

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

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 1 (17), 2007 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого государственного 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, В. В. Кришталь, 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), П. Т. Петрюк (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), Л. М. Юр'єва (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький державний 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 державного 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 ДонДМУ (протокол засідання № 5 від 28.06.2007 р.)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 616.895.87- 08-039.76-071

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов***СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: параноидная шизофрения, реабилитация, клиническая эффективность

Концепция реабилитации и социальной интеграции пациентов с психическими расстройствами в сообщество, в отличие от традиционных моделей психиатрической помощи, ориентирует на пересмотр распространенных представлений о людях с психиатрической инвалидностью как «хронически недееспособных», беспомощных, зависимых, нуждающихся в постоянном контроле и опеке, а также предусматривает удовлетворение потребностей пациентов и предоставление им определенных полномочий в решении собственных проблем [1].

В нашей стране разработка теоретических аспектов реабилитации больных с психическими расстройствами значительно опережает внедрение различных реабилитационных технологий в психиатрическую практику [2]. Одной из

нерешенных задач является оценка качества и эффективности реабилитационных мероприятий и разработка доказательных данных о целесообразности их использования в комплексном лечении больных [3, 4].

Целью настоящей работы явилась стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий при параноидной шизофрении, включающих следующие направления реабилитационной деятельности:

- обучение пациента приемам совладания с болезнью;
- коррекцию нарушенных базовых когнитивных функций;
- тренинг и восстановление социальных навыков (навыков решения социальных проблем).

Материал и методы исследования

Стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий была проведена у 70 больных параноидной шизофренией в возрасте от 24 до 48 лет. У 48 пациентов наблюдался эпизодический и у 22 – непрерывный тип течения. Мужчин было 51 чел. (72,8%), женщин – 19 (27,2%). Длительность заболевания составила: от 2 до 5 лет – 38 чел. (54,3%), 6-10 лет – 25 чел. (35,7%), свыше 10 лет – 7 чел. (10,0%). До включения пациентов в реабилитационную программу они неоднократно лечились стационарно, получали традиционные нейролептики и атипичные антипсихотики, проводилось поддерживающее лечение.

В группу сравнения были включены 35 больных параноидной шизофренией с сопоставимыми гендерно-возрастными и клинико-динамическими особенностями. Состояние ремиссии у них было достигнуто в процессе нейролептической терапии. Специальных реабилитационных мероприятий им не проводилось.

Реабилитационная программа состояла из вмешательств, направленных на формирование утраченных в результате болезни эмоциональных и мотивационных ресурсов личности, а также навыков и умений, необходимых для повышения уровня ее функционирования. Использовались психообразовательные и обучающие программы, тренинг социальных навыков, личностно-ориентированная психотерапия, нейрокогнитивный тренинг. Групповые формы реабилитационных воздействий начинались после купирования продуктивных расстройств и продолжались в течение 40-45 дней. После выписки больных из стационара проводилась суппортивная психотерапия в виде регулярных встреч с больными 1-2 раза в неделю с общим количеством занятий 7-8.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий осуществлялась при завершении этапа психологической реабилитации перед выпиской больного из отделения медико-социальной реабилитации. Группа сравнения также об-

следовалась перед выпиской больного из общепсихиатрического отделения.

Для стандартизованной оценки клинической эффективности реабилитационных мероприятий в настоящем исследовании были применены

такие шкалы как SANS (N.Andreasen, 1982), PANSS (Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A., 1986), шкала для оценки психического статуса BPRS (Owerall J.F., Gorchem D., 1962), а также шкала оценки экстрапирамидных симптомов (ШОЭС).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты стандартизованной оценки психического состояния пациентов сравниваемых

групп по методике PANSS представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования по методике PANSS в сравниваемых группах

Пункты	Группы		P
	Основная	Сравнения	
1	3,14±0,21	3,31±0,27	0,702
2	4,76±0,20	4,54±0,15	0,418
3	1,92±0,24	2,74±0,18	0,013*
4	1,44±0,12	2,95±0,23	10 ⁻⁶ *
5	1,45±0,26	2,03±0,28	0,163
6	2,52±0,20	3,51±0,22	0,023*
7	1,70±0,24	3,31±0,24	0,000006*
8	3,06±0,28	4,15±0,17	0,0016*
9	3,16±0,31	3,69±0,22	0,201
10	1,77±0,24	3,33±0,25	0,00003*
11	1,50±0,21	3,41±0,26	10 ⁻⁶ *
12	3,86±0,27	3,77±0,21	0,804
13	1,33±0,17	3,08±0,24	10 ⁻⁶ *
14	4,89±0,31	2,36±0,25	10 ⁻⁶ *
15	1,48±0,13	2,41±0,26	0,0005*
16	3,26±0,19	3,85±0,24	0,06
17	1,71±0,23	1,38±0,15	0,299
18	1,31±0,12	2,59±0,24	10 ⁻⁵ *
19	2,58±0,16	1,79±0,20	0,0978
20	1,07±0,05	1,46±0,17	0,011*
21	2,17±0,29	2,41±0,25	0,276
22	1,95±0,22	2,82±0,25	0,012*
23	2,16±0,08	1,87±0,21	0,336
24	1,00±0,00	1,0±0,0	1,0
25	2,57±0,23	3,10±0,21	0,106
26	5,84±0,21	4,44±0,15	10 ⁻⁵ *
27	4,21±0,34	4,23±0,18	0,964
28	1,32±0,14	2,90±0,24	10 ⁻⁶ *
29	1,16±0,09	2,15±0,19	10 ⁻⁶ *
30	1,48±0,18	3,31±0,28	10 ⁻⁶ *

Наименования пунктов: 1 – бред; 2 – дезорганизация мышления; 3 – галлюцинаторное поведение; 4 – возбуждение; 5 – идеи грандиозности; 6 – подозрительность; 7 – враждебность; 8 – уплощенный аффект; 9 – эмоциональная отгороженность; 10 – плохой контакт; 11 – пассивная /апатическая/ социальная отгороженность; 12 – нарушения абстрактного мышления; 13 – утрата спонтанности и способности поддерживать беседу; 14 – стереотипии в мышлении; 15 – соматическая озабоченность; 16 – тревога; 17 – чувство вины; 18 – напряжение; 19 – манерность в мимике и жестах; 20 – депрессия; 21 – моторная заторможенность; 22 – отсутствие сотрудничества; 23 – необычное содержание мыслей; 24 – дезориентация; 25 – ухудшение внимания; 26 – утрата критики; 27 – нарушения воли; 28 – недостаточный контроль за импульсивностью; 29 – озабоченность; 30 – активное социальное избегание. Размерность шкалы: 1 – симптом отсутствует; 2 – минимальная тяжесть; 3 – слабая; 4 – умеренная; 5 – умеренная-тяжелая; 6 – тяжелая; 7 – крайне тяжелая.

Бредовая симптоматика отмечалась на разных этапах динамики заболевания у всех пациентов основной группы. В момент обследования средний ее показатель ($3,14 \pm 0,21$ балла) соответствовал уровню слабой выраженности. Показатель по этому пункту в единичных случаях достигал максимума (7 баллов); минимальное значение – 1 балл, отмечалось у 1,5% пациентов, наиболее часто встречающаяся оценка – 3 балла. Полученные результаты отражают наличие среди представителей описываемого контингента умеренной выраженности прежде всего поведения, обусловленного бредовыми переживаниями (избирательность в контактах с другими больными и персоналом, немотивированные, с точки зрения окружающих, реплики), а также неадекватных высказываний, содержащих намеки или прямые указания на превратное истолкование ситуации, отнесение на свой счет реплик и событий, не касающихся, на самом деле, больного. Следует отметить, что в большинстве случаев бред имел инкапсулированный, лишенный аффективной заряженности и насыщенности, резидуальный характер и оказывал малое влияние на общее поведение больных.

Чаще всего отмечались дезактуализированные, лишенные стройности и систематизации бредовые идеи воздействия, нередко примитивного содержания (мотивы порчи, сглаза и т.п.). Большинство пациентов обнаруживало формальную критику к своим бредовым переживаниям, соглашалось признать их следствием болезни.

Показатель по пункту 2 – дезорганизация мышления - составил $4,76 \pm 0,2$ балла, что находится в диапазоне умеренных – умеренно-тяжелых оценок. Минимальные (1 балл) и максимальные (7 баллов) оценки отмечались, в целом, приблизительно у 16% пациентов основной группы, модой распределения оценок была оценка в 5 баллов. Симптомы дезорганизации мышления чаще всего в выраженной степени отмечались в случаях непрерывно-прогредиентного течения, особенно тогда, когда в анамнезе имели место переходящие кататонические включения. С патопсихологической точки зрения преобладали нарушения типа искажения операциональной стороны мышления – умозаключения с опорой на несущественные признаки, паралогичные высказывания. Отмечались также и признаки разноплановости мышления, связанные с нарушением личностно-мотивационного его компонента; часто отмечались соскальзывания, патологическая легкость утраты инструкции при

выполнении тестовых заданий в рамках проводившегося клинико-психологического исследования.

Вместе с тем грубой разорванности мышления, шизофазии, выраженного аутистического мышления, не позволяющего довести до полного смысла психодиагностических исследований, не было.

По третьему пункту – галлюцинаторное поведение – средний показатель у этих пациентов составил $1,92 \pm 0,24$ балла, то есть уложился в диапазон минимальной тяжести. Наиболее частым значением показателя по этому пункту в группе был 1 балл – то есть отсутствие симптома. Заметное галлюцинаторное поведение отмечалось лишь у больных с непродолжительным сроком пребывания на лечении и заключалось в прислушивании к «голосам», немотивированных внешними обстоятельствами мимических реакциях, отказных реакциях, в затыкании ушей и т.п. Следует отметить, что у исследуемых больных галлюцинаторное поведение не приобретало характера агрессии, направленной на окружающих, либо аутоагрессии.

Четвертый пункт – возбуждение – в основной группе имело среднее значение $1,44 \pm 0,12$ балла, что соответствовало минимальному уровню, то есть указывает на отсутствие какого-либо возбуждения у большинства больных. Только в двух случаях уровень показателя достигал 6 баллов, а в подавляющем большинстве был равен единице. Возбуждение, проявляющееся в непоседливости, нежелании соблюдать режим отдыха, назойливом требовании сигарет, выхода на прогулку, отмечалось у нескольких больных с приступообразным типом течения и дефектом психопатоподобного типа. Возбуждение не сопровождалось проявлениями вербальной, а тем более физической агрессии в адрес персонала.

Среднее значение по пятому пункту – идеи грандиозности – в изучаемой группе составило $1,45 \pm 0,26$ балла, то есть уложилось в диапазон минимальных оценок. Низкий показатель по этому пункту связан с тем, что у большинства больных, включенных в реабилитационную программу, фантастического бреда, выходящего за рамки возможных обыденных явлений, не отмечалось. Парафреническая симптоматика имела место лишь у двух больных с длительной продолжительностью шизофренического процесса. Конфабуляторно-бредовые переживания укладывались в фабулу особого происхождения, службы в органах безопасности и т.п. Описанная симптоматика сочеталась с четко очерченной гипо-

булией и не сопровождалась проявлениями агрессии.

Шестой пункт PANSS – подозрительность. В основной группе ее средняя выраженность приходилась на отрезок между минимальными и слабыми степенями тяжести, составляя $2,62 \pm 0,20$ балла. Подозрительность, недоверие в максимальных степенях выраженности соответствовали паранойальному модусу восприятия окружающего мира, имея в своей основе механизм проекции собственных бессознательных, агрессивных и аутоагрессивных тенденций на окружение. Однако при минимальных и низких значениях речь, скорее, шла не о паранойальной симптоматике эндогенного происхождения, а о реактивной настороженности в связи с предстоящей выпиской из стационара.

По седьмому пункту среднее значение показателя составило $1,70 \pm 0,24$. Это означает, что уровень объективно отмечаемой со стороны враждебности, находится в промежутке между полным отсутствием и минимальными степенями тяжести. По большей части проявления враждебности или отсутствовали, или выраженность их была на уровне двух баллов. Экстремально высокие проявления враждебности фиксировались в виде импульсивных вспышек, чаще всего ситуационно спровоцированных. Враждебность адресовалась главным образом другим больным отделения, навестившим родственникам и гораздо реже – медицинскому персоналу. Враждебные действия чаще всего проявлялись вербальной агрессией, реже физической, а также негативизмом.

В показателе по пункту 8 отражалась степень уплощенности аффекта. У больных, включенных в реабилитационную программу, среднее его значение составило $3,06 \pm 0,28$, что практически соответствует слабой тяжести симптоматики. В единичных случаях в выборке отмечались экстремально высокие (7 баллов) значения, но чаще всего степень уплощения оценивалась в 3 балла. За этой оценкой кроется впечатление, производимое достаточно адекватной, но несколько лишенной живости и немного однообразной мимикой большинства пациентов. Имеет место определенное сужение круга обстоятельств, способных вызвать эмоциональную заинтересованность. Среди остающихся более актуальными и вызывающими максимальную эмоциональную реакцию тем оказывается заинтересованность в скорейшей отмене нейролептиков.

Средний уровень показателя 9 – эмоциональ-

ная отгороженность, относящегося к группе негативных симптомов, составил у больных основной группы $3,16 \pm 0,31$ балла, то есть локализовался в диапазоне между слабыми и умеренными степенями тяжести. В большинстве случаев у пациентов была констатирована минимальная отгороженность (самый частый балл – 2). Больные чаще всего оставались открытыми для общения с персоналом и окружающими, не были безучастными к эмоционально значимым событиям. При проведении экспериментально-психологического исследования они в подавляющем большинстве случаев улавливали эмоциональный подтекст вопросов, картинок. Лишь у больных с длительным стажем непрерывно текущего шизофренического процесса отмечалось отсутствие эмоционального резонанса, отгороженность, обособленность.

Пункт 10 – плохой контакт – имел в изучаемой группе среднее значение $1,77 \pm 0,24$ балла, входящее в диапазон значений между полным отсутствием признака до минимальной выраженности. В подавляющем большинстве случаев признаков плохого контакта зафиксировано не было. Больные в исследуемой группе достаточно легко соглашались не только на собеседование, но и на выполнение экспериментально-психологических заданий. Для грубых нарушений контакта у больных не имелось оснований ни в лице грубых дефицитарных проявлений, ни в лице выраженной продуктивной симптоматики. Констатация сохранности способности контакта предполагает как минимум 2 вывода: 1 – данные клинко-психологического исследования являются вполне валидными для изучаемого контингента; 2 – больные вполне открыты для дальнейшего психотерапевтического реабилитационного воздействия.

Показатель по 11 пункту отражает степень выраженности пассивной (апатической) социальной отгороженности. В описываемой группе уровень такой отгороженности оценивается практически минимально: $1,5 \pm 0,21$ балла. Включенность в общение с другими пациентами, медперсоналом, родственниками достаточно эффективна для создания по крайней мере адаптированности к условиям стационарного лечения. Достаточная социальная активность может рассматриваться как прогностически благоприятная характеристика для вовлечения в систему внебольничных реабилитационных мероприятий.

Выраженность показателя по 12 пункту отражает степень нарушения абстрактного мышления. Среднее значение этого показателя,

по сравнению с другими, было довольно высоким ($3,86 \pm 0,27$) и относилось к диапазону от слабых до умеренных оценок. Довольно низкая оценка способности к абстрагированию связана прежде всего с низким образовательным уровнем большинства пациентов, а также, по всей вероятности, с низкой мотивированностью качественного выполнения заданий, требующих более-менее высокого уровня операциональной стороны мышления. Кроме того, длительное пребывание на инвалидности детренирует интеллектуальные возможности пациентов в связи с социальной депривацией.

13-й пункт оценивает степень утраты способности к спонтанности и возможности поддерживать беседу. Среднее значение показателя по этому пункту довольно низкое ($1,33 \pm 0,17$), что свидетельствует о неплохой способности больных заводить и поддерживать разговор, проявлять самостоятельную инициативу. Обращает на себя внимание тот факт, что сами пациенты, судя по результатам клиничко-психологического исследования, оценивают свою спонтанную активность как недостаточную, что отражает психотравмирующее воздействие лечебного режима и утраты трудоспособности.

Среднее значение показателя по 14 пункту – стереотипии в мышлении – имеет второе по величине значение из 30 пунктов методики – $4,89 \pm 0,31$ балла. Высокое значение по этому пункту вполне согласуется с низкой оценкой способности к абстрагированию. Причем речь идет не столько об изменении мышления по органическому типу, мало свойственному для больных шизофренией, а о своеобразной перестройке мышления в условиях социальной депривации в стационаре. Заведомая «решенность» за пациента всех каждодневных проблем, как уже указывалось, детренирует его интеллект и стереотипизирует направленность его ассоциаций. Больные описываемого контингента действительно крайне стереотипны в изложении своих пожеланий скорейшей выписки из стационара, отмены медикаментозного лечения и т.п.

Пятнадцатый пункт оценивает уровень соматической озабоченности. Среднее значение этого показателя низкое – $1,48 \pm 0,13$ балла, что указывает на малую представленность ипохондрической симптоматики у описываемых больных. Исключение составили несколько пациентов, бредовые идеи у которых имели ипохондрический оттенок (дистантное воздействие, по их мнению, наносит вред их здоровью).

Шестнадцатый пункт касается весьма распро-

страненного и важного аспекта психического состояния больных – уровня тревоги. Среднее значение его – $3,26 \pm 0,19$ лежит на грани между минимальными и слабыми уровнями тяжести. Следует отметить, что максимум выраженности этого симптома во всей выборке не превышает 5 баллов, но довольно часто равен 4 баллам. Среди больных этой группы не отмечалось выраженной тревожной или тревожно-депрессивной симптоматики процессуального характера. Низкий уровень тревоги у этого контингента больных может быть связан как с низкой их критичностью, так и с общей удовлетворенностью от участия в реабилитационной программе.

В пользу последнего объяснения говорит и низкий показатель по 17 пункту – чувство вины – $1,71 \pm 0,23$ балла, что свидетельствует не только о практическом отсутствии ситуационных депрессивных переживаний, но и о недостаточной критичности по отношению к различным жизненным проблемам.

Показатель пункта 18 – напряжение – оказывается тоже очень низким ($1,31 \pm 0,12$ балла), что может быть связано со своеобразной адаптированностью больных к перманентному пребыванию на стационарном лечении. Отсутствие напряженности прежде всего проявляется во внешней бесконфликтности, легкой подчиняемости больных. Однако это внешне благополучное поведение может скрывать за собой высокий уровень интрапсихической конфликтности и противоречивости. Низкий уровень напряженности, таким образом, имеет достаточно обманчивый, маскирующий характер.

Девятнадцатый пункт – манерность в мимике и жестах имеет средний балл $2,58 \pm 0,16$, то есть предполагает минимальную выраженность вычурности, нарочитости невербальной экспрессии. Своеобразная наигранность рисунка поведения также может быть отнесена к проявлениям специфической адаптированности к атмосфере специализированного отделения медико-социальной реабилитации.

Показатель по двадцатому пункту, отражающий уровень выраженности депрессивной симптоматики, ничтожно мал – $1,07 \pm 0,05$, что говорит о практическом отсутствии патологии настроения такого рода в изучаемом контингенте. Отсутствие депрессивной симптоматики косвенно свидетельствует об адекватности диагностического и лечебного процесса (отсутствие ятрогенных депрессий, являющихся побочным эффектом чрезмерной терапии нейролептиками).

Моторная заторможенность (пункт 21) в

среднем выражена на уровне $2,17 \pm 0,29$ балла, то есть на уровне минимальной тяжести. Подобный уровень вполне объясним, так как ни депрессивных, ни кататонических, ни нейролептических проявлений у больных не выявлено.

Двадцать второй пункт оценивает степень отсутствия сотрудничества у больных. Среднее его значение достаточно низкое, что соответствует комплайенсу, продемонстрированному во время проведения настоящего исследования. Демонстрация высокой степени готовности к сотрудничеству обнадеживает как в отношении эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в стационаре, так и возможности развертывания психокоррекционной реабилитационной деятельности в амбулаторных условиях.

Показатель по двадцать третьему пункту отражает наличие мыслей необычного содержания. Речь идет, прежде всего, о не разделяемых большинством окружения мистических верованиях, превратных трактовках обыденных фактов. Такая симптоматика прежде всего характерна для лиц с шизотипическим расстройством, а не для более прогрессивных форм патологии шизофренического круга. В изучаемом контингенте отдельные элементы своеобразного «магического», болезненно символического мышления отмечались лишь в единичных случаях, что дало общую среднюю выраженность показателя по этому симптому на уровне $2,16 \pm 0,08$ балла.

Пункт 24 – дезориентация – вполне закономерно имеет минимальный уровень выраженности – $1,0 \pm 0,0$ балла. Дезориентация – один из основных признаков нарушения сознания, и абсолютно ясно, что если бы такое нарушение и имело место, то его носитель не мог бы быть в числе обследованных представителей выборки.

Пункт 25 отражает степень выраженности нарушений внимания. Средний показатель по нему составил $2,57 \pm 0,22$, что соответствует уровню приблизительно минимальной тяжести. Грубые нарушения внимания в виде неустойчивости, сужения объема, связанные с характерным для шизофрении снижением мотивационного компонента психической деятельности, правдоподобнее всего было бы ожидать у пациентов с глубоким дефектом или в разгаре продуктивных расстройств. Поэтому вполне естественно, что у пациентов изучаемого контингента представленность этой симптоматики оказалась минимальной.

В показателе по 26 пункту находит отражение степень утраты пациентом критики. Показатель по этому пункту имеет наибольшее из всех

остальных значение $5,84 \pm 0,21$ балла. Это уровень умеренно-тяжелой – тяжелой степени выраженности. Такой высокий уровень, на первый взгляд, мало согласуется с относительно благополучным общим впечатлением о психическом состоянии обследованных больных. Но этот показатель отнюдь не является артефактом. Он свидетельствует о том, что ремиссия развивающаяся в условиях длительной болезни формирует лишь фасадное благополучие, но не способствует появлению глубокой критики. Критичность к своему состоянию не развивается в условиях депривационно-ограничительной патерналистской парадигмы, блокирующей развитие способности принимать ответственность на себя. По-видимому, краткосрочного реабилитационного курса недостаточно для появления осознанного отношения пациента к болезни и формирования (восстановления) мотивационных ресурсов личности.

В среднем показателе по пункту 27 находит отражение степень нарушения в волевой сфере. По сравнению с другими пунктами его значение довольно велико – $4,21 \pm 0,34$ балла, что свидетельствует о наличии как минимум умеренно выраженной симптоматики гипобулического плана. Таковую степень выраженности гипобулических тенденций было бы неправомерно рассматривать лишь как следствие биологически обусловленных последствий развития шизофренического процесса. В значительной степени гипобулия обусловлена и длительным пребыванием больных на инвалидности, и неучастием их в социально-полезной деятельности.

Двадцать восьмой пункт отражает степень недостаточности контроля за импульсивными действиями. Средний показатель по этому пункту низкий – $1,32 \pm 0,14$ балла. Единичные пациенты имели максимальные оценки в пределах пяти баллов. Таким образом, проявления импульсивной активности являются нехарактерными для изучаемого контингента.

Двадцать девятый пункт оценивает степень озабоченности больных, под которой, в первую очередь, подразумевается скорость и адекватность осмысления ситуации. Поскольку грубой дезорганизации мышления у большинства больных описываемой группы не обнаруживается, равно как и признаков слабоумия и нарушений сознания, вполне естественно, что средний показатель по этому пункту минимальный – $1,16 \pm 0,09$.

Тридцатый пункт измеряет степень выраженности активного социального избегания. Степень избегания общества, насколько об этом

можно судить по поведению и высказываниям больных в стационаре, минимальна ($1,48 \pm 0,18$ балла). Клинико-психологическое исследование также выявляет стремление (на уровне представлений об идеальном «Я») к более насыщенным социальным контактам. Однако выявленные негативные последствия длительной детренированности навыков социального взаимодействия ставят под вопрос успешность их самостоятельной ресоциализации.

Более рельефно специфичность клинической характеристики больных шизофренией, включенных в реабилитационную программу, позволяет представить сравнение их средних показателей по методике PANSS со средними показателями больных шизофренией, получающих традиционное лечение.

Средняя выраженность бредовых расстройств в сравниваемых контингентах одинакова, как и степень дезорганизации мышления. Отсутствие достоверных отличий по пунктам, отражающим одни из наиболее типичных и стойких проявлений шизофренического процесса, указывает на клиническую сопоставимость сравниваемых групп и подтверждает предположение о том, что имеющиеся между сравниваемыми контингентами различия предопределяются не их биологической разнородностью, а, главным образом, различием воздействующих социальных и социально-психологических факторов.

Выраженность галлюцинаторных расстройств на момент обследования достоверно ($p=0,013$) более значительно представлена в группе сравнения, достигая, в среднем, слабой выраженности признака. Такое различие связано с меньшей стойкостью галлюцинаторной симптоматики, чем бредовой и формальных расстройств мышления, по отношению к терапии нейролептиками. У пациентов реабилитационной группы, галлюцинации, как правило, успевают стойко редуцироваться или, по крайней мере, галлюцинаторное поведение становится менее выраженным.

Степень возбуждения больных сравниваемого контингента также оценивается как более высокая ($p=0,0000001$). Более спокойное и упорядоченное поведение больных основной группы обусловлено, на наш взгляд, не только уровнем комплайенса, достигнутого в реабилитационной среде специализированного отделения, но и специфическими влияниями внутригруппового взаимодействия пациентов, способствующими улучшению функции самоконтроля за поведением.

Идеи величия или, другими словами, паранойяльная симптоматика одинаково выражены в обеих группах. Как уже указывалось выше, фантастические бредовые идеи мало характерны для основного исследуемого контингента и достаточно редко встречаются и у пациентов группы сравнения.

Средний показатель по пункту «подозрительность» достоверно выше в группе сравнения ($p=0,023$). Такое различие может быть истолковано не только как свидетельство меньшей выраженности паранойяльного плана идей, но и как проявления более низкой критичности мышления.

У больных группы сравнения показатель враждебности оказывается также более высоким ($p=0,000006$), хотя и достигает в среднем уровня слабой степени выраженности. Это свидетельствует как об эффективности нейролептической терапии, так и о еще большей эффективности сочетанного применения медикаментозных средств и реабилитационных воздействий.

В сравнении с пациентами, получавшими традиционное лечение, больные основной группы демонстрировали меньшую степень ($p=0,016$) уплощения аффекта. Установленное различие в степени уплощения аффективности не сказывается, вместе с тем, на уровне эмоциональной отгороженности пациентов сравниваемых групп, о чем свидетельствуют фактически одинаковые средние значения по 9 пункту PANSS. Качество контакта с пациентом более высоко оценивается в реабилитационной группе больных ($p=0,00003$). Впечатление большей адекватности общения возникает, скорее всего, в связи с улучшением их коммуникабельности под влиянием тренинговых групповых занятий.

Пассивная (апатическая) социальная отгороженность более свойственна пациентам, получающим традиционное лечение нейролептиками ($p=10^{-6}$). Большая социальная отгороженность указанной группы больных объясняется более выраженной редукцией мотивационной составляющей их поведения в условиях отсутствия внешних стимулов, направленных на активацию социального функционирования.

Нарушения процесса абстрагирования в обеих сравниваемых группах расцениваются как выраженные на одинаковом уровне. Отсутствие достоверных различий в данном случае говорит, главным образом, об одинаковой представленности органического радикала психопатологии (с которым ассоциируется снижение способно-

сти к абстрагированию) и одинаковом уровне интеллектуальных особенностей.

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

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

По пункту, касающемуся озабоченности социальными проблемами, средний уровень показателя оказался более высоким у пациентов, получающих обычное лечение ($p=0,0005$). Ипохондрическая проблематика чаще встречалась у больных с более прогрессивными вариантами течения шизофрении.

Тревожная симптоматика оказалась одинаково выраженной в сравниваемых контингентах больных шизофренией по оценке ее внешних проявлений. Низкий уровень тревоги в обеих группах еще раз указывает на нозологическую однородность изучаемых контингентов.

Чувство вины, характеризующее, в определенной мере степень критичности больных, в одинаковой степени минимально выражено в обеих группах.

Напряжение у больных основной группы выражено достоверно ниже ($p=10^{-5}$). Большая степень напряженности больных группы сравнения связана, главным образом, с пребывани-

ем их в однообразно-агрессивной среде общепсихиатрического отделения и низким уровнем комплайенса с медицинскими работниками.

Степень выраженности манерности в мимике и жестах не имеет достоверного различия на уровне $p<0,05$, но отличается на уровне $p<0,1$. Она оказывается несколько выше в реабилитационной группе. Некоторое отличие в характере невербальной самопрезентации можно объяснить подверженностью пациентов основной группы влиянию субкультуральных норм поведения, культивируемых в реабилитационной среде.

Депрессивные переживания, очень незначительно выраженные в обеих сравниваемых группах, оказываются все-таки более существенно ($p=0,011$) представленными в группе сравнения. Некоторый элемент депрессивности этих больных может быть связан с отсутствием у них уверенности в стабильности их состояния и негативными влияниями изоляции.

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

Проводимое сравнение обнаруживает, что оценка способности больных к сотрудничеству оказывается достоверно более высокой ($p=0,012$) в реабилитационной группе. Однако впечатление большей открытости для взаимодействия с медицинским персоналом носит у этих больных в значительной степени поверхностный характер, являясь отражением патологической адаптированности к атмосфере психиатрического стационара. Как показали клинико-психологические исследования, потребность во включении в социум, в аффективно-насыщенных связях оказывается тотально подавленной.

По пункту 26 – утрата критики – достоверно более высокая оценка оказалась у больных, включенных в реабилитационную программу. Подобное различие может показаться, на первый взгляд, несколько неожиданным: ведь до этого практически по всем пунктам о пациентах основной группы складывалось впечатление как о более сохранных и благополучных. Отсутствие у них, однако, сколько-нибудь неформальной критики к своему психическому

состоянию, перенесенным нарушениям, подтверждает представление о фасадном характере благополучности их состояния, о существовании своеобразной патологической адаптированности, блокирующей глубокую личностную проработку больными их экзистенциальной ситуации.

Нарушения воли в обеих группах в среднем расцениваются как практически одинаковые, отражающие единообразный тип дефицитарных расстройств. В то же время пациенты группы сравнения внешне оцениваются как достоверно более импульсивные в своем поведении ($p=10^{-6}$). Такое впечатление связано прежде всего с тем, что эти больные большую часть времени предоставлены сами себе, а внешне направляющих адекватных стимулов их поведения в период стационарного лечения крайне недостаточно. Напротив, более упорядоченное поведение пациентов основной группы определяется постоянной насыщенностью реабилитационными мероприятиями, создающими предпосылки для более или менее устойчивых форм целенаправленной активности.

