-статистичного аналізу висвітлені професійно-специфічні аспекти інтрапсихічної адаптації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 48-51).

V.Yu. Omelianovich

PARTICULARITIES MECHANISM INTRAPSYCHICAL ADAPTATION IN EMPLOYEES TO SERVICE OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS BODIES

Donetsk National Medical University by M. Gorky

In article the is pointed on need of the scientific new psychoprophylaxis of the methods, which are founded on dynamic mechanism to psychological adaptation. The Explored structure, выраженность mechanism of psychological protection, semantic estimation of 170 employees of internal affaires bodies. The Aspects of the professional intrapsychical adaptation are motivated by mathematical statistical analysis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 48-51).

Литература

1. Фрейд З. Психология “Я” и защитные механизмы. М., 1993.
2. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ. М. Прогресс, 1993.
3. Alexander F. Psychosomatic medicine. New York, 1980.
4. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
5. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Концепция отношений В.Н.Мясищев //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. 1998, №1.
6. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
7. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Пособие для психологов и врачей. Санкт-Петербург, -2005, 51 с.
8. Диагностика типологий психологической защиты (Р.Плутчик в адаптации Л.И.Вассермана, О.Ф.Ерышева,

- Е.Б.Клубовой и др.) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. - С.444-452
9. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions / Izard E. (ed.) Emotions in personality and psychopathology. N.Y., 1979. - P.229-257.
10. Личностный (семантический) дифференциал. Методические рекомендации министерства здравоохранения СССР. – Ленинград, 1983.
11. Купер К. Индивидуальные различия. Москва: Аспект-пресс, 2000.
12. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – Ст. Пб. – 1996. – С. 224-246.

Поступила в редакцию 4.11.2008

УДК 616.89-008.441.13-092.9:615.847.8

*В.И. Пономарев***МОНОАМИНЕРГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛЕЧЕНИЯ К КЛЕЮ «МОМЕНТ» У КРЫС ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА И ИХ КОРРЕКЦИЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ МАГНИТНЫХ ИЗЛУЧЕНИЙ СВЕРХВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ И СВЕРХНИЗКОЙ МОЩНОСТИ**

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: токсикомания, клей «Момент», биогенные амины, абстиненция, сыворотка крови, головной мозг, крысы пубертатного возраста, магнитные излучения сверхвысокой частоты и сверхнизкой мощности

В настоящее время проблема подростковых токсикоманий на Украине становится все более актуальной из-за увеличения числа токсикоманов и снижения возраста начала злоупотребления такими веществами, как клей «Момент». Многие авторы подчеркивают особый вред подростковой токсикомании, вызванной ингаляцией токсических веществ бытовой химии, которые имеют особо неблагоприятное воздействие на все органы и системы растущего организма. Подростки употребляют ингаляционным путем органические растворители, бензин, ацетон, спирт «Уайт», различные виды клея, в том числе клей «Момент». Из-за своей легкодоступности, дешевизны клей «Момент» является одним из самых популярных среди молодых токсикоманов [1, 2].

Данные литературы свидетельствуют об участии лимбико-неокортикальной эмоциогенной системы мозга в нейрофизиологических механизмах формирования нарко- и токсикоманий. Мозговая система позитивного эмоционального подкрепления является основой формирования приобретенных (неестественных) мотиваций [3, 4].

При этом следует отметить, то важное обстоятельство, что топография распределения в мозгу нейромедиаторов и эмоциогенных структур совпадает, что дает возможность допустить участие нейромедиаторов в обеспечении нейрохимических механизмов формирования этих приобретенных мотиваций. Вместе с тем, лекарственная терапия, направленная на купирование влечения к летучим органическим соединениям затрудняется тем, что практически все применяемые препараты сами обладают наркогенным потенциалом. В связи с чем в этой тупиковой ситуации интенсивно проводится поиск безмедикаментозных способов купирования токсико-

маний. Кроме лекарственной терапии всё чаще используют методы акупунктуры, нейроэлектростимуляции (аппарат ЛЭНАР и др.), что приводит к уменьшению симптомов абстиненции. В молодом возрасте симптомы абстиненции переживаются пациентами особо ярко и нетерпимо. Поиск безмедикаментозных методов подавления патологических влечений с использованием магнитных излучений сверхвысокой частоты и сверхнизкой мощности [5] является перспективным направлением в этой области.

Наши предварительные данные показали целесообразность их использования в восстановлении динамической структурно-функциональной организации деятельности мозга при аддикциях, в частности, мотивации к самому доступному – летучему органическому соединению – клею «Момент». Ключевым механизмом позитивных эффектов описанных выше импульсных электромагнитных излучений в подавлении болезненных мотиваций влечения к летучим органическим соединениям является восстановление биоинформационного гомеостаза, необходимого для реализации механизмов общей и избирательной адаптации животного организма. Применение данного метода лечения кроме вышеописанного позитивного действия оправдано еще его доступностью, учитывая низкое материальное положение лиц, страдающих зависимостью от употребления летучих органических соединений [6].

Целью данной работы явилось создание на крысах пубертатного возраста модели зависимости от паров клея «Момент» с дальнейшим изучением роли катехолинергической и серотонинергической нейромедиации в состоянии абстиненции и после продолжительного применения импульсных магнитных излучений сверхвысокой частоты и сверхнизкой мощности.

Материалы и методы исследования

Эксперименты выполнены на 28 нелинейных крысах–самцах 3-х месячного возраста. Крысы были разделены на 4 группы, по 7 в каждой:

1 группа – контроль (интактные животные);

2 группа – животные с абстиненцией после 40-дневного вдыхания паров клея «Момент».

3 группа – животные с 10-дневной абстиненцией вследствие лишения приема паров клея «Момент» без воздействия аппарата «Рамед эксперт» (ЭМИ КВЧ);

4 группа – животные с 10-дневной абстиненцией, которых в течение 10 дней подвергали воздействию аппарата «Рамед эксперт» (ЭМИ КВЧ).

Моделирование влечения крыс к клею «Момент» создавали путём ингалирования его паров в прозрачной, герметичной камере объёмом 5 литров, заранее наполненной парами ингалянта. Крысу помещали на 10 минут. Сеансы ингаляции проводили в течение 40 дней.

Лабиринтная методика, в которой проводили тестирование крыс на влечение к парам клея «Момент», состояла из двух камер, соединённых лабиринтным переходом. Стенки боковых камер, которые выходили в лабиринтный переход представляли собой открывающиеся заслонки. Во время тестирования крыс размещали в центральной части лабиринта и в течение 10 минут наблюдали за их поведением, регистрировали число побегов к камере, где далее они могли получить пары клея «Момент», учитывали количество лабиринтных переходов, выраженность ориентировочно-исследовательской реакции, судорожных реакций, качество груминга (положительного и отрицательного), время замиранья («ожидание»).

Для влияния на крыс с зависимостью от паров клея «Момент» использовали магнитные излучения сверхвысокой частоты и сверхнизкой мощности. Это достигалось использованием аппарата «Рамед эксперт», разработанного Центром радиофизической диагностики и терапии

НАН Украины, сертифицированного и разрешённого для применения в медицинской практике. Диапазоны параметров воздействий составляли: напряжённость от 2 до 5 мкВт/см², длина волны от 1 до 7 мм, частота импульсов от 4 до 5 МГц.

У животных всех групп определяли уровни содержания адреналина, норадреналина, дофамина и серотонина в сыворотке крови и структурах головного мозга (неокортексе, миндалевидном комплексе, гиппокампе, гипоталамусе).

Забор исследуемого материала осуществляли после быстрой декапитации животных.

Определение содержания биогенных аминов (БА) проводили после их очистки на ионообменной смоле [7]. Экстракцию моноаминов из ткани головного мозга и сыворотки крови производили на льду с помощью экстрагирующей жидкости (0,4 N перхлорная кислота с добавлением 0,01мл 5% метабисульфита натрия на 1 мл и 0,02 мл 10% ЭДТА на 1мл). Экстрагированные из тканей моноамины разделяли на фракции в хроматографических колонках с сильнокислой катионнообменной смолой (Dowex 50w x 4; 200-400 mesh, натриевая форма). Содержание моноаминов во фракциях определяли флюорометрическим методом с использованием спектрофотометра Hitachi-M. Флюоресценцию серотонина измеряли при $\lambda=303/330$; норадреналина – при $\lambda= 395/495$; адреналина – при $\lambda= 385/480$; дофамина – при $\lambda= 330/325$. Элюирование дофамина производили с помощью N-этанольной (50%) HCL; серотонина - N-этанольной HCL (после эмоцидофамина); адреналина и норадреналина – N-водной HCL. После эмоции адреналина и норадреналина для определения их концентрации производили дифференциальное окисление (по Осинской).

Результаты экспериментов статистически обрабатывали с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты нашего исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Во всех исследованных нами отделах мозга всех групп животных содержание адреналина было очень низким и находилось в пределах погрешности метода. В связи с этим в таблицах цифровые данные относительно его уровня не представлены и не обсуждаются.

Анализ данных показал, что в интактном со-

стоянии у трёхмесячных животных (группа 1) содержание дофамина и норадреналина было наибольшим в гипоталамусе, в то время как серотонин относительно равномерно распределялся в структурах мозга с некоторым преобладанием в гипоталамусе (см. табл. 1). В сыворотке крови содержание дофамина и серотонина было наибольшим (см. табл. 2).

У животных второй группы отмечена тенден-

ция к повышению уровня содержания катехоламинов во всех исследованных структурах головного мозга, за исключением дофамина в гипоталамусе (см. табл. 1). Уровень содержания кате-

холаминов в сыворотке крови животных этой группы, наоборот, был достоверно снижен, за исключением норадреналина, который был достоверно выше (см. табл. 2).

Таблица 1

Содержание биогенных аминов в структурах головного мозга (нмоль/г) у крыс в состоянии абстиненции к парам клея «Момент» и после воздействия аппаратом «Рамед эксперт», (M±m)

Структуры мозга	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Дофамин				
Неокортекс	1,47±0,01	2,62±0,12*	3,59±0,11	1,37±0,17**
Гиппокамп	5,28±0,33	6,38±0,18*	6,98±0,19	5,14±0,31**
Гипоталамус	9,17±0,77	6,15±0,39*	4,12±0,25	8,02±0,12**
Миндалина	4,61±0,25	6,69±0,19*	6,74±0,02	4,56±0,13**
Норадреналин				
Неокортекс	1,19±0,03	2,14±0,01*	3,87±0,04	1,14±0,11**
Гиппокамп	0,94±0,09	2,53±0,13*	2,07±0,36	1,02±0,01**
Гипоталамус	5,01±0,34	9,43±0,17*	10,5±0,21	6,07±0,64**
Миндалина	1,80±0,15	2,91±0,01*	3,45±0,16	2,02±0,15**
Серотонин				
Неокортекс	5,16±0,01	4,26±0,16	3,78±0,26	5,14±0,11**
Гиппокамп	5,56±0,21	11,25±0,07*	12,4±0,47	5,32±0,10**
Гипоталамус	6,55±0,30	7,95±0,51*	8,36±0,31	6,31±0,12**
Миндалина	5,17±0,21	9,75±0,57*	8,86±0,28	5,05±0,10**
Примечание: * - достоверность различия с группой контроля при p<0,05 ** - достоверность различия с 3-й группой при p<0,05				

Таблица 2

Содержание биогенных аминов в сыворотке крови (нмоль/л) у крыс в состоянии абстиненции к парам клея «Момент» и после воздействия аппаратом «Рамед эксперт», (M±m)

Биогенный амин	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Дофамин	27,81±1,22	20,23±2,86*	19,31±1,70	25,9±1,01**
Норадреналин	1,42±0,13	2,98±0,03*	2,64±0,01	1,65±0,01**
Серотонин	478,02±20,44	300,40±19,24*	236,32±18,71	412,92±20,03**
Примечание: * - достоверность различия с группой контроля при p<0,05; ** - достоверность различия с 3-й группой при p<0,05				

При сравнении уровня содержания катехоламинов в мозгу крыс третьей группы следует отметить, что сохранялась тенденция изменений в том же направлении, что и во 2-й группе. Особенного внимания заслуживает снижение уров-

ня дофамина и повышение норадреналина в гипоталамусе. Серотонин повышался во всех структурах головного мозга, за исключением неокортекса.

Тотальное снижение всех биогенных аминов,

особенно серотонина, наблюдалось в сыворотке крови в 3-й группе крыс.

10-дневное воздействие электромагнитным импульсным током крайне высокой частоты и крайне низкой интенсивности вызывало достоверные изменения в уровнях всех катехоламинов, как в мозгу, так и в сыворотке крови животных 4 группы, причем имело тенденцию приближения к уровням их содержания в группе контроля.

Можно предположить, что одним из механизмов снижения абстинентного синдрома электромагнитными излучениями является подавление гиперактивности симпатoadреноловой системы головного мозга.

Снижение содержания дофамина и повышение норадреналина в гипоталамусе, подтверждают что первой структурой, отвечающей на введение психоактивных соединений, является гипоталамус [8]. В дополнение к этому повышение уровня серотонина во всех изученных структурах указывает на неприменное включение в активность катехоламин- и серотонинергических систем мозга при общем снижении уровней всех биогенных аминов в сыворотке крови. Это, очевидно, является одним из факторов, обеспечивающих процесс формирования у подростков влечения к летучим органическим соединениям.

В отличие от годовичных животных [9], у крыс пубертатного возраста полностью отсутствует эндогенное «насыщение» эмоциогенной системы мозга, т.е. имеется стойкий дефицит положительных эмоций. Употребление паров клея «Момент», очевидно, покрывает этот дефицит, в результате чего у животного быстро развивается токсикологическая зависимость.

Таким образом, выявленные изменения содержания нейромедиаторов у трехмесячных крыс в состоянии абстиненции, до и после воздействия электромагнитным импульсным током подтверждают нейрофизиологические участия в нейробиологических механизмах влечения к парам клея «Момент» лимбико-неокортикальных эмоциогенных структур мозга (неокортекса, гиппокампа, гипоталамуса, миндалевидного комплекса).

Выводы.