Степень озабоченности пациентов группы сравнения также представляется существенно более высокой ($p=10^{-6}$). Под озабоченностью, как уже указывалось выше, понимается прежде всего меньшая быстрота и точность схватывания текущей ситуации. Лишенные адекватных социальных стимулов и положительной терапевтической перспективы, эти пациенты оказываются более озабоченными больничной обстановкой.

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

Своеобразный итог рассмотрению различий по шкале PANSS можно подвести, сравнив суммарные значения ее субшкал. Субшкала Р (позитивных расстройств) в основной группе име-

ет среднее значение $17,10 \pm 1,82$ балла, в то время как в группе сравнения – $22,39 \pm 1,57$ балла. Различия достоверны на уровне $p=4 \cdot 10^{-2}$. Таким образом, совокупная выраженность продуктивных расстройств оказывается достоверно большей у пациентов обычных отделений. Это связано с тем, что терапевтическая среда и формы работы в отделении медико-социальной реабилитации создают лучшие условия для редукции продуктивной симптоматики и более качественного вызревания ремиссии.

Средний показатель по субшкале N у больных реабилитационной группы составил $21,81 \pm 1,85$ балла, в то время как в группе сравнения – $25,20 \pm 1,91$ балла. Достоверность различий $p=7,1 \cdot 10^{-2}$.

Шкала общих симптомов G в основной группе имеет среднее значение $33,71 \pm 2,84$ балла, а в группе сравнения – $39,3 \pm 2,96$ балла (различия недостоверны). Не установлено существенных различий и по ее подразделам: аффективные нарушения – $11,43 \pm 0,59$ и $9,28 \pm 0,8$ балла; двигательные-волевые нарушения – $14,46 \pm 1,35$ и $17,46 \pm 1,4$ балла; когнитивные – $11,71 \pm 0,81$ и $11,56 \pm 0,76$ балла.

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

Короткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) в стандартной версии содержит 18 психопатологических (психотических) признаков, оцениваемых в 7 градациях тяжести и применяется для оценки интенсивности психопатологических расстройств (чаще всего в связи с оценкой эффективности проводимой терапии). Внутри шкалы выделяется 5 факторов (синдромов): 1) тревожная депрессия; 2) нарушения мышления; 3) апатия, заторможенность; 4) подозрительность, враждебность; 5) возбуждение-напряжение. Результаты исследования по методике BPRS представлены на таблице 2.

Результаты исследования по методике BPRS в сравниваемых группах

Показатели		Суммарный показатель	1	2	3	4	5
Группы	Осн.	38,75±1,17	6,54±0,47	0,93±10,85	8,15±1,01	6,03±0,79	6,57±0,65
	Сравн.	48,03±1,70	6,69±0,56	10,85±0,90	11,25±0,91	9,64±0,68	11,36±1,3
P		0,000011	0,964	0,836	0,0396	0,0312	0,0062

Факторы: 1 – тревожная депрессия; 2 – нарушения мышления; 3 – апатия, заторможенность; 4 – подозрительность, враждебность; 5 – возбуждение-напряжение.

Результаты, полученные с помощью шкалы BPRS, полностью согласуются с приведенной выше стандартизированной оценкой психического статуса в сравниваемых группах. Суммарный показатель по BPRS у пациентов, получающих обычное лечение, с высокой степенью достоверности превышает показатель в основной группе ($p=0,000011$).

Показатели по фактору тревожной депрессии практически одинаково выражены и невелики (максимально возможное значение – 21 балл), что указывает на нозологическую однородность сравниваемых контингентов, в которых практически не встречается патология аффективного круга.

Нарушения мышления (по форме и по содержанию) приблизительно на одном уровне выражены в обеих сравниваемых группах, что лишь раз подтверждает их адекватную сопоставимость в клиническом отношении.

Показатель по фактору апатии и заторможенности достоверно выше в группе сравнения ($p=0,0396$), но не достигает экстремально высоких значений (возможный максимум – 28 баллов). По фактору подозрительности и враждебности показатель в группе сравнения также достоверно выше ($p=0,0312$), что свидетельствует о формировании более качественной ремиссии у пациентов отделения медико-социальной реабилитации. Аналогичное объяснение может быть дано и причинам достоверно большего ($p=0,0062$) значения показателя по фактору возбуждение-напряжение у больных, лечащихся в обычном отделении.

Подводя итог результатам исследования по методике BPRS, кроме уже указанного их совпа-

дения с данными по PANSS, можно констатировать достаточно высокую клиническую эффективность сочетанного использования медикаментозной терапии и комплекса реабилитационных мероприятий.

В связи с тем, что на успешную реадaptацию и реабилитацию больных шизофренией оказывают влияние выраженность и качественная специфика негативных расстройств, имеющих, как уже указывалось, не только биологически детерминированный процессуальный генез, но и социально-психологическую обусловленность, в программу исследования было включено детальное квантифицированное исследование дефицитарной симптоматики с помощью методики SANS.

SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) содержит 30 признаков, включающих аффективное уплощение, алогию, абулию-апатию, ангедонию-асоциальность и т.п. Каждый признак (симптом) оценивался по степени тяжести от 0 до 5 баллов. Данные исследования по методике SANS приводятся в таблице 3.

Застывание мимики в обеих сравниваемых группах чаще всего ограничивается легким уменьшением соответствия лицевой экспрессии содержанию высказываний. Спонтанная подвижность тела во время разговора также выражена незначительно.

Сохранность выразительности жестикуляции в обеих группах оценивается приблизительно одинаково, в основном на уровне легкой степени снижения. Обеднение контакта взглядом во время беседы расценивается одинаково еще более незначительно, в большинстве случаев сохраняется вполне достаточная выразительность взгляда в разговоре.

Результаты исследования по методике SANS в сравниваемых группах

Пункты	Группы		Р
	Основная	Сравнения	
1	2,05±0,18	1,97±0,25	0,814
2	1,91±0,19	2,00±0,24	0,759
3	1,95±0,20	2,10±0,27	0,649
4	1,28±0,20	1,69±0,22	0,188
5	1,33±0,19	1,74±0,23	0,178
6	1,20±0,18	1,44±0,23	0,424
7	2,08±0,19	2,08±0,24	0,997
8	1,11±0,17	0,74±0,11	0,129
9	2,41±0,17	2,92±0,15	0,043*
10	2,02±0,16	2,38±0,17	0,142
11	1,72±0,20	2,21±0,20	0,112
12	0,84±0,15	0,97±0,15	0,568
13	2,44±0,16	2,51±0,18	0,765
14	1,14±0,19	1,38±0,20	0,399
15	2,80±0,16	3,00±0,12	0,362
16	1,73±0,16	2,51±0,17	0,002*
17	2,47±0,18	3,05±0,15	0,027*
18	2,77±0,17	3,13±0,15	0,141
19	0,91±0,18	0,98±0,21	0,882
20	2,59±0,14	3,00±0,16	0,069
21	2,54±0,17	2,95±0,20	0,146
22	2,19±0,20	3,00±0,20	0,008*
23	2,55±0,17	3,03±0,16	0,153
24	2,48±0,18	2,77±0,14	0,275
25	2,2±0,19	2,13±0,22	0,803
26	2,78±0,16	2,90±0,16	0,624
27	1,70±0,20	1,47±0,19	0,355
28	2,73±0,18	2,87±0,18	0,608
29	1,34±0,21	0,62±0,16	0,015*
30	2,28±0,17	2,61±0,09	0,141

Наименования пунктов: 1. Застывшее выражение лица; 2. Уменьшение спонтанных движений; 3. Бедность экспрессии жестов; 4. Бедность контакта взглядом; 5. Отсутствие эмоционального резонанса; 6. Неадекватный аффективный ответ; 7. Монотонный голос; 8. Субъективные жалобы на аффективную пустоту или потерю чувств; 9. Общая оценка аффективного поведения; 10. Бедность высказываний; 11. Бедность содержания высказываний; 12. Остановка мыслей; 13. Увеличение латентного периода ответов; 14. Субъективная оценка алолии; 15. ; 16. Туалет-гигиена; 17. «Неявки на работу и учебу»; 18. Физическая энергия; 19. Абулия и апатия – субъективные жалобы; 20. Глобальная оценка абулии-апатии; 21. Интересы и активное проведение досуга; 22. Интересы и активность в сексуальной жизни; 23. Неспособность к близким интимным отношениям; 24. Отношения с друзьями и коллегами; 25. Осознание ангедонии и социального «ухода»; 26. Общая оценка ангедонии и социального ухода; 27. Невнимательность в процессе социальной активности; 28. Невнимательность при тестировании; 29. Невнимательность – субъективные жалобы; 30. Общая оценка невнимательности.

Способность к эмоциональному выражению у пациентов обеих групп остается одинаково сохранной; как правило, когда больных смещают, побуждают улыбнуться, они откликаются адекватной эмоциональной реакцией.

Неадекватное контексту беседы аффективное

реагирование, чаще всего в виде стереотипной дурашливости, отмечалось в единичных случаях; у пациентов обеих групп чаще вполне сохранной остается способность сопровождать обсуждение серьезных проблем соответствующим содержанием беседы выражением лица.

Интонации и громкость голоса у большинства больных сравниваемых групп остаются естественными и модулируются в соответствии с содержанием разговора. Интонационная составляющая общей экспрессии страдает лишь в самой малой степени. Субъективные жалобы на утрату живости своих чувств, потерю ощущения прежней живой заинтересованности в делах и событиях окружающего мира несколько чаще можно услышать от пациентов реабилитационной группы.

Хотя по перечисленным выше пунктам кластера «эмоциональное уплощение» методики SANS достоверных различий средних показателей сравниваемых групп и не отмечается, общий средний уровень экспертной оценки эмоциональной выразительности достоверно ниже у пациентов, лечащихся в обычных отделениях ($p=0,043$). Суммарное впечатление о степени конгруентности эмоционального сопровождения контексту живого общения может быть связано с разной частотой встречаемости явлений регрессивной синтонности в сравниваемых группах: чаще они отмечаются в рамках психопатологического дефекта, более свойственного больным из основной группы.

Степень малословия, игнорирования задаваемых вопросов, односложности ответов оценивается в обеих группах на одинаково незначительном уровне. Достаточно редко в обеих группах, хотя и несколько чаще в группе сравнения, констатируется наличие резонерства, мимо ответов, особой туманности высказываний.

Шперрунги, указания на «обрыв» мыслей крайне редко встречаются в обеих сравниваемых группах. Гораздо чаще вербальный контакт затрудняется из-за увеличения скрытого периода ответов: в обеих группах больные нередко отвечают на вопрос не сразу, как-бы то и дело возвращаясь к предмету разговора от своих собственных далеких мыслей.

Субъективная оценка степени дезорганизации мышления (алогии) в обеих группах достаточно низкая. Лишь немногие больные замечают, что им хуже думается, указывают на несобранность мыслей. Объективная оценка степени снижения продуктивности и целенаправленности мыслительной деятельности приблизительно одинакова в сравниваемых группах и достигает средней степени, что вполне согласуется с приведенными выше данными по пункту 2 шкалы PANSS.

Больные, находящиеся на лечении в отделении медико-социальной реабилитации, выглядят

заметно более опрятными, ухоженными, аккуратными, следящими за своим внешним видом ($p=0,002$). Пациенты, лечащиеся в обычном отделении, чаще обращают на себя внимание недостаточностью ухода за телом и одеждой, что объясняется менее жесткими требованиями к регулярному выполнению обязательных гигиенических процедур.

По 17 пункту SANS – «неявки на работу и учебу» – оценка базировалась, главным образом, на анализе данных объективного анамнеза. У пациентов группы сравнения достоверно чаще ($p=0,027$) констатировались увольнения и отказы в приеме на работу по причине нарушений трудовой дисциплины, а, если быть более точными, вследствие стигматизированности диагнозом «шизофрения». Пациенты основной группы реже связывали утрату работы с безответственным отношением к ней. В обеих группах планы возобновления трудовой деятельности имели чаще всего неопределенный, лишенный конкретики, прожектерский характер, что вполне объяснимо не только с позиций наличия у больных гипобулических проявлений, но и в связи с отсутствием реальной действенной реабилитационной активности внебольничного звена психиатрической помощи.

Степень физической инертности воспринималась несколько более выраженной (без достоверных различий) у больных шизофренией, лечащихся в отделениях с обычным режимом. Уклонение от занятий, требующих приложения физических или умственных усилий, во многом может быть объяснено не только процессуально обусловленным снижением энергетического потенциала личности, но и своеобразной «обученностью» бездействию в связи с отсутствием реальных и действенных реабилитационных программ и средств на их реализацию в практическом здравоохранении.

Субъективная оценка степени имеющейся гипозергии на уровне осознаваемого дефицита «внутренней энергии» и явственности побуждений одинаково низка в обеих группах (практически на нулевом уровне выраженности), что подтверждает низкую оценку критичности изучаемых пациентов.

Глобальная оценка апатико-абулических проявлений, учитывающая поправку на возраст больных, в сравниваемых группах не имеет достоверных отличий на уровне $p<0,05$, однако на уровне $p<0,1$ можно говорить об их большей выраженности у пациентов, лечащихся в обычных условиях, что подтверждают данные стандартизированной

ванной оценки по методикам PANSS и BPRS.

Степень снижения потребности в активном проведении досуга одинаково оценивается у пациентов сравниваемых групп в среднем на уровне незначительной выраженности. Снижение интереса к сексуальной жизни и стремления к сексуальной активности у пациентов, лечащихся в обычных отделениях, чаще всего соответствует среднему уровню выраженности и оказывается достоверно более значительным ($p=0,008$), чем в основной группе.

Неспособность к близким, аффективно-насыщенным интимным отношениям оценивается на уровне средней степени выраженности в обеих группах. На одинаковом среднем уровне оценивается и способность поддерживать отношения с друзьями и коллегами во избежание одиночества. Степень осознания ангедонии и редукции социальных контактов также в обеих группах была средне выраженной.

Невнимательность во время беседы и тестирования у пациентов обеих групп была незначительной. Следует обратить внимание на то, что пациентами основной группы собственные трудности в сосредоточении и концентрации субъективно оцениваются как более серьезные ($p=0,015$), в то время как внешняя оценка нару-

шений внимания отличий не установила.

Подводя итог оценке результатов исследования по методике SANS, следует отметить, что у большинства пациентов сравниваемых групп отсутствуют грубые дефицитарные нарушения; в то же время пациенты реабилитационной группы обнаруживают большую сохранность аффективной выразительности, гигиенических навыков, общей энергичности, что прогностически благоприятно для оценки эффективности внедрения реабилитационных мероприятий.

Для оценки степени негативного влияния на психическое состояние пациентов и их реабилитационный потенциал возможных побочных эффектов нейролептической терапии было проведено исследование пациентов с помощью шкалы оценки экстрапирамидных симптомов (ШОЭС). Результаты этого исследования приведены в таблице 4.

При рассмотрении полученных данных прежде всего необходимо отметить, что средние показатели по всем пунктам не превышают уровня слабой выраженности экстрапирамидных симптомов, что позволяет говорить о применении оптимальных нейролептиков, отсутствии явных признаков передозировки или неучтённого индивидуальной непереносимости.

Таблица 4

Результаты исследования по методике ШОЭС в сравниваемых группах

Пункты	Группы		P
	Основная	Сравнения	
1	1,72±0,12	1,51±0,10	0,222
2	1,07±0,29	1,08±0,04	0,901
3	1,22±0,07	1,15±0,07	0,511
4	1,48±0,10	1,69±0,16	0,237
5	1,02±0,02	1,23±0,08	0,002*
6	1,41±0,10	1,67±0,13	0,111
7	1,84±0,12	1,61±0,13	0,203
8	1,00±0,00	2,28±0,21	10 ⁻⁶ *
9	1,17±0,06	1,05±0,05	0,184
10	1,00±0,00	1,05±0,05	0,224
11	1,03±0,03	1,10±0,07	0,348
12	1,26±0,08	1,41±0,11	0,265

Пункты шкалы: 1. Заторможенность или слабость, затруднения при выполнении привычных бытовых действий; 2. Нарушения походки или равновесия; 3. Затруднения при глотании или речи; 4. Скованность, напряженность позы; 5. Судороги или боли в конечностях, спине или шее; 6. Неусидчивость, нервозность, неспособность оставаться в покое; 7. Тремор, дрожь; 8. Окулогирные кризисы, неудобные позы; 9. Повышенное слюноотделение; 10. Аномальные произвольные движения (дискинезии) конечностей или туловища; 11. Аномальные произвольные движения (дискинезии) языка, челюстей, губ или лица; 12. Головокружения при вставании (особенно по утрам).

Размерность оценок: 1 – симптом отсутствует; 2 – слабая степень выраженности; 3 – умеренная степень; 4 – тяжелая степень.

По большинству пунктов достоверных различий в выраженности симптомов экстрапирамидных осложнений не выявлено. Наиболее высокие средние показатели у больных реабилитационной группы имеют место по 1 и 7 пунктам – заторможенность или слабость при выполнении бытовых действий и наличие тремора. Нарушения в виде окулогирных кризов и дискинезий туловища (типа торзионных спазмов) вообще ни разу не регистрировались в основной группе больных. В группе сравнения более всего представлены скованность и неусидчивость (чаще всего в структуре поздних дискинезий), нередко фиксировались и окулогирные кризы; минимально были представлены, как и в основной группе, гиперкинезы типа торзионного спазма.

Достоверные различия в средней выраженности симптомов экстрапирамидных осложнений установлены по двум пунктам методики: в

группе сравнения существенно выше уровень жалоб на судороги и боли в конечностях ($p=0,002$) и на наличие окулогирных кризов. Установленные различия скорее всего связаны с тем, что в связи с большей представленностью среди пациентов обычных отделений недавно поступивших чаще отмечаются галлюцинозные и галлюцинозно-бредовые расстройства (см. данные по PANSS), требующие назначения в инъекциях производных бутирофенона, чаще всего дающих подобные побочные эффекты.

Таким образом, стандартизированная оценка психического состояния пациентов в сравниваемых группах позволила не только создать обобщенную клиническую характеристику сравниваемых контингентов, но и выделить их отличительные особенности, являющиеся отправными моментами в разработке эффективных лечебных и реабилитационных программ.

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

СТАНДАРТИЗОВАНА ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

У статті наведено дані про стандартизовану (за допомогою шкал PANSS, SANS, BPRS та ШОЕС) оцінку психічного стану 70 хворих на параноїдну шизофренію, що були включені до реабілітаційної програми, та 35 хворих із тим же діагнозом, відповідними гендерно-віковими та клініко-динамічними особливостями, по відношенню до яких не проводилось спеціальних реабілітаційних заходів (група порівняння). Виділено основні клінічні аспекти, що є відправними моментами у розробці ефективних лікувальних та реабілітаційних програм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 3-16).

V.A. Abramov, O.K. Burtsev, I.V. Zhigulina, T.L. Ryapolova, A.V. Abramov

STANDARD ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF REHABILITATION EVENTS IN PARANOID SCHIZOPHRENIA

Donetsk State Medical University

The data on standard (with the help of the questionnaires PANSS, SANS, BPRS and ESAS – extrapyramidal symptoms assessment scale) assessment of mental state of 70 patient with paranoid schizophrenia, which were included in the programme of rehabilitation and 35 patients with the same diagnosis, with the similar gender-aging and clinic-dynamic peculiarities but without specific rehabilitation effects (the group of comparison) are given in the article. The main clinical aspects for the development of effective medical and rehabilitation programmes are distinguished. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 3-16).

Литература

1. Карлинг П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. – Киев: Сфера, 2001. – 418 с.
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2002. – 279 с.

3. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. – Донецк: «Каштан», 2006. – 268 с.
4. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкорытов В.С. Основы качественной психиатрической практики. - Донецк: «Каштан», 2004. – 247 с.

Поступила в редакцию 21.01.2007

УДК: 616.89 (477.62)

*В.І. Азарков, О.В. Шинкар, С.В. Грищенко***ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ
(ІНФОРМАЦІЙНИЙ ОГЛЯД ЗА 2000-2005)**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Ключові слова: психічне здоров'я, статистичний облік показників здоров'я

Основним джерелом даних про стан психічного здоров'я населення як і раніше є державна медична статистика. І хоча вона далеко не бездоганна, її базова роль в оцінці стану психічного здоров'я крупних популяцій зберігатиметься ще досить довго. Не дивлячись на те, що на дані офіційної статистичної звітності значно впливають чинне законодавство з психіатричної допомоги, система організації психіатричної і наркологічної служб, забезпеченість кадрами і рівень їх професійної підготовки, домінування тих або інших діагностичних підходів, відношення населення до психіатричної допомоги тощо, статистичні показники дозволяють достатньо достовірно визначити основні тенденції в поширеності, динаміці і структурі психічних розладів серед населення. Актуальність цієї проблеми визначена зростанням поширеності психічних розладів і інвалідності. Майже 88% інвалідів з причини психічних розладів мають I або II групу. В основному це люди працездатного віку і діти [1]. При невеликій питомій вазі психічних розладів в загальній структурі захворюваності населення соціальний і економічний збиток від розповсюдження патології цього класу значущий [2]. Метою цієї роботи є виявлення основних закономірностей формування показників психічного здоров'я населення Донецької області.

Перш ніж перейти до аналізу показників захворюваності і хворобливості психічними розладами населення Донецької області в 2000-2005 рр., необхідно згадати ухвалення в 2000 році «Закону України про психіатричну допомогу», який встановлює пріоритет добровільності при її отриманні. Наслідком цього стало деяке падіння показників врахованої хворобливості психічними розладами до 2002 року, а з деяких розладів і до 2003 року. Така відстрочена реакція статистичних показників пояснюється певною інертністю як психіатричної служби, так і суспільства, а та-

кож необхідністю періоду адаптації до роботи в новому законодавчому полі. Але якщо узяти за точку відліку 2002 рік і прослідкувати подальшу динаміку показників, то можна побачити стійку тенденцію до їх збільшення. У табл.1 і 2 представлені дані про хворобливість і первинну захворюваність психічними розладами на підставі статистичної облікової форми №10.

Після достовірного зниження з 2000 по 2003 рік інтенсивного показника врахованої хворобливості на 3,7% відбувалося подальше його збільшення до 2005 року. З табл.1 видно, що збільшення відбувалося виключно за рахунок консультативного контингенту. Питома вага консультативної групи у всьому врахованому контингенті збільшилася з 39,3% в 2003 р. до 43,7% в 2005 р. Темп приросту інтенсивного показника з 2003 по 2005 рр. склав 13,5%.

Контингент хворих з органічними ураженнями головного мозку збільшився на 4,3% з 83,3 в 2000 р. до 86,9 в 2005 р. на 10000 населення відповідно ($t > 3$).

Деякі менше - на 2,3% збільшилася частота розумової відсталості серед населення ($t > 2$). Загальновідомо, що хвороби цієї клінічної групи виявляються в основному в дитячому віці. В подальшому часто після встановлення інвалідності хворі перестають відвідувати психіатра і перебувати на обліку. Дорослі хворі з розумовою відсталістю після 30-35 років психіатра практично не відвідують. За вивчені 6 років питома вага дітей і підлітків в структурі населення знизилася з 21,3% до 16,6%. Якби вікова структура населення залишалася такою ж самою, можна було б чекати значнішого зростання показників частоти розумової відсталості. При вивченні динаміки цих показників в різних вікових групах найбільший темп приросту був виявлений серед підлітків - 11,4% з 2000 по 2005 роки; серед дитячого населення темп приросту за ці роки склав 5,4%.

Число хворих з психічними розладами (без наркологічних), що отримали допомогу в психіатричних установах Донецької області в 2000-2005 рр.(на 10000 населення)

	Роки					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Органічні псих. розл. (F00-F09)	83,3±0,4	85,9±0,4	84,6±0,4	84,3±0,4	85,8±0,4	86,9±0,4
Шизофренія та інші психози (F20,F23, F25)	36,6±0,3	36,1±0,3	35,8±0,3	35,7±0,3	35,7±0,3	35,9±0,3
Афективні розлади (F30-F39)	7,1±0,1	7,6±0,1	7,9±0,1	8,5±0,1	8,5±0,1	9,3±0,1
Вт.р.психотичні	3,4±0,1	3,5±0,1	3,5±0,1	3,6±0,1	3,6±0,1	3,7±0,1
Невротичні розл. (F40-F48)	53,2±0,4	51,2±0,4	39,7±0,3	39,0±0,3	38,3±0,3	38,3±0,3
Розл. особистості (F60-F69)	16,0±0,2	15,4±0,2	14,6±0,2	13,9±0,2	13,3±0,2	13,1±0,2
Розумова відсталість (F70-F79)	55,4±0,3	55,1±0,3	55,2±0,3	55,3±0,3	55,5±0,3	56,7±0,4
Консультативна група	109,4±0,5	108,8±0,5	100,8±0,5	100,4±0,5	104,1±0,5	114,0±0,5
Всього Д. и К. група	265,9±0,7	266,1±0,7	256,6±0,7	255,7±0,7	257,0±0,7	261,1±0,8

Найбільшою мірою за період, що вивчається, збільшилися інтенсивні показники хворобливості афективними розладами - на 31,0%. Причому зростання відбувалося в основному за рахунок реактивних афективних розладів неспсихотичного рівня, частота яких збільшилася в 1,5 рази.

Частота врахованих випадків шизофренії за ці роки змінилася незначно.

Необхідно відзначити зниження числа хворих, що перебувають на обліку з приводу психічних розладів неспсихотичного характеру - невротичних і особистісних розладів. Цьому, між іншим, сприяв розвиток психологічної допомоги.

Динаміка показників первинної захворюваності за 2000-2005 рр. (табл.2) по більшості клінічних груп аналогічна динаміці хворобливості.

У 2000 р. під спостереження було узяті 13,3

тис. осіб з вперше встановленим в житті діагнозом психічного розладу. Потім це число стало неухильно знижуватися, склавши в 2005 р. 11,2 тис. чоловік. Інтенсивний показник зменшився на 12,8% ($t > 3$). Причому, показник серед контингенту вперше поставленого на консультативний облік достовірно не змінився.

Проведемо короткий аналіз динаміки за 2000-2005 рр. показників первинної захворюваності по крупних нозологічних групах врахованого контингенту.

Число хворих з органічними психічними розладами (на 100000 населення) з вперше в житті щорічно встановленим діагнозом за цей час практично не змінилося. Виняток становило деяке зниження інтенсивного показника в 2002 р.

Частота вперше виявленої шизофренії, як і

слід було чекати, змінювалася мало. А ось число вперше виявлених афективних розладів неухильно росте. За період, що вивчається, інтенсивний показник по цій клінічній групі виріс на 4,4%. Виявлена та ж закономірність, що і для хворобливості. Зростання відбувалося за рахунок реактивних афективних розладів непсихо-

тичного рівня, а частота психотичних афективних розладів навіть дещо знизилася.

Первинна захворюваність невротичними і особистісними розладами істотно знизилась в 2002р. і далі мала тенденцію до зниження. В цілому темпи зниження з 2000 по 2005рр. склали по цих розладах 31% і 38% відповідно.

Таблиця 2

Число хворих з вперше в житті встановленим діагнозом психічного розладу (без наркологічних), що отримали допомогу в психіатричних установах Донецької області в 2000-2005 рр. (на 100000 населення)

	Годы					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Органічні псих. розл. (F00-F09)	100,0±1,5	101,5±1,5	90,6±1,4	98,6±1,4	93,5±1,4	98,6±1,5
Шизофренія та інші психози (F20,F23, F25)	8,5±0,4	9,7±0,4	9,2±0,3	8,7±0,3	8,8±0,3	9,4±0,3
Афективні розлади (F30-F39)	9,0±0,4	11,6±0,5	12,1±0,5	13,1±0,5	12,1±0,5	13,0±0,5
Вт.р. психотичні	3,4±0,3	4,2±0,3	3,8±0,3	4,1±0,3	2,8±0,2	2,7±0,2
Невротичні розл. (F40-F48)	67,1±1,2	73,3±1,2	54,5±1,1	49,8±1,0	46,7±1,0	46,2±1,0
Розл. особистості (F60-F69)	12,4±0,5	12,5±0,5	8,5±0,4	10,2±0,5	7,3±0,4	7,6±0,4
Розумова відсталість (F70-F79)	34,0±0,9	27,8±0,8	25,0±0,7	24,0±0,7	25,8±0,8	25,2±0,7
Консультативна група	141,4±1,7	161,1±1,9	132,6±1,7	142,0±1,8	154,1±1,8	137,0±1,7
Всього Д. и К. група	283,7±2,5	286,2±2,5	250,8±2,3	254,7±2,3	242,9±2,3	247,4±2,3

Динаміка частоти вперше виявленої розумової відсталості мала вже описану для хворобливості особливість. Після зниження рівнів показників в 2002-2003рр. відбувалося його повільне зростання.

Таким чином, останніми роками серед населення Донецької області спостерігається зростання частоти органічних і афективних розладів і зниження частоти врахованих неврозів і розладів особистості.

Аналізуючи стан психічного здоров'я насе-

лення Донецької області, не можна не зупинитися на показниках інвалідності, пов'язаних з психічними розладами. За даними психоневрологічних установ області в 2005р. зареєстровано 26,2 тис. інвалідів, інтенсивний показник склав 579,4 на 100000 населення, що на 9,8% більше, ніж в 2000р. При цьому, якщо в 2000р. частка інвалідів III групи складала 7,2%, а частка дітей-інвалідів - 6,4% в загальному числі інвалідів, то в 2005р. - відповідно 8,4% і 8,7%.

Таким чином, зростання числа інвалідів відбувалося за рахунок III групи і дітей-інвалідів.

Основну частину інвалідів складають хворі шизофренією (37,1%), число яких на 100000 населення зросло з 201,3 в 2000 р. до 214,8 в 2005р. ($t > 3$), і розумовою відсталістю (30,4%), число яких за ці роки зросло значніше - в 1,5 рази - з 116,3 в 2000 р. до 174,9 на 100000 населення в 2005р.

У 2000-2005рр. достовірного зростання первинної інвалідності в цілому серед населення області не виявлено. Але при цьому виявлена зміна структури контингенту інвалідів. У 2000р. частка інвалідів III групи складала 8,6%, а частка дітей-інвалідів - 16,4%, в 2005р. - відповідно 11,7% і 22,4% в загальному числі інвалідів, визнаних такими вперше.