1. В формировании болезненного влечения к вдыханию паров летучих органических соединений существенное значение имеет нарушение медиаторных функций мозговой системы положительного эмоциогенного реагирования, что проявляется в изменении содержания биогенных аминов.

2. Хроническая интоксикация крыс парами клея «Момент» приводит к формированию влечения к этому летучему органическому соединению, что подтверждается особенностями неприменного включения в активность катехоламин- и серотонинергической систем мозга при общем снижении уровней всех биогенных аминов в сыворотке крови.

3. Применение электромагнитных излучений крайне высокой частоты и крайне низкой мощности подавляет патологическое влечение к вдыханию паров клея «Момент», восстанавливая гомеостаз биогенных моноаминов.

4. Одним из механизмов снижения абстинентного синдрома электромагнитными излучениями является подавление гиперактивности симпатoadреноловой системы головного мозга.

В.І. Пономарьов

МОНОАМІНЕРГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОТЯГУ ДО КЛЕЮ «МОМЕНТ» У ЩУРІВ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ВПЛИВОМ МАГНІТНИХ ВИПРОМІНЮВАНЬ НАДВИСОКОЇ ЧАСТОТИ І НАДНИЗЬКОЇ ПОТУЖНОСТІ

Харківський національний медичний університет

На нелінійних щурах-самцях пубертатного віку вивчено участь катехоламін- та серотонінергічних систем в нейрохімічних механізмах формування залежності від вдихання парів клею «Момент». Показано ініціально неспецифічний характер включення нейромедіаторів эмоціогенних структур мозку в реакцію на дію парів клею «Момент» з наступним пригніченням периферичної ділянки нейромедіації при їх тривалому вдиханні. Обговорюються біогенно-медіаторні механізми дезадаптації в пубертатному віці щурів, яка приводить до ранньої наркозалежності. Показано позитивний вплив магнітних випромінювань надвисокої частоти і наднизької потужності, які подавляють потяг до вдихання парів клею «Момент» і поновлюють гомеостаз біогенних моноамінів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 52-56).

MONOAMINERGIC MECHANISMUS OF INCLINATION FOR GLUE “MOMENT” IN PUBERTY AGE RATS AND THEIR CORRECTION BY INFLUENCE OF MICROWAVE FREQUENCY AND ULTRALOW POWER MAGNETIC RADIATION

Kharciv National Medical University

On non-linear male rats puberty age the participation of catecholamine-and serotonergic mechanisms in formation of dependence to inhalation of glue “Moment” is studied. The initial nonspecific character of inclusion of central cerebral neuromediator emotiodenic structures in the reaction to action of glue “Moment” fume with further oppression of a peripheral site of neuromediation at long-time inhalation of fume is shown. The neurochemical correlates of desadaptation in puberty age, which leads to early narcotic dependence are discussed. The positive influence of microwave frequency and ultralow power magnetic radiation, which suppress a pathological inclination to inhalation of glue “Moment” fume and restores a biochemical homeostasis biogenic monoamines shown. The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 52-56).

Литература

1. Воробьева Т.М., Гейко В.В., Антоненко Ю.В. Роль позитивного эмоционального подкрепления в механизмах влечения к летучим органическим соединениям //Арх. клин. и эксп. мед. – 2001. – Т.10, № 2. – С. 140.
2. Айрапетов Р.Г., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В. Клинико-катамнестическое исследование подростков с токсикоманиями / Актуальные вопросы наркологии.- №1. -1991. –С. 25-26.
3. Воробьева Т.М., Гарбузова С.Н., Сергиенко Н.Г. Концептуальная модель сходства и различия формирования нарко- и токсикоманий / Укр. вісник психоневрології. – Харків, 1993. – вип. 1. -С. 28-32.
4. Воробьева Т.М., Волошин П.В., Пайкова Л.Н. и др. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий /Х.; изд-во «Основа» при Харьк. ун-те. – 1993. -176 с.
5. Берченко О.Г., Воробьева Т.М., Гейко В.В и др. Нейробиологические механизмы влечения к летучим органическим соединениям у крыс, роль в них обонятельного анализатора /Материалы X Укр. конференции с международным участием «Нові підходи до психотерапії та фармакјтерапії станів залежності від психоактивних речовин», присвяченої 86-річчю з дня народження Засл. лікаря Укр., Нар. лікаря СРСР О.Р.Довженка. – Харків, 2004. - С. 20-24.
6. Пономарев В.И., Воробьева Т.М. Нейрофизиологические особенности влияния импульсных магнитных полей сверхвысокой частоты и сверхслабой интенсивности на крыс с зависимостью от летучих органических соединений./Медицина сегодня и завтра.- 2007.-№4.-С.36-41.
7. Colin A., Tor Magrusson “A Procedure for the isolation of noradrenaline (together with adrenaline), Dopamine, 5-hydroxytryptamine and Histamine from the Lane Tissue Sample using a Lingve Column of longly acitic cation exchange Resin” Acta pharmacol. et toxicol., 1978, 42, p. 35-57.
8. Воробьева Т.М. Нейробиология вторично приобретенных мотиваций. /Международный медицинский журнал, №1-2, 2002. -С.211-217.
9. Гарбузова С.Н. Причинно-следственные взаимоотношения функционального состояния эмоциогенной системы мозга и формирования морфинной зависимости / Укр. вісник психоневрології. – Харків, 1994. – вип. 4. -С. 150-155.

Поступила в редакцию 24.09.2008

УДК 616.89-008.442.36:930.8

*Г.С. Кочарян***КУЛЬТУРАЛЬНО-РЕЛЯТИВИСТСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: гомосексуальные связи, отношение, культурально-релятивистский подход

Усилия по внедрению в общественное сознание представления о том, что гомосексуальность является нормой, часто оперируют привлечением внимания к факту широкого распространения гомосексуальных отношений в ряде культур. Так, Р. Крукс, К. Баур [1] сообщают, что некоторые общества требуют, чтобы их члены участвовали в гомосексуальных действиях. В качестве примера приводится община Самбия (Sambia), которая проживает в горах Новой Гвинеи, все мужчины которой, начиная приблизительно с семилетнего возраста и до поздней юности (до двадцати лет и даже позже, пока не женятся), совершают исключительно гомосексуальные действия. В основе этого лежит их уверенность в том, что неполовозрелый мальчик станет сильным воином и охотником, если до достижения своей половой зрелости будет выпивать как можно больше спермы уже половозрелых юношей. После достижения половой зрелости он больше не должен заниматься оральной стимуляцией полового члена других мальчиков. Однако он может получать эротическое удовольствие от фелляций, совершаемых мальчиками, которые еще не могут эякулировать, по отношению к нему самому. В период, когда молодые люди данной общины имеют регламентированные гомосексуальные контакты, им запрещено смотреть на женщин или трогать их. Это табу. По мере приближения к браку эротические фантазии о женщинах у этих молодых людей становятся все более частыми и сильными. В течение первых недель брака они практикуют со своими женами только фелляцию, но вскоре начинают включать в свою гетеросексуальную активность и обычные половые акты. После вступления в брак гомосексуальные контакты навсегда прекращаются, и мужчины испытывают сильное сексуальное влечение к женщинам [2].

Характеризуя традицию, существующую в данной общине, Ф.М. Мондимер [3] указывает

на тот факт, что дети мужского пола забирались у матерей в допубертатном возрасте (приблизительно в восемь лет), чтобы жить с молодыми мужчинами. Он отмечает, что Самбия были убеждены, что мальчик не созреет физически и не будет способен к выполнению репродуктивной функции до тех пор, пока ему не будет «привито» семя зрелого мужчины. Семя для них является эссенцией мужественности, без которой мальчик остался бы маленьким и слабым. Мальчики и подростки выполняли правила и ритуалы, которые должны были привести их к полному освобождению от вредоносной «женской эссенции», переданной им матерями, и, таким образом, очистить их тела. Самбия верили, что только принятие мальчиком семени зрелого мужчины на протяжении нескольких лет приводит к формированию как вторичных половых признаков (появление волос на лице, развитие «мужской мускульной массы»), так и мужских черт характера и темперамента (мужественность, агрессивность и т.п.). После вступления в брак молодой мужчина в течение нескольких месяцев жил в «холостяцком» доме и имел сексуальную близость как со своей женой, так и с представителями мужского пола. Затем, как отмечалось нами выше, его сексуальная активность становилась исключительно гетеросексуальной. Хотя племя Самбия, отмечает цитируемый автор, было изучено наиболее полно, эти виды инициации описывались и у других меланезийских народов Новой Гвинеи. Все они разделяли убеждение, что «привитие семени» имеет существенное значение для маскулинизации.

Этот тип узаконенных сексуальных отношений мужчины с мужчиной был назван межпоколенческой гомосексуальностью, а также переходящей бисексуальностью (J. Money, 1988), так как, достигнув зрелости, каждый мужчина проявляет «гомосексуальность» только временно и по своей половой ориентации является преимущественно гетеросексуалом. Эта форма «гомо-

сексуальности» – временная модель поведения, от которой отказываются в установленные данной культурой сроки. В некоторых племенах практикуется орально-генитальный секс, в других – анально-генитальный [3].

Таким образом, в основе принудительных гомосексуальных отношений данной общины лежит миф о том, что неполовозрелый мальчик может полноценно развиваться, стать сильным воином и охотником, а также будет способен к выполнению репродуктивной функции в том случае, если до достижения своей половой зрелости будет выпивать как можно больше спермы половозрелых юношей.

Способы «осеменения» мальчиков при гомосексуальных связях у разных племен различны (Keesing, 1982): у самбия, эторо, баруйя и куксов – оральный контакт, фелляция, у калули – анальное осеменение, в племени онабасулу – размазывание собранного после мастурбации мужчин семени по телу иницируемого мальчика, у племени кимам – втирание семени заслуженных взрослых воинов, собранного при ритуализованном коллективном прерванном половом акте с женщинами, в сделанные на коже новичка надрезы и т.д. Кроме того, мальчик употребляет семя с едой и питьем [по 4].

Интересен материал, касающийся мотивации однополых отношений в Древней Греции [5]. Так, сообщается, что у греков было позором для юношей, если они не имели любовников. Мужчина же без такого подопечного считался избегающим выполнения своего мужского долга. Зрелый мужчина, находящийся в сексуальных отношениях с мальчиком, брал на себя ответственность за его нравственное и интеллектуальное развитие. Относясь к нему с добротой, он должен был воспитывать в своем возлюбленном требуемое обществом нравственное совершенство, знакомить его с мужскими качествами и гражданскими обязанностями. Гомосексуальные отношения в Древней Греции имели место и в армии. Более того, общество поощряло любовь между военными, так как считалось, что она будет способствовать тому, что воины будут лучше сражаться, выручать друг друга и на глазах у своих возлюбленных не посмеют бросить поле боя.

В воинственной Спарте каждый «достойный» мальчик в возрасте от 12 до 16 лет должен был иметь своего эраста. Воинская слава последнего распространялась и на его эромена. Эрастами были, как правило, неженатые мужчины в возрасте от 20 до 30 лет. В отличие от большин-

ства греков, спартанцы верили, что вместе со спермой мальчику передается мужество его возлюбленного. Мужчина, который уклонялся от почетной обязанности воспитания эромена, назывался. Этот союз почитался как брачный и продолжался до тех пор, пока у юноши не выросла борода и волосы на теле [6].

В анализируемых случаях речь идет либо о взрослом мужчине, который «необходим» для полноценного развития юноши (с этой мотивацией мы уже встречались), а также о пользе, которую может принести сексуальная связь между воинами на поле брани. Думается, что такие нравы не могут являться примером для подражания современниками, так как полноценное воспитание и развитие, а также верность воинскому долгу могут формироваться с помощью других средств и методов, которые, к тому же, исключают развитие и фиксацию нарушений психосексуальной ориентации по полу объекта влечения. Возникает вполне закономерный вопрос, могут ли и должны ли нравы и обычаи других народов и культур, базирующиеся на мифах и ложных убеждениях, служить ориентиром для наших цивилизованных современников. Ответ на этот вопрос абсолютно однозначен.

В связи с обсуждаемой проблемой представляет интерес мнение российского социолога Е.А. Кашенко [7, с.158], который отмечает, что «нельзя забывать о том, что в войсках на первое место выносятся интересы боевой готовности и дисциплины, обусловленные воинскими законами, уставами, предписаниями. Гарантий же того, что лояльность к гомосексуальным проявлениям среди военнослужащих станет положительным фактором повышения боевой готовности и укрепления воинской дисциплины, не даст никто. Скорее, наоборот ...».

При анализе сексуальных отношений в Древней Греции обращает на себя внимание следующее обстоятельство, мотивирующее однополые отношения. Так, сообщается, что гармония достигалась благодаря слиянию духа и тела, но это было возможно только между лицами мужского пола как равными, так как женщина для грека, независимо от ее возраста и социального положения, была существом презренным и неразумным [5].

В основе гомосексуального поведения в других культурах могли лежать и иные установки, базирующиеся на заблуждениях, которые носили устойчивый характер. Так, сообщается о ритуальных гомосексуальных контактах в религиозном контексте, представлявших собой идоло-

поклоннические действия, которые имели место среди древних народов Средиземноморья, у древних сирийцев, хеттов, шумеров. Речь идет о половом акте с мужчинами, занимавшимися храмовой проституцией, что было элементом культа некоторых божеств, сопоставимым с жертвоприношением животных или курением ладана.

Следует подчеркнуть, что то, что в одних культурах может считаться вполне обычным (например, институциональные формы гомосексуальных отношений), в других таковым не является. В Украине, России, Белоруси и других современных государствах отсутствует база для таких культурально и институционально закреплённых отношений между представителями одного пола. Анализируя данную проблему, российские ученые М.Н. Кузнецов, В.Ю. Троицкий, А.А. Прозоров [8] отмечают, что гомосексуализм или отдельные его проявления существуют в качестве «культурологической нормы» у самых отсталых племен, которые продолжают придерживаться некоторых диких языческих обрядов. «Данный культурологический архетип действительно представлен в ряде примитивных культур некоторых племен Азии, Африки и Америки, но он совершенно чужд для региона европейской цивилизации, мусульманской цивилизации, традиционного иудаизма, основных цивилизаций Востока».

В аспекте проводимого обсуждения целесообразно привести мнение некоторых современных историков, которые, в частности, среди причин возникновения гомосексуализма в Древней Греции, кроме перечисленных ранее, называют особенности полового и сексуального символизма (одухотворение путем осеменения), усилия по снижению рождаемости и борьбу с перенаселением, а также обеспечение при гомосексуальных контактах эмоциональной разрядки, обусловленной конкуренцией мужчин-сверстников [6].

Обсуждение названных причин, лежавших в основе гомосексуальных отношений, применительно к нашему времени и, в частности, к таким государствам, как Украина, Россия и Белоруссия, не выявляет никаких оснований для заимствования связанных с ними культурально обусловленных древнегреческих поведенческих паттернов. Существуют другие пути эмоциональной разрядки, потребность в которой связана с конкуренцией мужчин-сверстников, а о необходимости борьбы с перенаселением во многих государствах, в том числе в Украине и

России, при наличии такой важной демографической проблемы, как значительное снижение численности населения, говорить вообще не приходится. Так, например, сообщается, что Россия находится на предпоследнем месте в мире по коэффициенту естественного прироста населения, следуя за Украиной. Согласно прогнозам WPDS, к 2050 г. население РФ сократится на 17% (с 144 до 119 млн чел.). По оценкам ООН, этот показатель еще ниже – 112 млн чел. [9].

Следует указать, что все исследователи истории сексуальных культур отмечают, что при наличии гомосексуального института по истечении известного регламентированного периода времени подавляющее большинство мужчин переходили на в основном гетеросексуальные отношения (например, мужчины общины Самбия и Древней Греции). Однако всегда были представители мужского пола, которые по мимованию этого периода все же предпочитали гомосексуальные отношения. Это является критерием, позволяющим отличить биологически детерминированную или, по меньшей мере, прочно условно-рефлекторно зафиксированную гомосексуальность от гомосексуальных отношений, обусловленных культурально.

Исследование канадских ученых, проведенное среди гомосексуалов тихоокеанского народа, проживающего в Самоа, где еще сохранилась примитивная древняя культура, навело его исполнителей на мысль, что гомосексуальность играет важную роль с точки зрения эволюции. Ученые опросили группу мужчин, практикующих секс с мужчинами (фа'афине), которые не преследуются в обществе и являются привилегированной социальной группой. Исследователи выяснили, что в отличие от гетеросексуальных мужчин, они прикладывают большие усилия для воспитания своих племянниц и племянников. Они часто присматривают за детьми, покупают им игрушки, учат их, занимаются с ними искусством и музыкой, оплачивают расходы на их лечение и образование. Однако исследования, проведенные в современных западных странах, где родовые связи и расширенные семьи уже не играют большой роли, а геи и лесбиянки часто отвергаются родственниками, не выявили такой положительной функции гомосексуалов [10].

Для оценки представленных выше данных должен быть применен культурально-релятивистский подход к проблеме нормы, согласно которому нормальное – то, что соответствует представлениям данной культуры о норме. Вопрос о

норме и ненорме должен решаться «здесь и сейчас». В соответствии с определением ВОЗ, норма – этический стандарт, модель поведения, рассматриваемая как желательная, приемлемая и типичная для той или иной культуры [11].

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о том, что в современных цивилизованных государствах гомосексуальные связи не соответствуют представлению о нор-

ме. Это, в частности, подтверждает проведенный нами анализ отношения к ним в постсоветских России и Украине [12–14]. Помимо этого, следует еще раз подчеркнуть, что сексуальные стереотипы древних и современных примитивных культур, где однополые отношения базировались/базируются на мифах и ложных убеждениях, не могут и не должны служить ориентиром для наших цивилизованных современников.

Г.С. Кочарян

КУЛЬТУРАЛЬНО-РЕЛЯТИВИСТСЬКИЙ ПІДХІД ДО ГОМОСЕКСУАЛЬНИХ СТОСУНКІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено дані, які свідчать про те, що згідно з культурально-релятивістським підходом в даний час в цивілізованих країнах по соціальних критеріях гомосексуальні відносини не можуть бути віднесені до норми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 57-60).

G.S. Kocharyan

CULTUROLOGICAL RELATIVISTIC APPROACH TO THE ANALYSIS OF HOMOSEXUAL INTERCOURSES

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

The data are submitted, which testify that, according to the culturological relativistic approach, in civilized countries now by social criteria homosexual intercoursces cannot be referred to norm. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 57-60).

Литература

1. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. – СПб.: ПРАЙМ-Еврознак, 2005. – 480 с.
2. Stoller R., Herdt G. Theories and origins of male homosexuality. A cross-cultural look // Archives of general psychiatry. 1985 – Vol. 42., No. 4. – P. 399–404.
3. Мондимер Ф.М. Гомосексуальность: Естественная история / Пер. с англ. – Екатеринбург: У-Фактория, 2002. – 333 с.
4. Кон И.С. Лики и маски однополый любви. Лунный свет на заре. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Астрель: АСТ, 2006. – 574, [2] с.
5. Лихт Г. Сексуальная жизнь в Древней Греции / Пер. с англ. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2003. – 430 с.
6. Кон И.С. Любовь небесного цвета. – СПб.: «Продолжение жизни», 2001. – 384 с.
7. Кашенко Е.А. Сексуальная культура военнослужащих. – М.: Едиториал УРСС, 2003. – 272 с.
8. Кузнецов М.Н., Троицкий В.Ю., Прозоров А.А. // Главный пропагандист гомосексуализма в России // <http://www.enikeeva.ru/press/Politik/kon.htm>
9. Всемирный банк: России нужен миллион иммигрантов. 1.11.2005 // <http://www.rambler.ru/db/news/msg.html?mid=6799169&s=6>
10. РАДУЖНЫЕ НОВОСТИ. 12 февраля 2008 года. Гомосексуальность важна с точки зрения эволюции, выяснили ученые // <http://www.gay.ru/news/rainbow/2008/02/12-12225.htm>
11. Проблема психической нормы // <http://kluverpsycho.narod.ru/norma.html>
12. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
13. Кочарян Г.С. Гомосексуальные отношения и общество. Сообщение 2. Взгляды на гомосексуальность в постсоветской России // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2., №4. – С. 65–75.
14. Кочарян Г.С. Гомосексуальные отношения и общество. Сообщение 3. Взгляды на гомосексуальность в постсоветской Украине // Медицинская психология. – 2008. – Т. 3., №1. – С. 60–72.

Поступила в редакцию 10.09.2008

УДК: 89-008.441.13:159.922:615.214

*Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна***ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ КОМПЛАЄНСА ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: алкогольна залежність, комплаєнс, мотивація до лікування, рівень суб'єктивного контролю, відношення до хвороби

Сучасна концепція реабілітації осіб з залежністю від психоактивних речовин (ПАР) передбачає побудову системи лікарських заходів, які носять характер тривалих терапевтичних програм. У цих умовах особливого значення набуває проблема комплаєнсу. Недодержання хворими терапевтичного режиму значно знижує ефективність лікування, а приховування від лікаря порушень режиму призводить до помилок при виборі подальших методів лікування.

Вважають, що рівень комплаєнсу залежить від багатьох специфічних та неспецифічних факторів, які пов'язані з пацієнтом, з лікарем та з організацією лікування. Серед тих, що пов'язані з пацієнтом, виділяються фактори, які утруднюють комплаєнс: тривога та страх, дезорганізація мислення, негативізм, соціопатичні тенденції, анозогнозія, амбівалентність, знижена (нестійка) критика [10]. Суттєво, що є дані про вплив преморбідних особливостей пацієнтів на їх комплаєнс [11]. Так, хворі з істеричними рисами відрізняються легковажним та недбалим ставленням до лікування. Вони використовують лікарські засоби для маніпулювання оточуючими, для них актуальним є ризик залежності від лікаря. Хворі з обсесивними рисами пунктуально виконують призначення лікаря, прийом ліків перетворюють в ритуал, що ускладнює їх відміну. Самолікування або зловживання психотропними засобами властиве особистостям з невротичною структурою, психічно незрілим або схильним до ситуаційно тривожних реакцій.

Відомо, що терапевтичний режим не обме-

жується схемою прийому лікарських препаратів, а містить цілий комплекс рекомендацій для зміни життєвого стилю та поведінки пацієнта, які підтримують хворобу [2,7]. М.М. Кабанов [5], розглядаючи реабілітацію як системне бачення хворого, вказує на чималі труднощі на шляху до реалізації будь-якої реабілітаційної програми. Досягнення високого рівня комплаєнсу, з його точки зору, неможливе без подолання страху пацієнта перед спілкуванням з лікарем, перед діагнозом, без усвідомлення ним прийнятної для свого статусу «внутрішньої картини хвороби». Крім того, комплаєнс залежить від психологічних особливостей пацієнта (рівня емпатії, вміння спілкуватися та ін.) та стилю роботи медичного закладу, його репутації, професіоналізму персоналу.

В деяких дослідженнях вивчалась залежність комплаєнсу від клінічної ситуації та терапевтичної програми. Стверджується, що поряд з «особливими» рисами комплаєнсу, які властиві природі конкретної хвороби, особисті фактори, що впливають на його рівень, мало специфічні [12].

Не зважаючи на зростання інтересу до проблеми комплаєнсу, кількість системних досліджень у цій галузі суттєво відстає від робіт, присвячених різноманітним аспектам психофармакології та психотерапії. Практично не вивчалися психологічні фактори, які впливають на формування комплаєнсу хворих з залежністю від ПАР.

Метою дослідження було визначення психологічних факторів, які впливають на формування комплаєнсу у осіб з алкогольною залежністю.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації даної мети використовувались такі методики:

1. Опитувальник для вивчення установок до лікування, розроблений у Психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева (2002 р.) [6];

2. Методика оцінки мотивів вживання алкоголю, запропонована В. Ю. Зав'яловим [4];

3. Методика визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК) [9];

4. Методика Кеттела для оцінки особистіс-

них особливостей [1];

5. Методика «Тип ставлення до хвороби» для дослідження типу реагування на захворювання [8];

. Для визначення рівня комплаєнсу застосовувалася розроблений нами опитувальник («Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 21140 від 06.07.2007 р., видане Державним департаментом інтелектуальної власності»), який являє собою набір питань з варіантами відповідей відповідно до різноманітних аспектів дотримання хворими терапевтичного режиму. Опитувальник дозволяє діагностувати рівні комплаєнсу: повний, частковий та низький.

Під комплаєнсом ми розуміли свідоме додержання хворим терапевтичного режиму та співробітництво зі спеціалістами. У рамках даного підходу були виділені такі основні визначення:

по-перше, комплаєнс розглядався як клініко-психологічний феномен, який формувався в процесі терапевтичних відносин та був результатом узгодженості поглядів пацієнта і лікаря на прояви захворювання, методи лікування та оцінку дій;

по-друге, терапевтичний режим передбачав відмову хворого від вживання алкоголю, дотримання ним схеми прийому лікарських препара-

тів, відвідування індивідуальних психокорекційних занять;

по-третє, комплаєнс називався повним, якщо хворі дотримувалися режиму тверезості, своєчасно приймали призначені лікарські засоби та співпрацювали зі спеціалістами (лікарем, психологом) протягом основного лікувального курсу та підтримуючої терапії. Частковим комплаєнсом вважалось виконання лікарських призначень із епізодичними порушеннями (змінною дозуванням та часу приймання), участь в психокорекційній програмі з пропуском декількох занять та збереженням або поодиноким порушенням режиму тверезості. Низьким рівнем комплаєнсу вважалися регулярні порушення режиму тверезості, відмова або мінімальна участь в психокорекційній роботі, частковий прийом лікарських препаратів.

Всього було обстежено 45 чоловіків з алкогольною залежністю. Діагностика психічних та поведінкових порушень, характерних для синдрому алкогольної залежності (F 10.2), проводилась відповідно до Міжнародної класифікації захворювань 10-го перегляду (МКБ-10).

Хворі були обстежені на початковому етапі лікування (на 7 – 10-й день перебування в наркологічному стаціонарі).

Результати дослідження та їх обговорення

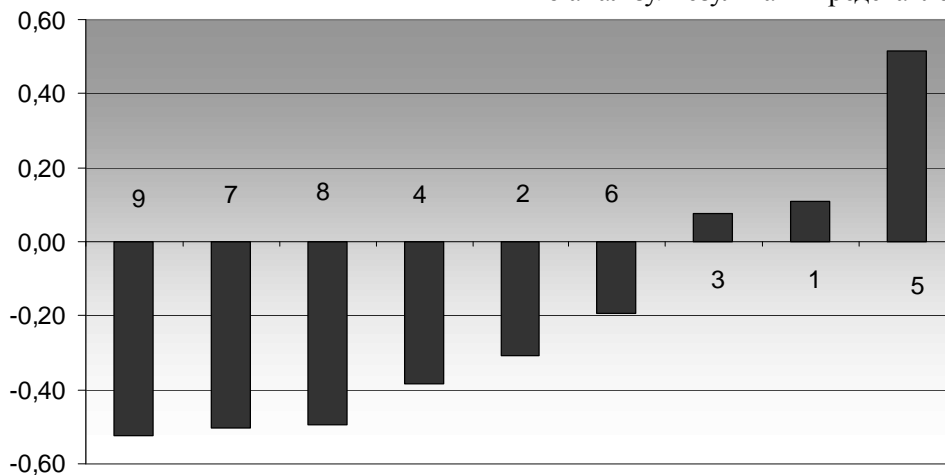
Серед усіх обстежених повний вид комплаєнсу діагностувався у 11 (24,44%) чоловік, частковий – у 24 (53,33%), низький – у 10 (22,22%).

Серед мотиваційних факторів, що впливали на формування комплаєнсу розглядалися мотивація вживання алкоголю та наявні терапевтичні настанови.

Виявилось, що для більшості хворих були характерні традиційні (соціально обумовлені -

12,08±0,26), гедоністичні (обумовлені бажанням отримати задоволення - 10,65±0,41) та атарактичні (пов'язані з бажанням нейтралізувати негативні переживання - 10,20±0,43) мотиви вживання алкоголю.

Було проведено дослідження зв'язку показника рівня комплаєнсу та показників мотивації вживання алкоголю за допомогою кореляційного аналізу. Результати представлені на рис. 1.