Інтенсивний показник первинної інвалідності в 2005 році склав 31,8 на 100000 населення. Первинна інвалідність III групи збільшилася на 4,8% з 2,5 в 2000р. до 3,7 в 2005р. на 100000 жителів області відповідно. У цей період спостерігалось двократне зростання числа дітей-інвалідів, визнаних такими вперше в житті з 29,0 в 2000р. до 57,9 в 2005р. на 100000 дитячого населення відповідно. Близько 75% цих дітей ставали інвалідами унаслідок розумової відсталості.

Необхідно відзначити, що певна кількість хворих, що страждають психічними розладами, отримувала кваліфіковану допомогу в лікувальних установах непсихіатричного профілю. Так,

за даними статистичної облікової форми 12, поширеність психічних розладів серед населення Донецької області в 2005р. склала 486,3, первинна захворюваність - 42,4 на 10000 населення відповідно. Як видно, спостерігається значна відмінність показників захворюваності за даними форм №10 і №12 (див. табл. 1,2). Основна питома вага психіатричних діагнозів, поставлених лікарями інших спеціальностей (не психіатрами), доводиться на доросле населення.

Нинішня ситуація в економіці, екології, охороні здоров'я, соціально-політичній сфері в цілому об'єктивно сприяє погіршенню здоров'я населення взагалі і, зокрема, психічного здоров'я. В той же час необхідно враховувати, що швидкість зміни здоров'я населення дуже невелика, що це вельми інерційний процес. Таким чином, результат сьогоденних і майбутніх в найближчому майбутньому різноманітних по видах і силі дій на психічне здоров'я людей виявиться відстроченим за часом. На величину цього латентного періоду впливають різні умови. Це закономірності виникнення і розвитку різних розладів, що визначають час, впродовж якого захисні сили організму здатні протистояти негативним діям, а також ступінь виснаження здоров'я людей. Це, нарешті, можливості держави в цілому і охорони здоров'я зокрема попереджати і лікувати захворювання, що виникають.

В.И. Агарков, О.В.Шинкер, С.В. Грищенко

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ (ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ЗА 2000-2005)

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Изучены основные закономерности формирования показателей психического здоровья населения Донецкой области. Выявлены устойчивые тенденции к увеличению частоты органических и аффективных расстройств, умственной отсталости и к снижению частоты учтенных неврозов и расстройств личности, а также значительное увеличение инвалидности вследствие психических расстройств среди детей. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 17-20).

VI. Agarkov, O.V. Shinker, S.V. Grishchenko

PSYCHICAL HEALTH OF POPULATION OF DONETSK AREA (INFORMATION REVIEW FOR 2000-2005)

Donetsk state medical university named after M.Gorky

Basic conformities to the law of forming of indexes of psychical health of population of the Donetsk area are studied. Steady tendencies are exposed to multiplying frequency of organic and highly emotional disorders, to the mental backwardness and to the decline of frequency of the taken into account neuroses and disorders of personality, and also considerable increase of disability because of psychical disorders among children. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 17-20).

Література

1. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990-2005 рр. - К.: Сфера, 2006. - 52 з.

2. Состояние психиатрической помощи в Украине // Рос. психиатр. журн. - 1998. - №4. - С.51-54.

Поступила в редакцию 14.01.2007

УДК: 613. 81

*И.А. Бабюк, О. Е. Шульц***ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ АФОБАЗОЛА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: афобазол, генерализованное тревожное расстройство.

Статистические данные относительно психического здоровья в Украине свидетельствуют о росте заболеваемости населения психическими расстройствами, который происходит, прежде всего, за счет увеличения показателей непсихического регистра [1]. По результатам масштабных исследований, распространенность генерализованного тревожного расстройства (ГТР) в течение жизни в общей популяции составляет 6,5%, а в общемедицинской практике – от 10 до 15% [2, 3, 4]. ГТР занимает второе место по частоте среди всех хронических заболеваний после патологии опорно–двигательного аппарата [5]. Распространенность субсиндромальной тревоги, как минимум, вдвое выше [6], а по некоторым данным достигает 28–76% [7, 8], причем в большинстве случаев врачи не рассматривают эти состояния как патологические и не лечат их [9, 10]. Кроме высокой распространенности, актуальность проблемы тревожных расстройств определяется их клинической гетерогенностью, формированием коморбидных соотношений с депрессивной и соматоформной симптоматикой, склонностью к затяжному течению [11]. Тревога, возникающая как ответ на неопределенную или угрожающую ситуацию, а также на дефицит информации, является нормальной приспособительной реакцией, мобилизующий организм в случае возникновения реальной угрозы или трудной ситуации. Если интенсивность тревоги чрезмерна по отношению к вызвавшей ее ситуации или она вообще не обусловлена внешними факторами, ее рассматривают как патологическую [12]. Нормальная тревога помогает адаптироваться к различным ситуациям, возрастает в условиях высокой субъективной значимости выбора, внешней угрозе, при недостатке информации и времени. Патологическая тревога, хотя и может провоцироваться внешними обстоятельствами, обусловлена внутренними психологическими и физиологическими причинами, непропорциональна реальной угрозе или

не связана с ней, а главное – неадекватна значимости ситуации и резко снижает продуктивность и адаптационные возможности [13]. В настоящее время принято подразделение тревоги на когнитивную и соматическую. Когнитивная тревога оформляется в мысли или представления о возможной или угрожающей телесной катастрофе при минимальной выраженности вегетативных расстройств. В противоположность этому соматическая тревога характеризуется преимущественно преобладанием вегетативных кризов, болевых ощущений, функциональных расстройств различных органов [14].

Психофармакотерапия тревожных расстройств представляется актуальной, но вместе с тем достаточно сложной задачей [15]. Основным средством лечения пациентов с генерализованным тревожным расстройством являются транквилизаторы – фармакологические препараты, используемые для устранения чувства страха и/или тревоги (син. анксиолитики – противотревожные препараты). Отнесение транквилизаторов к числу наиболее эффективных при пограничных состояниях психофармакологических средств базируется на многочисленных данных литературы и результатах специально проведенных исследований. Способствуя сбалансированию механизмов нарушенной психической адаптации, психофармакологические средства этой группы оказывают достаточно универсальное воздействие на различные психопатологические проявления невротической структуры и поэтому являются наиболее мощными адаптогенами из числа известных средств, оказывающих влияние на психическую деятельность. Именно этим объясняется широкая распространенность транквилизаторов в различных областях клинической медицины [16].

В течение последних десятилетий при лечении пограничных психических расстройств приоритет отводится транквилизаторам бензодиазепинового ряда; с помощью эпидемиологических данных установлен постоянный рост их потреб-

ления [17, 18]. Многолетнее использование транквилизаторов показало их широкие терапевтические возможности при тревожно-фобических, невротических, соматоформных, органо-невротических расстройствах (включающих нарушения сердечного ритма, проявления гипервентиляции, приступы дискинезии желудочно-кишечного тракта, головные боли напряжения и т.д.) [19]. К отрицательным проявлениям клинического действия бензодиазепинов относятся побочные эффекты и среди них гипноседативные и миорелаксирующие, а также амнезия и атаксия (преимущественно у лиц пожилого возраста). Нежелательные явления этого круга сопровождаются угнетением когнитивных функций и снижением повседневной активности. Необходимо отметить также негативное влияние производных бензодиазепина при тяжелых соматических и неврологических заболеваниях, а также изменение толерантности при длительном применении и наличии предрасположенности к аддитивным психическим расстройствам [20]. Следовательно, по-прежнему актуальным является поиск новых препаратов, обладающих противотревожным действием, но лишенных побочных эффектов бензодиазепинов.

В связи с этим нельзя не отметить большим вниманием новый препарат анксиолитического ряда - афобазол, являющийся первым в мире селективным анксиолитиком, лишенным побочных эффектов бензодиазепиновых транквилизаторов: гипноседативного действия, миорелаксирующего эффекта, расстройств памяти и др., не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активирующего)

эффектов. Уменьшение или устранение тревоги (озабоченность, плохие предчувствия, опасения, раздражительность), напряженности (пугливость, плаксивость, чувство беспокойства, неспособность расслабиться, бессонница, страх), а следовательно, соматических (мышечные, сенсорные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные симптомы), вегетативных (сухость во рту, потливость, головокружение), когнитивных (трудности при концентрации внимания, ослабленная память) нарушений наблюдается на 5-7 дни лечения афобазолом. Максимальный эффект достигается к концу 4 недели лечения и сохраняется в послепериодическом периоде, в среднем 1-2 недели. Особенно показано применение препарата у лиц с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям. Афобазол нетоксичен (LD50 у крыс составляет 1,1 г при ED50 0,001 г). Период полувыведения при приеме внутрь составляет 0,82 часа, средняя величина максимальной концентрации (Ст_{ах}) - 0,130±0,073 мкг/мл, среднее время удержания препарата в организме (MRT) - 1,60±0,86 час. Препарат применяется внутрь, после еды. Оптимальные разовые дозы препарата - 10 мг, суточные - 30 мг, распределенные на 3 приема в течение дня. Длительность курсового применения препарата составляет 2-4 недели. При необходимости суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг. [20].

Целью настоящей работы было постклиническое несравнительное исследование по изучению эффективности и переносимости препарата афобазол при генерализованном тревожном расстройстве.

Материал и методы исследования

В исследовании участвовали 20 пациентов с данной патологией в возрасте от 30 до 64 лет, средний возраст составил 39 лет. Согласно распределению по гендерному признаку было больше лиц женского пола - 16 (80%), и 4 мужского (20%). Длительность нарушений составила от 6 до 18 мес. (в среднем 13 мес). Из исследования исключались пациенты с психотическими расстройствами, пациенты с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения, пациенты с органической церебральной патологией. Выборка пациентов проводилась на базе психотерапевтического кабинета поликлиники г. Мариуполя. В исследование были включены

только находящиеся на амбулаторном лечении больные, у которых по МКБ-10 было диагностировано генерализованное тревожное расстройство (группа F41.1).

Только у 5 пациентов (25%) не были выявлены соматические заболевания (в прошлом или на момент обследования). 4 пациентов (20% наблюдений) получали сопутствующую терапию соматотропными средствами (по поводу ИБС, гипертонической болезни, бронхиальной астмы, НЦД).

У подавляющего числа больных - 16 (80%) - отмечались актуальные психотравмирующие ситуации. Превалировали конфликты в семье (11 человек), собственные заболевания (9 человек)

и заболевания близких (8 человек). Среди прочих травмирующих факторов встречались: смерть близких (2 человека), выкидыш (1 человек), поступление сына в институт (1 человек).

Длительность наблюдения составляла 30 дней. Афобазол с первого дня терапии назначался по 10 мг 3 раз в день.

Состояние больных оценивалось на 1, 7, 14 и 30 день исследования. При этом использовались клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. Для оценки структуры, выраженности рас-

стройства и его редукции в динамике использовались стандартные психометрические шкалы: шкала тревоги Гамильтона (HARS), шкала общего клинического впечатления (CGI - CGI-S и CGI-I). С целью оценки переносимости и безопасности в схему исследования были включены шкала UKU для оценки побочных эффектов. Проводилась регистрация соматических показателей (пульс, АД, ЭКГ, лабораторные анализы).

Результаты обрабатывали на PC ASUS Z 99 со статистическим программным обеспечением для Windows XP.

Результаты исследования

Исходная степень выраженности психопатологических проявлений по CGI-S оценивалась как «средняя» у 17 пациентов (85%), как «легкая» у 3 пациентов (15%). На момент окончания лечения афобазолом по CGI-S состояние

полностью «нормализовалось» в 8 наблюдениях, соответствовало «пограничному» состоянию в 7 наблюдениях, «легкому» - в 3 наблюдениях, «умеренно выраженному» в 2 наблюдениях (рис.1).

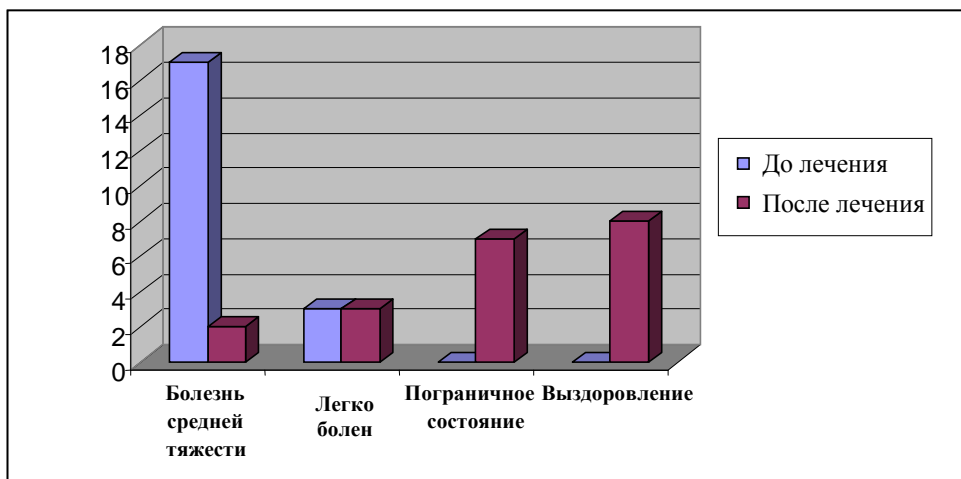


Рис. 1

Оценка динамики по CGI-I к окончанию курса терапии в большинстве случаев показала значительное улучшение состояния («выраженное» - в 10 наблюдениях, «существенное» - в 7 наблюдениях), лишь у 3 пациентов зарегистрировано «незначительное» улучшение. Послеотметны Афобазола была отмечена нестабильность

состояния у пяти пациентов в ходе проведенного дополнительного визита, свидетельствующая о необходимости более длительного этапа стабилизирующей терапии у больных ГТР.

Формализованная оценка динамики исходного балла по HARS показана на рис. 2 и в таблице 1.

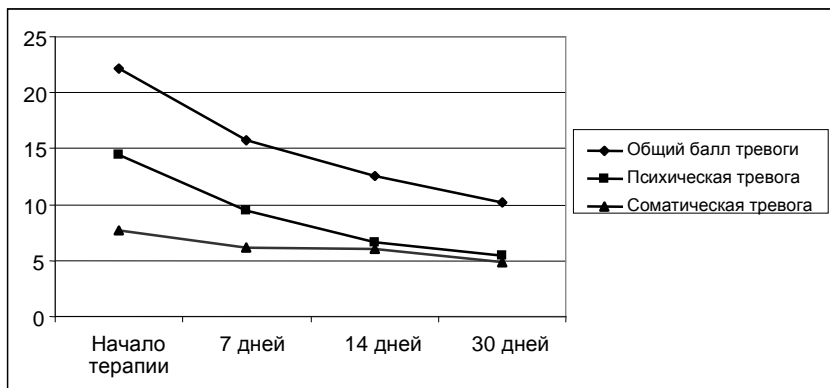


Рис. 2

Динамика показателей тревоги по шкале HARS

	Общий балл HARS	Психическая тревога	Соматическая тревога
Начало терапии	22,1	14,4	7,7
7 день	15,7	9,5	6,2
14 день	12,6	6,6	6,0
30 день	10,2	5,4	4,8

При оценке динамики скорости наступления клинического эффекта следует отметить, что достоверный положительный ответ ($p < 0,05$) на лечение наблюдался уже на 7 день применения препарата. Наиболее высокий темп редукции симптоматики отмечался с 1 по 3 недели терапии, за этот период достоверная положительная динамика определялась практически по всем пунктам HARS, включая собственно тревожное настроение, заметно снижались когнитивный, соматизированный и поведенческий компоненты тревоги. В последующем отмечалась дальнейшая редукция тревожной симптоматики и стабилизация состояния.

Побочные эффекты, развившиеся в ходе терапии афобазолом у 7 пациентов были незначительны и исчерпывались легким головокружением (4 наблюдения), легкой сонливостью (3 наблюдения) или незначительной вялостью (3 наблюдения), не требовали снижения суточной дозы препарата и проходили самостоятельно в течение 5-10 дней.

Клинический анализ динамики ГТР на протя-

жении курса лечения позволил уточнить спектр терапевтической активности афобазола. Анксиолитическое действие препарата реализуется в течение первых 3-10 дней терапии: уменьшается выраженность не только ситуационно провоцированных тревожных опасений и сомнений, но и генерализованной тревоги во всех ее проявлениях, но наиболее отчетливо в субъективно дискомфортном для больных когнитивном компоненте. Сочетание сомато-регулирующего и мягкого активирующего действия обеспечивает эффекты в отношении вегетативной лабильности и соматоформной симптоматики, что проявляется уже на 2-3 неделях терапии в виде уменьшения жалоб на соматическое неблагополучие, в том числе на одышку, сердцебиение, головную боль, гипергидроз, раздражительную слабость и др.

В целом оценка по всем параметрам обсуждавшихся выше психометрических шкал и клинических данных, полученная в заключительной фазе исследования (4 визит), показала высокую эффективность и стабильность улучшения состояния пациентов при лечении афобазолом.

І.О. Бабюк, О. Є. Шульц

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПЕРЕНОСИМОСТІ АФОБАЗОЛУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД

Донецький державний медичний університет

Автори демонструють данні о постклінічному непорівняльному дослідженні про вивчення ефективності та переносимості препарату афобазол у 20 пацієнтів з генералізованим тривожним розладом. Відзначена висока ефективність та безпека препарату для лікування данної категорії хворих, вірогідна позитивна відповідь на лікування спостерігалася вже на 7 добу застосування препарату, включно власно тривожний настрій, помітне зниження когнитивного, соматизованого та поведінкового рівней тривоги. Побічні ефекти, виявлені у ході терапії Афобазолом у 7 пацієнтів, були незначні, не вимагали зниження добової дози препарату та зникли самостійно протягом 5-10 діб. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 21-25)

I. A. Babyuk, O. E. Shults

RESEARCH OF EFFICIENCY AND PORTABILITY OF AFOBAZOL AT THE PATIENTS BY GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Donetsk State Medical University

The authors submit data about postclinical not comparative research on study of efficiency and portability of a preparation Afobazol at 20 patients with generalized anxiety disorder. The high efficiency and safety of a preparation for treatment of the given category of the patients is marked, the authentic positive answer to treatment was observed for 7 days of application of a preparation, including disturbing mood, appreciable reduction of cognitive, somatic and behavior of levels of anxiety. The by-effects developed during Afobazol therapy, were insignificant, the decrease of a daily dose of a preparation did not require and passed independently within 5-10 days. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 21-25)

Литература

1. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография / Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А. и др.; под ред. Маруты Н.А. – Харьков: РИФ Арсис, 2004. - 240 с.
2. Kessler R.S., Wittchen H.U. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl.8): 4–10.
3. Strine T.W., Chapman D.P., Kobau R. et al. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Jun; 40(6), P.432-8.
4. Rouillon F., Thalassinos M., Ferreri M. et al. Clinical and epidemiologic study of «generalized anxiety» in general practice. *Encephale.* 1994 Mar–Apr;20(2):103–10.
5. Allgulander C., Nilsson B. A nationwide study in primary health care: One out of four patients suffers from anxiety and depression. *Lakartidningen.* 2003 Mar 6;100(10):832–8.
6. Olfson M., Broadhead W.E., Weismann M.M., et al. Subthreshold psychiatric symptoms in primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:880–886.
7. Sansone R.A., Hendricks C.M., Gaither G.A., Reddington A.. Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic. *Depression and Anxiety* 2004;19 (133–136)
8. Sansone R.A., Hendricks C.M., Sellbom M., Reddington A.. Anxiety symptoms and healthcare utilization among a sample of outpatients in an internal medicine clinic. *Int J Psychiatry Med.* 2003;33(2):133–9
9. Colman S.S., Brod M., Potter L.P., et al. Cross-sectional 7-year follow-up of anxiety in primary care patients. *Depression and Anxiety* 2004; 19:105–111.
10. Fifer S.K., Mathias S.D., Patrick D.L., et al. Untreated anxiety among adult primary care patients in a Health Maintenance Organization. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 740–750.
11. Semaan W., Hergueta T., Bloch J., Charpak Y., Duburcq A., Le Guern M.E., Alquier C. Cross-sectional study of the prevalence of adjustment disorder with anxiety in general practice. *Encephale.* 2001 May-Jun; 27(3), P.238-44.
12. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия - Психиатрия и психофармакотерапия, Том 4/№ 2/2002.
13. Raffety B.D., Smith R.E., Ptacek J.T. Facilitating and debilitating trait anxiety, situational anxiety, and coping with an anticipated stressor: a process analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1997;72(4):892–906.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. МИА. Москва, 2003. 432с.
15. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия, М., 1997.
16. Александровский Ю. А. Роль транквилизаторов в лечении пограничных психических расстройств – Психиатрия и психофармакотерапия - Том 05/№ 3/2003.
17. Смулевич АБ, Дробижев МЮ., Иванов СВ. Клинические эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов в психиатрии и общей медицине- М.: Медиа Сфера, 2005
18. Hansen-Schwartz J., Kijne B., Johnsen A., Andersen H.S. The course of adjustment disorder in Danish male conscripts. *Nord] Psychiatry* 2005; 59 (3): 193-7.
19. Gray S. L., Eggen A. E., Blough Detal. *Am J Geriatr Psychiat* 2003; 11 (5): 568-76.
20. Соловьева И. К. Анксиолитики: вчера, сегодня, завтра – Русский медицинский журнал - Том 14/№ 5/2006.

Поступила в редакцию 12.03.2007

УДК 616.895.8-008.441.44/45:316.47

*А.Н. Бачериков, И.Г. Мудренко***ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С
АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА
ШИЗОФРЕНИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Сумской государственный университет

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, манифест шизофрении, качество жизни

Шизофрения является одной из важных проблем психиатрии. Данная проблема приобрела большое значение в последнее время в связи со значительным ростом количества самоубийств в высокоразвитых странах мира. В Украине количество суицидов составляет 29 на 100000 населения. Как причина смерти суициды занимают 4-е место, после несчастных случаев, онкологических и кардиологических заболеваний [1].

Особую актуальность приобрела данная проблема в условиях нынешней сложной социально-экономической ситуации в стране, когда больные шизофренией оказались наиболее незащищенными слоями населения. В соответствии с теоретической концепцией А.Г. Амбрумовой, суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации в условиях нерешенного микросоциального конфликта, в связи, с чем следует уделить наибольшее внимание повседневным переживаниям индивида, реальным конфликтным ситуациям в жизни человека, которые являются мотивами самоубийств [2]. Причины суицидального поведения у больных шизофренией, те же, что и у других групп суицидентов: конфликтные отношения с родными, про-

фессиональные конфликты, отсутствие работы, одиночество. Психогенными факторами могут быть реалистическая оценка тяжести своего состояния, понимание несоответствия своих возможностей жизненным целям, осознание прогрессирования заболевания. Провоцировать аутоагрессии могут неправильное и несвоевременное оказание психиатрической помощи [3].

В последнее время в психиатрической практике все большую значимость приобретает использование концепции качества жизни для интеграции переживаний больных, которые связаны с болезнью, субъективной оценки пациентами качества их жизни [4].

В связи с выше изложенным существует необходимость в изучении параметров качества жизни у пациентов с первым эпизодом шизофрении, которые имеют сопряженность в совершении ими аутоагрессивных действий.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей качества жизни у пациентов с выраженным суицидальным риском на основании сопоставления с аналогичными данными у пациентов с первым эпизодом шизофрении без суицидального риска.

Материал и методы исследования

Из имеющихся методик для оценки качества жизни целесообразно использование метода, позволяющего проводить изучение интегративного показателя качества жизни, как с субъективной, так и с объективной точки зрения, т. е. с позиции самих пациентов, кого-либо из родственников и врачей по отношению к пациентам. Именно этим требованиям отвечает метод оценки интегративного показателя качества жизни, разработанный в 1999г. Mezzich J., Cohen N., Ruirperez M., Liu., Yoon G. et al. [5] Данная мето-

дика охватывает три основных компонента качества жизни: 1) субъективное благополучие/ удовлетворенность – шкалы «Физическое благополучие», «Психологическое/ эмоциональное благополучие», «Общее восприятие качества жизни»; 2) исполнение социальных ролей – шкалы «Самообслуживание и независимость действий», «Межличностное взаимодействие», «Личностная реализация», «Работоспособность»; 3) внешние жизненные условия – шкалы «Социо-эмоциональная поддержка», «Обще-

ственная и служебная поддержка», «Духовная реализация».

Настоящая работа основана на изучении 100 пациентов с манифестным психозом шизофрении находившихся на лечении в остром психиатрическом отделении Сумского областного психоневрологического диспансера. На основании данных методики «Способ определения суицидального риска» [6] все пациенты были разделены на группу больных с выраженным суици-

дальным риском (основная группа) и на группу сравнения (без наличия, выраженного суицидального риска). У пациентов основной группы риск суицидального поведения был высок и составил $30,31 \pm 4,61$ балла. В контрольной группе средняя оценка составила $18,12 \pm 3,41$ балла, что отражало практически полное отсутствие суицидального риска у этих пациентов при нормативном значении 23 балла. Оценка качества жизни пациентов проводилась до лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Психопатологические проявления манифеста (первого эпизода) шизофрении диагностировались в соответствии с МКБ-10. Контингент больных, в зависимости от клинической картины заболевания, распределился следующим образом: 39 % составили пациенты с параноидной формой шизофрении (F20.0), 26 % - с простой (F20.6). У пациентов с симптомами шизофрении, длящимися менее од-

ного месяца устанавливался диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1). Данная группа составила 35 % от общего количества больных.

Распределение больных с манифестным психозом шизофрении по полу, возрасту, уровню образования, семейному положению, социальному статусу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с первым эпизодом шизофрении по возрасту, полу, семейному положению, образованию и социальному статусу

		Общее количество больных (n=100)	
		абс. количество	% \pm m %
Возраст	до 20 лет	13	$13 \pm 3,38$
	20-29 лет	55	55 ± 5
	30-39 лет	15	$15 \pm 3,59$
	40-49 лет	13	$13 \pm 3,38$
	более 50 лет	4	$4 \pm 1,97$
Пол	мужской	51	$51 \pm 5,02$
	женский	49	$49 \pm 5,02$
Семейное положение	состоят в браке	16	$16 \pm 3,68$
	разведены	22	$22 \pm 4,16$
	вдовы и вдовцы	10	$10 \pm 3,02$
	не состояли в браке	52	$52 \pm 5,02$
Образование	высшее	16	$16 \pm 3,68$
	среднее спец.	20	$20 \pm 4,02$
	среднее	50	$50 \pm 5,03$
	неполное среднее	14	$14 \pm 3,49$
Социальный статус	рабочие	36	$36 \pm 4,82$
	служащие	8	$8 \pm 2,73$
	студенты	12	$12 \pm 3,27$
	не работающие	44	$44 \pm 4,99$

Как видно из таблицы 1, значимых различий по полу выявлено не было, 83 % составили пациенты трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет), 44 % больных не работали и находились на иждивении своих близких. На момент обследова-

ния у них выявлялось в разной степени выраженности снижение адаптивных возможностей, социальной активности и коммуникативных навыков. В результате болезни у 21 % пациентов ухудшились отношения на работе, 9 %

больных были на грани увольнения. 52 % обследуемых никогда не состояли в браке, 22 % были разведены, 16 % пациентов имели семью, но при этом отмечали нарушения взаимопонимания с близкими. Уровень образования боль-

ных с первым эпизодом шизофрении был невысок, лишь 16 % имели высшее образование.

Нами были изучены психотравмирующие факторы, предшествующие манифестации эндогенного процесса.

Таблица 2

Факторы психической травматизации у больных с первым эпизодом шизофрении

Оцениваемый фактор	Общее количество больных (n=100)	
	абс. количество	% ± m %
Психоэмоциональное перенапряжение	28	28 ± 4,51
Конфликтные отношения в семье	70	70 ± 4,61
Смерть близких	13	13 ± 3,38
Соматические болезни	18	18 ± 3,86
Конфликты на работе	13	13 ± 3,38
Потеря работы	49	49 ± 5,02
Неудовлетворённость материально-бытовыми условиями	34	34 ± 4,76
Отсутствие провоцирующих факторов	23	23 ± 4,23

Как видно из таблицы 2, среди факторов психической травматизации у всех пациентов с первым эпизодом шизофрении преобладали конфликтные отношения в семье (70%). Также наиболее значимыми психотравмирующими факторами для большинства пациентов с первым эпизодом шизофрении были потеря работы (49 %) и, связанная с этим, неудовлетворенность материально-бытовыми условиями (34 %) и психо-эмоциональное напряжение (28 %). Наименее типичными для данной группы пациентов были смерть близких и конфликтные отношения на работе (13 %). Необходи-

мо отметить, что у обследованных психотравмирующие факторы проявлялись как в форме хронических ситуаций, так и острых конфликтов. Родственники настойчиво искали внешние причины болезненного состояния пациентов.

По способу совершения суицидальной попытки больные распределились следующим образом: самоотравления и самопорезы – по 42 %, падения с высоты не зарегистрированы, одна больная легла под поезд (1 %), вычурные попытки (татуировки, склонность к хирургическим вмешательствам, отказ от еды и т.д.) составили 15 %.

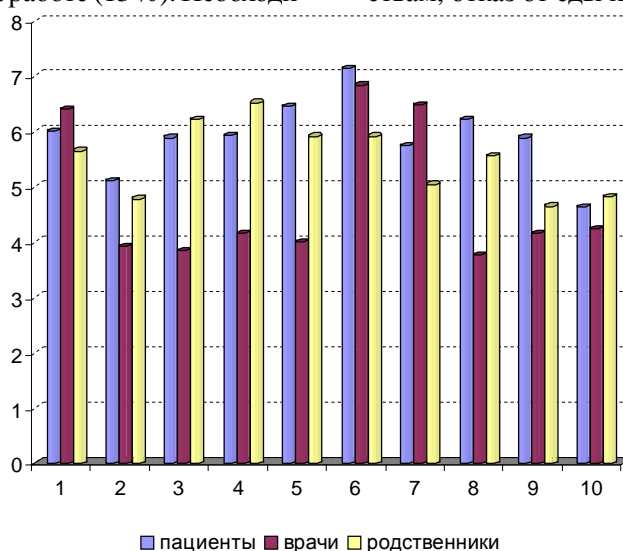


Рис. 1 Сопоставление средних показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении с наличием суицидального риска по их собственным оценкам, оценкам родственников и врачей

Условные обозначения шкал: 1. Физическое благополучие; 2. Психологическое/эмоциональное благополучие; 3. Самообслуживание и независимость действий; 4. Работоспособность; 5. Межличностное взаимодействие; 6. Социо-эмоциональная поддержка; 7. Служебная и общественная поддержка; 8. Личностная реализация; 9. Духовная реализация; 10. Общее восприятие качества жизни.