Примітка: Показники мотивації - 1 – традиційні; 2 – субмісивні; 3 – псевдокультуральні; 4 – гедоністичні; 5 – атарактичні; 6 – гіперактивні; 7 – «похмільні»; 8 – адиктивні.

Рис. 1. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та мотивів вживання алкоголю

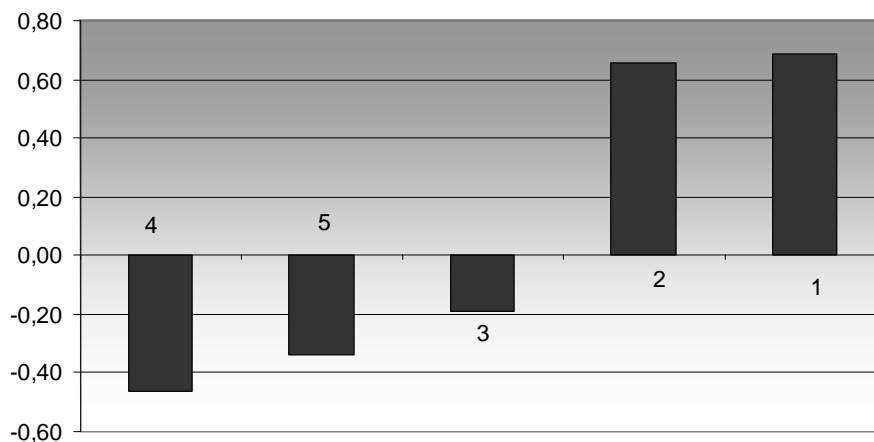
Так, достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений з показником, який відповідає атарактичним мотивам вживання алкоголю ($r_{x;y} = 0,51$). Дані мотиви, як відомо, пов'язані з бажанням нейтралізувати напругу, тривогу, страх за допомогою алкоголю. На нашу думку, високий рівень комплаєнсу пацієнтів з атарактичною мотивацією вживання алкоголю пояснювався наявністю у них позитивних очікувань відносно можливих ефектів лікування, а саме, очікування допомоги у вирішенні внутрішнього особистісного конфлікту, або в налагоджуванні взаємовідносин із близькими людьми.

Була виявлена негативна кореляція з показником, який відображає виразність власне патологічних мотивів (шкали 7, 8, 9 – $r_{x;y} = -0,50$; $r_{x;y} = -0,49$; $r_{x;y} = -0,52$ відповідно), які проявлялися на клінічному рівні у формі хворобливої тяги. До них належали: «похмільні» мотиви, які були виражені у прагненні за допомогою алкоголю зняти прояви синдрому відміни, психофізичний дискомфорт; адиктивні мотиви, які відображали «пристрасть» до алкоголю, фіксацію у свідомості хворобливого потягу до нього та мотиви самопошкодження. Ці мотиви вживан-

ня алкоголю відповідають хронізації хворобливих симптомів, що відобразалося у зміні усієї мотиваційної сфери особистості хворого. Відповідно до отриманих даних, встановлено, що чим більш вираженими були власне патологічні мотиви вживання алкоголю у осіб з алкогольною залежністю, тим частіше вони були схильні порушувати встановлений лікувальний режим.

Негативний кореляційний зв'язок з показником комплаєнсу мали також показники, які відображають гедоністичні (шкала 4; $r_{x;y} = -0,69$) та субмісивні мотиви вживання алкоголю (шкала 2; $r_{x;y} = -0,31$). Хворим з такими мотивами було властиво співвідносити поняття «випивка» з веселим проведенням часу, розвагою, приємним спілкуванням. Хворим важко було протистояти обставинам, які провокують вживання алкоголю, а лікувальні процедури та режим тверезості сприймався важким, небажаним обов'язком.

Дослідження терапевтичних настанов виявило, що найчастіше зустрічались настанови на досягнення симптоматичного покращення ($13,12 \pm 0,46$) та пасивну позицію ($12,03 \pm 0,65$) у лікуванні. Було встановлено також зв'язок показника рівня комплаєнсу з показниками, які відображають мотивацію до лікування (рис. 2).



Примітка: 1 – настанова на інсайт; 2 – настанова на зміну поведінки; 3 – настанова на досягнення симптоматичного покращення; 4 – настанова на «вторинну вигоду» від хвороби; 5 – пасивна позиція.

Рис. 2. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та мотивів лікування.

Показник настанови на досягнення інсайту, тобто розуміння прихованих причин хвороби, хворобливих змін особистості та можливостей терапії (шкала 1; $r_{x;y} = 0,69$), а також показник настанови на зміну поведінки (шкала 2; $r_{x;y} = 0,66$) позитивно корелювали з показником сформованого комплаєнсу. Така мотивація була характерна для хворих, які усвідомлюють наявність хвороби, а також необхідність лікування та, у зв'язку з цим, критично розглядають свою «алкогольну» поведінку.

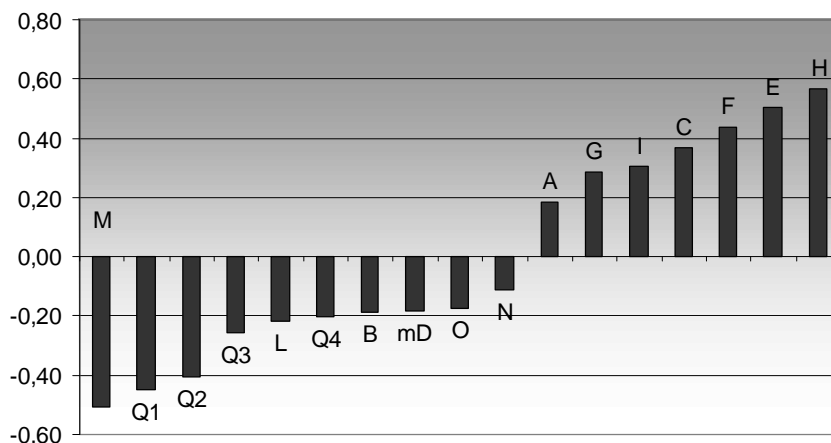
Негативна кореляція була встановлена з показниками, які відображають настанову на отримання «вторинного виграшу» від хвороби (шкала 4; $r_{x;y} = -0,46$) та настанову на пасивну позицію в лікуванні (шкала 5; $r_{x;y} = -0,34$). Вибір даних настанов був характерним для хворих, які очікують, що саме перебування у лікарні забезпечить їх потребу в безпеці, стане приводом для відкладання рішення важливих життєвих питань та уникнення відповідності за близьких. Пасивна настанова передбачала вимушене

звернення до лікаря під тиском рідних, обтяжливе перебування в стаціонарі та формальне, поверхневе ставлення до лікування, інколи, приховану опозицію до вимог лікувального режиму. Хворі часто пропускали візити до лікаря, ухилялися від участі в психокорекційній роботі.

Дослідження впливу особистісних особливостей на комплаєнс призводилось за допомогою методики Кеттела. З урахуванням максимальних та мінімальних оцінок, які були отримані по факторам опитувальника, для обстежених характерним був профіль, що умовно відбивався формулою FHO – Q2CB, тобто, домінуючими рисами хворих були імпульсивність, лабільність настрою, тривожність, вразливість, конформізм у поєднанні з конкретністю, ригідністю мислення.

Відносно показників цієї методики за допомогою кореляційного аналізу були отримані наступні результати (рис. 3): Фактори H (гх:у = 0,57) и E (гх:у = 0,50), F (гх:у = 0,44), які відображають ступінь соціальної активності, фактор C (гх:у = 0,37) – емоційну стійкість і фактор I (гх:у = 0,31) – здатність до емпатії отримали по-

зитивну кореляцію з рівнем комплаєнсу. Отримані дані підтвердили той факт, що впевнені, активні хворі мають достеменно більш високий рівень виконання лікарських рекомендацій, ніж невпевнені в своїх силах, тривожні пацієнти. Негативна кореляція була отримана з показником фактору M – «Практичність – розвинена уява» (гх:у = – 0,51). Так, хворі з низькими оцінками за даної шкалою, яким була властива практичність, уважність до дрібниць, орієнтація на загальноприйняті норми, мали повніший комплаєнс, ніж хворі з високими оцінками, які характеризувалися як люди з розвинутою уявою, орієнтовані на свій внутрішній світ, але при цьому непрактичні і, як наслідок, нездатні точно виконувати терапевтичні рекомендації. Також мали негативну кореляцію показники факторів Q1 – «консерватизм –радикалізм» (гху = – 0,45) та Q2 – «конформізм –нонконформізм» (гх:у = – 0,41). Ці дані, напевно, вказують на те, що конформізм та прихильність до загальноприйнятих норм поведінки є тими особистісними якостями, які полегшують прийняття пацієнтом рекомендацій лікаря та вироблення узгодженого плану дій.



Примітка: фактори H-„сміливість”, E-„домінантність”, F-„експресивність”, C-„емоційна стійкість”, M-„непрактичність”, Q1-„радикалізм, критичність”, Q2-„нонконформізм”.

Рис. 3. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та особистісних факторів Кеттела.

Однією з важливіших клінічних та соціально-психологічних характеристик особистості є ступінь активності людини в досягненні своїх цілей, міра самостійності поведінки, рівень розвитку відповідальності за те, що з нею відбувається. Ця загальна характеристика впливає на більшість аспектів поведінки людини, та набуває особливого значення у діяльності, пов'язаній з лікуванням та одужанням. Рівень відповідальності хворих вивчався за допомогою методики РСК. У більшості обстежених (33 або 73%) хворих діагностувався екстернальний локус контролю, що відображало зниження

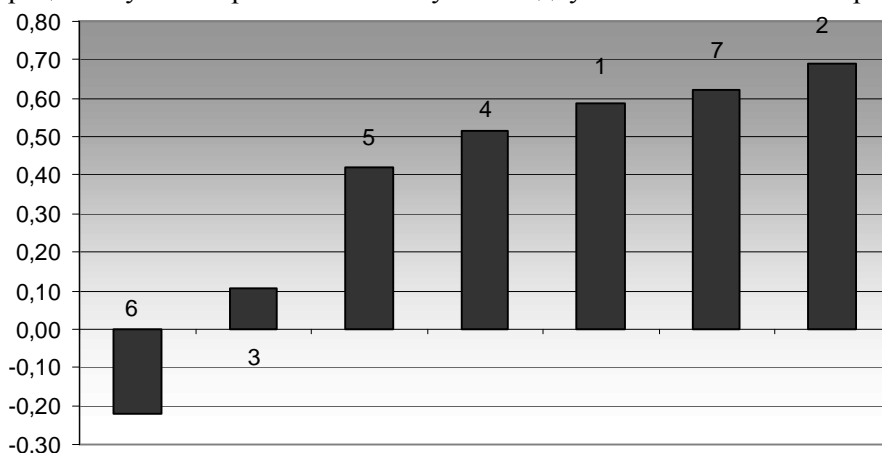
здібності до відповідальності та регулювання своєї поведінки.

Результати кореляційного аналізу показника рівня комплаєнсу та показників методики РСК представлені на рис. 4.

Так, достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений між показниками рівня комплаєнсу та показником загальної інтернальності (Ію; гху = 0,59). Високий показник за даною шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю на будь-якими значущими ситуаціями. Це означає, що пацієнти з високим рівнем суб'єктивного контролю почували себе

відповідальними за те, як складалося їх життя в цілому, а в процесі лікування при виконанні ліку-

вальних інструкцій здатні були проявляти необхідну обов'язковість та старанність.



Примітка: 1 – Іо, загальна інтернальність; 2 – Ід, в галузі досягнень; 3 – Ін, в галузі невдач; 4 – Іп, в галузі професійної діяльності; 5 – Ис, в галузі сімейних взаємовідносин; 6 – Им, в міжособистісних стосунках; 7 – Из, по відношенню до здоров'я та хвороби.

Рис. 4. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та рівня суб'єктивного контролю.

Позитивна кореляція була встановлена також з показниками наступних шкал:

- інтернальності в галузі досягнень (Ід; $r_{xy} = 0,69$), що відповідало високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Така установка сприяла більш оптимістичному погляду на ефекти лікування та їх більшій впевненості у собі;

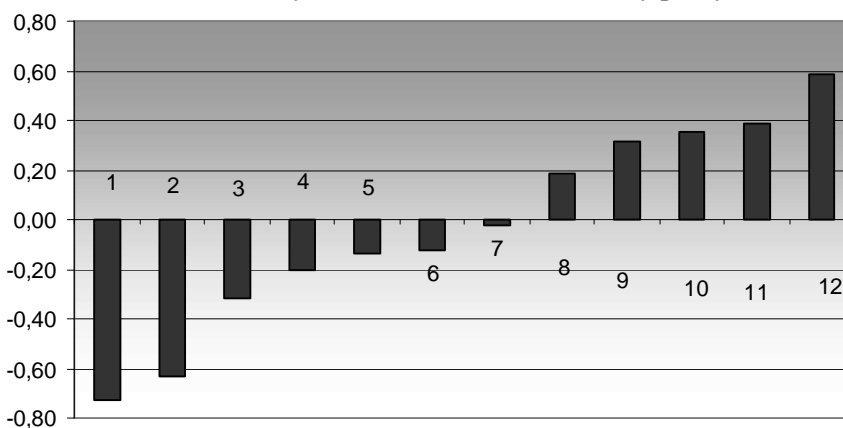
- інтернальності у виробничих стосунках (Іп; $r_{xy} = 0,52$), що означало більш активну позицію цих хворих стосовно організації власної професійної діяльності, в своєму просування по службі;

- інтернальності в сімейних стосунках (Іс;

$r_{xy} = 0,42$), що визначало відповідальність за події в сімейному житті;

- інтернальності по відношенні до здоров'я та хвороби (Из; $r_{xy} = 0,62$). Ці дані свідчили про взаємозв'язок фактору відповідальності хворих за своє здоров'я та свій спосіб життя – з одного боку, та дотриманням ними терапевтичного режиму – з іншого.

За результатами методики „Тип ставлення до хвороби” характерним для обстежених виявився дифузний тип ставлення до хвороби, який характеризувався домінуванням шкал сензитивного, неврастеничного, тривожного та ергопатичного типу реагування.



Примітка: 1 – апатичний, 2 – меланхолійний, 3 – анозогнозичний, 4 – неврастеничний, 5 – параноїдальний, 6 – тривожний, 7 – дисфоричний, 8 – іпохондричний, 9 – егоцентричний, 10 – ергопатичний, 11 – гармонійний, 12 – сензитивний.

Рис.5. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та типів відношення до хвороби.

На рис. 5 відображені дані кореляційного аналізу показника комплаєнсу з показниками шкал методики «Тип ставлення до хвороби». Був виявлений наступний кореляційний зв'язок: по-

зитивний з показниками сензитивного ($r_{xy} = 0,59$), гармонійного ($r_{xy} = 0,39$), ергопатичного ($r_{xy} = 0,35$) і егоцентричного ($r_{xy} = 0,32$) типів ставлення до хвороби; негативний – з апатич-

ним (гх:у = - 0,73), меланхолійним (гх:у = - 0,63) та анозогнозичним (гх:у = - 0,31) типами. Виходячи із отриманих даних, такі характеристики хворих як їх занепокоєння можливим несприятливим враженням, яке може справити на оточуючих звістка про захворювання; побоювання, що оточуючі стануть зневажливо ставитися до них; прагнення зберегти можливість активної трудової діяльності, а також здатність адекватно оцінювати свій стан, сприяли становленню більш повного комплаєнсу. Навпаки, слабке усвідомлення хвороби, байдужість до наслідків захворювання, знецінення ефектів лікування, незацікавленість в одужанні, песимістичний і разом з тим споживчий погляд, розповсюджений на все навколо, ускладнювали формування позитивних терапевтичних установок і, як наслідок, забезпечували низький рівень комплаєнсу.

Висновки:

1. Формування рівня комплаєнсу хворих з алкогольною залежністю детермінується складним сполученням психологічних факторів, серед яких основними є мотиви вживання алкоголю, наявні настанови до лікування, тип ставлення до хвороби, рівень суб'єктивного контролю,

а також деякі індивідуально - типологічні особливості.

2. До факторів, що сприяють підвищенню рівня комплаєнсу відносяться атарактичні мотиви вживання алкоголю, терапевтичні настанови на інсайт та зміну поведінки, інтернальність у галузі досягнень та по відношенню до здоров'я, сензитивно-ергопатичний тип ставлення до хвороби і такі особливості характеру як товариськість, практичність й конформізм. Фактори, що знижують рівень комплаєнсу, пов'язані з гедоністичними та власне патологічними мотивами вживання алкоголю, настановами на пасивну позицію та отримання „вторинного виграшу” від знаходження на лікуванні, апатичним або меланхолійним ставленням до захворювання й такими особистісними характеристиками як критичне ставлення до оточуючих та нонконформізм.

3. Врахування даних результатів може служити основою для створення спеціальних психокорекційних програм, спрямованих на підвищення мотивації до лікування, оптимізацію терапевтичного співробітництва та збереження ремісії хворих з алкогольною залежністю.

Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

В статье рассмотрены психологические факторы, детерминирующие формирование комплаенса больных с алкогольной зависимостью, среди них: мотивация к лечению, уровень субъективного контроля, тип отношения к болезни, индивидуально – типологические особенности. Выделены три вида комплаенса – полный, частичный и низкий. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 3 (20). — С. 61-67).

L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF COMPLIANCE IN ALCOHOL DEPENDENT PERSONS

Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS Ukraine

In the presented article the psychological factors of compliance in alcohol dependent persons are described. Motivation to the treatment, the patients's different subjective control, type of attitude to the disease, the patients's personality characteristics are determined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P.61-67).

Література

1. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. – М.:Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
2. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии. – М., 1999. – С.140 – 176.
3. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. Т. 136. Спб., изд. Психоневролог. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1996, 190с.
4. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198с.
5. Кабанов М. М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплаенса. Ж-л «Социальная и клиническая психиатрия», 1998, Т. 8, № 2. с. 58 – 62.

6. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека и А. Фримена. – Спб: Питер.– 2002. – 544 с.
7. Материалы ООН. Инвестиции в лечение наркомании – документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. А. Т. Маклееллан. // Ж. Наркология, М., 2005, № 4.- С.18 – 62.
8. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. Ленинград, 1987. – 26 с.
9. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК). Методические рекомендации. Ленинград, 1984. – 22 с.

10. Corrigan, P. W., Liberman, R.P., Engel, J.D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 41, 1203 – 1211.

11. Diamond, R.J. (1983). Enhancing medication use in

schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 44, 7 – 14.

12. Kemp R, David A. Compliance Therapy: An Intervention Targeting Insight and Treatment Adherence in Psychotic Patients.// *B. M. J.* – 1996, – Vol.312 – P345-349.

Поступила в редакцию 18.10.2008

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.89-008.454-02:616.8-085.851]-056.83-055.1-082.3

*И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, А.Е. Николенко, О.В. Ламбракис***ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (МУЖЧИН) С ТРЕВОЖНО - ДЕПРЕССИВНЫМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ, КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА РЕМИССИИ**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: алкоголизм, ремиссия, психотерапия, тревога, депрессия

Психодинамический взгляд на природу зависимого поведения предполагает приоритетность психологической проблематики в генезе заболевания по сравнению с другими его причинами. Отдавая должное роли среды, социокультурным влияниям, свойствам наркотического вещества, биологическим механизмам, предрасположенности, мы все же считаем, что основная причина возникновения зависимости – отклонения в индивидуальном психологическом развитии, в специфической структуре личности.

«Любая наркомания сводится к неверному отношению к наркотикам» (Matussek, 1961). Эта мысль, на наш взгляд, очень четко отражает суть заболевания, в основе которого лежит личностная девиация, приводящая к искажению мотивационной подоплеку поведения. Основным мотивом жизненной активности человека, предрасположенного к зависимости, является не только достижение желаемой цели, сколько избегание напряжения. Он воспринимает любое напряжение «как младенец воспринимает голод, т.е. как угрозу своему существованию» (Ferkhel, 1975). Тревога и депрессия сопровождают такого человека на протяжении всей жизни, и их интенсивность очень слабо зависит от объективных обстоятельств и жестко детерминирована субъективным переживанием реальности, как опасной. Алкоголизация или употребление других психоактивных веществ позволяет очень быстро уменьшить тревогу, что и формирует «неверное отношение к наркотикам». Делает их незаменимым

посредником между психикой и реальностью, уменьшая напряжение от столкновения с ней и создавая у человека иллюзию адаптированности.

Прослеживая историю патодинамического развития каждого больного алкоголизмом или наркоманией, достаточно легко выявить психологическую подоплеку предрасположенности к заболеванию, тревожно-депрессивный радикал в их личности. Кроме того, исследуя больных алкоголизмом, находящихся в состоянии ремиссии, мы неоднократно обращали внимание на корреляцию между продолжительностью ремиссии, качеством социальной адаптации с одной стороны и снижением уровня общей тревожности с другой. Депрессивная позиция в оценке реальности, свойственная большинству зависимых людей, как правило, сохранялась и в периоде трезвости. Однако выраженность депрессивных переживаний была значительно больше в преддверии рецидива.

В настоящее время никто не подвергает сомнению целесообразность психотерапевтического лечения больных алкоголизмом. При огромном разнообразии подходов, все психотерапевтические методики, позволяющие получить позитивный результат, направлены на усиление «Я» пациента, формирование способности контролировать тревогу и не руководствоваться депрессивными переживаниями при выборе поведенческой стратегии. В случае решения этих задач пациенты демонстрируют глубокие и качественные ремиссии.

Материал и методы исследования

Одной из таких методик явилась личностно – ориентированная (реконструктивная) психотерапия, имеющая в своей основе систему патогенетической психотерапии, опирающейся на «Я» – концепцию и систему межличностных отно-

шений. Поэтапное осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации в системе данной психотерапевтической методики служит основой регуляции потребностей, которая на своих высших уровнях связана с са-

мовоспитанием, формированием осознанных отношений (по В.Н.Мясищеву). Определение «реконструктивная» рассматривается в плане воссоздания прошлого опыта пациента для понимания причин, которые привели к тупику в развитии личности с последующей разработкой стратегии восстановления и дальнейшего строительства будущего. Осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации является основой для регуляции и перестройки отношений личности на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях.

Выраженность тревожности исследовалась при помощи опросника «Личностная шкала проявления тревоги (Teulor J, 1953). Глубина депрессивных переживаний оценивалась по «Шкале депрессии» (методика НИИ им. Бехтерева).

Можно считать общепринятым мнение о слабой эффективности медикаментозного лечения больных алкоголизмом в силу палеотивности фармакологического воздействия на психику. Тем не менее, у определенного числа пациентов отмечаются достаточно устойчивые ремиссии, даже после непродолжительной терапии транквилизаторами и другими психотропными препаратами. Специалистам известны спорадические примеры спонтанных и длительных ремиссий, формирующихся у больных алкоголизмом без медицинской помощи.

Проводя наше исследование, мы сравнивали

качество ремиссий формирующихся вследствие длительной и кропотливой психотерапевтической работы и ремиссий, возникающих без психотерапевтического вмешательства. Традиционно используемый критерий продолжительности воздержания от алкоголя, на наш взгляд, не может служить абсолютным показателем качества ремиссии, поскольку он зачастую связан с общей продолжительностью алкогольного эксцесса, как варианта запойного пьянства с периодом последующего воздержания, зависящего непосредственно от интоксикационного влияния алкоголя на обменные процессы. Следовательно, он отражает зачастую лишь количественную сторону явления, и последующая длительность процесса становления ремиссии и её качества являются далеко не равнозначными категориями. Опыт психотерапевтической работы с проблемой зависимости убеждает нас в том, что у отказавшихся от алкоголя пациентов нередко возникают эмоциональные проблемы, обостряются психосоматические заболевания, а также нарушаются взаимоотношения с людьми. Зачастую, бросивший пить пациент, страдающий алкоголизмом, гораздо менее адаптирован к социуму, чем в период употребления алкоголя. Поэтому, с целью оценки качества ремиссии, мы использовали критерии выраженности тревожно-депрессивных переживаний, рассматривая его также в качестве предиктора рецидива алкоголизации.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами обследованы 32 больных алкоголизмом мужчины, находящихся в состоянии ремиссии более года. Все испытуемые в разное время проходили стационарное лечение в наркологических отделениях по поводу алкоголизма (в среднем 1,5 госпитализации на одного участника исследования) получали массивную медикаментозную терапию, включая психотропные препараты. Из числа участников исследования нами были выделены 17 человек (группа А) имевших опыт участия в психодинамических группах (от 30-150 часов групповой психотерапии), причем 6 из них были участниками психотерапевтической группы на момент исследования. Оставшиеся 15 человек (группа Б) не имели опыта личностно - ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Группы достоверно не различались по среднему возрасту, уровню образования, стажу алкоголизации и количеству психотических эпизодов.

Группы продемонстрировали существенные различия выраженности тревожности 5 (29,4%)

испытуемых в группе А, и 6 (40%) в группе Б набрали от 25 до 50 баллов, что рассматривается как показатель высокого и очень высокого уровня тревоги. Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги выявлен у 6 (35,3%) человек в группе А и 7 (46,6%) в группе Б. Средний (с тенденцией к низкому) и низкий уровень тревоги продемонстрировали 6 (35,3%) испытуемых группы А и 2 (13,3%) группы Б.

Очевидно, что более высокая тревожность испытуемых из группы Б характеризует их ремиссию, как менее качественную, с большей вероятностью возобновления алкоголизации. По-видимому, одним из позитивных факторов в формировании и продлении качественной ремиссии является участие больных алкоголизмом в долговременном групповом психотерапевтическом процессе.

Исследования по шкале депрессии показали наличие в изучаемых группах А - 2-х (11,8%) и Б -1 (6,7%) испытуемых, состояние которых соответствует диагностической категории «без

депрессии». У 13 участников группы А (75%) и 12 испытуемых группы Б (80%) выявлено «суб-депрессивное состояние» либо «легкая депрессия». «Истинное депрессивное состояние» диагностировано у 3-х (17,6%) испытуемых группы А и у 2-х (13,3%) группы Б. Не приходится говорить о достоверных различиях между сравниваемыми группами по показателю «депрессии». Вероятно, депрессивная позиция в восприятии реальности является характеристикой, не зависящей от качества ремиссии.

Таким образом, диагностика депрессивно -

тревожного состояния почти всегда представляет сложности в связи с обычно имеющим место вытеснением внутриличностного конфликта из сознания больных и субклиническим уровнем симптоматики.

Из вышеизложенного очевидно, что «психотерапевтическое» влияние среды, наличие субъективно значимых целей, которые обуславливают большую мотивацию к трезвости, повышает резистентность «Я» к тревожно-депрессивным переживаниям и улучшает качество формируемой ремиссии.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, А.Е. Ніколаєнко, О.В. Ламбракіс

ВПЛИВ ПСИХОТЕРАПІЇ НА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛІЗМ (ЧОЛОВІКІВ) З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯК КРИТЕРІЙ ЯКОСТІ РЕМИСІЇ

Дніпропетровська державна медична академія

У сучасній психіатрії виділяється основна причина виникнення залежності – відхилення у специфічній структурі особистості. Психологічною підставою схильності до захворювання є тривожно – депресивний радикал особистості. Метою даного дослідження була оцінка якості ремісії, які формуються внаслідок психотерапевтичної роботи, і ремісій, що виникають без психотерапевтичного втручання. Досліджені 32 чоловіка хворих на алкоголізм, які знаходяться у стані ремісії більше року: група А, які мали досвід участі у психодинамічних групах та група Б, які не мали досвіду особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії. За час спостереження були відмічені суттєві відмінності вираження тривожності та депресії у досліджуваних в групах порівняння, що свідчить про те, що «психотерапевтичний» вплив активує резистентність «Я» до тривожно-депресивних переживань та підвищує якість ремісії, що формуються. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С.68-70).