Так, сопоставление результатов оценок с позиции триалога у пациентов основной и контрольной группы продемонстрировало наличие общих и отличительных особенностей качества жизни пациентов (Рис. 1).

Все пациенты с первым эпизодом шизофрении наиболее низко оценивали шкалы «Психологического и эмоционального благополучия» ($5,10 \pm 2,78$ балла - для основной группы и $6,11 \pm 2,77$ балла - для контрольной группы), «Служебной и общественной поддержки» ($5,75 \pm 3,00$ и $5,88 \pm 2,74$ балла соответственно). Наиболее высоко были оценены показатели «Межличностного взаимодействия» ($6,46 \pm 2,91$ и $6,38 \pm 2,75$ балла соответственно) и «Социо-эмоциональной поддержки» ($7,14 \pm 2,88$ и $7,34 \pm 2,13$ балла соответственно).

Наряду с общими особенностями восприятия качества жизни были выделены отличительные характеристики пациентов с наличием суицидального риска. Так, для больных основной группы характерна большая неудовлетворенность уровнем работоспособности ($p < 0,05$) и общим восприятием качества жизни ($p < 0,01$), что отражалось в некотором снижении всех показателей по сравнению с контрольной группой пациентов.

В оценках родственников пациентов с суицидальным риском отмечалось соответствие восприятия качества жизни с оценками самих больных практически по всем показателям. Родствен-

ники низко оценивали психологическое состояние ($4,78 \pm 2,82$ балла), уровень духовной реализации ($4,65 \pm 2,62$ балла) и общего восприятия качества жизни пациентов ($4,82 \pm 3,11$ балла). Они считали, что их близкие имеют удовлетворительный уровень работоспособности ($6,52 \pm 3,38$ балла), самообслуживания и независимости действий ($6,21 \pm 3,08$ балла), межличностного взаимодействия ($5,91 \pm 3,18$ балла) и общественной поддержки ($5,91 \pm 2,84$ балла). Достоверно отличались взгляды родственников и пациентов только по шкале «Социо-эмоциональной поддержки»: больные шизофренией выше оценивали уровень удовлетворенности данным показателем, нежели это воспринимали их родственники ($p < 0,01$).

С точки зрения врачей больные в манифестном периоде шизофрении с наличием суицидального риска имели неудовлетворительный уровень личностной реализации ($3,76 \pm 1,09$ балла), эмоционального благополучия ($3,92 \pm 1,52$ балла) и независимости действий ($3,84 \pm 1,40$ балла). В то же время более высоко врачи оценивали физическое состояние пациентов ($6,40 \pm 1,75$ балла), уровень социо-эмоциональной ($6,84 \pm 1,06$ балла) и служебной ($6,48 \pm 1,29$ балла) поддержки.

Общим в оценках родственников, пациентов и врачей было то, что все они низко оценивали уровень общего восприятия качества жизни больных и эмоционального состояния и высоко - уровень физического благополучия.

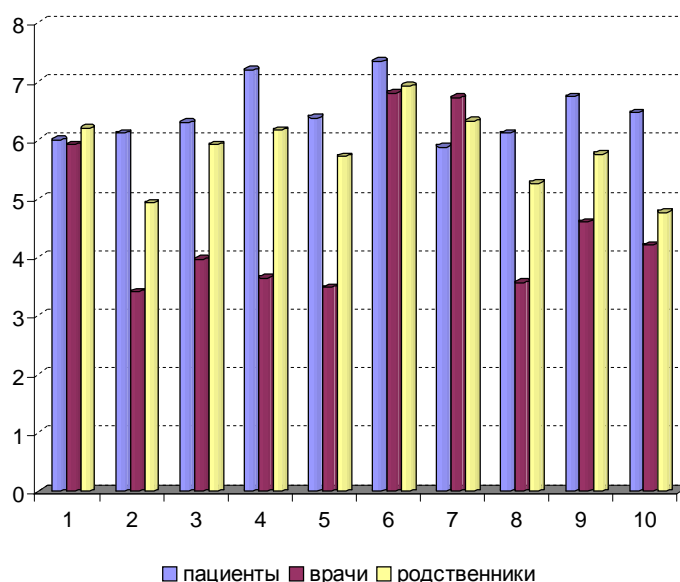


Рис. 2 Сопоставление средних показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении без наличия суицидального риска по их собственным оценкам, оценкам родственников и врачей

Условные обозначения шкал: 1. Физическое благополучие; 2. Психологическое/эмоциональное благополучие; 3. Самообслуживание и независимость действий; 4. Работоспособность; 5. Межличностное взаимодействие; 6. Социо-эмоциональная поддержка; 7. Служебная и общественная поддержка; 8. Личностная реализация; 9. Духовная реализация; 10. Общее восприятие качества жизни.

В результате сравнительного анализа показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении с наличием суицидального риска до лечения с позиции триалога были выявлены значимые различия. Как сами пациенты, так и их родственники гораздо выше оценивали такие показатели качества жизни больных как «Самообслуживание и независимость действий» ($p < 0,001$), «Работоспособность» ($p < 0,01$ и $p < 0,005$ соответственно), «Межличностное взаимодействие» ($p < 0,005$ и $p < 0,01$ соответственно) и «Личностная реализация» ($p < 0,0001$ и $p < 0,01$ соответственно), нежели это воспринимали врачи. При этом больные с шизофренией выше, чем врачи и родственники, оценивали удовлетворенность духовной реализацией ($p < 0,005$), в то время как врачи более высоко оценивали уровень служебной и общественной поддержки, нежели ее воспринимали сами пациенты ($p < 0,025$), что свидетельствует о неадекватной оценке ситуации пациентами, снижении критики, недооценке помощи со стороны коллег, родственников и друзей.

Сопоставление результатов пациентов контрольной группы, их родственников и врачей продемонстрировали наличие общих и отличительных особенностей показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении без наличия суицидального риска (Рис.2).

Так, пациенты без суицидального риска были больше всего неудовлетворены наличием оказываемой служебной и общественной поддержки ($5,88 \pm 2,74$ балла), физическим состоянием ($6,00 \pm 2,22$ балла) и эмоциональным благополучием ($6,11 \pm 2,77$ балла), а также уровнем личностной реализации ($6,11 \pm 2,53$ балла). При этом наиболее высокие оценки отмечались по показателям удовлетворенности социо-эмоциональной поддержкой ($7,34 \pm 2,13$ балла) и работоспособностью ($7,19 \pm 2,13$ балла).

Так же как и в основной группе, отмечалась общность восприятия качества жизни родственниками и пациентами практически по всем показателям. Так, по мнению родственников, их близкие имели неудовлетворительное психологическое ($4,92 \pm 2,69$ балла) и физическое состояние ($5,20 \pm 2,79$ балла), уровень личностной ($5,28 \pm 2,89$ балла) и духовной реализации ($5,76 \pm 2,53$ балла), что, с их точки зрения, сказывалось на снижении общего восприятия качества жизни ($4,76 \pm 2,61$ балла). Родственники пациентов выше оценивали уровень оказываемой больным эмоциональной ($6,92 \pm 2,32$ балла) и служебной ($6,32 \pm 2,19$ балла) поддержки, а также уро-

вень работоспособности ($6,16 \pm 2,80$ балла). Достоверно отличались взгляды родственников и пациентов только по шкале «Общего восприятия качества жизни»: больные шизофренией без суицидального риска выше оценивали уровень удовлетворенности данным показателем, нежели это воспринимали их родственники ($p < 0,01$).

С точки зрения врачей больные с первым эпизодом шизофрении, без суицидального риска имели неудовлетворительное психологическое состояние ($3,40 \pm 1,47$ балла), плохое межличностное взаимодействие ($3,48 \pm 1,35$ балла), уровень личностной реализации ($3,58 \pm 1,38$ балла) и ощущали недостаток независимости действий ($3,96 \pm 1,64$ балла) и работоспособности ($3,64 \pm 1,57$ балла). В то же время более высоко врачи оценивали уровень удовлетворенности пациентов эмоциональной ($6,80 \pm 1,32$ балла) и служебной ($6,72 \pm 1,54$ балла) поддержкой.

Общим в оценках родственников, пациентов и врачей было то, что все они достаточно высоко оценивали уровень состояния физического здоровья, а также социальной, эмоциональной и служебной поддержки.

В результате проведенного сравнительного анализа показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении без наличия суицидального риска с позиций больных, их родственников и врачей выявлены значимые различия в их оценке. Как сами пациенты, так и их родственники гораздо выше оценивали такие показатели качества жизни как «Психологическое и эмоциональное благополучие» ($p < 0,0001$ и $p < 0,01$ соответственно), «Самообслуживание и независимость действий» ($p < 0,00025$ и $p < 0,01$ соответственно), «Работоспособность» ($p < 0,0001$ и $p < 0,0025$ соответственно), «Межличностное взаимодействие» ($p < 0,0001$ и $p < 0,0005$ соответственно) и «Личностная реализация» ($p < 0,0001$ и $p < 0,01$ соответственно), нежели это воспринимали врачи. При этом больные с шизофренией выше, чем врачи и родственники, оценивали удовлетворенность духовной реализацией ($p < 0,0001$) и общее восприятие качества своей жизни ($p < 0,0001$).

ВЫВОДЫ

1. Большинство пациентов с первым эпизодом шизофрении имели неблагополучие в какой-либо сфере жизни (семейной, служебной), которое постепенно ухудшало эмоциональное состояние, а острая конфликтная ситуация непосредственно способствовала манифестации шизофренического процесса. Полученные данные отражают, что пациенты данной группы в силу

психопатологических особенностей не в состоянии своевременно и адекватно оценить обстановку, окружение, отношения в семье или на работе.

2. Общим для всех пациентов с первым эпизодом шизофрении явилось наличие более низких оценок врачей в сравнении с оценками родственников и особенно пациентов, что указывает на неадекватность восприятия основных аспектов качества жизни больными, а также на недооценку и недостаточно критическое отношение к своему состоянию.

3. Неравномерность оценок пациентов отражает амбивалентность их отношений в социальной сфере: с одной стороны неудовлетворенность общественной поддержкой и снижение удовлетворенности собственным эмоциональным состоянием, а с другой, - наличие удовлетворенности социальными контактами и эмоциональной поддержкой.

4. В оценке врачами исходного качества жизни

больных шизофренией основной акцент делался на нарушения их психологического, эмоционального благополучия и связанных с ними межличностных взаимодействий, ведущих к недостаточной личностной и духовной реализации, снижению уровня самообслуживания, независимости действий и работоспособности, что, негативно отражалось на общем восприятии качества жизни.

5. Выявлена общность в оценках качества жизни родственников и больных, что может свидетельствовать о личностной измененности родственников пациентов, особенностях функционирования семей больных шизофренией и, безусловно, наследственной природе заболевания.

6. Отличительной особенностью показателей качества жизни у пациентов с суицидальным риском явилось равномерное снижение оценок по всем шкалам, по сравнению с контрольной группой.

А.М. Бачеріков, І.Г. Мудренко

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПІД ЧАС ПЕРШОГО ЕПІЗодУ ШИЗОФРЕНІЇ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харків, Сумський державний університет

Ціллю даного дослідження було вивчення показника якості життя у хворих з першим епізодом шизофренії. Нами обстежено 100 пацієнтів. Основну групу склали хворі з високим ризиком самогубства, контрольну - пацієнти з відсутністю суїцидального ризику. Вивчені особливості статі, віку, сімейного стану, соціального статусу обстежених. Виділені фактори психічної травматизації хворих. Проведена порівняльна оцінка сприйняття якості життя з позиції діалогу у двох групах хворих (основній та контрольній). На основі отриманих даних зроблені висновки про ряд специфічних відмінностей якості життя у хворих з високим суїцидальним ризиком під час маніфесту шизофренії та особливості функціонування їх сімей. Підкреслена важливість оцінки якості життя з метою оцінки клінічної картини у даного контингенту хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 26-31)

A.N. Bachericov, I.G.Mudrenko

INDEX PECULIARITIES OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR DURING THE FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

Institute of neurology, psychiatry, and narcology of AMS Ukraine, Charkiv, Sumy State University

The aim of the given research is to investigate the life quality index of patients with the first episode of schizophrenia. We inspected 100 patients. The main drop consist of patients with high suicidal risk, the control group consist of patients without suicidal risk. The peculiarities of gender, age, merital status, social status of patients are examined. Factor of mental traumatism of patients are singled out. Comperative assessment of life quality perception from the position of trialogue in two patients groups (main and control) is done. On the basis of received data the conclusions , about a series of specific differences of life quality of patients with high suicidal risk during schizophrenia manifest and peculiarities of their families functioning are made. The importance of life quality assessment with the aim of clinical picture assessment of the given patient contingent is emphasized. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 26-31)

Литература

1. Barrero S.P. Suicide: an avoidable tragedy. Advances in psychiatry / Ed: Christodoulov G. N., - Beta Medical Publisher, 2002.- P.205-209.
2. Амбрумова А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. - М., - 1978. - С.40-52.
3. Ласый Е.В. Суицидальные попытки больных шизофренией и близкими к ней расстройствами // Медицинские новости. - 2000. - №1. - С.57
4. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показника

якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади // Український вісник психоневрології. - 2003. - Том 11, вип. 4 (37). - С.65-67.

5. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos: Validation of an efficient quality of life index: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry "Psychiatry on New Thresholds". - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999. - P. 427-428.

6. Гавенко В.Л., Синайко В.М., Мангуби В.А., Соколова И. М. Способ определения суицидального риска. - Пат. № 40454А Украины от 16.07.2001. Заяв. № 2001021010 от 13.02.2001.

Поступила в редакцию 18.03.2007

УДК: 616.89

*Є.Г. Гриневич***ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: надзвичайні ситуації, психічні та поведінкові розлади, психолого-психіатрична та психотерапевтична допомога, санаторно-курортне лікування, медична ефективність, соціальна ефективність

Організація своєчасної та ефективної медичної допомоги (МД) при надзвичайних ситуаціях (НС), катастрофах (К) і аваріях (А) є одним з пріоритетних завдань охорони здоров'я [1–3].

В свою чергу, найбільш актуальними в Україні є проблеми психологічних та психічних наслідків перебування людини в надзвичайній ситуації або в умовах аварії, катастрофи, які загрожують життю та здоров'ю [4–9].

Захист здоров'я населення України (зокрема психологічного та психічного) за умов НС, А і К є гарантованим законодавчою та нормативно-правовою базою [10–16] та з кожним роком набуває все більшого значення.

Треба відмітити, що вирішення даного питання є важливою складовою національної безпеки поряд з природно-техногенною, політичною, воєнною, інформаційною тощо. Це обумовлюється також зростанням економічних і соціальних збитків внаслідок екстремальних подій (ЕП). Так, наприкінці минулого століття витрати на ліквідацію наслідків аварій та катастроф склали до 10–15 % сукупного валового продукту, а покращання показників якості життя громадян стає неможливим в найближчій перспективі (навіть при його зростанні на 2–3 %) через сучасний стан ризику

виникнення НС, А і К. Тому розв'язання коротко- та довгострокових проблем (перш за все медичного характеру), детермінованих надзвичайними ситуаціями постає стратегічним завданням у країнах СНД і Східної Європи.

Виходячи з зазначеного вище на основі проведеного всебічного аналізу, а саме: системної й теоретичної оцінки сучасного стану організації і надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги в мірний час та у разі виникнення надзвичайної ситуації; інтерпретації даних про психологічний, психічний стан постраждалих, а також медико-психологічний стан рятувальників аварійно-рятувальних служб (РАРС) внаслідок НС, А і К (зокрема структури, етапів розвитку та формування, клінічних проявів і динаміки провідної психічної патології); оцінки ризиків та ступеню впливу психосоціальних чинників, уражаючих факторів НС на формування психічних розладів у вказаних осіб при екстремальній події (ЕП) тощо, – розроблена диференційована система щодо надання спеціалізованої медичної (психологічної, психіатричної та психотерапевтичної) допомоги (ДС) [17–19]. Оцінка ефективності даної системи постала за мету цієї роботи.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження ефективності лікувально-профілактичних заходів (ЛПЗ) щодо надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф проводили на базі медичного центру «Медики-Чорнобиллю» (м. Євпаторія), який входить до переліку санаторно-курортних установ, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації [14]. Усього обстежено 60 чоловіків, що були залучені до ліквідації наслідків надзви-

чайної ситуації (аварії на ЧАЕС), які згідно до мети були розподілені на дві групи: основну (при лікуванні обстежених нами 30 ОЗЛННС застосовували розроблену «систему заходів») та контрольну (30 осіб, що лікувалися традиційно).

При відборі зазначеного контингенту враховували наступне:

а) наявність у осіб, що залучені до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (ОЗЛННС) психічної патології, що спостерігалась нами при попередніх обстеженнях постраждалих внаслі-

док НС, ТА і К та РАРС [20] – стандартизація за психопатологічною симптоматикою;

б) дані попередніх досліджень про присутність хронічної та постійної дії відповідних психогенних факторів («загроза життю чи здоров'ю, не пов'язана із соматичним захворюванням», несприятливих умов у сім'ї, незадоволеності працею ($p < 0,05$)) при відсутності впливу соціально-демографічних чинників на формування та перебіг психічних розладів у постраждалих внаслідок НС, ТА і К – стандартизація за етіологією;

в) гіпотезу про правомірність комплексної моделі ПТСР, де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Horowitz [21, 22], як процесу «асиміляції травматичного досвіду» – стандартизація за клініко-динамічними особливостями.

Комплексне обстеження здійснювали з використанням: «Уніфікованої карти обстеження постраждалого внаслідок аварії чи катастрофи техногенного характеру», яка включала до себе соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, анамнестичний та експериментально-психологічний підрозділи. Обробку одержаних даних проводили методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕВМ за допомогою програм «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [23], а також застосовували програмно-аналітичні методи порівняльного математичного аналізу: методи індуктивної статистики, варіаційної статистики, статистики Manthel-Haenszel, Yets, Fisher, Student, коваріаційного та кластерного аналізу, популяційних досліджень (програмне забезпечення «STATISTIKA 8.0», «EPIINFO 5.0», «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003») [24].

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах щодо психіатричного обстеження пацієнтів. Діагностику психічних та поведінкових розладів здійснювали згідно з клінічними критеріями МКХ-10, шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження, зокрема оцінювали кількісну та якісну характеристики скарг, виявляли психопатологічну симптоматику, функціонування сфер психіки тощо.

При експериментально-психологічному дослідженні використовували індивідуальний типологічний опитувальник (ІТО), шкалу особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілберге-ра–Ю.Л. Ханіна, тест диференціальної оцінки функціонального стану (САН) через їх доведену інформативність та специфічність [25-27] та

методику Q-сортування для оцінки ефективності психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги шляхом змін значень інтегральної оцінки ставлення до себе (за допомогою коефіцієнта кореляції), а показники свідчили про співвідношення реального та ідеального «Я».

Крім того, використовували клініко-анамнестичний та інструментальний методи (комп'ютерне ЕЕГ).

Комплексну оцінку ЛПЗ щодо надання психолого-психіатричної допомоги (у структурі традиційного санаторно-курортного лікування) постраждалим внаслідок НС, ТА і К визначали шляхом розрахунків спеціальних коефіцієнтів [28] та при співставленні основної та контрольної груп.

Медична ефективність впровадження ДС за результатами клініко-психопатологічного дослідження (P_m (коефіцієнт медичної ефективності) = p_m (кількість пацієнтів, у яких фіксувався позитивний ефект)/ N_m (загальна кількість обстежених)) призводить до економічного ефекту через зниження терміну лікування, збільшення тривалості ремісій, поліпшення профілактики рецидивів, скорочення кількості ускладнень тощо, але це твердження справедливо лише при його оцінці в умовах стаціонару. Тому коефіцієнт економічної ефективності (P_e (коефіцієнт економічної ефективності) = p_e (нормативні витрати)/ N_e (фактичні витрати)) вважали рівним одиниці у зв'язку з тим, що лікування в умовах санаторно-курортного закладу передбачає визначений термін, а тривалість ремісій потребує відповідного катамнестичного дослідження.

Соціальну ефективність визначали з урахуванням: ступеня задоволення пацієнтів та їхніх родичів, покращання рівня психічного здоров'я, усунення та мінімізації наслідків надзвичайних ситуацій медико-психологічного характеру, наявності позитивної динаміки психічних розладів за загальноприйнятими критеріями (редукція, значне поліпшення, клінічне одужання без рецидивів впродовж року, відсутність ускладнень тощо), рівнів досягнутої функціональної активності, соціального функціонування, якості життя, зниження ступеню обмеження життєдіяльності, відновлення професійних навичок (P_s – (коефіцієнт соціальної ефективності) = p_s (кількість позитивних відповідей у зв'язку з проведеними організаційними, лікувально-профілактичними, реабілітаційними заходами)/ N_s (загальна кількість відповідей)).

Інтегральний коефіцієнт ефективності ДС в структурі традиційного лікування розраховува-

ли як добуток коефіцієнтів медичної, економічної та соціальної ефективності (P_i (інтегральний коефіцієнт ефективності) = P_m (коефіцієнт ме-

дичної ефективності) \times P_e (коефіцієнт економічної ефективності) \times P_s (коефіцієнт соціальної ефективності)).

Результати дослідження та їх обговорення

У клінічній картині осіб, що знаходились під спостереженням (за результатами скринінгового дослідження та подальшого обстеження за допомогою модулів для діагностики депресивних, тривожно-фобічних, соматоформних, а також хронічних розладів настрою), переважала змішана афективна, астенична, фобічна та тривожна симптоматика, а саме: відчуття страху, тривоги чи напруженості відзначили у себе 33,3 % обстежених; порушення функції вегетативної нервової системи (респіраторні, кардіальні, шлунково-кишкові симптоми), що супроводжувалися почуттям втрати контролю над ситуацією, страхом «збожеволіти» - 10,0 %; періоди (протягом більшої частини доби і тривалістю не менш 14 днів) пригніченого настрою, суму, спустошеності, пригніченості, зокрема життєвими обставинами – 58,3 %, втрати інтересу до звичайних захоплень (робота, хобі чи, відносини) – 46,6 %; дратівливість, буркотливість, поганий настрій – 63,3 %; сильного, інтенсивного занепокоєння – 20,0 %, тривоги по незначних подіях, інтенсивного почуття страху перед визначеними об'єктами чи ситуаціями 36,6 %; підвищеної фізичної та психічної втомлюваності – усі обстежені, порушення сну – 80,0 %, головні та болі у м'язах – 63,3 %, порушення сну – 26,7 %, відчуття захворювання – 62,5 % чоловіків. Вказана симптоматика негативно впливала на загальний рівень соціального функціонування, що відзначали самі респонденти, і який складав 51-60 балів.

Хворі також скаржилися на неможливість «знайти з загальну мову з іншими людьми», що раніше не спостерігалось. Вони відзначали почуття, що змінилися, не такі, як раніше, була присутня роздратованість, знижений настрій. Зі слів лікарів-інтерністів у пацієнтів існувало вороже відношення до людей, схильність до сутяжництва, конфліктність.

За даними клініко-анамнестичного дослідження можна стверджувати про наявність у 43 (71,7 %) у минулому ПТСР – F 43.1. Усі вони вважали стресову подію, тобто аварію, несподіваною, особливо значимою, жоден з них «не був готовий до неї». Пацієнти вказували на період коли вони постійно пригадували події аварії, переживали знову той емоційний стан, який був під час неї, говорили про страх при думках, що

треба повертатися до тієї ж праці та потрапляти в ті умови, а також жахливі сновидіння про події аварії, порушення сну (не спали зовсім, або часто просиналися). Відмічали, що настрої тоді був пригнічений, відзначали зниження відчуттів від дій, які раніше приносили задоволення. Перед виникнення таких скарг та описаної клінічної картини проходив деякий час, тобто латентний період.

Тобто, враховуючи все вищезазначене, у ОЗЛННС були виявлені порушення переважно в емоційній сфері, які характеризувалися пригніченим настроєм, тривогою, емоційною лабільністю, іноді роздратованістю.

На першому етапі дослідження ефективності ДС нами проведена оцінка ступеню стандартизації груп (гірничорятувальників (N=60) [20] та ОЗЛННС (N=30)) за провідною психічною патологією та психологічним станом (див. принципи стандартизації обстежених в матеріалах і методах дослідження).

Ми порівняли, для підтвердження, або заперечення висунутої нами гіпотези про правомірність комплексної моделі ПТСР (де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Ноговіца [21, 22]) дані тесту Спілберґера-Ханіна в зазначених групах.

Дійсно, ще В.Недерленд у праці «Клінічний нарис синдрому тих, хто вижив» та Р.Лефтон у праці «Ті, хто вижив у Хіросімі» зробили висновок, що стресові події викликають у тих, хто вижив після катастрофи, тривалі психічні порушення, які пояснюються процесом «асиміляції травматичного досвіду». Крім того, основною особливістю патоморфозу симптоматики при ПТСР є тенденція з плином часу набувати все більшого ступеню виразності. Треба відзначити, що симптоми з віком набувають негативної динаміки лише у частки осіб, але у достатньо значній кількості ветеранів війн та інших учасників екстремальних подій. Ще однією ознакою є те, що за умов дії відповідних чинників рецидиви виникають гостро на фоні «загального благополуччя». Тобто можна виділити три проблеми клініко-динамічної картини станів, що виникають внаслідок впливу ЕП: хронічний характер та погіршення з часом, клінічні прояви через 30-40 років, раптовість проявів [29, 30]

Саме переважання рівня особистісної три-

можності над реактивною, за низьких показників останньої, може свідчити у віддалені строки після перенесеної катастрофи (у ЛНА на ЧАЕС – 19-10 років, у гірничорятувальників – 10-6 років) про дефекти емоційно-вольової сфери та переважаюче формування тривожно-депресивних станів. Це так звана група «викривлених

реакцій» за Е. Ліндеманом [31] (distorted reactions у осіб, що перенесли тяжку психічну травму). На рисунку 1 представлені значення середніх величин рівнів реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) в ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС та гірничорятувальників.

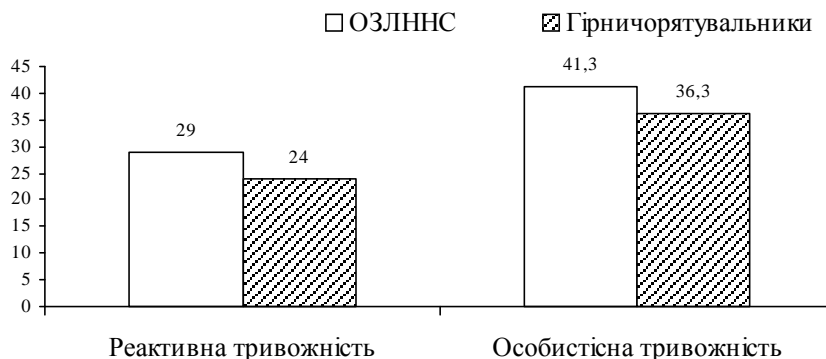


Рис 1. Значення середніх величин за результатами тесту Спілбергера-Ханіна у ЛНА на ЧАЕС та гірничорятувальників.

З рисунку 1 видно, що значення середніх показників ОТ вище таких для РТ, яка є достатньо низькою у ОЗЛННС, враховуючи віддалені строки від перенесеної катастрофи, але вище ніж у РАРС.

За результатами кореляційного аналізу: між діагнозом ПТСР та рівнем особистісної тривожності в обох групах існує тісний кореляційний зв'язок: у гірничорятувальників – $r=0,70$, у ОЗЛННС – $r=0,72$.

Треба відмітити, що за даними попередніх досліджень зафіксовано статистично достовірну ($p<0,05$) перевагу в частоті ознаки хворих РАРС над здоровими в діапазоні високих (більше 31 бала) значень показника особистісної тривожності (незважаючи на відсутність різниці в середніх величинах рівнів реактивної тривоги за Спілбергером-Ханіним). Ця достовірна відмінність може використовуватися як маркер сприйнятливості до психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій (ДК= 4,46 при $J=0,36$) [27].

Вищезазначене підтверджує висунуту гіпотезу про те, що досліджувані контингенти є на різних стадіях одного й того самого процесу, тобто ілюструють патоморфоз ПТСР.

Таким чином, комплексна модель, де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Horowitz правомірна для ПТСР, як у гірничорятувальників, так і у ОЗЛННС, групи є стандартизованими, що дозволило проводити оцінку ефективності розробленої нами диференційованої системи на відібраному у медичному центрі «Медики-Чорнобиллю» контингенті.

На другому етапі ми порівняли показники валідних (за нашими попередніми дослідженнями) психологічних тестів до, та після застосування в обраній групі пацієнтів з числа ОЗЛННС розробленої нами системи лікувально-профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф (табл. 1 – 5, рис. 2)

Таблиця 1

Порівняння середніх значень показників за шкалами тесту ІТО до та після терапії у досліджуваного контингенту хворих ($M\pm m$)

Показник	До терапії (N=30)	Після терапії (N=30)	Вірогідність змін
Брехня	4,36±0,34	3,66±0,24	$P<0,01$
Лабільність	5,16±0,24	3,96±0,20	$P<0,001$
Агрвація	3,73±0,28	3,00±0,15	$P<0,001$
Екстраверсія	4,16±0,47	3,86±0,25	$P<0,05$
Спонтанність	4,23±0,36	3,33±0,20	$P<0,005$
Агресія	4,13±0,26	3,70±0,17	$P<0,01$
Ригідність	4,83±0,34	3,76±0,23	$P<0,005$
Інтроверсія	5,33±0,36	4,35±0,19	$P<0,001$
Сенситивність	5,50±0,40	4,56±0,23	$P<0,005$
Тривожність	5,60±0,36	2,39±0,28	$P<0,005$

З таблиці 1 випливає, що після застосованого комплексу заходів у пацієнтів вірогідно знизилася: тривожність (на 3,21 бала), лабільність (на 1,2 бала), ригідність (на 1,07 бала), брехня (на 1 бал), інтроверсія (на 0,98 бала), сенситивність (на 0,94 бала) та спонтанність (на 0,9 бала).

Важливими є редукція значень за показником інтроверсії та незначні зміни щодо агресивності (знизилася на 0,43 бала), так як ці ознаки являють собою маркери резистентності до формування ППР у осіб, що зазнали впливу НС (ДК = 2,18, J = 0,34 для інтроверсії <6 балів та ДК = -5,77, J = 0,94 для агресії при високих значеннях показника) [25, 27].