I. D. Spirina, E.F. Leonov, A.E. Nicolenko, O.V. Lambrakis

INFLUENCE OF PSYCHOTHERAPY ON THE PATIENT (MALE) ON ALCOHOLISM WITH ANXIOUS-DEPRESSION DISORDERS AS A CRITERIUM OF THE QUALITY OF REMISSION

Dnepropetrovsk state medical academy

Modern psychiatry the basic reason of occurrence of dependence-deviation (rejection) in specific structure of the person is allocated. By psychological underlying reason of predisposition to disease is the radical of the person disturbing-depressive. By the purpose of the given research was the estimation of quality of remission formed owing to psychotherapeutic job and remission, arising without psychotherapeutic intervention. It was examined of 32 persons with chronicle alcoholism at the period of remission more than year: group A who take part in psychodynamic group and group B without experience of person-focused psychotherapy. The essential distinctions expressiveness of anxiety and depression at the examinees in groups of comparison are marked, that speaks that “psychotherapeutic” the influence activates resistance “I” to disturbing - to experiences and raises quality formed remission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P.68-70).

Литература

1. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром – Л., Медицина, 1976.-120 с.;
2. Введенский И.Н. Алкоголизм и другие наркомании. - В кн.: Судебная психиатрия. Руководство для врачей.-М, Медгиз,1950, с.242-257;
3. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии.-М, Медицина, 1965.-319 с.
4. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Некоторые аспекты проблемы “личность и алкоголизм”. - //Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. Под ред. Г.В.Морозова. - М, МЗ СССР ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П.Сербского, 1978, с.21-27;
5. Корсаков С.С. Учебник психиатрии. Изд. 3-е, переработ. авт. /Под ред. комисс. общества невропатологов и психиатров.-М.,1913, т.2;
6. Лисицин Ю.П., Копыт Н.Я. Алкоголизм (социально-гигиенические аспекты). –М., Медицина, 1978, 231 с.;
7. Лукачер Г.Я., Посохов В.В. Неврологические изменения у больных хроническим алкоголизмом.-Сов.мед.,1975, 12, с.95-100;
8. Морозов Г.В. Современное состояние научных исследований по проблеме алкоголизма.- //Тез. докл. 2-й Всесоюз. научно-практ. конф. по вопр. клиники, проф. и лечения алкоголизма и наркоманий (13-15 декабря 1978) -М., 1978,с.14-19;
9. Морозов Г.В. Алкоголизм.-М.,1983.-с.432;
10. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. -Л, Медицина, 1973.-368 с.;
11. Пятницкая И.Н., Карлов В.А., Элконин Б.Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. - М.Медицина, 1977.-136 с.;
12. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология.-М.,1975.-с.576;
13. Пятов М.Д. Исследование клиники запойных состояний. - //Проблемы алкоголизма. Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний (сборник науч. трудов).М.,1974,вып.4,с.49-53;
14. Рожнов В.Е., Шубина Н.К. О некоторых особенностях психотерапии психопатических личностей, злоупотребляющих алкоголем. - //Проблемы алкоголизма.-М, МЗ СССР,ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П.Сербского, 1970,с.124-129;
15. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. – М., ГЕОТАР-МЕД, 2002.- 863с.;
16. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. - М, Медгиз,1949,224 с.;
17. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем.-М., Медицина, 1973.- 384 с.;
18. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. -М, Медицина,1977.

Поступила в редакцию 21.06.2008

УДК 616.89-085.015.32

*И.А.Бабюк, Ц.Б. Абдрахимова, И.Б. Рымарь, Л.А.Гашикова***ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: непсихотические психические и соматоформные расстройства, лечение, хомвио-нервин

Неблагоприятное воздействие социально-психологических, экономических и экологических факторов на психику человека в современном мире способствует тенденции роста удельного веса непсихотических психических расстройств. Изменение клинической структуры психопатологических состояний характеризуется патоморфозом симптоматики с преобладанием невротических депрессий, астенических, ипохондрических, соматовегетативных проявлений [3]. Риск развития депрессивных состояний повышается при наличии соматических и неврологических заболеваний. В настоящее время разработан четкий перечень симптомов, позволяющих поставить диагноз наличия у пациента депрессии (МКБ-10). При этом осевыми симптомами считаются:

1. Пониженное настроение, проявляющееся большую часть дня, почти каждый день, обнаруживаемое субъективно или при наблюдении за пациентом.

2. Отчетливое снижение заинтересованности или удовлетворения от всякой активности большую часть дня, почти каждый день.

Указанные ниже симптомы дополняют осевые: явное снижение веса без специальной диеты; бессонница или чрезмерная сонливость; психодвигательное замедление или возбуждение; попятойная усталость; чувство заниженной самооценки или неадекватное чувство вины; нарушение четкости мышления и концентрации внимания; навязчивые мысли о смерти, самоубийстве. Для определения наличия депрессивного состояния у пациента необходимо наличие минимум пяти из указанных симптомов. При этом обязательно наличие первого или второго осевого симптома, периодичность ухудшений должна быть не реже чем каждые две недели. Для «замаскированной» соматогенно обусловленной депрессии характерно наличие бессонницы (раннее пробуждение), боли в области го-

ловы, позвоночника, суставов, недомоганий со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта. Для подобных проявлений характерна зависимость от психоэмоциональных нагрузок. Правильно установленный диагноз позволяет врачу обосновать рациональную фармакотерапию. Например, при депрессии построенный курс терапии должен длиться еще не менее 6 мес. после купирования ее клинических проявлений. При этом длительная традиционная фармакотерапия может привести к зависимости от психотропных препаратов, развитию побочных осложнений. Риск формирования такой зависимости более высок у женщин старше 40 лет и у пациентов, принимающих бензодиазепины дольше, чем 6 недель [4; 5].

Поэтому, современные специалисты при назначении адекватной терапии должны предъявлять к психотропным препаратам следующие требования:

- широкий спектр психотропной активности (эффективное влияние на тревожно-депрессивные, ипохондрические и другие симптомы); минимальное побочное действие на вегето-висцеральные функции; положительное лечебное воздействие на сомато-неврологическую сферу; отсутствие влияния на сенсомоторные реакции, внимание и т.п.

Все это определяет особую важность использования в терапии психических расстройств препаратов различных групп, в том числе и природного происхождения, сочетающих высокую эффективность с возможно более низкими вредными побочными воздействиями на организм пациента.

Наши исследования показывают, что в этом плане большой практический интерес представляют комплексные гомеопатические препараты фирмы «Homvioga» (Германия). Им присуще оптимальное сочетание малых доз сырья природного происхождения и технологии изготовления, основанной на патентировании компо-

нентов. Это, в свою очередь, позволяет сочетать в одном препарате глубокое синергическое регулятивное воздействие на различные патогенетические звенья заболевания.

Гомеопатия, пройдя более 200-летний исторический путь развития, заняла заслуженное место одного из важных подразделов современной практической медицины.

Результаты исследований, проведенные на профильных клинических базах Донецкого национального медицинского университета в 2006-2007 г.г., привлекали внимание исследователей и практикующих врачей к препарату Номо-Нервин – природному транквилизатору и антидепрессанту одновременно без выраженных побочных действий и привыкания, что позволяет его рекомендовать в разных возрастных группах и беременным. Действующие вещества этого препарата, а также их количественное содержание и терапевтические эффекты более подробно описаны в работах Г.Келер (1997), Ж.Шарет (1990), Н.В.Вавиловой (1994) [1; 2; 5]. Так, 1 таблетка хомвио-нервина содержит:

1) *Seria D4* (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, застоем крови в системе воротной вены;

2) *Ambra grisea D2* (64 мг) – устраняет бессонницу при умственном переутомлении, волнении, расстройствах памяти, при судорожной симптоматике, головокружении, парестезиях в конечностях, астматических проявлениях, гипертонусе мускулатуры матки, чрезмерно обильных месячных, варикозном расширении вен нижних конечностей;

3) *Hyosciamus niger D3* (32 мг) – показана при депрессиях, инсомнии, истерических симптомах, заикании, спастической икоте, колите, функциональных задержках мочеиспускания, энурезе, сатириазе и нимфомании;

4) *Ignatia amara D3* (32 мг) – благотворно действует при невротических нарушениях сна, церебралгиях, треморе, гипергидрозе, неудержимой зевоте, булимии, хорее, парестезиях и парезах конечностей, проявлениях «кардионевроза», функциональных спазмах верхних дыхательных путей, судорожных болях в мышцах голени (стимулирующих облитерирующий эндартерит), спазмах в желудке и плеоцекальной области, психогенной диарее, аменорее, зуде половых

органов, алибидемии, частых спонтанных эрекциях.

Подобное описание показаний и способов применения данного препарата, характерное для гомеопатической медицины, позволяет хомвио-нервин широко использовать при психических и психосоматических расстройствах, а также соматических заболеваниях с коморбидной психопатологией.

Инструкция для медицинского использования данного препарата утверждена МЗ Украины (рег. свидетельство № P.01.03/058 18 от 15.01.2003 г.).

Основные рекомендации по дозировке хомвио-нервина: при бессоннице – 4 табл. перед сном; перед стрессогенными ситуациями (экзамен, публичные выступления, собеседования и т.п.) – 2–3 табл. утром; при курсовом лечении психо-невротических расстройств – по 1-2 табл. 3 раза в день в течение 1-1,5 мес. Позитивный результат сохраняется еще 6-8 недель, после чего, при необходимости, курс лечения можно повторить.

С целью оценки терапевтической эффективности, безопасности и переносимости хомвио-нервина нами в динамике обследовано 50 пациентов с непсихотическими и соматоформными психическими расстройствами, получавших разное лечение и предупрежденных об особенностях клинического исследования.

Основную группу составили 25 больных, принимавших только данный препарат по 1-2 таблетке (в зависимости от выраженности симптоматики) 3 раза в день в течение 1,5 мес. Во 2-ой группе (n=25) у 8 пациентов прием хомвио-нервина сочетался с приемом других антидепрессантов, у остальных – с транквилизаторами, нейролептиками, ноотропами, вазодилататорами и др.

Параллельно со всеми больными проводилась психокоррекционная работа (преимущественно рациональная психотерапия).

Переносимость исследуемого препарата, его клиническая эффективность оценивалась на основании субъективной оценки больным его самочувствия и объективных данных о динамике состояния пациента (ЭЭГ, анализы крови, мочи, АД, пульс, частота дыхания), получаемых при его обследовании.

За время проводимого лечения нами не было отмечено ни одного отказа больных от приема хомвио-нервина. В процессе терапии у всех категорий больных отмечалось значительное улучшение состояния, редукция психопатологичес-

кой симптоматики. Следует отметить, что во 2-ой группе комбинированный прием хомвио-нервина с психотропными препаратами способствовал более быстрому купированию психопатологической симптоматики (в среднем на 6 дней) и более выраженному терапевтическому эффекту. При этом чаще отмечались побочные эффекты (легкая раздражительность, заторможенность, сонливость, изжога, диарея).

В 1-ой группе больных на фоне приема только хомвио-нервина побочных эффектов (в т.ч. “эффекта первой дозы”) мы не наблюдали. Также отсутствовали субъективные жалобы пациентов на какие-либо нарушения со стороны органов и систем. Постепенное нивелирование психопатологической симптоматики (к 10-14 дню) после окончания курсового лечения удерживалось еще в течение 1,5-2 мес.

Таблица 1

Эффективность лечения с использованием хомвио-нервина

Результаты лечения	Первая группа (n=25)		Вторая группа (n=25)	
	Кол-во больных	%	Кол-во больных	%
Значительное улучшение	13	52	17	68
Заметное улучшение	10	40	7	28
Незначительное улучшение	2	8	1	4
Без динамики или ухудшение	0	0	0	0

На основании проведенного исследования можно сделать предварительные выводы:

1. Гомеопатический препарат хомвио-нервин можно признать равноправной терапевтической альтернативой традиционной психофармакокоррекции непсихотических психических и соматоформных расстройств.
2. Хомвио-нервин хорошо переносится боль-

ными в дозировке 1-2 табл. 3 раза в день (1-1,5 мес.) без выраженных субъективных и объективных побочных явлений и зависимости.

3. Сочетание хомвио-нервина с психотропными препаратами других групп способствует более быстрому купированию психопатологической симптоматики и более выраженному терапевтическому эффекту у данной категории больных.

І.О. Бабюк, Ц.Б. Абдряхімова, І.Б. Римарь, Л.А.Гашкова

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ ГОМЕОПАТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В ТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ В СОМАТОПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Здійснено обмежене клінічне випробування гомеопатичного лікарського засобу Хомвіа-нервін з метою визначення його терапевтичної ефективності, безпеки та переносимості. Обстежено 50 хворих на непсихотичні психічні та соматоформні розлади. Показано, що цей препарат має значний самостійний терапевтичний ефект і потенціє інші психотропні ліки; добре переноситься (в тому числі пацієнтами, які отримують препарат інших груп). На підставі даних літератури та власних спостережень хомвіо-нервін рекомендовано до широкого медичного використання в психіатричній практиці. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 71-74).

I.A. Babyuk, Z.B. Abdryachimova, I.B. Rumar, L.A.Gashkova

COMPLEX HOMEOPATHIC MEDICINE IN THERAPY OF PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSICHIC MENTAL DISORDERS

Donetsk national medical University named by M. Gorky

A limited clinical research of homeopathic medicine Homvio-nervin was conducted in 50 patients with non-psychotic and psychosomatic mental disorders, with the aim of determination of its therapeutic effectiveness, safety and tolerance. It was shown, that this medicine has significant independent therapeutic effectiveness and potentiates psychotherapeutically influence; it is well tolerated; has good indexes of drug interactions. on the base of literature data and is recommended Homvio-nervin for wide medical consumption in non-psychotic and somatoform mental disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 71-74).

Литература

1. Вавилова Н.В. Гомеопатическая фармакодинамика.- М.: Эверест, 1994.
2. Келер Г. Гомеопатия.- Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1997.
3. Марута Н.А. Клинико-психологические особенности современных невротических расстройств // Междун. медиц. журнал.- Т. 10.- № 1.- 2004.
4. Напреевко О.К. Соматопсихічні розлади // Укр. вісник психоневрології.- Т. 4.- вип. 5 (12), 1996.
5. Шарет Ж. Практическое лекарствоведение.- К.: УСЭ, 1990.