Деяке зменшення екстраверсії (на 0,3 бала), а також інтроверсії вказує на підвищення стаб-

ільності особистості, що підтверджує зниження показників агравації та брехні (див. табл. 1).

Крім того, зниження показників лабільності та/або ригідності за ІТО корелює з нейрофізіологічними показниками: зменшення виразності синдромів гіпоактивності та лабільності, і відповідає результатам досліджень А.Ю. Лагутіна [32–34].

Слід зазначити, що ступінь корелятивного зв'язку між показниками лабільності та ригідності за тестом ІТО після застосування розробленого нами комплексу заходів підвищився, що вказує на адекватність нейрофізіологічних корелятивів та на стабілізацію особистості хворих після комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів (табл. 2).

Таблиця 2

Ступінь кореляційного зв'язку між показниками ригідності та лабільності за шкалами тесту ІТО та ЕЕГ-синдромами гіпоактивності й лабільності у досліджуваного контингенту до та після лікування

Показник за шкалами ІТО	ЕЕГ – синдром			
	лабільності, г		гіпоактивності, г	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
лабільності, г	0,65	0,72	- 0,5	- 0,58
ригідності, г	- 0,52	- 0,60	0,68	0,74

Слід відзначити, що середній профіль особистості за провідними типологічними тенденціями мав позитивні зміни після терапії (рис. 2).

У подальшому, порівняли середні значення показників тесту САН до та після застосування розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів (табл. 3).

З таблиці 3 випливає, що після лікування вірогідно підвищилися показники самопочуття, ак-

тивності, настрою. Це підтверджує наявність позитивної динаміки психічного стану ОЗЛННС, так як за нашими дослідженнями [25, 27] показники самопочуття <3,0 балів (ДК = 11,82, J = 2,02), активності <3,0 (ДК = 7,75, J = 0,61) і настрою <3,0 (ДК = 11,41, J = 2,36) є практично самостійними (граничне значення ДК складає 13 балів при $p < 0,05$) маркерами сприйнятливості щодо формування ППР.



Рис. 2. Динаміка середніх профілів індивідуальних типологічних тенденцій за даними тесту ІТО до та після терапії у досліджуваного контингенту за відповідними шкалами.

Примітка. На осі X цифри 1-10 відповідають наступним показникам: 1-брехня, 2-агравація, 3-екстраверсія, 4-спонтанність, 5-агресія, 6-ригідність, 7-інтроверсія, 8-сенситивність, 9-тривожність, 10-лабільність).

Порівняння середніх значень показників за тестом САН до та після терапії у досліджуваного контингенту (M±m)

Показник	До терапії	Після терапії	Вірогідність змін
самопочуття	2,79±0,12	3,30±0,08	P < 0,001
активність	3,52±0,12	3,67±0,07	P < 0,01
настрій	2,64±0,12	3,22±0,07	P < 0,001

Виявлені закономірності підтверджуються при аналізі показників тесту Спілбергера-Ханіна до та після застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів, щодо надання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф (табл. 4). Так, до проведення терапії значення особистісної тривоги знаходилися у межах 36-45 балів (41,33±1,24), тобто ДК ОТ як маркера сприйнятливості до формування ППР склав 10,45 при J = 2,49 [25, 27]. Після застосу-

вання розроблених ЛПЗ в структурі традиційного санаторно-курортного лікування воно достовірно знизилось до рівню <36 (35,47±1,04) балів, це свідчить про перетворення ОТ в потужний маркер резистентності до формування ППР у ОЗЛННС (ДК = - 6,39, J = 1,19). Крім того, середні значення РТ у осіб, що пройшли терапію за розробленою нами системою заходів, знаходяться у межах 26-30 балів (28,43±0,75) та постають також у якості маркера резистентності до формування психічних розладів (ДК = - 4,74, J = 0,3).

Таблиця 4

Порівняння середніх значень показників за тестом Спілбергера-Ханіна до та після терапії у досліджуваного контингенту (M±m)

Показник	До терапії	Після терапії	Вірогідність змін
реактивна тривожність	29,03±1,52	28,43±0,75	P < 0,05
особистісна тривожність	41,33±1,24	35,47±1,04	P < 0,05

Динаміка показників за методикою Q-сорти-

ровки наведено у таблиці 5.

Таблиця 5

Значення показників за методикою Q-сортування до та після терапії у досліджуваного контингенту (клінічна шкала) (M±m)

Показник	До терапії	Після терапії	Вірогідність змін
коефіцієнт співвідношення реального й ідеального образів в «Я»	0,72 ±0,28	1,53±0,14	P<0,01

Наближення до нульових значень показника у пацієнтів, до застосування лікувально-профілактичних заходів, вказувало на наявність внутрішнього конфлікту особистості, що підпорядкована протилежним тенденціям, які мають однаковий ступінь виразності. Достовірно збільшення зазначеного коефіцієнту після терапії вказує на стійку гармонізацію особистості.

На третьому етапі, ми оцінили ефективність застосованої нами системи за динамікою показників при експериментально-психологічному дослідженні («покращання», «значне покращання», «без змін», «погіршення»), редукцією психопатологічної симптоматики (за загальноприйнятими критеріями: редукція, значне поліпшен-

ня, клінічне одужання, відсутність ускладнень), а також ступенем задоволення пацієнтів терапією.

Аналіз результатів клініко-психопатологічного дослідження в 30 ОЛЗННС (терапію здійснювали через включення до лікування розроблених нами заходів) свідчить про редукцію психопатологічної симптоматики у 6 (20 %) осіб, значне поліпшення – у 19 (63,3 %), без змін – 5 (16,7 %).

Кількісна динаміка скарг наступна: значущою була редукція скарг на відсутність радощів від життя, тривогу, порушення сну; значною – на загальну слабкість, швидку втомлюваність, занепад сил, головний біль, дратівливість, пригнічений настрій.

Зазначене підтверджується динамікою показників психологічного стану обстежених. За «покращення» ми приймали зміну (зниження) не менше трьох, крім брехні та агравації, показників тесту ІТО; збільшення рівню самопочуття та активності за тестом САН, зменшення показника особистісної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна, підвищення показника за клінічною шкалою Q-сортування. За «значне покращення» ми приймали зміну (зниження) не менше п'яти, крім брехні, показників тесту ІТО; збільшення рівню самопочуття, активності та настрою, їх гармонізацію за тестом САН, зменшення показника особистісної та реактивної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна, підвищення показника за клінічною шкалою Q-сортування. «Значне покращення» нами було зареєстровано у 20 %, «покращення» – 62 %, «без змін» – у 18 %. «Погіршення» взагалі не було зареєстровано ні в одному випадку.

Крім того, якщо до терапії з використанням розроблених нами лікувально-профілактичних (психолого-психіатричних та психотерапевтичних) заходів оцінка сприйнятливості-резистентності до формування ППР у ОЗЛННС (шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера) [25, 27]) складала $SDK = 26,26 > 20$ ($p < 0,01$) у бік сприйнятливості, то після лікування пацієнти основної групи набу-

ли резистентності щодо виникнення психічних розладів ($SDK = -19,08 > 13$, $p < 0,05$) за рахунок відповідних рівнів агресивності, інтроверсії (за тестом ІТО), особистісної та реактивної тривожності (за методикою Спілбергера-Ханіна).

В групі хворих, що лікувалися традиційно, не відмічено регресу психопатологічної симптоматики у 16 осіб (53,3 %), формування тенденції до «заглиблення» та обтяження клініки психічних порушень – у 4 пацієнтів (13,4 %), покращення (через стабілізацію соматичного стану, незначну редукцію тривожного, диссомнічного синдромів) – у 10 (33,3%) хворих.

Таким чином, сумарне «покращення» та «значне покращення» склало близько 82 % від загальної кількості в основній групі хворих ОЗЛННС, що вказує на ефективність розроблених нами лікувально-профілактичних заходів щодо надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок НС, ТА і К в структурі ДС.

Коефіцієнт медичної ефективності в клінічній групі склав $Pm1 = 0,83$, у контрольній – $Pm2 = 0,33$, соціальній – 0,7 та 0,46 відповідно. Значення інтегральних коефіцієнтів: 0,58 та 0,15, тобто загальна ефективність в обстежених, що проходили терапію за запропонованою нами ДС є більшою в 3,8 разів.

Висновки

1. Комплексна модель, де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Норовіца правомірна для ПТСР, як у гірничорятувальників, так і у осіб, залучених до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (на прикладі ЛНА на ЧАЕС), що дозволяє використовувати розроблену диференційовану систему щодо надання спеціалізованої медичної (психологічної, психіатричної та психотерапевтичної) допомоги для різних контингентів постраждалих внаслідок екстремальних подій, а також окрім у спеціалізованих закладах охорони здоров'я ще й в структурі санаторно-курортного лікування.

2. Застосування лікувально-профілактичних (психолого-психіатричних та психотерапевтичних) заходів в структурі традиційної санаторно-курортної терапії призводить до формування резистентності (в основній групі хворих) щодо виникнення психічних розладів ($SDK = -19,08 > 13$, $p < 0,05$) у порівнянні зі сприйнятливістю до них у контрольній групі $SDK = 26,26 > 20$ ($p < 0,01$).

3. В основній групі хворих редукція психо-

патологічної симптоматики відмічена у 6 (20 %) осіб, значне поліпшення – у 19 (63,3 %), без змін – 5 (16,7 %). За кількісною динамікою скарг зареєстрована значуща редукція скарг на відсутність радощів від життя, тривогу, порушення сну; значна – на загальну слабкість, швидку втомлюваність, занепад сил, головний біль, дратівливість, пригнічений настрій. За даними експериментально-психологічного дослідження «значне покращення» визначено у 20 % пацієнтів, «покращення» – у 62 %, «без змін» – у 18 % (загалом 100 %). Сумарне «покращення» та «значне покращення» склало близько 82 % від загальної кількості в основній групі хворих.

В групі хворих, що лікувалися традиційно (контрольна), регрес психопатологічної симптоматики відсутній у 16 осіб (53,3 %), формування тенденції до «заглиблення» та обтяження клініки психічних порушень відмічено у 4 пацієнтів (13,4 %), покращення (через стабілізацію соматичного стану, незначну редукцію тривожного, диссомнічного синдромів) – у 10

(33,3 %) хворих.

4. Коефіцієнт медичної ефективності в клінічній групі склав $Pm1 = 0,83$, у контрольній – $Pm2 = 0,33$, соціальній – $0,7$ та $0,46$ відповідно.

Значення інтегральних коефіцієнтів: $0,58$ та $0,15$, тобто загальна ефективність в обстежених, що проходили терапію за запропонованою нами системою є більшою в $3,8$ разів.

Е.Г. Гриневич

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

В статье представлены результаты оценки эффективности дифференцированной системы оказания специализированной медицинской (психологической, психиатрической, психотерапевтической) помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, аварий и катастроф. Установлено, что ее использование в структуре санаторно-курортного лечения способствует редукции психопатологической симптоматики, улучшению психологического состояния (стойкая гармонизация личности) и формированию резистентности к психическим и поведенческим расстройствам в 82 % случаев. Оценку эффективности проводили с помощью расчетов специальных коэффициентов (медицинская, социальная эффективность, интегральный коэффициент). Медицинская эффективность при использовании разработанных нами мероприятий возросла в 2,5 раза, социальная – в 1,5 раза, а общая эффективность (значения интегральных коэффициентов) – в 3,8 раза. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 32-40)

E.G. Grinevich

THE EFFICIENCY ESTIMATION THE RENDERING OF THE PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC HELP TO VICTIMS OF EXTREME SITUATIONS

Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Ministry of Public Health of Ukraine

The results of the efficiency estimation owing to differential system of specialized medical (psychological, psychiatric, psychotherapeutic) help to victims of extreme situations, failures and accidents introduction are presented. It is established, that its use in structure of sanatorium treatment promotes the psychopathological symptoms reduction, the improvement of a psychological status (the person harmonization) and formation the resistance to mental and behavioral disorders in 82 % cases. The efficiency estimation spent by calculation special factors (medical, social efficiency, integrated factor). Medical efficiency owing to the worked out system introduction has increased in 2,5 times, social - in 1,5 times, and general efficiency (value of integrated factors) - in 3,8 times. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 32-40)

Література

1. Богницкая Т.Н., Эскина Л.Ю., Колесников В.Д. и др. // Организация медицинской помощи при массовых катастрофах за рубежом: ОИ/ ВНИИМИ МЗ. Социальная гигиена, организация и управление здравоохранением. – 1986. – вып.6. – 46 с.
2. Воробьев А.И. Организация защиты и оказания медицинской помощи населению США при катастрофах и других чрезвычайных ситуациях // Воен.-мед. журн. – 1990. – № 4. – С. 68-72.
3. Напресенко О.К., Марчук Т.С. Клиническая характеристика вариантов течения посттравматического стрессового расстройства // Архив психиатрии. – 2002. – №1 (28). – С. 117-119.
4. Актуальные проблемы психолого-психиатрической та психотерапевтической помощи пострадавшим внаслідок техногенных аварий та катастроф / Табачников С.І., Гриневич Е.Г., Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башинська І.М. // Архив психиатрии. – 2002. – № 1 (28). – С. 5-8.
5. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: модели развития и их клинико-диагностические характеристики // Психиатрия и общество. Сборник научных работ, посвященный 80-летию ГНЦССП им. В.П.Сербского. Москва, 5–7 декабря 2001 г. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 32–49.
6. Москаленко В.Ф., Горбань С.М., Табачников С.І. Актуальные проблемы социальной психиатрии в Украине // Лікарська справа. – 2001. – №2. – С. 3-9.
7. Москаленко В.Ф., Горбань С.М., Табачников С.І. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10. – № 1 (30). – С.9-12.
8. Табачников С.И. Общие подходы к профилактике, психотерапии и коррекции состояний психической дезадаптации лиц, работающих в экстремальных условиях // Вісник психічного здоров'я. – 1999. – № 1. – С.42-51.
9. Табачников С.И. Общие подходы к профилактике, психотерапии и коррекции состояний психической дезадаптации лиц, работающих в экстремальных условиях // Вісник психічного

здоров'я. – 1999. – № 1. – С.42-51.

10. Доручення Президента України від 24.09.2002 № 480/29626-01.

11. Закон України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру», № 1809 – III від 08.06.2000 р.

12. Закон України «Про аварійно-рятувальні служби» №1281 – XIV від 14.12 1999 р.

13. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 р. № 14, м. Київ).

14. Накази МОЗ України від 12.07.2001 року № 284, від 15.02.2002 року № 64, спільний наказ МОЗ та МНС України від 14.05.2001 року № 180/115 «Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру і Положення про центри медико-психологічної реабілітації».

15. Постанова Кабінету Міністрів України від 07.02.2001 р. № 122 «Про комплексні заходи, спрямовані на ефективну реалізацію державної політики у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, запобігання та оперативного реагування на них, на період до 2005 року».

16. Рішення апаратної наради Міністерства охорони здоров'я України «Науково-практичні проблеми соціальної психіатрії» від 21.05.2001 р.

17. Розробка диференційованої системи лікувально-профілактичних, реабілітаційних та організаційних заходів щодо надання спеціалізованої психологічної, психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф (наприкладі небезпечних видів промисловості України) / Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – № держреєстрації 0102U000098; Київ, 2005. – 279 с.

18. С.І. Табачніков, С.М. Харченко, С.Г. Гриневич, В.А. Пішків, Г.Л. Золотарьов, М.В. Маркова, Н.О. Рось Диференційна система лікувально-профілактичних та організаційних заходів щодо надання спеціалізованої психіатричної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф // Укр. вісник психоневрології.- 2001.- Т.9, вип. 2(27).- С.49-50.
19. Табачніков С.І., С.Г. Гриневич, Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башинська І.М. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф.// Арх. психіатрії.- №1(28), 2002.- С. 5-7
20. С.Г. Гриневич Стан психічного здоров'я шахтарів і гірничорятувальників, що зазнали впливу надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.- 2006.- № 1-2 (9-10).- С. 146-148.
21. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders // Hosp Community Psychiatry. – 1986.– Vol. 37(3). –P. 241-249.
22. Weiss D.S., Horowitz M.J., Wilner N. The Stress Response Rating Scale: a clinician's measure for rating the response to serious life-events // Br J Clin Psychol. – 1984. – Vol. 23, Pt № 3. – P. 202-215.
23. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с Исползованием Excel // Киев: «Моріон», 2000 - 320 с.
24. Methods for estimating the probability of cancer from occupational radiation exposure. IAEA, Vienna, 1996. // IAEA-TECDOC-870.- ISSN 1011-4289.- Austria. – April 1996.- 55 p.
25. Розробка системи психіатричного, психологічного, психофізіологічного забезпечення, супроводу, відбору та експертизи професійної діяльності рятувальників аварійно-рятувальних служб й осіб, що залучені до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф: Звіт про НДР (проміжний) / Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – № держреєстрації 0102U000098; Київ, 2006. – 209 с.
26. С.Г. Гриневич Фактори ризику формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій // Таврический журн. психіатрії – 2006. - Т.3, № 3 (36). – С. 16-21.
27. С.Г. Гриневич Маркери сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу техногенних екстремальних подій // Журн. психіатрії та мед. психології.- 2006.- № 16 (1).- С. 67-72.
28. А.Ф. Короп «Экспертная оценка качества и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений: Методические рекомендации.» – Харьков, 1985. – 23 с.
29. Shalev A.Y. Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society (eds. Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth), N.Y.- L.: The Guilford Press, 1996, 77-101.
30. <http://www.demos-center.ru/projects/66AA75D/66AAC26/1148655709?mode=print>
31. Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. // American Journal of Psychiatry.- 1944.– № 101.– P. 141-148.
32. Лагутін А., Рогожин О., Бугайов В. Соціальна концепція медичного ризику. – В кн.: Соціальні ризики та соціальна безпека в умовах природних техногенних надзвичайних ситуацій та катастроф / Відп. Ред. В.В.Дурдинець, Ю.І.Сасенко, Ю.О.Привалов. – К.: Стило, 2001. – С. 315-328.
33. Бугайов В.М., Лагутін А.Ю., Рогожин О.Г., Казак С.С. Зміни здоров'я населення України внаслідок Чорнобильської катастрофи: масштаби і механізми уражень, підходи до діагностики і лікування. – К., 1996. –168 с.
34. Бугаев В.Н., Пятак О.А., Лагутин А.Г., Шульженко В.Б. Состояние психического здоровья у облученного детского населения Украины // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. – К., 1995. – С. 18.

Поступила в редакцию 16.02.2007

УДК 616.69:159.9:340.6

*В.В. Кришталь, П.Т. Петрюк, Т.А. Перевозная, В.Н. Кузьминов***СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: НЕРУТИННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), г. Харьков

Ключевые слова: судебная сексология, методы психологические исследования.

Судебная сексология возникла на пересечении юридических, как уголовно, так и гражданско-правовых, аспектов сексуальности и сексологии как одной из междисциплинарных областей знания [1-7]. По аналогии с сексологией можно дать определение судебной сексологии как междисциплинарной области знаний, охватывающей биологические и социологические аспекты диморфизма в его взаимосвязи с юридически значимыми проявлениями жизнедеятельности человека.

Предметом исследования судебного сексолога-эксперта являются закономерности и особенности формирования полоролевых функций и осуществления сексуальной активности, имеющие юридическое значение и влекущие за собой определенные правовые последствия [2-4, 6].

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза (КССПЭ) – это экспертиза, объединяющая специальные познания эксперта-сексолога и эксперта-психиатра для совместного исследования психосексуальных особенностей подэкспертного лица в целях получения общего ответа на вопросы, входящие в их совмес-

тную компетенцию.

Следует подчеркнуть, что специфика предмета судебной сексологической экспертизы определяется особенностями сексуальности, в том числе ее сексопатологическими вариантами, которые выявляются в ходе экспертного исследования, а также необходимостью установления их юридического значения и степени их влияния на характер и закономерности его полоролевой и сексуальной деятельности, имеющей значение для права. Специфика предмета КССПЭ определяется исследованием взаимодействия указанных особенностей с возможными отклонениями в психическом функционировании субъекта, а также их совместного воздействия на отражение окружающего и регуляций поведения, имеющего юридическое значение.

Учитывая важность данного вопроса, мы поставили себе за цель обобщить известные психологические методы и результаты собственного накопленного опыта, и таким образом отобрать наиболее важные нерутинные методы психологического исследования сексуальной сферы.

Материал и методы исследования

Проведен теоретический анализ большого ряда научных работ отечественных и зарубежных исследований, в которых освещаются вопросы психологического исследования сексуальной сферы. Проанализирован накопленный нами опыт применения нерутинных методов психо-

логического исследования сексуальной сферы у 126 пациентов и подэкспертных лиц из разных отделений Сабуровой дачи в период с 1994 по 2006 годы. Методы исследования: теоретический, исторический, системный, клинко-психопатологический, психологический и экспертный.

Результаты исследования и их обсуждение

Прежде чем перейти к рассмотрению методов психологического исследования сексуальной сферы в рамках судебной сексологии необходимо отметить, что они базируются на достигнутом в настоящее время уровне знаний, тесно

между собой взаимосвязаны и не должны абсолютизироваться. Несомненно, что при психологическом исследовании сексуальной сферы как и вообще в медицине, немаловажное значение имеет клиническое мышление врача, его опыт

работы, степень квалификации и врачебной интуиции. И все же общие ориентиры весьма полезны, особенно начинающим сексопатологам, психологам и психиатрам.

В судебной сексологии при решении различных экспертно-диагностических и научных задач положительно зарекомендовали себя следующие нерутинные психологические методы исследования:

1. МиФ – Маскулинность и Фемининность (Т.А. Бессонова, 1994; Н.В. Дворянчиков, 1998). Методика позволяет установить индивидуальную степень выраженности маскулинности, фемининности и андрогенности; оценить пропорцию этих качеств в представлениях о полоролевых стереотипах; установить соотношение полоролевых и сексуальных предпочтений с представлениями о традиционных половых ролях; оценить возможность участия полоролевых стереотипов в регуляции полового поведения.

2. Кодирование (З. Старович, 1992; А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, 2001). Эта методика может быть использована для изучения особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также служить инструментом исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения. Она позволяет выявить степень усвоенности полоролевых стереотипов, их дифференцированность, эмоциональное отношение к ним. Структурный анализ результатов теста направлен на исследование четкости и дифференцированности представлений об образах «мужчины», «женщины» и «ребенка». При обработке результатов теста в качестве параметров структурного анализа выделяется ассоциативно-семантическая близость стимулов, определяемая через степень совпадения ответов: степень подобия объектов анализа устанавливается через сходство данных на них ассоциаций.

Сущность метода заключается в том, что обследуемому поручается закодировать определенный объект по следующей схеме: воодушевленный предмет – травянистое растение – дерево – музыкальный инструмент – сказочный персонаж – ампула артиста цирка. Технически метод крайне прост в исполнении, однако интерпретация получаемых с его помощью данных трудна. Для правильной интерпретации эксперт должен разбираться в культурной, субкультурной, средовой и индивидуальной символике.

При освидетельствовании лиц в процессе производства экспертизы по гражданским делам перечень объектов для кодирования чаще ог-

раничивается собственной личностью обследуемого, личностью его супруга или постоянного сексуального партнера. При производстве судебно-сексологической экспертизы по уголовным делам кодирование чаще охватывает, кроме того, и образ мужчины, образ женщины, а также сексуальные специфические или эротические объекты (например, при девиантных наклонностях).

3. Ф-П-О – Фигура-Поза-Одежда (Д.К. Саламова, С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков, 2001). Данная методика позволяет установить индивидуальные представления о полоролевых нормах субъектов на основе наиболее существенных полодифференцирующих атрибутов, особенности их усвоенности, структуру полоролевой идентичности, индивидуальные полоролевые и сексуальные предпочтения в соответствии с традиционными половыми ролями.

4. ЦТО – Цветовой тест отношений (А.Е. Эткинд, 1985, 1987). Стимульный материал методики составляет перечень понятий по темам, позволяющим проследить как особенности идентификации субъекта со значимыми другими («мать», «отец», «друг» и т.д.), так и специфике его психосексуальной ориентации, полового самосознания («идеальный сексуальный партнер», «реальный сексуальный партнер», «мужчина», «женщина», «ребенок», «мальчик», «девочка» и т.д.). Методика позволяет оценить четкость половозрастной идентификации, особенности интериоризации полоролевых стереотипов, смысловой аспект сферы психосексуальных ориентаций, специфику эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения.

5. ВиК – Власть и Контроль (J.W. Maddock, 1995). Методика базируется на предположении о реципрокном взаимодействии власти и контроля в структуре межличностных отношений и позволяет рассматривать их как целостный феномен. В основе опросника лежат специфические определения «власти» (т.е. «силы», как возможности оказывать влияние, доминировать, демонстрируя партнеру свое эмоциональное, физическое, моральное превосходство) и «контроля» (т.е. «управления», как возможности ограничивать или направлять это влияние). При этом поддержание баланса «власти» и «контроля» между партнерами может обеспечиваться здоровыми гармоничными межличностными взаимоотношениями, которые определяются возможностью влиять на другого и ограничивать это влияние, что проявляется в двух основных бинарных структурах семьи: мужеско-женской

и детско-родительской.

6. Модификация теста Руки (E. Wagner, 1971; А.В. Герасимов, 1997). Модифицированный вариант теста Руки позволяет не только выявлять и исследовать просоциальные или асоциальные тенденции, но и проводить качественный анализ агрессивных установок личности, например, таких, как физическая (инструментальная) агрессия, предметно направленная, враждебная (экспрессивная) агрессия, аутоагрессивные тенденции.

7. Модифицированная методика опознания лицевой экспрессии Изадра (К.Е. Изадра, 1980; Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова, 1998). Эта методика позволяет оценивать нарушения различных составляющих эмоциональной активности у лиц с отклоняющимся сексуальным поведением. Модификация этой экспериментальной процедуры позволяет установить нарушения эмоционального гнозиса (импрессивный компонент) и эмоционального мышления (субъективный компонент), проявляющиеся в искаженном восприятии и субъективной эмоциональной переработке эмоций по следующим параметрам: знак, модальность, интенсивность эмоций, количество выделяемых при классификации эмоциогенных изображений. Методика состоит из четырех субъектов: «Ранжирование», «Классификация», «Четвертый лишний» и «Узнавание».

8. Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко (Д.Я. Райгородский, 1998). Данная методика дает возможность операционализации многофакторной модели эмпатии в виде индивидуального профиля эмпатических способностей (рассматривается многообразие эмпатических проявлений – когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты эмпатии). Методика позволяет выявлять нарушения составляющих эмпатию компонентов (определяемых по 6 шкалам) и высказывать предположения о влиянии уровня развития тех или иных эмпатических тенденций на сексуальное противоправное поведение.

9. TAS-26 – Торонтская алекситимическая шкала Тейлора (Я.Д. Райгородский, 1998). Шкала выявляет трудности в идентификации и вербализации собственных чувств и эмоциональных состояний, т.е. уровень алекситимии, в основе которой могут лежать следующие когнитивно-аффективные особенности: трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижение способности к символизации, о

чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

10. Модифицированная методика «Пиктограмма» (Н.В. Дворянчиков, Е.В. Малькова, 2003). Модификация этой методики позволяет оценивать влияние представлений о полоролевых стереотипах на процессы восприятия, переработки и актуализации информации, имеющей отношение к полоролевой сфере. Стимульный материал составляют слова и словосочетания, оцененные экспертами как «мужские», «женские», «нейтральные». В данной методике сохраняется интерпретация, которая существует в обычной «Пиктограмме», но дополнена специфической для данной модификации интерпретацией. В этой интерпретации учитываются такие факторы, как латентное время, запоминание определенных слов и словосочетаний.

11. Метод ранговой решетки Баннистера (Ф. Франселла, Д. Баннистер, 1987). Элементами при психологическом исследовании являются описание некоторых специфических ситуаций, которые затрагивают эмоционально-значимые аспекты, имеющие существенное значение в плане восприятия и понимания ситуаций межпартнерского сексуального взаимодействия. Результаты исследования позволяют выявить специфические особенности предпочтения потенциального или реального сексуального партнера, наличие определенных установок, тех или иных особенностей, отражающих взаимосвязь личностных и ситуационных факторов в сфере межпартнерского сексуального взаимодействия.

12. Рисуночные методики – психорисунок (L. Gapiк, 1978; В. Hornowski; 1982; К. Obuchowski; 1974; Z. Starowicz, 1985). Использование рисуночных проективных методик позволяет выявить отношение испытуемого к своему телесному облику, особенности половой идентификации, особенности восприятия половозрастных стереотипов, устойчивости переживания «образа Я», особенности эмоционального отношения к женщине, фиксированности на теме аффективно-значимых сексуальных переживаний и т.д. Могут быть рекомендованы следующие темы: «Рисунок человека», «Рисунок человека противоположного пола», «Рисунок человека со спины», «Рисунок несуществующего животного», «Рисунок женщины», «Рисунок мужчины». Так, к примеру, в бракоразводных делах могут быть такие темы, как «Мой брак», «Моя семья», «Будущее нашего брака», и т.п.; подозреваемого в

совершении педофильных действий просят заполнить рисунок на тему «Рисунок ребенка», а подозреваемого в геронтофилии – на тему «Рисунок пожилой женщины» и т.п.

13. Шкала сексуальных возбуждений. Суть метода состоит в том, что обследуемому дают 30 (в последней модификации 42) карточек с текстом сексуального содержания и просят по ним определить собственную иерархию сексуальных возбудителей, разложив карточки в порядке убывания их значимости для свидетельствуемого (от наиболее позитивных к наименее позитивным и от наиболее негативных к наименее негативным). Использование метода имеет ряд достоинств: 1. Помогает обследуемому изложить эксперту свои сексуальные взгляды, что особенно важно для подэкспертных, которые по причине замешательства или стеснительности, либо в связи с незнанием специфической терминологии, не смогли ответить на соответствующие вопросы при вербальном анамнестическом обследовании (это очень важно при исследовании глухонемых, а также при наличии выраженного языкового барьера между экспертом и подэкспертным). 2. Позволяет эксперту установить позитивную и негативную иерархию сексуальных возбудителей для конкретного подэкспертного. 3. В случае обследования обоих партнеров позволяет определить уровень совпадения их сексуальных потребностей.