Поступила в редакцию 14.03.2008

УДК 616.895.8-07-082.4

*Г.А. Инджикулян***ВПЛИВ МІКРОСОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ ШИЗОФРЕНІЇ ТА
МОЖЛИВІСТЬ СКОЄННЯ ХВОРИМИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ**

Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України

Ключові слова: вплив соціальних факторів, перебіг шизофренії, суспільно небезпечні дії

Необхідність вивчення впливу мікросоціальних факторів на перебіг шизофренії визвано тим, що більше половини всіх суспільно небезпечних діянь (СНД) при шизофренії здійснюються хворими поза вираженості загострення процесу, на фоні переважно негативних розладів та змін особистості.

Розвиток шизофренії та особливості її пере-

бігу – це перш за все продукт комплексної взаємодії між біологічною схильністю до виникнення захворювання і соціальними, економічними, демографічними факторами, а також чинниками середовища, які служать своєрідними каталізаторами або, навпаки, інгібіторами проявів біологічної схильності.

Матеріали та методи дослідження

Нами було обстежено 45 осіб чоловічої статі, у яких діагноз шизофренія було верифіковано. I-шу групу склали 25 пацієнтів, до яких були застосовані примусові заходи медичного характеру в психіатричній лікарні з суворим наглядом, II-гу групу склали 20 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Дніпропетровській обласній психіатричній лікарні і в анамнезі яких були відсутні суспільно небезпечні діяння. Вік хворих в обох групах, в середньому, складав – 36 років, більшість мала середню спеціальну освіту. Підібрані групи згідно критеріям віку та обтяженості анамнезу психічними захворюваннями є однаковими. Це дозволяє при обговоренні результатів дослідження не

враховувати тривалість та злоякісність перебігу захворювання у досліджуваних, а при наявності відмінностей у порівнянні результатів двох груп говорити про вплив саме соціальних чинників.

З метою оцінки впливу мікросоціальних факторів на можливість скоєння хворими на шизофренію суспільно небезпечних діянь проведено дослідження особливостей зловживання алкоголю батьками пацієнтів та розладів потягів у досліджувальних, їх сімейний стан, характеристики стосунків у родині.

Були також досліджені реактивна і особистісна тривожність за шкалою Спілбергера – Ханіна.

Результати дослідження та їх обговорення

Було виявлено переважання (56%) алкоголізації серед батьків хворих I групи (у II групі 30%). Згідно цих даних можливо припустити, що батьки, які зловживають алкоголем, демонструють дитині зневажливе відношення до етичних та правових норм, зразки агресивної поведінки у стані сп'яніння. Дитина легко засвоює ці зразки поведінки, відповідні погляди і уявлення, які надалі впливають на його вчинки. Поряд з цим, у зв'язку з несприятливими відносинами між батьками, у родині в цілому (це підтверджується негативними емоціями, при згадуванні своєї родини у 44% хворих I групи, коли у II групі всього у 6% пацієнтів), відмічається зниження уваги батьків до дитини, яка надана самій собі, не відчуває опори та захисту батьків, у зв'язку з

чим у дитини може з'явитися невпевненість в собі, відчуття своєї незахищеності та неспокою, тривожність, відчуття загрози, яка виходить з середовища. Так можуть бути закладені основи майбутнього психологічного відчуження людини та формування тривожної особи, серед яких великий відсоток тих, хто здійснює СНД.

При досліджуванні взаємовідносин у родині, ми виявили, що кількість розлучень серед батьків хворих обох груп приблизно однакові (I гр. - 7; II гр. - 8), але відрізняється середній вік пацієнтів на момент розлучення батьків. У I групі розлучення батьків припало на вік дітей від 0,5 до 19 років, що в середньому складає 7 років, а у II групі - від 2 до 28 років, що в середньому складає 12 років. Пережитий стрес в більш ранньо-

му дитинстві, коли дитина понад усе ранима, образлива, все трактує по – своєму, вірогідне звинувачення дитиною себе в розлученні батьків, яке веде до самопригнічення, низької самооцінки, невпевненості в собі, або звинувачення батьків, може більш ускладнити відносини з ними, які через власні переживання мало приділяють дитині часу та уваги. У I групі у подальшому ці стосунки посилюються, оскільки у хворих було відсутнє спілкування з розлученими батьками (у всіх 100%). Це може бути причиною негативізму до оточуючих та формування замкненої, відчуженої особи. А серед пацієнтів II групи існує імовірність розуміння ними у подальшому вчинків батьків, оскільки вони (всі 100%) спілкувалися з розлученими батьками, мали їх регулярну підтримку та увагу.

Більш детально обстеження виявило переважне вживання пацієнтами I групи психоактивних речовин (у 76%, а у II групи-15%), яке імовірно

за все пов'язано зі складними стосунками з оточуючими, відсутністю підтримки, розуміння та допомоги з боку родини, труднощами в цілому, яким людина підкорюється та не може протистояти, вирішити їх. Також це може пояснюватись копіюванням модусу поведінки своїх батьків у складний для них період. Навіть якщо людина розуміє негативний приклад своїх батьків і не хоче бути схожим на них, все одно наслідує приклад батьків за відсутністю інших зразків поведінки. Таким чином може з'явитися фрустрація, яка приводить до напруги з елементарним збудженням, що перешкоджає раціональним процесам роздуму та вибору: людина хвилюється, впадає в паніку і втрачає контроль над ситуацією.

При дослідженні реактивної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера – Ханіна у хворих на шизофренію були отримані наступні данні:

Таблиця 1

Порівняння співвідношення реактивної та особистісної реактивності у I та II групах

I група		II група	
реактивна 15%	особистісна 85%	реактивна 75%	особистісна 25%

Згідно цих даних можливо зробити висновок, що у дитини, позбавленої батьківської уваги та любові, виникає відчуття загрози від середовища. Тривожність породжує підозрілість, недовірливість, надобережність, прагнення захистити себе і чим гостріше відчуття загрози, тим менше приймаються до уваги етичні заборони, що може розглядатися як мотив вірогідного здійснення правопорушення. Більший відсоток (75%) реактивної тривожності серед II групи, може бути пояснено наявністю клінічних проявів шизофренії.

Сімейний стан хворих свідчить про ступінь їх соціальної адаптації у суспільстві, підтримку та допомогу родини, мотивацію своєчасного лікування, потребу у спілкуванні, адекватні форми поведінки та ін.

Показники сімейного стану пацієнтів в обох групах приблизно однакові, крім кількості розлучених, яких у I групі більше (I-28%, II-15%), що може бути пов'язаним з характером перебігу

хвороби, несформованими адекватними засобами реагування в емоційно значущих для хворого ситуаціях, також можливо припустити формування психопатоподібної особистості з негативізмом та непорозумінням оточуючих.

При досліджуванні віку хворих на момент першої госпіталізації та їх кількості протягом життя виявилось наступне.

У пацієнтів I групі початок хвороби припадає на більш молодий вік, що складає у середньому 23 роки, а у II групі пізніше – в середньому 29 років. Тому можемо припустити, що ранній початок хвороби має більш злоякісний перебіг та підтверджує вплив соціальних і сімейних факторів на перебіг психічного захворювання.

На підставі проведеного дослідження можливо зробити висновок, що соціальні чинники мають вагомий вплив на перебіг шизофренії та сприяють формуванню особистості, схильної до скоєння суспільно небезпечних діянь.

Г.А. Индзихулян

**ВЛИЯНИЕ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ И
ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕРШЕНИЯ БОЛЬНЫМИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ
ДЕЙСТВИЙ**

Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины

В статье представлен анализ микросоциальных факторов влияющих на течение шизофрении и формирование личности способной на совершение общественно опасных действий на примере сравнения двух групп больных шизофренией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 3 (20). — С. 75-77).

G.A. Indzhukulyan

**INFLUENCE OF MICROSOCIAL FACTORS ON FLOW OF SCHIZOPHRENIA AND
POSSIBILITY OF ACCOMPLISHING PATIENTS PUBLICLY DANGEROUS EFFECTS**

Ukrainian mental hospital with the strict supervision of MЗ of Ukraine

In the article the analysis of micro social factors is presented influencing on the flow of schizophrenia and forming of personality capable on accomplishing publicly of dangerous effects on the example of comparison of two groups of patients schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 75-77).

Поступила в редакцию 16.10.2008

УДК 616.1+351.74-051+612.017.2

*А.В. Абрамов, Я.М. Онищенко***ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

Военно-врачебная комиссия ГУ УМВД Украины в Донецкой области

Ключевые слова: сотрудники правоохранительных органов, стресс, тревога, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда

Условия служебной деятельности сотрудников милиции характеризуются значительной продолжительностью рабочего дня, наличием стрессовых ситуаций, обусловленных необходимостью решения большинства ответственных задач при дефиците времени, риском для жизни здоровья при выполнении оперативной работы; работой в ночное время, вне помещения со значительными колебаниями температуры и влиянием различных метеорологических и климатических факторов; значительной напряженностью работы на протяжении всего рабочего дня [1].

Экстремальный характер деятельности правоохранительных служб с неизбежностью порождает значительное количество психотравмирующих реакций у сотрудников правоохранительных органов вне зависимости от их возраста и стажа работы [2-3]. Под экстремальными условиями понимают ситуации опасные для жизни, здоровья и благополучия. Психоэмоциональные нагрузки усугубляются социальными и военными конфликтами, экологическими и техногенными катаклизмами [4].

Проблема стресса является одной из актуальных тем современной медицины, которая несмотря на интенсивные научные исследования в этой области остается неразрешенной [5]. Однако в доступной литературе практически не встречаются публикации о влиянии факторов условий труда, сотрудников милиции на заболеваемость, а встречаются только единичные работы, в которых освещается состояние здоровья военнослужащих [1].

Понятием «стресс» обозначают состояние человека, которое возникает в ответ на разнообразные внешние и внутренние сильные воздействия (стрессоры) [1,6-7].

Стресс исходно оценивают не как патологический процесс психофизиологической адаптации организма к факторам окружения, что позволяет ограничить дестабилизирующее влия-

ние стрессорных воздействий. Стресс формируется в патологический процесс при достижении критического порога способности организма к адаптации [8].

Стрессорная реакция на комплекс соматических и психологических механизмов (адаптационный синдром) живого организма в ответ на значительные по силе и продолжительности воздействия, направленная на сохранение многоуровневого гомеостаза в условиях стресса, - важнейшее проявление процесса жизни и развития индивидов на всех этапах онтогенеза. Стрессорная реакция при разрешении стрессогенной ситуации подвергается различной степени эволюции. Как способ реагирования она может сохраниться и реактивироваться при повторных стрессорных воздействиях, а также инициировать или отягощать коморбидные соматические процессы [8].

Сущность стрессовой реакции заключается в «подготовительном» возбуждении и активации организма, необходимой для готовности к физическому напряжению. Следовательно, мы вправе полагать, что стресс всегда предшествует значительной трате энергетических ресурсов организма, а затем и сопровождается ею, что само по себе может приводить к истощению функциональных резервов. При этом стресс ни в коей мере не может рассматриваться как отрицательное явление, поскольку лишь благодаря уму возможна адаптация. Кроме того, умеренно выраженный стресс оказывает положительное влияние, как на общее состояние организма, так и на психические характеристики личности. При умеренном стрессе отмечается позитивное изменение таких психических характеристик, как показатели внимания, памяти, мышления и др. Таким образом, стресс как целостное явление, должен рассматриваться в качестве позитивной адаптивной реакции, вызывающей мобилизацию организма. Любое значи-

мое изменение привычной жизни можно отнести к стрессовой ситуации. Именно поэтому можно констатировать, что жизнь вне стресса невозможна, и каждый человек на протяжении своей жизни постоянно сталкивается со стрессовыми ситуациями. Стресс можно разделить на две разновидности – эустресс и дистресс. Эустресс оказывает на человека положительное влияние, мобилизует его, улучшает внимание, реакции, психическую деятельность. Эустресс повышает адаптационные возможности организма. Тем не менее существуют стрессовые ситуации, которые, наоборот, приводят к демобилизации систем организма. Это крайне отрицательное проявление стресса в научной литературе получило название дистресса. Именно дистресс несет в себе факторы, разрушительно действующие на организм. Трансформация стресса в дистресс происходит при чрезмерно интенсивном воздействии факторов среды и условий жизнедеятельности, при которых очень быстро истощаются функциональные резервы организма или нарушается деятельность механизмов психической регуляции [1,9-10].

Дистресс проявляется по-разному у всех людей, однако есть универсальные его характеристики. Одним из облигатных признаков дистресса является тревога. Определенный уровень тревожности характерен для отдельной конкретной личности, причем у каждого существует свой оптимальный уровень тревожности, который позволяет человеку наилучшим образом функционировать. Однако наряду с продуктивной тревогой, которая сопровождает эустресс, существует непродуктивная тревога, характерная для дистресса. Непродуктивная тревога нарушает когнитивные и вегетативные процессы. Она ухудшает внимание и память, снижает работоспособность, повышает раздражительность, вызывает избыточное мышечное напряжение, снижает аппетит, нарушает сон. Огромная роль дистресса в формировании психовегетативных нарушений. Вегетативные изменения, следующие за дистрессом, очень разнообразны и могут проявляться практически во всех органах и системах организма [1,9-11].

Стрессорами для человека могут быть как физические, так и социальные раздражители, как реально действующие, так и вероятные. Причем человек реагирует не только на действительную физическую опасность, но и на угрозу или напоминание о ней [6-7,9].

В качестве основного условия возникновения стресса многие авторы указывают на наличие

угрозы [6]. Но бесспорным является то, что возникновение и течение стресса в первую очередь зависит от индивидуальных особенностей человека. Люди реагируют на одинаковые нагрузки по-разному. У одних при стрессе эффективность их деятельности достаточно долго продолжает расти (так называемый «стресс льва»). У других людей, наоборот, отмечается снижение активности, эффективность деятельности быстро падает («стресс кролика»). При этом стресс-факторы могут быть как психосоциальными, так и физическими [9].