14. Тест сексуального взаимодействия (J. Lo Piccolo, J. Steger, 1974) является методом диагностики сексуальных дисфункций на основе определения сексуальной приспособленности и сексуальной удовлетворенности партнеров в гетеросексуальной связи. Тест состоит из списка, содержащего 17 видов гетеросексуального поведения. Для каждого вида поведения (отдельного для мужчин и женщин) предусмотрено по 6 ответов на вопросы. Ответы распределены по 6-ти ступенчатой шкале. Затем, после получения ответов, касающихся всех 17 видов поведения, они суммируются для создания 11-профильной шкалы.

Данный метод пригоден для применения его в экспертизах по гражданским делам, не говоря уже о том, что он применяется в клинике для диагностики сексуальной непригодности партнеров.

15. Тест визуальной стимуляции заключается в демонстрации обследуемому фотографий, слайдов или фильмов сексуального или эротического содержания, одновременно с которой регистрируется и оценивается реакция подэкспертного

на проводимую стимуляцию, а также изменения реакции в зависимости от тематики проецируемого изображения. Обычно отмечают реакцию зрачков и генитальную реакцию. Иногда производится исследование пульса и регистрация кожно-гальванической реакции. В процессе исследования подэкспертный в обнаженном виде лежит на кушетке. Вид и интенсивность проявлений реакций характеризуют уровень либидо у освидетельствуемого, его психосексуальную ориентацию и аутоидентификацию в половой роли.

В большинстве случаев в роли эксперта-сексолога выступает врач-мужчина, который производит обследование мужчины-подэкспертного. При этом, как правило, не возникает проблем с применением этого метода. Однако, если эксперт и освидетельствуемое лицо имеют разную половую принадлежность либо обследуемое лицо имеет гомосексуальные тенденции или склонности, то целесообразность использования этого теста становится сомнительной, так как половая принадлежность эксперта способна заблокировать, извратить или усилить специфические реакции подэкспертного.

Данный тест широко используется и в клинической практике, как в диагностических, так и в терапевтических целях. Использование метода в случаях судебной экспертизы вызывает решительный протест подэкспертного крайне редко. Чаще всего отказываются от использования теста лица, совершившие сексуальные убийства, а также освидетельствуемые, страдающие гиперлибидомией. В последнем случае мотивировкой отказа служит боязнь обследуемого перед тем, что у него может развиться бурная сексуальная реакция, проявлений которой при враче он стесняется [1].

16 Тест дополнения предложения – это широко используемый в психологии метод исследования, характеризующийся определенными правилами интерпретации полученных с его помощью данных. Данным методом могут пользоваться только врачи, имеющие соответствующую подготовку в области психологии. В сексологической практике используют сокращенный вариант теста, максимально приспособленный к специфике сексологического исследования. Подобным вариантом пользуются в клинике и психиатры. В основном тест используется медиками для дополнения анамнестических данных.

Методика заключается в том, что обследуемому предлагают дописать готовые незакончен-

ные фразы. Для исключения чрезмерной концентрации внимания обследуемого на смысле задания и предупреждения развития у него торможения и защитной реакции производят чередования позиций со специфической смысловой нагрузкой и с нейтральными по смыслу позициями. Специфические позиции данного теста служат для получения информации об эмоциональных, сексуальных, партнерских чертах обследуемого и его установках в отношении пола. Приведем несколько вариантов обычно используемых позиций–предложений: женщина в сексуальной жизни более всего...; идеальная партнерша в половой жизни должна...; идеалом мужчины для меня является...; думаю, что большинство женщин...; в половой жизни меня больше устраивает...; к мужчинам чувствую...; когда я чувствую, что женщина меня сексуально провоцирует, то...

Применение данного теста одинаково эффективно как в случаях экспертизы по гражданским, так и по уголовным делам. Ценность теста повышается в тех случаях, когда формулировки предлагаемых обследуемому позиций-предложений способствуют спонтанным, а не обдуманым ответам на них.

17 Тест Роршаха (Г. Роршах, 1921) является проективной методикой исследования личности, которая по своей популярности в зарубежных психодиагностических исследованиях личности занимает ведущее место среди других проективных методов. Как правило, этот метод используется и при обследовании освидетельствуемых в ходе производства судебно-сексологических экспертиз. Следует подчеркнуть, что высокая ценность метода для его использования в сексологических целях практически оправдывает те затраты времени, которые необходимы врачу-сексологу для получения соответствующей психологической подготовки. Стимульный материал данного теста состоит из 10 стандартных таблиц с черно-белыми и цветными симметричными аморфными (слабоструктурными) изображениями (так называемые «пятна» Роршаха).

Обследуемого просят рассказать о возникающих у него при рассматривании этих пятен ассоциациях по принципу аналогии их с кем-либо или кем-либо. При этом регистрируется время реакции на каждую таблицу, записываются полные ответы обследуемого и отмечаются еще некоторые показатели. Все полученные данные кодируются по специальной схеме и оцениваются по определенным правилам. Это позво-

ляет применять этот метод в ограниченном, прикладном объеме для исследования лишь сексуальной сферы. Для этого используют следующую схему интерпретации результатов:

1. Явные сексуальные ассоциации (чаще вызываются изображением таблиц II, III, VI, VII, IX).

2. Скрытые сексуальные ассоциации (возникающие при ассоциациях изображений с видом внутренних органов человека или при ассоциациях символического характера).

3. «Сексуальный шок» - отказ от ответа при просмотре таблиц, которые определены как «сексуальные» (по убывающей эти таблицы располагаются следующим образом: VI, IX, VII, III, II).

4. Ответы с девиантным содержанием.

Ответы девиантного содержания могут быть явными либо иметь символический характер. Так, например, эксгибиционисты чаще указывают на фаллические ассоциации, педофилы – на ассоциации с детьми или признаками строения их тела, склонные к анальным контактам лица – на анальные ассоциации (особенно низ таблицы VII). Обследуемые, имеющие проблемы с совершением полового акта, часто реагируют «сексуальным шоком» на таблицу IX, импотенты – на таблицу VI, садисты и сексуальные убийцы реагируют, таким образом, на красный цвет пятен или на пятна вызывающие у них ассоциации с пятнами крови и т.п. В специальной литературе можно встретить описание ответов, признанных специфическими для определенного типа психосексуальной ориентации личности (например, для гомосексуалов, бисексуалов, транссексуалов и т.п.). Но тем не менее и к интерпретации этих ответов всегда надо подходить индивидуально.

18. Метод ассоциаций и воображения производится следующим образом. Освидетельствуемое лицо удобно ложится на кушетку, закрывает глаза и воображает определенные ситуации, предлагаемые экспертом, одновременно вслух комментируя возникшие образы. Метод применяется для дополнения анамнестического обследования, а также для выявления эмоциональных реакций обследуемого на конкретные события и лица. Метод крайне прост в осуществлении и одинаково приемлем при производстве экспертиз как по гражданским, так и по уголовным делам. В последнем случае использование теста особенно результативно при выяснении склонностей к сексуальной агрессии. Однако использование этого метода исследования в эк-

спертизе по уголовным делам ограничивается тем, что подэкспертные часто проявляют защитные реакции при его применении.

С помощью этого метода можно выяснить эротическую притягательность различных объектов для обследуемого лица, излюбленные им формы сексуальных ласк и позиций совершения полового акта, устанавливая наиболее чувствительные эрогенные зоны обследуемого, интенсивность появления у него сексуального возбуждения на определенные сексуальные раздражители (например, при наличии девиантного поведения).

Комплексное применение батареи методик позволяют не только объективизировать и верифицировать данные сексологического исследования, но и раскрыть целый пласт психологических феноменов, имеющих отношение к психосексуальной сфере: особенности полового самосознания, особенности восприятия сексуального партнера, установки по отношению к сексуальному партнеру и т.д. [7-13].

Следует отметить, что кроме вышеописанных методов эксперты в своей работе могут использовать и другие методы исследования, в том числе и лично ими разработанными. Как известно, в сексологической литературе описано несколько десятков методов исследования, пригодных для использования в сексологической практике, а также публикуются новые. Многие эксперты используют в своей работе и те методы, с которыми они ознакомились в процессе зарубежных стажировок в области сексологии.

Существуют и инструментальные методы исследования, основанные на применении специальной медицинской аппаратуры для диагностики нарушений сексуальной жизни и дифференциальной диагностики обуславливающих их органических и функциональных причин. Для этих целей используются различные плетизмографы, термографы, фотоплетизмографы, приборы для измерения мышечного тонуса и т.п.

В своей работе эксперты широко используют, как нами уже отмечалось выше, распространенное в психологической и психиатрической прак-

тике тестирование. К дополнительным методам следует отнести и необходимое иногда рентгенологическое и компьютерно-томографическое исследования. В ряде случаев при производстве судебно-сексологической экспертизы требуются лабораторные методы исследования: чаще всего это исследования семенной жидкости, биохимическое исследование гормонального фона, цитогенетические исследования.

Необходимость применения указанных методов может стать причиной направления освидетельствуемого лица для обследования в высокоспециализированный медицинский центр. Подобная ситуация может сложиться и при наличии у эксперта диагностических сомнений и затруднений, например, в случаях неврологической, генетической или эндокринной патологии у обследуемого.

Таким образом, применение нерутинных методов психологического исследования в судебной сексологии является крайне актуальным как для решения экспертно-диагностических задач, так и для выделения перспективных научных направлений в применении психологических познаний в сексологии, а именно: 1) разработка комплексных реабилитационных и коррекционных программ для лиц, находящихся на принудительном лечении; 2) вопросы выделения мишеней психокоррекционного воздействия и критериев его эффективности, а также экспертной прогностической оценки рецидивного поведения лиц, находящихся на принудительном лечении; 3) вопросы психологической помощи жертвам сексуального насилия и их психологического сопровождения в период судебно-следственного разбирательства; 4) разработка новых методических и методологических подходов к составлению психологического портрета лиц, обвиняющихся в сексуальных преступлениях, в ходе проведения оперативно-розыскных мероприятий; 5) психологическое обеспечение сопровождения и послеоперационной коррекции лиц после смены паспортного пола, а также психокоррекционная работа с пациентами, которым отказано в хирургической коррекции.

В.В. Кришталь, П.Т. Петрюк, Т.О. Перевозна, В.Н. Кузьмінов

СУДОВА СЕКСОЛОГІЯ: НЕ РУТИННІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ СФЕРИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача), м. Харків

Висвітлюються не рутинні методи психологічного дослідження сексуальної сфери. Вони базуються на сучасних наукових досягненнях і накопиченому практичному досвіді, а їх використання повинно сприяти вирішенню експертно-діагностичних та наукових задач в судовій сексології. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 41-47)

V.V. Krishtal, P.T. Petryuk, T.O. Perevosna, V.N. Kusminov

JUDICIAL SEXOLOGY: UNCONSERVATIVE METHODS OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF SEXUAL SPHERE

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, Kharkiv Regional Clinical Mental Hospital № 3 (Saburova dacha), Kharkiv

The unconservative methods of psychological research of sexual sphere are lighted. They are based on modern scientific achievements and accumulated practical experience, and their use must be instrumental in the decision of aspartic-diagnostic and scientific tasks in judicial sexology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 41-47)

Литература

1. Старович З. Судебная сексология: Пер. с польск. – М.: Юрид. лит-ра, 1991. – 336 с.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология в 4 частях. – Х.: Академия сексологических исследований, 1999. – 1152 с.
3. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексологическая экспертиза. – Т. 1. - М., 1998. – 358 с.
4. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилии. – М.: Триада-Х, 1999. – 461 с.
5. Чуприков А.П., Цупрык Б.М. Общая и криминальная сексология: Учеб. пособие. – К.: МАУП, 2002. - 248 с.
6. Ткаченко А.А. Введение в судебную сексологию // Медицинская и судебная психология. Курс лекций / Под. ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – 2-е изд., испр. – М.: Генезис, 2005. – С. 242-265.
7. Дворянчиков Н.В. Психологическое исследование в судебной сексологии // Там же. – С. 78-98.
8. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
9. Словарь-справочник по психологической диагностике / Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.; Отв. ред. Крымский С.Б. – К.: Наук. думка, 1989. – 200 с.
10. Саланова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Проективная методика «Фигура–Поза–Одежда» // Журнал практического психолога. – 2000. - № 10-11. – С. 87-103.
11. Саламова Д.К., Ткаченко А.А., Ениколопов С.Н. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола // Российский психиатрический журнал. – 2002. - № 2 – С. 33-40.
12. Дворянчиков Н.В., Малькова Е.А. Использование модифицированной методики «Пиктограмма» для установления влияния гендерных схем на когнитивные процессы // Сексология и сексопатология. – 2003. - № 1. – С. 20-25.
13. Большая энциклопедия психологических тестов / Сост. А. Карелин. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 416 с.

Поступила в редакцию 16.12.06

УДК:616.89-036.865

*Г.А. Пріб***ФРУСТРАЦІЯ, ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ
СТРАЖДАЮЧИХ НА ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: соціальна фрустрація, реабілітація, інвалідність.

Одним із важливих напрямків сучасної соціальної та клінічної психіатрії є розробка соціально спрямованих реабілітаційних методик, які враховують суб'єктивну оцінку задоволеності пацієнта у різних сферах життєдіяльності. Відомо, що соціально-психологічні наслідки психічних захворювань призводять до виникнення „соціальної ізоляції” пацієнтів, яка зазвичай обумовлена незадоволеністю функціонуванням у суспільстві. Підґрунтям соціальної незадоволеності є соціальна фрустрація, а саме низка фрустраційна стійкість – здатність особи пристосуватися до стресових ситуацій. У клінічному плані психічні розлади супроводжуються зниженням психічної активності, яка у поєднанні з соціальною фрустрацією призводить до соціальної дистанції – високого ступеня відчуження у межах своєї соціальної групи. Сучасні погляди на життєдіяльність пацієнтів, які страждають на психічний розлад обумовлюють розробки нових реабілітаційних підходів з обов'язковим визначенням рівня та структури соціальної фрустрації. Проведення досліджень у напрямку вивчення соціальної фрустрації пацієнтів, які страждають на психічні розлади, є частиною науково-практичної задачі – підвищення якості життя пацієнтів та відповідає Концепції комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я в м. Києві [1] та програмі удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в місті Києві на 2005-2009 роки [2].

Концептуальні положення, які пов'язані з проблемами медико-соціальної експертизи та реабілітації пацієнтів в Україні, розробляються В.А. Абрамовим зі співав. [3], Л.М. Юр'євою зі співав. [4], В.В. Штенгеловим [5] та іншими. Так, вивчаються питання соціально-психологічної установки пацієнтів – готовності індивіда визначеним чином реагувати на ті чи інші явища соціальної дійсності. Окремі дослідження присвячені вивченню здатності до ведення незалежного спосо-

бу життя, працездатності та соціальної активності пацієнтів [6]. Основні положення більшості наукових робіт збігаються у думці, що реабілітаційні заходи повинні бути різноплановими та охоплювати усі сфери життєдіяльності пацієнтів.

Теоретичні засади проблем медико-соціальної реабілітації ґрунтуються на підході, якій обов'язково враховує прогноз відновлення функцій, соціально-психологічний та трудовий прогнози. Загальною задачею прогнозу є максимальна реадaptaція та ресоціалізація пацієнта до життя у суспільстві шляхом розробки найбільш адекватних його проблемам реабілітаційних заходів. Проте, многогранність людського життя та нові соціальні стандарти потребують розробки заходів, які враховували б не лише здатність пацієнта виконувати соціальні ролі у суспільстві, а й більшою мірою отримання задоволення від життя в усіх сферах соціального функціонування. Таким чином, новим недостатньо розробленим та обґрунтованим у наукових дослідженнях з соціальної психіатрії є напрямком з вивчення проблеми соціальної фрустрації пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Виникнення соціальної фрустрації у пацієнтів є показником незадоволеності їх життям у суспільстві, а для лікарів усіх ланок психіатричної служби індикатором щодо необхідності корекції індивідуальної програми реабілітації. Напрямок досліджень з визначення соціальної фрустрації при розробці реабілітаційних заходів в Україні лише започатковується, а збільшення із року в рік наукових праць, присвячених даному питанню, свідчить про його соціальну значущість та наукову актуальність. Узагальнюючи наукові погляди з даної проблеми можна зазначити, що нині психіатрична реабілітація – це многогранне явище, кінцевою метою якої є забезпечення гідного життя пацієнта. Одним із шляхів її забезпечення є зниження загальної соціальної фрустрації в усіх сферах життєдіяльності пацієнта.

Невирішеними раніше частинами проблеми є

наступні: по-перше, у лікувальних та експертних закладах індивідуальна програма реабілітації розробляється без визначення структури та рівня соціальної фрустрації пацієнтів. По-друге, відсутність у реабілітаційних програмах заходів спрямованих на зниження та подолання соціальної фрустрації призводить до невілювання зусиль адаптувати пацієнта до життя у суспільстві. По-третє, впровадження у практичну психіатрію су-

часних міжнародних підходів, щодо підвищення якості життя не можливе без проведення досліджень спрямованих на визначення соціальної фрустрації пацієнтів в основних сферах життєдіяльності з розробкою відповідного інструктивно-методичного забезпечення.

Метою дослідження є встановити особливості соціальної фрустрації у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння), які знаходились на стаціонарному лікуванні у Центрі медико-соціальної експертизи та реабілітації (відділеннях активної реабілітації №2 та №10) Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 (КМКПЛ №1). У досліджуваній групі реабілітаційні заходи розроблялись з визначенням соціального, медичного й професійного критеріїв обмеження життєдіяльності та проводились згідно міжнародних підходів. У групі порівняння реабілітаційні заходи проводилися згідно підходів, прийнятих у КМКПЛ №1. Обстежені пацієнти верифіковані за діагностичними категоріями МКХ-10 перегляду: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Згідно звітної документації КМКПЛ №1 та даних Центру медичної статистики МОЗ України контингент госпіталізованих хворих у КМКПЛ №1 у період 2004–2006 рр. дає можливість вивчати цю проблему, а результати дослідження вважати такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність. Дослідження пацієнтів на психічні розлади проводилось за принципом випадкового вибору, коли усі одиниці генеральної сукупності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Згідно мети із загальної вибірки були виключені пацієнти з діагнозом розумова відсталість (F70–F79).

Методи дослідження: метод структурованого інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Діагностика рівня соціальної фрустрації проводилась за допомогою методики Л.І. Васермана в модифікації В.В. Бойко. Даний опитувальник дозволяє фіксувати ступінь незадоволеності соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності [5].

За кожним пунктом визначався показник рівня соціальної фрустрації. Він варіював від 0 до 4 балів. Кожен варіант відповіді оцінювався в балах: повністю задоволений - 0, скоріше задоволений - 1, важко відповісти - 2, скоріше не задоволений - 3, повністю незадоволений - 4. Інтерпретація результатів: від 3, 5 до 4 балів – дуже високий рівень; від 3,0 до 3,4 підвищений рівень; від 2,5 до 2,9 помірний рівень; від 2,0 до 2,4 невизначений рівень; від 1,5 до 1,9 знижений рівень; від 0,5 до 1,4 дуже низький рівень; від 0 до 0,5 відсутність (майже відсутність) фрустрації. Отримані дані фіксувалися у клініко-статистичній карті та реєструвалися у базі даних з використанням системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 9x. Аналіз, обробка результатів дослідження здійснювався за допомогою програми SPSS 10.05 for Windows 9x.

Отримані результати та їх обговорення

Першим етапом дослідження стало визначення середнього балу соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів до та після проведення індивідуальної програми реабілітації (табл. 1).

З представлених у табл. 1 даних можна стверджувати, що розробка та проведення реабілітаційних заходів на підставі визначення критеріїв, які обмежують життєдіяльність та призводять до соціальної недостатності значно покращує ефективність реабілітації. Застосування міжнародних підходів при розробці реабілітаційних заходів в цілому надає можливість знизити рівень соціаль-

ної фрустрації з підвищеного рівня (3,1 бал) до зниженого рівня (1,9 балів). У групі порівняння де реабілітаційні заходи розроблялися на загальних підходах рівень соціальної фрустрації після реабілітації склав – 2,6, що відповідає помірному рівню. Узагальнюючи задоволеність функціонування пацієнтів за окремими блоками можна стверджувати, що проблеми у сфері трудової діяльності – професійний критерій обмеження життєдіяльності (відносини з колегами по роботі, з адміністрацією, з суб'єктами професійної діяльності, зміст роботи, умови професійної діяльності) легше подаються корекції ($p < 0,05$).

Середній бал соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів

№	Запитання, щодо задоволеності	Середній бал			
		Д	Д ₁	П	П ₁
1.	Своєю освітою	2,0	1,5	2,1	2,0
2.	Взаємовідносинами з колегами по роботі	2,9	1,8	3,0	2,5
3.	Взаємовідносинами з адміністрацією на роботі	3,3	1,9	3,2	2,6
4.	Взаємовідносинами з суб'єктами професійної діяльності	3,2	1,9	3,2	2,7
5.	Змістом своєї роботи в цілому	3,1	1,8	3,2	2,7
6.	Умовами професійної діяльності в цілому	3,2	2,0	3,1	2,8
7.	Своїм становищем у суспільстві	3,5	2,1	3,4	2,6
8.	Матеріальним становищем	3,3	2,7	3,4	3,0
9.	Житлово-побутовими умовами	3,0	1,7	3,1	2,5
10.	Відношеннями з дружиною (чоловіком)	2,0	1,9	2,0	1,9
11.	Відношеннями з дітьми	2,3	2,1	2,2	2,1
12.	Відношеннями з батьками	3,2	1,7	3,3	2,3
13.	Обстановкою в суспільстві (державі)	3,3	1,8	3,3	2,8
14.	Відношеннями з друзями та знайомими	3,3	1,9	3,3	2,7
15.	Сферою послуг и побутовим обслуговуванням	3,2	1,9	3,3	2,8
16.	Сферою медичного обслуговування	3,3	2,0	3,3	2,5
17.	Проведенням дозвілля	3,4	2,0	3,3	2,7
18.	Можливістю проводити відпустку (відпочинок)	3,4	2,2	3,4	2,8
19.	Можливістю вибору міста роботи	3,3	2,3	3,3	2,8
20.	Своїм способом життя	3,4	2,1	3,4	2,6
Підсумковий середній бал		3,1	1,9	3,1	2,6

Примітки: Д – досліджувана група до проведення реабілітаційних заходів; Д₁ – досліджувана група після проведення реабілітаційних заходів; П – група порівняння до проведення реабілітаційних заходів; П₁ – група порівняння після проведення реабілітаційних заходів. Достовірна різниця між показниками до та після реабілітації від $p < 0,05$ до $p < 0,001$.

Водночас сфери, які відбивають функціонування у суспільстві – соціальний критерій обмеження життєдіяльності піддаються корекції у меншому ступені ($p < 0,05$). Така ситуація обумовлюється загальною ситуацією щодо відношенням у суспільстві до психічно хворих (низка матеріальна захищеність, недосконала соціальна підтримка тощо), що значно перешкоджає соціальній адаптації пацієнтів. Відмічено, що невілювання особистісної відповідальності пацієнта за свій соціальний стан призводить до формування стійкої рентної установки до існування ($p < 0,05$). Крім того, у пацієнтів з відносно коротким терміном захворювання та не вираженими явищами соціальної дезадаптації за аналізом усіх запитань визначено бажання гармонічно функціонувати у суспільстві, але це бажання унеможлиблювалося під впливом стигматизації суспільства по відношенню до хворих на психічні розлади ($p < 0,05$).

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення структури соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів (табл. 2).

Узагальнюючи представлені у табл. 2 данні можна стверджувати, що формування та проведення реабілітаційних заходів на принципах визначення категорій, які призводять до обмежень життєдіяльності, надає можливість підвищити якість життя (за суб'єктивною оцінкою пацієнтів) та значно знизити соціальну фрустрацію пацієнтів. Цікавим виявився той факт, що як у досліджуваній групі так і в групі порівняння після проведення реабілітаційних заходів спостерігаються підвищення кількості відповідей, які класифікуються як „Питання не можливо застосувати”. Дана ситуація є передбачуваною та обґрунтовується наступним: більшість проблемних ситуацій, які викликали підвищений рівень соціальної фрустрації (в основному за рахунок сімейно-побутової та професійної сфери) після проведення реабілітаційних заходів дезактуалізувалися. Проте, враховуючи специфіку та взаємовплив медичних, соціальних та професійних наслідків психічного розладу можна стверджувати, що соціальна фрустрація не досягає рівня суб'єктивної задоволеності.

Структура соціальної фрустрації у обстежених пацієнтів

№	Відповідь	Д		Д ₁		П		П ₁	
		Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m
1	Повністю задоволений	312	4,8±2,1	813	12,4±3,2	204	4,8±2,1	346	8,2±2,7
2	Скоріше задоволений	373	5,7±2,3	882	13,4±3,4	247	5,9±2,3	419	9,9±3,0
3	Запитання не можливо застосувати	1185	18,1±3,8	3234	49,4±5,0	757	17,9±3,8	1364	32,3±4,7
4	Скоріше незадоволений	1238	18,9±3,9	900	13,7±3,4	758	18,0±3,8	686	16,3±3,7
5	Повністю незадоволений	3432	52,5±4,9	711	10,8±3,1	2254	53,4±4,9	1405	33,3±4,7
Всього		6540	100,0	6540	100,0	4220	100,0	4220	100,0

Примітка: Д – досліджувана група до проведення реабілітаційних заходів; Д₁ – досліджувана група після проведення реабілітаційних заходів; П – група порівняння до проведення реабілітаційних заходів; П₁ – група порівняння після проведення реабілітаційних заходів. Достовірна різниця між показниками до та після реабілітації від $p < 0,05$ до $p < 0,001$.

Базуючись на даних аналізу рівня та структури соціальної фрустрації пацієнтів, клініко-психопатологічної симптоматики та перебігу досліджених психічних розладів визначено основні компоненти системи обслуговування пацієнтів запропоновані ключові цінності реабілітаційного лікування. До основних компонентів системи обслуговування пацієнтів, які сприяють подоланню соціальної фрустрації віднесено:

- використання кризового „соціально-психологічного” втручання;
- розробка амбулаторних програм лікування гострих та підгострих психотичних станів (з акцентом на „негоспіталізацію”);
- підбір підтримуючої психотропної терапії з найменшим негативним впливом на соціальну активність пацієнта;
- проведення індивідуальної та групової психотерапії спрямованої на подолання соціально-психологічних наслідків хвороби;
- впровадження системи ведення випадку з відповідальним фахівцем з координацією лікування та заходів з медико-соціальної реабілітації;
- координація та інтеграція громадських організацій та служб;
- залучення соціальних служб загального профілю.

До ключових цінностей реабілітаційного процесу віднесено:

- у центрі уваги особистість з орієнтиром на потреби пацієнта;
- активне залучення пацієнта на тлі суспіль-

но-орієнтованої терапії;

- партнерство з родиною та використання усіх впливових соціальних зв'язків;
- впровадження мультідисциплінарного підходу;
- доступність та спадковість медико-соціальних заходів з врахуванням культурних особливостей та їх специфіки.

Висновки з даного дослідження. За результатами дослідження визначено, що у лікувально-профілактичних психіатричних закладах при розробці індивідуальної програми реабілітації відокремлено не проводиться оцінка рівня соціальної фрустрації пацієнтів. Застосування міжнародних підходів при розробці реабілітаційних заходів в цілому надає можливість знизити рівень соціальної фрустрації з підвищеного до зниженого рівня. Встановлено, що проблеми у сфері трудової діяльності легше подаються корекції. В свою чергу відновлення задоволеності функціонуванням у суспільстві ускладнене. Визначено, що невілювання особистісної відповідальності пацієнта за свій соціальний стан призводить до формування рентної установки до існування; більшість проблемних ситуацій сімейно-побутової та професійної сфери після проведення реабілітаційних заходів деактуалізуються. Побудова реабілітаційних заходів на запропонованих компонентах системи обслуговування пацієнтів з врахуванням ключових цінностей реабілітації надають можливість знизити загальну соціальну фрустрацію та підвищити якість життя пацієнтів.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Нині у практиці психіатричної реабілітації не повною мірою враховується рівень соціальної фрустрації пацієнтів. Розробка індивідуальної програми реабілітації з обов'язковим визначенням соціальної фрустрації надає можливість вирішувати актуальні соціально-психологічні проблеми пацієнтів. Даний напрямок дослідження у клінічній та соціальній психіатрії відповідає Постанові Кабінету Міністрів Украї-

ни від 10.01.02 р., якою затверджено програму "Здоров'я нації – стратегія розвитку охорони здоров'я". До подальших перспективних досліджень можна віднести розробку науково-методичного забезпечення щодо визначення соціальної фрустрованості при окремих психічних захворюваннях як складової комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Г.А. Приб

ФРУСТРАЦИЯ, КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

В статье представлен анализ социальной фрустрации у больных с психическими расстройствами. Рассматриваются вопросы установления уровня социальной фрустрации, как обязательной составной индивидуальной программы реабилитации. Указывается, что реабилитационные мероприятия должны формироваться на основании комплексной дифференцированной системы определения ограниченной жизнедеятельности у больных с психическими расстройствами. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 48-52)

G. Prib

FRUSTRATION AS THE FACTOR INFRINGEMENT SOCIAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Ukrainian Research Institute on Social And Forensic Psychiatry and Substance Abuse Kyiv, Ukraine

The analysis of social frustration in patients with mental disorders is presented including issues of social frustration level evaluation as obligatory component of individual rehabilitation program. The need in creating complex differential system of disability evaluation of patients with mental and behavioural disorders is highlighted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 48-52)

Література

1. Рішення Київської міської ради „Про затвердження концепції комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я в м. Києві” №525/685 від 26.06.03 р. // Електронна нормативно-правова бібліотека „Експерт-Юрист”. – www.expertsoft.com.ua.
2. Рішення Київської міської ради „Про затвердження програми удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення в м. Києві на 2005-2009 рр.” № 435/3011 від 16.06.2005 р. // Електронна нормативно-правова бібліотека „Експерт-Юрист”. – www.expertsoft.com.ua.
3. Абрамов В.А., Жигулина І.В., Ряполопова Т.Л. Медико-соціальна реабілітація больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей-психиатров, психологов и соц. работников – Донецк: Каштан, 2006. – 268 с.
4. Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів (навчально-методичний посібник для лікарів-психіатрів, наркологів, лікарів медико-соціально експертних комісій і лікарів-інтернів). Юр'єва Л.М., Пхіденко С.В., Єрчкова Н.О. та ін. / За редакцією д.мед.н., проф. Юр'євої Л.М. – Дніпропетровськ: СП „Інтертехнодрок”, 2005. – 144 с.
5. Штенгелов В.В. Приб Г.А. Медичні, соціальні та професійні критерії обмеження життєдіяльності у інвалідів, які страждають на психічні та поведінкові розлади. Актуальні проблеми медико-

- соціальної експертизи, профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів: матеріали ювілейної науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 80-річчю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності 28-29 вересня 2006 / За редакцією А.В. Іпатова. – Дніпропетровськ: „Пороги”, 2006. – С. 84-86.
6. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. – СПб.: «Фолиант», 2002. – 256 с.
7. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж.Э.Купера / Пер.с англ. Д. Полтавец – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
8. Показники психічного здоров'я та діяльності психоневрологічних установ м. Києва та України. Інформаційно-аналітичний огляд 1990-2005 рр. – К.: МВЦ „Медінформ”, 2006. – 78 с.
9. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні у 2004 році. К.: Центр медичної статистики МОЗ України, 2005. – 225 с.
10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. За редакцией Д.Я. Райгородского. – Самара: Издательский дом „БАХРАХ”, 1998. – С.157-160.