Стресс может возникать в результате несоответствия усилий и награды за них, что в полной мере соответствует деятельности сотрудников правоохранительных органов. Здесь на одном полюсе находится высокая нагрузка на работе, а на другом – заработок, оценка и статус. Длительный профессиональный стресс ведет к заболеваниям и психологическим проблемам. Развивается профессиональное выгорание. Выгорание является основным фактором: низкой профессиональной морали, частых прогулов и низким качеством работы, заболеваний, злоупотребления алкоголем и наркотиками, конфликтов в семье и различных психологических проблем. Нервному истощению подвержены люди всех сфер жизни, но особенно восприимчивы к ним люди, чьи профессии связаны с оказанием помощи [12].

Модель «стресс-диатез» позволяет вполне определенно локализовать место всего круга психологических факторов в этиологии болезни. Факторы социально-психологического уровня выступают источником стресса окружения. Интрапсихические факторы создают восприятие социального окружения как угрожающего, то есть стрессогенного на основе памяти, мышления и особенностей мотивационной сферы личности. Поведенческие факторы могут модифицировать ближайшее социальное окружение в направлении повышения или понижения его стрессогенности. Психофизиологические факторы включены в соматопсихические отношения, и создают функциональные изменения в организме, которые могут при длительном действии этих факторов перейти в необратимые морфологические изменения на органном, тканевом и клеточном уровнях, то есть в болезнь [13].

Согласно этой модели, биологический диатез, или биологическая уязвимость становится болезнью только при условии влияния стрессоров – неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов. Вредные

психические факторы встречаются практически всегда, особенно у сотрудников правоохранительных органов. Частота психосоматических расстройств довольно высока и колеблется среди населения от 15 до 52%, а в общемедицинской практике от 30 до 57%. Регистр психосоматического реагирования значительно расширился за счет включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы [14].

Согласно литературным источникам, заболевания сердечно-сосудистой системы наиболее часто связаны с психическими нарушениями. Изучение материалов мировой статистики позволяет сделать выводы о том, что состояние здоровья большинства стран европейского региона представляют хронические неинфекционные заболевания. В 2004г их вклад в болезни в Украине составил почти 72%, среди которых на долю сердечно-сосудистой патологии выпало почти 30%. Структура общей смертности от основных причин из года в год остается стабильной, первое место занимают болезни системы кровообращения.

Психологическая природа, так называемых болезней цивилизации, к которым относится ишемическая болезнь сердца (ИБС), требует наряду с детальным изучением физиологических факторов ее генеза (атеросклеротического поражения коронарных артерий, недостаточности левого желудочка сердца, нарушения его ритма, сократительной способности миокарда, ангиоспастических реакций) также выявление психологических и психических детерминант профилактики, лечения и коррекции функций во время ее развития. По мнению многих современных исследователей артериальная гипертензия (АГ) и инфаркт миокарда (ИМ) – это не просто нарушения в организме, а и событие, которое изменяет все будущее человека и ломает стереотипы существования, которые складывались на протяжении всей жизни.

Среди механизмов влияния стресса (острого и хронического) на течение ИБС важное место отводится вегетативному дисбалансу, в частности повышению симпатической активности и коагуляции, нарушению коронарной вазорегуляции и вазоспазма [15-19].

Несмотря на достижения современной медицины, частота возникновения новых случаев ишемической болезни сердца не уменьшается. Кроме того, все чаще жертвами болезни становятся все более молодые люди. Это приводит к концентрации внимания исследователей в области выявления факторов риска развития сердеч-

но-сосудистых заболеваний.

На протяжении 2003-2005гг на базе Украинского государственного научно исследовательского института медико-социальных проблем инвалидности проводилось исследование с выявлением первичной инвалидности населения в трудоспособном возрасте и сотрудников правоохранительных органов при их увольнении. Было проанализировано 407 случаев первичной инвалидности сотрудников правоохранительных органов, которые работают в особенных условиях, выявлено, что болезни системы кровообращения составили $57,49 \pm 2,45\%$.

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы первое ранговое место заняли гипертоническая болезнь и симптоматическая артериальная гипертензия (J10-J13 по МКБ-10), которые составляют $46,15 \pm 3,26\%$, второе – ишемическая болезнь сердца (J20-J25) – $34,62 \pm 3,11\%$, третье – цереброваскулярные заболевания (J60-J69) – $17,09 \pm 2,46\%$, что существенно отличается от структуры инвалидности вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы у населения трудоспособного возраста [20].

В литературе описано достоверное количество фактов значительного повышения сердечно-сосудистой смертности после переживания людьми чрезвычайных стрессов (природные катаклизмы, техногенные катастрофы). Например, в контролируемом исследовании ONSET (M.A. Mittleman, 1995), в котором участвовало 1623 больных с не фатальным инфарктом миокарда, было установлено, что в течение двух часов после пережитого интенсивного гнева, причиной которого чаще всего были семейная ссора (25% наблюдений) или конфликт на работе (22% случаев), относительный риск развития инфаркта миокарда достоверно возрастает в 2,3 раза [21].

E.Billing и соавторы (1997), изучая пациентов со стабильной стенокардией, отмечали, что они имели в жизни больше стрессовых ситуаций, высокий уровень агрессивности и низкий уровень самооценки состояния своего здоровья, чем здоровые [22].

Под влиянием острых и хронических стрессовых ситуаций часто отмечается развитие депрессии. Существует мнение, что депрессию следует рассматривать как новый фактор риска смерти после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) [23]. У больных с ИБС и депрессивными расстройствами различной степени тяжести показатели долговременной выживаемости значительно ухудшаются. Безусловно, это свиде-

тельствует о важности фона, на котором протекает обострение сосудистой патологии. Обобщение 14 исследований, включающих 6911 больных ИМ и продолжавшихся от 4 месяцев до 19 лет, показало, что риск неблагоприятного исхода ИБС у больных с депрессивными расстройствами повышается в 1,38-7,5 раза. [24].

Выводы:

1. Характер деятельности правоохранительных служб порождает значительное количество стрессовых ситуаций и психотравмирующих реакций у сотрудников правоохранительных органов вне зависимости от их возраста и стажа работы.

2. Умеренно выраженный стресс оказывает положительное влияние на общее состояние организма и на психические характеристики личности. При умеренном стрессе отмечается позитивное изменение на показатели внимания, памяти, мышления и др. Существуют стрессовые ситуации, которые, наоборот, приводят к демобилизации систем организма (дистресс). Дистресс несет в себе факторы, разрушительно действующие на организм, очень быстро истощаются функциональные резервы организма или нарушается деятельность механизмов психической регуляции.

3. Заболевания сердечно-сосудистой системы наиболее часто связаны с психическими нарушениями, которые развиваются у сотрудников милиции под влиянием профессиональных вредностей (значительной продолжительностью рабочего дня, наличием стрессовых ситуаций, риском для жизни и здоровья при выполнении оперативной работы, работой в ночное время, значительной напряженностью работы на протяжении всего рабочего дня и т.д.).

4. Из всех случаев первичной инвалидности сотрудников правоохранительных органов, которые работают в особенных условиях, выявлено, что болезни системы кровообращения составили 57,5%. По данным изученной литературы, заболеваниям сердечно-сосудистой системы подвержены все более молодые сотрудники.

Проблема стресса является одной из актуальных тем современной медицины. Однако, не смотря на достижения науки, проблеме влияния стресса на качество жизни и профессиональную деятельность сотрудников правоохранительных органов, уделяется не достаточное внимание. Эта тема требует тщательного изучения с целью разработки мер предупреждения и лечения психосоматических заболеваний, на всех этапах трудовой деятельности.

О.В. Абрамов, Я.М. Оніщенко

ВПЛИВ СТРЕСУ НА РОЗВИТОК ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В СПІВРОБІТНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ

Військово-лікарська комісія ГУ МВС України в Донецькій області

Проаналізовано дані літератури по питанню впливу стресу на розвиток захворювань серцево-судинної системи в співробітників правоохоронних органів. Робота в умовах стресу приводить до виснаження адаптаційних процесів, стимулює розвиток нових і погіршує перебіг наявних хвороб (наприклад, серцево-судинної системи). Докладне вивчення цього питання дозволить попередити розвиток захворювань серцево-судинної системи в співробітників міліції. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 78-82).

A. V. Abramov, Y. M. Onischenko

INFLUENCE OF A STRESS ON DEVELOPMENT OF DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM FOR THE EMPLOYEES OF THE LAW-ENFORCEMENT AGENCIES.

Military-medical comission of SA of MIA of Ukraine in Donetsk region

The given literatures are parsed on influence of a stress on development of diseases of the cardiovascular system for the employees of the law-enforcement agencies. The operation in conditions of a stress reduces in an attrition of adaptive processes, boosts development new and utяжеляет current of available illnesses (for example, cardiovascular system). The detailed learning of this problem will allow to notify development of diseases of the cardiovascular system for the employees of militia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 78-82).

Литература

1. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г., Гондуленко Н.О. Первинна інвалідність військовослужбовців СБУ та аналіз факторів, що сприяють її ормуванню//Здоров'я та суспільство. – 2007.- № 7. - С.12-17.
2. Постылякова Ю.В. Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности//Психологический журнал. – 2005. – Т.26,№6. – С.35-43.
3. Прокопенко Н.А. Возрастные особенности психоэмоциональной напряженности при стрессогенном воздействии//Проблемы старения и долголетия. – 2004. – Т.13,№2. – С.115-124.
4. Покровский В.И. Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. – М.: Медицина, 2004. – 400с.
5. Быков А.Т., Питерская Я.А., Поддубная Р.Ю. современный подход проведения донозологической диагностики при явлениях психофизиологической дизадаптации у лиц опасных профессий// Вестник новых медицинских технологий. – 2005.- Т.12,№2. – С.34-36.
6. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий//Нейро News. – 2008. - № 2(07). – С.36-39.
7. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий//Русский медицинский журнал. – 2006. - Т.14,№9. – С. 694-697.
8. Загуровский В.М., Ников В.В. Стрессорная реакция – взгляд на проблему //Врачебная практика. – 2003. - №5. – С.5-8.
9. Маклаков А.Г. Общая психология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2005. – 583с.
10. Хаирова С.И. К созданию адаптированного варианта методики WOCQ//Практична психологія та соціальна робота. – 2003, -№1. – С.9 – 16.
11. Измеров Н.Ф., Липенецкая Т.Д., Матюхин В.В. Стресс на производстве как важная составляющая проблемы психического здоровья в обществе//Российский психиатрический журнал. – 2005. - №2. – С.10-14.
12. Федик Т. Професійний стрес//Медична сестра. – 2006. - №2. – С.34-35.
13. Бабич В.В. Вплив макро- та мікросоціальних чинників на розвиток та перебіг адаптаційних розладів у хворих з гострим інфарктом міокарду//Архів психіатрії. – 2007. – Т 3-4, № 50-51 – С.27-31.
14. Невротичні, соматоформні розлади та стрес/ За редакцією доктора медичних наук, професора Л.М.Юр'євої. – К.:ТОВ ММК, 2005. – 96с.
15. Старостина Е.Г. генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общей медицинской практике// Русский медицинский журнал. – 2004. - Т.12, №22. – С.2-7.
16. Мосалов С.И. Тревога и депрессия: проблемы диагностики и терапии //Психофармакотерапия депрессии. – 2005. -№4. – С.1-15.
17. Ramashandruni S., Fillingim R.B., McGorray S.P. Mental stress provokes ischemia in coronary artery disease subjects without exercise- or adenosine-induced ischemia//J. Am. Coll. Cfrdiol. – 2006. – v.47. – P987-991.
18. Nicholson A., Fuhrer R., Marmot M. Psechological distress as a predictor of CHD events in men: The effect of persistence and components of risk// Psychosom. Med. – 2005. – v.67. – P.522-530.
19. Ohlin B., Nilsson P.M., Nilsson J.A., Berglund G. Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men// Eur. Heart J. – 2004. – v.25. – P.867-873.
20. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий //Международный неврологический журнал. – 2007. - №2(12). – С.135-138.
21. Смудевич А.Б., Андрищенко А.В., Романов Д.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств тревожного уровня (сравнительное исследование анксиолитического эффекта Афобазола и оксазепам у больных с расстройствами адаптации и генерализованным тревожным расстройством) РМЖ. – 2006. – Т.14, №9. – С.3-7.
22. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 1//Клиническая медицина. – 2007. - №3. – С.21-24.
23. Carney R. M., Blumentahl J. A., Catellier D. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction//Am. J. Cardiol. – 2003. – v.92. – С.12771281.
24. Pickering T. G., Davidson K., Shimbo D. Is depression a risk factor for coronary heart disease//J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – v.44(2). – P.472-473.

Поступила в редакцию 13.10.2008

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий, **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ**, электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

8. Таблицы должны быть компактными, наглядными и содержать статистически обработанные материалы. Нужно тщательно проверять соответствие названия таблицы и заголовка отдельных ее граф их содержанию, а также соответствие итоговых цифр и процентов цифрам в тексте таблицы. Достоверность различий следует подтверждать статистически.

9. Литературные ссылки в тексте осуществляются путем вставки в текст (в квадратных скобках) арабских цифр, соответствующих нумерации источников в списке литературы в порядке их упоминания в тексте (Ванкуверская система цитирования).

10. Библиография должна оформляться в соответствии с ГОСТ 7.1-84 и содержать работы за последние 7 лет. В случае необходимости, допустимы ссылки на более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируется не более 20, а в передовых статьях и обзорах - не менее 40 источников.

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме (150-200 слов) на трех языках (русский, украинский, английский). В резюме необходимо четко обозначить цель, методы исследования, результаты и выводы. Обязательным является обозначение полного названия статьи, фамилий и инициалов всех авторов и организации(й), где была выполнена работа.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей.

14. Направление в редакцию работ, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для опубликования в другие редакции, не допускается.

15. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются. Не принятые к печати в журнале рукописи авторам не возвращаются.

16. К материалу прилагается анкета автора, в которой необходимо указать: Ф. И. О., дату рождения, какое высшее учебное заведение окончил и в каком году, ученую степень, ученое звание, почетные звания, должность и место работы, основные направления научных исследований, количество научных работ, авторство монографий (названия, соавторы, издательство, год выпуска).

17. Статьи направляются по адресу: 83017, Украина, г. Донецк, пос. Победа. Донецкая областная психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонНМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

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