Поступила в редакцию 4.02.2007

УДК: 616.895.8 – 058 – 082.4.

*Г.Г. Пуятин***СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм, межличностные отношения.

Длительное пребывание в общепсихиатрических отделениях, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе, отсутствие каких-либо полномочий, активизирующих мотивационно-когнитивные процессы, оказывают не менее деструктивное влияние на личность пациента, чем, собственно, психическая болезнь (1-3). Патологическая адаптированность пациента к однообразным условиям психиатрического стационара при отсутствии мер социально-реинтеграционного характера традиционно рассматривается с позиции хронической десоциализации (4), госпитализма или институционализма (5,6).

Термин «госпитализм» в современной литературе означает совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре. Выделяются три фактора дестимулирующего влияния условий больничной среды: полная утрата контактов с внешним миром, стереотипное бездействие, авторитарная тактика со

стороны медицинского персонала. Критическим фактором госпитализации является количество времени, в течение которого каждый отдельный пациент ничем не занят. Результатом длительного пребывания больных в таких условиях является формирование патологических связей с окружающей средой, адаптация к ее условиям, утрата индивидуальных свойств личности, что, в конечном счете, ведет к утрате способности жить вне стен больницы (5).

К сожалению, в литературе недостаточно освещены клиническая структура синдрома госпитализма у больных шизофренией, его влияние на особенности межличностных отношений, роль в формировании различных форм госпитализма условий больничной среды, социальной реабилитации и медикаментозной терапии.

Целью настоящей работы явилась стандартизованная оценка особенностей межличностных отношений у больных параноидной шизофренией с различными клиническими формами госпитализма.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 70 больных параноидной шизофренией в возрасте от 28 до 53 лет. У 37 больных наблюдался эпизодический и у 33 – непрерывный тип течения болезни. Мужчин было 48 человек (68,4%), женщин – 22 (31,6%). Длительность заболевания в среднем превышала 8 лет. Динамика болезни у всех пациентов сопровождалась длительными и многократными госпитализациями в психиатрическую больницу и выраженными проявлениями социально-трудовой дезадаптации. Терапевтические мероприятия по отношению к ним ограничивались назначением нейролептических препаратов или атипичных антипсихотиков; никто из пациентов не включался в реабилитационные программы.

У всех пациентов этой группы в той или иной мере были выявлены симптомы госпитализма с

утратой социальных связей и контактов с окружающим миром, дезадаптивными формами приспособительного поведения, частичным или полным бездействием, потерей способности привычной жизнедеятельности.

Группа сравнения состояла из 35 больных параноидной шизофренией с сопоставимыми гендерно-возрастными, клинико-динамическими особенностями и длительностью болезни, но без симптомов госпитализма. Госпитализации в психиатрический стационар были редкими (не более 3-х) и кратковременными (в среднем – 1,5 месяца). Большую часть времени болезни они получали поддерживающее лечение в амбулаторных условиях. Общее время пребывания в психиатрическом стационаре у них было в 5 раз меньше, чем в основной группе.

Для изучения межличностных отношений в сравниваемых группах были использованы опросник межличностных отношений (ОМО)

В.Шутца и методика диагностики межличностных отношений (ДМО) – адаптация методики Т.Лири.

Полученный результаты и их обсуждение

Данные, полученные при исследовании по методике ОМО, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели опросника межличностных отношений в сравниваемых группах

Показатель ОМО	Группы		P
	Основная	Сравнения	
Ie	2,9±0,24	3,39±0,36	0,112
Iw	2,73±0,18	3,26±0,38	0,115
Ie+w	5,44±0,34	7,48±0,66	0,026*
Ie-w	1,9±0,27	0,26±0,21	0,0297*
Се	3,08±0,3	4,85±0,44	0,00086*
Cw	3,63±0,3	4,59±0,33	0,0378*
Се+w	6,7±0,45	0,44±0,43	0,00009*
Се-w	-0,57±0,39	0,26±0,65	0,226
Ae	3,0±0,27	4,56±0,32	0,192
Aw	2,75±0,23	4,23±0,31	0,0002*
Ae+w	5,32±0,49	7,84±0,49	0,0002*
Ae-w	0,45±0,21	-0,74±0,36	0,003*

Примечание: Ie – выраженное поведение включения; Iw – требуемое поведение включения; Ie+w – объем интеракций поведения включения; Ie-w – противоречивость межличностного поведения включения; Се – выраженное поведение контроля; Cw – требуемое поведение контроля; Се+w – объем интеракций поведения контроля; Се-w – противоречивость поведения контроля; Ae – выраженное поведение аффекта; Aw – требуемое поведение аффекта; Ae+w – объем интеракций поведения аффекта; Ae-w – противоречивость поведения аффекта.

Опросник ОМО, являющийся русскоязычной адаптацией опросника FIRO-B В.Шутца, нацелен на предвосхищение поведения индивида в ситуациях межличностного общения и возможность предсказать социальные интеракции. Согласно концепции В.Шутца, каждый индивидуум имеет свой характерный способ социальной ориентации, определяющий его межличностное поведение. Тремя базисными потребностями, удовлетворение или неудовлетворение которых определяет социальную ориентацию, являются потребности во включении, контроле и аффекте. Неудовлетворение межличностных потребностей, так же, как и неудовлетворение биологических, нарушает оптимальный обмен между индивидуумом и социальной средой. И, как и при нарушении метаболизма между физической средой и организмом, может привести к патологическим последствиям.

Потребность включения состоит в стремлении создавать и поддерживать удовлетворительные отношения и взаимодействия. Эта потребность подразумевает как, с одной стороны, удовлетворение интереса, так и, с другой, проявление

интереса других людей к субъекту. Оптимально реализующий эту потребность человек стремится и принимать других, чтобы они интересовались им, и принимали участие в его деятельности, участвовать в разных социальных группах, и, также, стараться производить такое впечатление, чтобы другие стремились принимать участие в его делах.

У пациентов как основной, так и группы сравнения, средние показатели по шкале выраженного, то есть реально осуществляемого, поведения включения (Ie) принадлежат к диапазону низких оценок. Достоверных различий их выраженности в сравниваемых группах нет (хотя в основной они все-таки немного ниже), однако, на уровне $p < 0,05$ они ниже средних показателей для респондентов из группы здоровых лиц и психосоматических больных, приведенных автором русскоязычной адаптации (Рукавишников А.А., 1992г.). Принадлежность полученных результатов к ряду низких значений свидетельствует о том, что пациенты обеих групп испытывают дискомфорт среди других людей, стремятся их избегать, не проявляют изначального интереса к другим, стре-

мятся дистанцироваться от окружающих, интроевертированы, предрасположены к уходу от людей. Такое поведение и отношение пациентов сравниваемых групп отражает не только типичную для лиц, принадлежащих к шизофреническому конституционально-психологическому континууму отчужденность от реального окружения, но и суммацию опыта непринятия или формально-медицинского принятия их обществом после начала заболевания.

Показатель по шкале требуемого поведения включения (I_w) в обеих сравниваемых группах также находится на уровне низких оценок. Его средний уровень еще ниже, чем предыдущего, особенно у пациентов с явлениями госпитализма. И в основной, и в группе сравнения, он достоверно ниже ($p < 0,02$) нормативных показателей. Низкие уровни показателя по шкале требуемого поведения включения означают, что респонденты расценивают себя как неспособных вызывать интерес, внимание к себе окружающих, их одобрение, интерес с их стороны. Это приводит к еще большему ограничению круга общения, взаимодействию с лишь малым числом людей. Вновь можно утверждать, что имеющая место аутизация является производной как биологических так и социальных факторов патогенеза шизофрении.

Показатель общего объема интеракций поведения включения отражает сумму межличностных взаимодействий, направленных на то, чтобы пробудить к себе интерес, вызвать положительную оценку своей деятельности и самого себя, чувствовать себя ценной, значимой личностью, желанной в глазах других для сотрудничества, добиться включения в какую-то социальную группу, коллектив, заслужить оценку своей индивидуальности, неповторимости, понимания себя. В обеих сравниваемых группах индекс общего объема интеракций в области поведения включения оказывается на статистически достоверно более низком уровне, чем нормативный показатель. Кроме того, установлено и достоверное различие средней выраженности $I_e + w$ в сравниваемых группах: у больных с явлениями госпитализма объем соответствующих межличностных взаимодействий достоверно меньше ($p = 0,026$). Таким образом, для этой категории пациентов в особенной степени характерен отказ от создания и приобретения имиджа рельефной, индивидуально-неповторимой личности, тенденция к собственному обезличиванию, дистанцированию от социального окружения.

Индекс противоречивости в обеих группах имеет положительные значения, что указывает на преобладание выраженного поведения включения. Другими словами, более частыми в обеих группах являются попытки активно способствовать хотя бы минимальной степени привлечения интереса к своей личности. Однако при этом одновременно существует противоречивая тенденция дистанцироваться от людей. По всей вероятности, бессознательная позиция может быть при этом выражена следующим образом: «Мною никто не интересуется, поэтому я рискую быть игнорируемым. Лучше я отделюсь от людей и буду существовать сам по себе». Побуждение к удовлетворению потребности быть значимым приводит к отчуждению от других, за которым стоит подспудная убежденность в том, что его никто не может понять. При этом концепция собственного Я несет в себе ощущение своей ненужности, бесполезности, порождающее скрытую тревогу. Априорная убежденность в недружелюбии окружающих в сочетании с ощущением своей непонятности другими людьми может блокировать попытки реально улучшить условия своего существования, встать на путь реадaptации к реальным условиям жизни в обществе. Описанные психогенетические механизмы социальной дезадаптации играют более значительную роль у пациентов основной группы, о чем свидетельствует достоверно более высокий ($p = 0,0297$) уровень индекса $I_e - w$ в этой группе.

Потребность контроля заключается в потребности создавать и сохранять приемлемые отношения с людьми, опираясь на силу и контроль. При этом на уровне самовосприятия она проявляется в необходимости осознавать себя личностью ответственной, авторитетной и компетентной. Эмоции, возникающие при реализации этой потребности, связаны с достаточным уважением других и собственной уважаемостью ими. Поведение, связанное с потребностью контроля, проявляется и в принятии решений, проявлении силы своего влияния, и в необходимости быть подчиненным, контролируемым, избавленным от принятия на себя ответственности. В отличие от поведения включения, поведение контроля не предполагает стремления к славе, известности, а в отличие от поведения аффекта – к эмоциональной близости.

Среднее значение показателя по шкале выраженного поведения контроля у больных с явлениями госпитализма, находится на уровне низких оценок, в то время как в группе сравне-

ния – на уровне средних. Между ними существует статистически высоко достоверное различие ($p=0,00086$). Среднее значение показателя Se в основной группе также достоверно ниже среднего нормативного показателя.

Низкий уровень выраженности потребности в контролирующем поведении свидетельствует прежде всего об избегании принятия решений и взятия на себя ответственности. По терминологии В.Шутца, личность, склонная отказываться от власти, тяготеющая к подчинению определяется как «абдикратическая» и характеризуется отказом от влияния на других в процессе межличностного общения. На сознательном уровне такая личность стремится освободиться от каких-либо обязательств и обязанностей, в том числе и от обязанностей контролировать других, уклониться от самостоятельного принятия решений, интуитивно она старается уходить от любых ситуаций, где может проявить себя беспомощной и некомпетентной. За подобного рода страхом сколько-нибудь сложных ситуаций стоит базальное недоверие к людям, даже враждебность, основанная на предположении о том, что в решающий момент ей будет отказано в помощи. Чаще всего враждебность при этом носит пассивно-агрессивный характер.

Подобный тип поведения в значительной степени присущ пациентам с различными формами госпитализма. Следует обратить внимание на то, что преобладание такого поведения нельзя объяснить биологической природой имеющегося у них расстройства, так как группа сравнения в нозологическом отношении вполне с ними сопоставима. Можно предположить, что решающую роль в формировании нажитой беспомощности играет длительная изоляция в психиатрических стационарах и отсутствие адекватных реабилитационных и реадaptационных мероприятий социальной и психокоррекционной направленности.

Среднее значение показателя по шкале Sw в основной группе и группе сравнения лежит в пределах диапазона средних значений. Между ними существует статистически достоверное различие ($p=0,0378$). Достоверных различий с нормативной выраженностью этого показателя не выявлено. Таким образом, пассивный стиль поведения в группе больных с явлениями госпитализма реализуется главным образом за счет отказа от активного самоутверждения и частого предоставления возможности контроля за собой со стороны окружающих.

Для респондентов группы сравнения более

типичным является, по определению В.Шутца, «демократический» путь удовлетворения потребности в контроле, предполагающий возможность чувствовать себя практически одинаково уверенным и отдавая или не отдавая указания, и принимая или не принимая их, в зависимости от конкретной ситуации. Очевидно, респонденты этой группы являются более компетентными и ответственными. Учитывая нозологическую однородность сопоставляемых групп, можно связать описанные различия со специфическим влиянием длительного пребывания в психиатрическом стационаре.

Совокупный объем интеракций поведения контроля в группе пациентов с явлениями госпитализма достоверно меньше ($p=0,00009$), чем в группе сравнения. В структуре общего объема интеракций в обеих сравниваемых группах интеракции поведения контроля занимают ведущее положение, что свидетельствует о наибольшей значимости утверждения важности своего влияния на других и ответственности за принятие решений.

Индекс противоречивости поведения контроля в основной группе имеет отрицательное значение, а в группе сравнения – положительное, не отличаясь при этом количественно на уровне статистической значимости. Отрицательное значение индекса $Se-w$ указывает на преобладание интеракций требуемого поведения контроля, то есть еще более явного отказа от активного проявления своей жизненной позиции.

Потребность в аффекте в рамках концепции В.Шутца рассматривается как потребность устанавливать и сохранять удовлетворительные отношения с другими людьми с опорой на любовь и эмоциональные отношения. Стремление создавать и удерживать чувство взаимного, теплого, эмоционального отношения является основой реализации потребности в аффекте на эмоциональном уровне. При этом речь идет о способности реально любить остальных людей и о понимании того, что человек в достаточной степени любим другими людьми. Поведение в рамках удовлетворения потребности в аффекте направлено на сближение с партнером.

У пациентов основной группы средний уровень показателя по шкале «выраженное поведение аффекта» находится в диапазоне низких оценок; в группе сравнения он несколько выше, однако статистически это отличие недостоверно. Низкие уровни показателя означают, что индивид крайне осторожен и нерешителен в установлении близких чувственных отношений. Низкая

аффилиативная потребность (средний показатель в основной группе достоверно ниже ($p < 0,04$) нормативного показателя), проявляющаяся в отсутствии стремления быть в близких, интимных отношениях с остальными, побуждения проявить к ним дружеские и теплые чувства может быть связана не только комплексом биологически детерминированных нарушений социально-перцептивного, регулярного поведенческого компонентов общения, но и с неблагоприятным влиянием длительного пребывания в психиатрическом стационаре. Аутистические тенденции во многом определяются недостаточностью регуляторной функции эмоционального компонента личностного общения, равно как и когнитивного и волевого, связанных с нереализованностью потребности во включении и в контроле. В группе сравнения, респонденты которых избежали воздействия длительной социальной деприватизации в условиях психиатрического стационара, как уже указывалось обнаруживают большую активность в установлении чувственно окрашенных интимных отношений. Кроме того, можно констатировать, что эти больные испытывают и гораздо большую потребность в том, чтобы к ним относились с любовью, дружески и тепло. Об этом свидетельствует статистически достоверно ($p = 0,0002$) более высокий показатель желаемого поведения аффекта. По сравнению с пациентами основной группы, они имеют более привлекательную для самих себя Я-концепцию, воспринимают себя достойными и заслуживающими любовного и дружеского отношения других и не избегают интеракций, реализующих стремление быть с остальными в близких, интимных, теплых отношениях.

Пациенты с явлениями госпитализма, таким образом, испытывают не только боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, не только боязнь отношений контроля (восприятие себя как некомпетентного и безответственного), но и боязнь аффекции, проявляющейся в отношении к себе как к неприятной и непривлекательной личности.

Подобное самоотношение в основной группе подтверждается еще и тем, что средний показатель по шкале общего объема интеракции в области поведения аффекта (аффекции) в ней статистически достоверно ($p = 0,002$) ниже, чем в группе сравнения, где он является, к тому же, и наибольшим среди суммарных показателей интеракций. Аналогичный смысл имеет и достоверное различие ($p = 0,03$) средних показателей шкалы противоречивости поведения аффекта.

Подводя итог анализу данных, полученных с помощью опросника ОМО, можно констатировать, что для больных шизофренией с различными формами госпитализма характерно дефицитарное поведение (по определению Шутца) во всех областях межличностного общения. Другими словами, лица этого контингента, как правило, не предпринимают адекватных попыток удовлетворить ни одну из потребностей межличностного поведения.

Метод диагностики межличностных отношений (ДМО) представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т.Лири. Т.Лири в концепции данной методики развивает идеи Г.С.Салливэна, интерперсональная теория которого основана на важной роли оценок и мнений, значимых для данного индивида окружающих лиц, под влиянием которых формулируется идентификация со «значимыми другими». В дальнейшем, реализуя свою потребность в общении и в осуществлении своих желаний, человек соотносит свое поведение с оценками значимых других. Данные, полученные с помощью метода ДМО, представлены в таблице 2.

Методика ДМО, как и другие анкетные методы, не защищена от мотивационных искажений и в значительной степени подвержена влиянию установки испытуемого на процедуру обследования. Однако учет таких искажающих воздействий и сопоставление с результатами других методов исследования позволяют получить важную и достоверную информацию о самооценке испытуемых.

В настоящем исследовании пациенты обеих групп дважды заполняли опросный лист – один раз с позиции своего реального (актуального) состояния на момент обследования, а другой – с позиции того, каким представляется респонденту его собственный идеал.

При описании своего реального «Я» у пациентов основной группы средние значения по всем октантам оказались в диапазоне до 8 баллов (в среднем, $5,38 \pm 0,51$). При описании идеального «Я» среднее значение было еще более низким ($4,72 \pm 0,46$). Полученные результаты, таким образом, могут интерпретироваться, но необходимо учитывать и тенденцию к неполной искренности, неполному самораскрытию. В связи с этим указание автора русской адаптации методики (Собчик Л.Н.) на то, что «характеристики, не выходящие за пределы 8 баллов, свойственны гармоничным личностям» следует принимать с определенной коррекцией, учитывающей стремление к диссимуляции.

Средние показатели по октантам методики межличностных отношений в сравниваемых группах

Октанты		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Группы	Основ- ная	Ро	5,30±0,55	4,86±0,41	4,38±0,37	4,86±0,40	6,91±0,50	5,22±0,37	6,13±0,52	5,40±0,63
		Идо	7,86±0,60	5,54±0,35	4,20±0,41	2,83±0,42	2,50±0,36	2,63±0,40	5,48±0,52	5,72±0,50
	Срав- нения	Рс	6,44±0,65	6,44±0,59	6,36±0,58	6,87±0,64	6,23±0,67	5,38±0,59	4,67±0,61	4,85±0,67
		Идс	7,79±0,62	4,92±0,49	5,79±0,52	3,34±0,60	4,31±0,55	3,97±0,55	5,72±0,66	6,74±0,74
Р		Ро/ Идо	0,0007*	0,366	0,816	0,005*	0,00003*	0,0003*	0,431	0,661
		Рс/ Идс	0,036*	0,025*	0,536	0,008*	0,008*	0,009*	0,101	0,005*
		Ро/ Рс	0,191	0,026*	0,003*	0,006*	0,415	0,801	0,078	0,570
		Идо/ Идс	0,936	0,295	0,018*	0,458	0,004*	0,047*	0,780	0,283

I – властный-лидирующий; II – независимый-доминирующий; III – прямолинейно-агрессивный; IV – недоверчивый-скептический; V – покорно-застенчивый; VI – зависимый-послушный; VII – сотрудничающий-конвенциональный; VIII – ответственно-великодушный; Ро – реальное Я в основной группе; Идо – идеальное Я в основной группе; Рс – реальное Я в группе сравнения; Идс – идеальное Я в группе сравнения.

Максимальным по степени выраженности при описании реального «Я» в основной группе оказался показатель по V октанту (покорно-застенчивый), вслед за ним в порядке убывания идут показатели по VII (сотрудничающий – конвенциональный), VIII (ответственно-великодушный) октантам, отражающим тенденции к покорности и конформизму. II, III, IV октанты имели наименьшие показатели, и лишь один из октантов, отражающий неконформные тенденции (I, властный – лидирующий), может по своей выраженности быть сопоставлен с октантами противоположной направленности. Пациенты с явлениями госпитализма, таким образом, стремятся представить себя подчиняемыми, конформными, неуверенными в себе, но в то же время не лишены независимого мнения и некоторой доли настойчивости и упорства. Эти данные существенно контрастируют с результатами исследования по ОМО.

Пациенты из группы сравнения, судя по тому, что общий средний показатель у них по всем октантам оказался несколько выше (5,91±0,6), были более искренними в своих ответах. В иерархии выраженности средних показателей по октантам первыми оказались IV, I; II, III, а более низкими остальные (минимальное значение имеет показатель по VII октанту (сотрудничающий – конвенциональный). Таким образом, стиль поведения в межличностных отношениях у пациентов без признаков госпитализма представляется более потенциально конфликтным и на-

ступательным.

Более точно оценить серьезность различий в самоописании тенденций межличностного общения позволяет статистический анализ различий показателей по октантам в сравниваемых группах при описании реального «Я».

По первому октанту достоверных различий в уровнях показателей выявлено не было; по II октанту (независимый – доминирующий) показатель достоверно выше ($p=0,026$) у пациентов группы сравнения. Больные основной группы оказываются менее уверенными в себе, менее независимыми и способными к конкуренции.

Еще более статистически значимое ($p=0,003$) различие имело место по показателю III октанта (прямолинейно-агрессивный). Речь, скорее всего, здесь идет, учитывая, что показатель не превышает 8 баллов, не столько о меньшей агрессивности больных с явлениями госпитализма, сколько о большей искренности, спонтанности, непосредственности поведения, большей последовательности, настойчивости, стеничности в достижении цели больных группы сравнения, которые оказываются менее детренированными в проявлениях социальной активности.

Средний показатель по IV октанту (недоверчивый – скептический) также достоверно ниже ($p=0,006$) у пациентов с различными формами госпитализма. Они оказываются менее склонными к логическим рассуждениям по поводу различных жизненных коллизий, в большей степени склонны следовать иррациональным убежде-

ниям, «автоматическим мыслям» (в понимании А.Бека), более податливы мнению значимых лиц, авторитетов, легче уступают влиянию толпы.

По остальным октантам в описании реального «Я» достоверных различий установлено не было. Таким образом, при большей степени индивидуализированности в своем поведении, настойчивости, напористости пациенты группы сравнения оказываются не менее открытыми для сотрудничества, для принятия чужого мнения, не менее ответственными за принятие решений, совершение поступков. Поведение больных основной группы в общении представляется при этом менее сбалансированным и гармоничным.

Для лучшего понимания структуры личности изучаемых больных, важным компонентом которой является представление об идеале «Я», рассмотрим особенности образа идеального «Я» в каждой группе.

В основной группе средней уровень значения показателя по всем октантам составил $4,72 \pm 0,46$, что четко позволяет допустить возможность некоего искажения, направленного на достижение более желательного социального облика.

Наиболее высокое среднее значение, приближающееся к 8 баллам, в иерархии октантов идеального «Я» больных, находящихся на принудительном лечении, имеет I октант (властный – лидирующий), на втором месте – VIII (ответственно-великодушный), на третьем – II (независимо-доминирующий), на 4-м – VII (сотрудничающий – конвенциональный). В общих чертах можно сказать, что идеальному «Я» пациентами основной группы приписываются качества патерналистски действующей сильной, властной, независимой личности, дружелюбно разрешающей проблемы других. Можно предполагать, что в данном случае имеет место идентификация с образом идеального медработника, берущего на себя решение жизненных задач хронического больного с чертами госпитализма. Крайне низкие значения по октантам V и VI (ниже 3 баллов) могут быть связаны с вытеснением неизбежных оборотных сторон участия объекта в патерналистской модели оказания психиатрической помощи: зависимость от других, подчиненность, невозможность проявить инициативу, высказать свою точку зрения, полная покорность чужой воле, привычка быть «на подхвате», выполнять чужие, неприятные обязанности. Низкая оценка по IV октанту может свидетельствовать о вытеснении связанного с необходимостью подчинения и зависимости чув-

ства обиды, подозрительности, разрушающих идиллию патерналистских отношений критицизма и недоверия.

У пациентов из группы сравнения, иерархия величин средних показателей по октантам для идеального «Я» имеет во многом схожую структуру с иерархией показателей в группе больных с явлениями госпитализма. Ведущее место также занимает первый октант, а второе – восьмой, формирующие основные черты снисходительно-покрывающего образа сильной личности (по всей вероятности значимого образа субъекта медицинской помощи). Этому образу приписывается также непосредственность, настойчивость, наступательность в достижении цели, сочетающиеся со скромностью и развитым стремлением поспешить на помощь (высокие ранги 3-й и 4-й третьего и седьмого октантов). Как и в основной группе, минимальными (вытесняемыми) оказываются характеристики IV, VI и V октантов: зависимость от окружающих, постоянная потребность в помощи извне, несмотря на недоверие и подозрительность к окружающим, связанные с этим чувством вины.

При сходстве общих структур иерархии октантов в обеих сравниваемых группах пациентов, обусловленном оказанием им психиатрической помощи в рамках одной и той же патерналистической парадигмы, следует отметить меньший драматизм противоречий в группе сравнения (разница в значениях положительно идентифицируемых и вытесняемых тенденций в ней значительно меньше). Можно предположить, что при длительном пребывании в психиатрическом стационаре негативные эффекты оказываемой помощи максимальны.

Для уточнения характера различий в структуре «Я» у пациентов сравниваемых групп был проведен статистический анализ значимости различий в выраженности средних показателей по октантам между реальным и идеальным «Я».

В группе больных с госпитализмом имеет место высоко значимое ($p=0,0007$) различие между уровнями показателя по первому октанту: идеальное «Я» предполагает значительно большую развитость организаторских способностей, реального «поведения контроля» (по В.Шутцу), способности достаточно высоко оценить себя. Идеальное «Я» больных основной группы представляется значительно менее обидчивым, недоверчивым, критичным к окружению, подозрительным (показатель реального «Я» достоверно выше ($p=0,005$) показателя «Я» идеального по IV октанту). Другими словами, суще-

ствует тенденция вытеснять реально присутствующие (и досаждающие) качества. Можно рассматривать как подвергающиеся вытеснению такие характеристики реального «Я» как покорность, заниженная самооценка, привычка безропотно выполнять чужие обязанности, недостаток смелости в обозначении и отстаивании своей личностной позиции (об этом свидетельствуют достоверно ($p=0,00003$) более низкий в рамках идеального «Я» показатель по пятому октанту. Вытесняются также и тенденции, ассоциируемые с VI октантом (показатель по нему для «Я» идеального достоверно ($p=0,0003$) ниже): конформность, зависимость, постоянная нуждаемость во внешней помощи, отсутствие собственного мнения, неуверенность в собственных силах.

Осознанная неконгруэнтность поведения социальным условиям в процессе тестирования по ДМО проявляется в реципрокном изменении выраженности по показателям, отражающим противоположные тенденции – I и V, II и VI; III и VIII, IV и VIII. Такое взаимно уравновешивающее перераспределение у пациентов основной группы отмечается не только по I и V октантам: воспринимая степень своей подчиненности, покорности, занятости выполнением не своих обязанностей как чрезмерную, пациенты стремятся к тому, чтобы вести себя более самостоятельно, авторитарно, более по своему желанию и усмотрению.

Следует отметить, что стремление уменьшить степень конформности, зависимости, постоянной потребности во внешней помощи (VI октант) не встречает адекватного роста уверенности в себе, готовности к соревновательности, отстаиванию своей индивидуальной позиции (II октант). Не отмечено и адекватной реализации готовности к сопереживанию, помощи окружающим (VIII октант), стремлению снизить недоверие к другим, умерить подозрительность (IV октант). Кроме этого, отсутствуют какие-либо динамические сдвиги в паре III-VII октанты, отражающие баланс самоутверждения – аффилиации.

Таким образом, большинство попыток отделить более конгруэнтными свои отношения с окружающими представляются скорее «декларациями о намерениях», т.к. не сопровождаются изменением противоположно направленных тенденций.

В группе сравнения также отмечается ряд статистически значимых различий между средними показателями по октантам между «Я» ре-

альным (актуальным) и «Я» идеальным. Также как и в основной группе в рамках идеального «Я» видятся более развитыми и используемыми организаторские и контролирующие способности, подразумевается более высокий уровень самооценки (достоверность различий по первому октанту – $p=0,036$). По второму октанту показатель в рамках идеального «Я» достоверно ниже ($p=0,025$) показателя «Я» актуального, то есть пациенты в идеале видят себя более скромными, зависящими от мнения других, уклоняющимися от соперничества. Как ни парадоксально, но в рамках идеального «Я» одновременно оказывается достоверно более низким средний показатель по VI октанту (зависимый – послушный), то есть в идеале больные одновременно представляют себя и не нуждающимися в помощи и доверии со стороны окружающих, и не подчиняющимися общему мнению.

Идеальный образ «Я» в группе сравнения в том числе базируется и на достоверно более низком уровне показателя по четвертому октанту, то есть в идеале больные видятся более открытыми, доверчивыми, терпеливыми к чужим мнениям, менее критически настроенными. В рамках образа идеального «Я» пациенты группы сравнения за счет достоверно более низкого значения ($p=0,008$) по пятому октанту хотели бы видеть себя менее застенчивыми, менее покорными, подчиняемыми, безропотно выполняющими задания других.

Показатель по VIII октанту оказывается в рамках идеального «Я» достоверно более высоким; это означает, что в идеальном варианте больные представляют себя более включенными в общественные дела, способными помогать другим, более покладистыми и жертвенными.

Насколько же координируют между собой перегруппировки выраженности тенденций в противоположно направленных октантах? Как уже указывалось, в противостоящих II и VI октантах отмечается одновременное снижение тенденций, что можно расценивать и как отражение поверхностных диссимулятивных тенденций, и как наличие амбивалентности, свойственной изучаемому нозологическому контингенту, по отношению к окружающим людям. Имеет место стремление отдалиться от любых – как предполагающих доминирование, так и субмиссию взаимодействий с другими (блокада поведения «включенности» по В.Шутцу). В паре III-VII октантов динамических перераспределений не установлено, то есть определенный базисный уровень агрессивности остается фиксированным

и не подлежащим коррекции.

Как и в основной группе имеет место адекватное ситуации перераспределение выраженности тенденций между I и V октантами: для пациентов группы сравнения, как и для пациентов основной является актуальным стремление к проявлению большей самостоятельности за счет уменьшения подчиняемости. Кроме этого, тенденция к эмансипации в группе сравнения адекватно поддерживается перераспределением выраженности показателей по IV и VIII октантам: в идеале предполагается перейти от скептически отгороженного отношения к более открытому, сочувственному, заинтересованному отношению к остальным.

Суммируя полученные результаты, можно констатировать, что длительная госпитализация в психиатрический стационар и стеснение спонтанной активности и проявлений индивидуальности у больных с госпитализмом накладывает более значительный отпечаток на структуру «Я» и спектр их поведенческих тенденций, чем у пациентов без проявлений госпитализма. Это свидетельствует о необходимости использования специальных форм организации терапевтической среды в психиатрическом стационаре, направленных на активацию межличностных отношений и реабилитационного потенциала, особенно у пациентов с длительными сроками госпитализации.

Г.Г. Путятін

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛІЗМУ ХВОРИХ НА ПАРАНОІДАЛЬНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Метою роботи була стандартизована оцінка особливостей міжособистісних відносин у хворих на параноїдну шизофренію з різними клінічними формами госпіталізму. Було обстежено 70 хворих у віці від 28 до 53 літ, серед них 48 чоловіків, 22 жінки. Для вивчення міжособистісних відносин були використані запитальник міжособистісних відносин (ЗМВ) В.Шутца та методика діагностики міжособистісних відносин (ДМВ) - адаптація методики Т.Лірі. Було визначено, що для хворих на шизофренію з різними формами госпіталізму характерно дефіцитарна поведінка у всіх областях міжособистісних відносин. Тривала госпіталізація знижує прояв індивідуальності у хворих на госпіталізм та значно впливає на структуру «Я» та спектр поведінкових тенденцій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 53-61)

G.G. Putyatin

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF HOSPITALISM BY PATIENTS SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA

M.Gorky Donetsk State Medical University

The object of this work is the standardized definition of interpersonal relationship of patients suffering from paranoid schizophrenia with different clinical forms of hospitalism. 70 patients at the age of 28 up to 53 were examined, among them there are 48 men and 22 women. The interpersonal relationship checklist (IRC) of W.Schutz and methodology of interpersonal relationship diagnostics (IRD) adaptation of methodology of T. Leary - were used for this survey. It was stated that deficiency behavior in all areas of interpersonal relationship is typical for patients suffering from paranoid schizophrenia with different clinical forms of hospitalism. The long-termed hospitalism reduces the demonstration of individuality by patients suffering from hospitalism and dramatically influences the structure of «ego» and spectrum of behavior tendencies. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 53-61)

Литература

1. Чуркин А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М., Медицина, 2001. — с. 296 – 314.
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО «Лебедь», Донецк, 2002. — 279 с.
3. Мелехов Д.Е. Проблемы дефекта в клинике и реабилитации

- больных шизофренией//Врачебно-трудова експертиза и социально-трудова реабилитация лиц с психическими заболеваниями. — М., 1977. — с. 27 – 41.
4. Eisenberg L. The social construction of the human brain. American Journal of Psychiatry. 1995, 152. — p. 1563 – 1575.
5. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении. Томск, 1983. — 135 с.
6. Абрамов В.А. Реформирование психиатрии в Украине. Киев, Факт, 2000. — 183 с.

Поступила в редакцию 18.03.2007

УДК: 616.89-057-07:614.253.2

*Е.А. Кокотова***СИМПТОМАТИКА СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: синдром выгорания, средний медицинский персонал, психиатрические учреждения

Значительный научный и практический интерес к синдрому выгорания в современной клинической и социальной психологии связан с увеличением числа проблем, связанных с самочувствием работников и эффективностью их трудовой деятельности [1]. Настоящая работа посвящена исследованию клинических проявлений синдрома выгорания у среднего медицинского персонала на различных этапах его развития.

Актуальность исследования обусловлена тем, что средний медицинский персонал в гораздо большей степени, чем врачи непосредственно контактирует с пациентами. Вследствие этого, проявления синдрома выгорания у этого контингента максимально могут снизить качество медицинской помощи и, тем самым, снизить каче-

ство жизни пациентов. Конечной целью исследования является конкретизация проявлений синдрома выгорания изучаемого контингента с целью выработки целенаправленных профилактических и коррекционных мероприятий.

Согласно динамической фазовой модели выгорания (R.T. Golembiewski, R.F. Munzenrieder, 1988) динамика развития синдрома выгорания имеет довольно сложную структуру, в рамках которой выделяются три степени и восемь фаз выгорания. Для каждой из фаз характерно особое взаимоотношение показателей по факторам «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция профессиональных достижений», определяемым по методике МВИ Маслач и Джексон.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в психиатрических стационарах Донецкой области (Донецкая областная клиническая психиатрическая больница, городские психиатрические больницы Донецка и Макеевки). Все обследованные (197 человек) были женщины со средним специальным медицинским образованием в возрасте от 20 до 50 лет.

В настоящем исследовании использовалась русскоязычная версия этого опросника ПВ (вариант для медицинских работников), разработанная Н.В.Водопьяновой (2001). Модель Голембьевского и Мунзенридера предполагает выделение низкой степени выгорания (1-3 фазы), средней

(4-5 фазы) и высокой (6-8 фазы). Критерии отнесения состояния конкретного испытуемого к той или иной фазе по сочетанию не только низких и высоких оценок по описанным трем факторам разработаны Н.В. Водопьяновой (2005) [1].

Для уточнения клинико-психопатологических особенностей проявлений синдрома выгорания у среднего медицинского персонала учреждений психиатрического профиля нами была использована методика Е.Александровича (Симптоматический опросник невротиков), позволяющая количественно оценить представленность компонентов синдрома выгорания на разных этапах развития [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Средние показатели по методике Е. Александровича, у лиц с низкой степенью выгорания представлены в таблице 1.

К числу лиц с низкой степенью выгорания относится около трети изученных респонденток (35,6 %). В большинстве случаев симптомы невротического регистра у них отсутствуют или

выражены в самой минимальной степени. Следует отметить, что эти симптомы не отличаются стойкостью и стабильностью сочетания друг с другом. На ранних этапах динамики синдрома выгорания не удается выделить сколько-нибудь структурированные сочетания симптомов. Совместное существование нескольких симптомов

обычно ограничивается максимум несколькими днями. Вполне естественно, что при этом у исследованных отсутствует субъективное чувство болезни, им практически никогда не приходит в голову расценить отмечаемые недомогания как проблему медицинского характера и искать профессиональной помощи со стороны психиатров, невропатологов или других специалистов. Важной особенностью состояния при этом является отсутствие проблем в межличностных отношениях, как на работе – с коллегами и пациентами, так и в быту.

Поведение остается корректным, отсутствуют проявления нетактичности, неуважительности. Свою профессиональную деятельность медсестры с низким уровнем выгорания в основном оценивают как необходимую и значимую для общества; респондентки склонны считать себя профессионалами в своей отрасли, способными понимать своих пациентов и оказывать им помощь в достаточном объеме. В беседе они охотно ссылаются на свой опыт, приводят свои собственные наблюдения профессионального характера.

Таблица 1

Средние значения показателей по шкалам методики Е. Александровича у лиц с различной степенью выгорания

Шкалы	Средние значения	
	Низкий уровень	Средний и высокий уровень
фобии	4,26±0,84	11,5±0,91
депрессия	4,26±0,84	11,5±0,91
тревога	4,26±0,84	11,5±0,91
агрипния	4,26±0,84	11,5±0,91
истерические	4,26±0,84	11,5±0,91
неврастенические	4,26±0,84	11,5±0,91
сексуальные	4,26±0,84	11,5±0,91
дереализация	4,26±0,84	11,5±0,91
навязчивости	4,26±0,84	11,5±0,91
трудности общения	4,26±0,84	11,5±0,91
ипохондрия	4,26±0,84	11,5±0,91
психастения	4,26±0,84	11,5±0,91
напряжение	4,26±0,84	11,5±0,91
алкоголизация	4,26±0,84	11,5±0,91
нарушения пищеварения	4,26±0,84	11,5±0,91
вегето-сосудистые	4,26±0,84	11,5±0,91
нарушения движений	4,26±0,84	11,5±0,91
конверсионные	4,26±0,84	11,5±0,91
другие соматические	4,26±0,84	11,5±0,91

При сравнении средних показателей по шкалам методики Е.Александровича с показателями практически здоровых и адаптированных лиц [3], с помощью t-критерия Стьюдента установлены, между тем, и несколько статистически достоверных различий ($p < 0,05$).

В группе лиц с минимально выраженным синдромом выгорания достоверно выше пока-

затель по шкале неврастенических симптомов (раздражительность, нетерпеливость, снижение порога чувствительности и т.п.); из трех предусмотренных методикой градаций, эти симптомы оценивались чаще всего минимально.

По шкале агрипнических расстройств показатель также достоверно выше в описываемой группе. Однако о клинически значимых прояв-

лениях бессонницы в данном случае говорить также не приходится. Трудности в засыпании, ночные пробуждения, отсутствие удовлетворенностью сном встречаются как эпизодические и нестойкие.

Повышение показателя по шкале «истерических» симптомов отражает чаще отмечающуюся эмоциональную возбудимость, со склонностью к аффективным вспышкам, слезам. Эти симптомы, как правило, периодически отмечались еще до начала профессиональной деятельности, то есть являются проявлениями демонстративной акцентуации характера.

Выше, чем у здоровых и адаптированных оказывается и показатель напряженности; другими словами отмечается более выраженное ощущение беспокойства, озабоченности, повышенной настороженности.

На уровне значимости $p < 0,1$ более высоким является в исследуемой группе средний показатель по шкале дереализации: преходящие, кратковременные феномены «уже виденного», «никогда не виденного» встречаются в ней несколько чаще и, как правило, сочетаются с истерическими симптомами.

Обобщая приведенные выше данные можно констатировать, что у респонденток описанной группы выраженность большинства групп симптомов, выделяемых методикой Е.Александровича, не превышает приводимый в литературе уровень, свойственный здоровым и адаптированным испытуемым.

Наряду с этим, по некоторым шкалам, отражающим наиболее общие признаки несколько усиленной нестабильности нервной деятельности, отмечено повышение общей невротизации. Существенного снижения оптимизма в оценке своей эффективности как специалиста и будущих перспектив не выявлено.

Средняя степень выгорания – 4-5 фазы по Голембиевскому Р.Т., Мунзенридеру Р.Ф., Водопьяновой Н.В. – характеризуется средними или высокими уровнями показателей прежде всего эмоционального истощения и редукации личностных достижений и средними (реже высокими) уровнями показателя деперсонализации. В исследованном нами контингенте к этим фазам может быть отнесено состояние 14,8 % респонденток. Однозначного преобладания лиц с высоким или низким стажем в этой группе не отмечалось.

Высокую степень выгорания характеризуют 6-8 фазы. Им свойственны прежде всего высокие значения показателя эмоционального исто-

щения и редукации личных достижений, а также, как правило, высокое (реже – среднее) значение показателя деперсонализации. Критериям этих фаз в нашем исследовании соответствовали 35,6 % обследованных. В этой группе также не установлено достоверного преобладания лиц с низкостажевой или высокостажевой групп.

Общее клиническое впечатление, производимое испытуемыми этих групп при собеседовании и обследовании, позволяет говорить о наличии у них достаточно заметного количества невротических, в том числе и сомато-вегетативных симптомов, в ряде случаев преходящих симптомов нарушений когнитивных функций (отвлекаемость, повышенная истощаемость). В ряде случаев поведение носило стереотипно-формальный характер с всяческим подчеркиванием своей «занятости», отсутствием времени на обследование или отшучиванием, сочетавшимся с более или менее явным раздражением. Иными словами, обнаруживалось вполне явное сопротивление психологическому исследованию.

Спектр представленности различных групп симптомов невротического регистра был изучен, как уже указывалось, с помощью методики Е.Александровича. Сравнение средних значений шкал методики у респонденток, отнесенных к 4-5 фазам и 6-8 фазам, достоверных отличий (на уровне $p < 0,05$) не выявило. Это указывает, по нашему мнению, на однородность клинических проявлений синдрома выгорания на развитых его стадиях. В связи с этим значения по шкалам методики Александровича были обобщены для средней и выраженной стадий выгорания и представлены в таблице 1.

Хотя жалобы невротического характера являются преобладающими в фазах 4-8 синдрома выгорания и оказываются более выраженными, чем у лиц с низкой степенью выгорания, они также отличаются нестойкостью, хотя исчезнув, через некоторое время появляются вновь; при этом они в большинстве случаев достигают степени синдромальной завершенности, полиморфны за счет присутствия той или иной сомато-формной симптоматики или тревожно-депрессивных проявлений. Практически во всех случаях фоном является симптоматика астенического плана, тесно связанная со степенью переутомления на работе. При этом имеющиеся проблемы не воспринимаются респондентками, как заслуживающими специальной медицинской коррекции; чаще всего речь идет о необходимости восстановить ресурс энергии путем отдыха,

приемом медикаментов. Более отчетливо описываются респондентками в этом случае осознаваемое ими изменение поведения; отмечается усиление сознательного контроля за эмоциональными реакциями; снижение потребности в неформальном общении с близкими, знакомыми вне работы. Иногда речь идет о довольно значительных усилиях, необходимых для обеспечения минимальной конфликтности, что усугубляет ощущение усталости, ухудшает настроение. Примечательным представляется то, что невысокая оценка результативности своей профессиональной деятельности (как для пациентов, так и для своего благосостояния) сочетается обычно с довольно высокой оценкой своего профессионализма, степени своей квалифицированности, преданности работе, больным, иногда даже невозможности быть замененными на своем месте другими.

Таким образом, при определенной схожести характера симптомов синдрома выгорания на разных этапах развития характера отношения к ним и общего контура поведения, можно, вместе с тем предположить наличие количественных отличий в их клиническом спектре.

Сравнение с применением t-критерия Стьюдента показателей по методике Е.Александровича у испытуемых со средней и выраженной степенью выгорания с литературными данными о средних уровнях представленности значений по шкалам у здоровых без признаков дезадаптации обнаруживает достоверные отличия ($p < 0,05$) по всем шкалам (исключение представляет лишь шкала алкоголизации, представленная всего лишь одним пунктом).

Таким образом, общая степень невротизации на более продвинутых стадиях динамики, как и предполагалось, увеличивается, подтверждая определение «burnout», данное его автором

(Freudenberger, 1995). «Выгорание – состояние физического и эмоционального истощения, связанного с условиями труда и попытками соответствовать нереалистичским ожиданиям, продиктованным установками общества». Вместе с тем, следует отметить, что усиление выраженности симптомов имеет не тотальный, диффузный характер, а в наибольшей степени относится к нескольким шкалам, показатели, которых по сравнению с нормой оказываются особенно повышенными ($p < 0,001$).

Наиболее увеличиваются показатели по шкалам неврастения, истерических симптомов, напряжения и агрипнии, которые были ведущими и в профиле симптоматики легкой степени выгорания. Они составляют, как бы, стержневую основу, вокруг которой организуются и другие шкалы с высокими показателями – депрессии, тревоги, трудностей в общении, вегето-сосудистых симптомов, нарушений пищеварения.

Несмотря на относительную нестойкость симптоматики, ее неполную развернутость и представленность в рамках классических невротических симптомокомплексов с целью разработки в дальнейшем дифференцированных подходов профилактики и коррекции, представляется, на основе данных по методике Е.Александровича, а также результатов собеседования и наблюдения выделить 3 разновидности симптоматики синдрома выгорания с позиций клинико-психопатологического подхода: 1) с преобладанием изменений межличностного взаимодействия в сочетании с астенической симптоматикой; 2) тревожно-депрессивно-астенический вариант; 3) диффузный (соматоформно-астенический).

Соотношение клинико-психопатологических вариантов синдрома выгорания представлено в таблице 2.

Таблица 2

Соотношение клинико-психопатологических вариантов синдрома выгорания

Клинико-психопатологические варианты							
I		II		III		Всего	
abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
69	35,0	40	20,3	88	44,7	197	100,0

Обращает на себя внимание относительное преобладание во всей анализируемой выборке соматоформно-астенического варианта; еще более явно он преобладает в 6-8 фазах (70%), что подтверждает факт соматизации проявлений

синдрома выгорания в наиболее далеко зашедших фазах.

Средние значения по симптоматическим шкалам методики Е.Александровича для различных вариантов СВ представлены в таблице 3.

Средние значения по шкалам методики Е. Александровича для различных вариантов синдрома выгорания

Шкалы	Средние значения		
	тревожно-депрессивно-астенический	с преобладанием нарушений межличностного взаимодействия	соматоформно-астенический
фобии	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
депрессия	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
тревога	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
агрипния	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
истерические	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
неврастенические	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
сексуальные	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
дереализация	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
навязчивости	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
трудности общения	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
ипохондрия	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
психастения	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
напряжение	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
алкоголизация	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
нарушения пищеварения	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
вегето-сосудистые	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
нарушения движений	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
конверсионные	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5
другие соматические	11,36±0,9	7,9±0,56	18,8±1,5

Для астено-тревожно-депрессивного варианта клинико-психопатологической картины синдрома выгорания в исследуемом контингенте наиболее характерными являются переживания неясного душевного дискомфорта, тревоги, что субъективно переживается как плохое настроение, неясные дурные предчувствия, неуверенность в себе, правильности своих действий, чувство потери энергии, усталости, снижение инициативы в общении как на работе, так и вне ее и, вследствие этого снижение интенсивности общих контактов с окружающими, довольно от-

четливое ощущение внутреннего напряжения, рассеянность, несобранность, иногда поверхностная головная боль.

При этом типе синдрома выгорания депрессивные проявления тимического характера в явном виде встречаются нечасто. Лица, отнесенные к этому варианту клинической картины не считали, что у них имеется депрессивная симптоматика, требующая медикаментозной коррекции. Они связывали свои проблемы с настроением, душевный дискомфорт прежде всего с переутомлением на работе, рутинной и скукой

однообразного труда, имеющего по их мнению часто сомнительную эффективность как в отношении помощи пациентам, так и собственного благосостояния. Нередко удается выяснить, что в анамнезе имели место попытки купировать начальные проявления тревоги, разочарование достижениями, «уходом от проблем в работу», попытками отвлечь себя работой от пессимизма. При длительном существовании внутреннего напряжения оно сменяется тревогой, заниженной самооценкой своих профессиональных достижений, снижением продуктивности трудовой деятельности, повышенной истощаемостью, ухудшением настроения к концу дня. Способствуют фиксации субдепрессивных проявлений переутомление из-за дополнительных нагрузок на работе, астенизирующие домашние ситуации.

Клинико-психопатологический вариант проявлений синдрома выгорания с преобладанием межличностного взаимодействия отмечался чаще у лиц с преморбидной эмоциональной лабильностью, повышенной эмоциональной возбудимостью, гиперактивностью. Чаще, по нашим наблюдениям, он отмечался у респондентов с преобладанием маскулинного (доминантного) стиля поведения, у лиц, лишенных черт эмотивности, сентиментальности. Описываемый вариант характеризовался как ощущением внутренней напряженности, раздражительности, так и появлением некоторой циничности, равнодушия, иногда высокомерно-пренебрежительного отношения как к пациентам и их родственникам, так и к коллегам, в том числе и к врачам, кафедральным сотрудникам. На этом фоне отмечались повышенная утомляемость, повышенная потребность во внешних стимуляторах (курение, большие дозы кофе, чая, алкоголь, рок-музыка). При этом респонденткам удавалось избегать значительных конфликтных ситуаций на работе, они пользовались, как правило, достаточным авторитетом, популярностью. Иногда их даже побаивались субмиссивные коллеги. Средние показатели по шкалам методики Е.Александровича в этой группе показаны в таблице 3.

Квантифицированная оценка симптоматики подтверждает преобладание в спектре проявлений смешанной истеро-неврастенической симптоматики (раздражительность, вспыльчивость, гипертрофированность эмоциональных реакций, нетерпеливость) напряженности на фоне достаточно выраженной вегето-сосудистой симптоматики.

Наиболее часто встречающимся клинико-

психопатологическим типом синдрома выгорания, особенно на 7-8 фазах, как уже указывалось выше является тип с преобладанием астено-вегетативных симптомов.

Отнесенные к этой группе респондентки акцентировали внимание на таких симптомах, как учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, «замирание сердца», ощущения прилива к голове, парестезии в области затылка, шеи, кистей рук, нарушения пищевого поведения (как снижение аппетита, так и его периодическое усиление в стрессовых ситуациях). Обращает на себя внимание такая вегетативная симптоматика, как «игра вазомоторов», покраснение в виде пятен кожи лица, шеи, верхней части груди, «мраморность» кожи кистей рук, реже дистальный гипергидроз. Заметного и стойкого снижения настроения обычно не отмечалось, однако нередко имелись указания на усиление тревожности, не дающей подолгу уснуть. Фоном для описанной симптоматики была повышенная утомляемость, непреходящее чувство обесценимости, неспособность длительно сосредотачиваться. В ряде случаев респондентки наблюдались у невролога или терапевта по поводу вегето-сосудистой дистонии или начальных стадий артериальной гипертензии.

Средние значения показателей по шкалам методики Е.Александровича для описываемого типа синдрома выгорания представлены в таблице 3.

Ведущими показателями в спектре проявлений астено-вегетативного варианта синдрома психического выгорания являются показатели шкал агрипнических расстройств, неврастенических симптомов, а также ипохондрических, напряжения, сомато-вегетативных и других соматических.

Суммируя описание клинических вариантов синдрома психического выгорания на 5-8 фазах развития (средний и выраженный уровни), приведем описание статистически значимых (по t-критерию Стьюдента) отличий в выраженности по шкалам методики Е.Александровича.

При астено-депрессивном варианте установлен достоверно более высокий ($p < 0,001$) показатель по шкале депрессивных симптомов по сравнению с показателем для двух остальных вариантов. Депрессивные симптомы не достигают при этом значительной выраженности, позволяющей диагностировать депрессивное расстройство в рамках рубрики F3; они тесно переплетены с астеническими и эмоционально-гиперэстетическими проявлениями.

Сравнение средних показателей по симптоматическим шкалам методики Е.Александровича клинического варианта синдрома психического выгорания с преобладанием нарушений межличностного взаимодействия со средними показателями варианта с преобладанием астено-субдепрессивной симптоматики характеризуется не только более низким показателем по шкале депрессии ($p < 0,001$), но и по шкалам эмоциональной напряженности ($p < 0,001$), и шкале вегето-сосудистых дисфункций ($p < 0,05$). По сравнению с вариантом с преобладанием астено-соматоформных расстройств отмечаются достоверно более низкие показатели по шкалам агрип-

нических расстройств, неврастенических расстройств и нарушений вегето-сосудистой регуляции ($p < 0,001$ во всех случаях). По сравнению с двумя остальными вариантами при варианте с преобладанием межличностных отношений достоверно выше показатели по шкалам тревоги ($p < 0,05$), трудностей в контактах ($p < 0,001$) и напряженности ($p < 0,001$).

При астено-соматоформном варианте по сравнению с остальными двумя, средние показатели достоверно выше, таким образом, по шкалам неврастении, вегето-сосудистой симптоматики, агрипнических расстройств, а также ($p < 0,05$) по шкале нарушений пищеварения.

О.О. Кокотова

СИМПТОМАТИКА СИНДРОМУ ВИГОРЯННЯ НА РІЗНИХ ЙОГО СТАДІЯХ У СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПСИХІАТРИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

197 медичних сестер, які працюють у психіатричних стаціонарах були досліджені за допомогою опитувальника ПВ (адаптація MBI Maslach) Н.В. Водопьянної та симптоматичного опитувальника невротів Є. Александровича. Показані кількісні розбіжності у спектрі невротичних симптомів на різних етапах синдрому вигорання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 62-68)

О.О. Kokotova

SYMPTOMATIC OF BURNOUT SYNDROME ON ITS DIFFERENT STAGES IN NURSES OF PSYCHIATRICAL DEPARTMENTS

Donetsk State medical university

197 nurses of psychiatric departments were examined with the use of VDG gestionary (Maslach, russian adaptation by N.V. Vodopianoa) and symptomatic gestionary of nurses by E. Aleksandrovich. Some quantities differences of the spectrum of neurotic sighs on different stages of burnout syndrome are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 62-68)

Литература

1. Водопьянова Н.В., Старчеткова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336с.
2. Клиническая психология. Под ред. Карвасарского Б.Д. —

СПб.: Питер, 2005. — 765с.

3. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников вычислительных центров: Дис. к.м.н./ Харьковский институт усовершенствования врачей, 1997. — 259с.

Поступила в редакцию 8.04.2007

А.Н. Бачериков, Т.В. Ткаченко, Т.Л. Романова

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН-ЖЕРТВ НАСИЛИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Областная психиатрическая больница № 3, г.Харьков

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, женщины-жертвы насилия, краниocereбральная гипотермия

В последнее время большое внимание стало уделяться ПТСР в связи с частыми террористическими актами. В особенности, после террористических атак против США 11 сентября 2001 г. Оказалось, что лица, которые не являлись непосредственными свидетелями травматического события, могут давать эмоциональные реакции, так у 44 % взрослых были выявлены один и более существенных симптомов ПТСР. Среди 1008 обследованных взрослых жителей Нью-Йорка у 7,5 % было диагностировано ПТСР, а у 9,7 % - депрессивное расстройство. Наиболее высокая частота ПТСР – 20 %, была обнаружена у тех лиц, кто жил в непосредственной близости от Всемирного Торгового Центра (Canal Street) [1].

Интересен тот факт, что среди 20 причин, которые приводят к длительному нарушению трудоспособности у женщин входит ПТСР [2].

В связи с этим особую актуальность приоб-

ретают исследования патогенеза нервно-психических расстройств и выявление факторов и условий, способствующих развитию патологических реакций на экстремальные ситуации и различные психотравмирующие факторы, поиск критериев их диагностики, лечения и профилактики.

Для лечения ПТСР в основном применяются так называемые психосоциальные методики - гипнотерапия, психодинамическое лечение, когнитивно-поведенческая терапия. В своем исследовании, в качестве дополнения к существующим методам лечения мы предприняли попытку разработать новый метод лечения ПТСР. Целью исследования явилось изучение особенностей клинко-психопатологических нарушений у женщин-жертв насилия с ПТСР, и, на основании полученных результатов, разработать новые методы лечения ПТСР и профилактики развития хронических изменений личности.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено у 25-ти женщин с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР - F 43.1), являющимися жертвами насилия. До лечения и после проводилось клинко-психопатологическое исследование по DSM-IV [3], выраженность депрессивных переживаний оценивалась по шкале Гамильтона [4]. На фоне медикаментозного лечения проводился сеанс краниocereбральной гипотермии (КЦГ). При этом использовалась модификация умеренного охлаждения, защищённая патентом [5], суть которой заключалась в сочетании терапевтических эффектов гипотермии и гипотермии. Для проведения гипотермии предложен новый состав литической смеси, количественно и качественно отличающейся от использовавшихся ранее [6].

В возрастном аспекте больные распределились

следующим образом: 10 % - 23 года, 20 % - от 31 до 33 лет, 40 % - от 41 до 50 лет и 30 % - от 60 до 63 лет. В браке состояли 14 человек: у 12-ти человек – по одному ребенку, у 2-х – по двое детей. Восемнадцать больных прошли амбулаторное, семеро – стационарное лечение (лечились от 2 до 3 месяцев). У всех больных до момента психотравмирующего воздействия имела место сопутствующая патология ЦНС: вегето-сосудистая дистония, черепно-мозговая травма, энцефалопатия сосудистого или инфекционно-аллергического генеза. У подавляющего большинства (22 больных) причиной развития ПТСР явилась угроза жизни, у 3-х – угроза жизни близких, либо утрата близкого человека. Развитие заболевания происходило в пределах от 2-х недель до 6-ти месяцев. Довольно быстрое развитие признаков заболевания отмечалось у 3-х

больных, у которых была угроза жизни близких.

Для изучения клинико-психопатологической картины заболевания мы воспользовались критериями ПТСР диагностического и статистического руководства Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV), так как в данной классификации симптомы расстройства отражены

наиболее полно и четко.

Базовым критерием (критерий А) для постановки диагноза ПТСР был факт переживания пациентом экстремальной стрессовой ситуации - угроза собственной жизни, либо жизни близкого человека. В связи, с чем пациент испытал сильный страх, чувство беспомощности, ужаса.

Результаты исследования и их обсуждение

Выраженность и динамика симптомов, связанных с постоянным повторным переживани-

ем стресса (критерий В), представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика постоянных повторных переживаний (критерий В) у больных ПТСР до и после лечения

Диагностические критерии	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Постоянные навязчивые воспоминания стрессового события	25	100	3	12
2. Повторяющиеся сновидения в связи со стрессом	25	100	5	20
3. Действия или чувства повторного переживания происшествия - иллюзии, галлюцинации, диссоциативные вспышки, события	20	80	3	12
4. Острое реагирование на события, которые могут напоминать о пережитом	20	80	3	12
5. Физиологические реакции на воспоминание о пережитом	25	100	4	16

Из таблицы 1 видно, что у всех больных до лечения отмечались постоянные навязчивые воспоминания и повторяющиеся сновидения стрессового события, физиологические реакции на воспоминание чуть реже - острое реагирование на напоминание и действия, чувства повторного переживания стресса. В процессе лечения отмечалась выраженная положительная динамика

симптоматики, за исключением сновидений, связанных со стрессом, которые отмечались у 5 больных, но в значительно меньшей степени выраженности.

После перенесенного стресса пациент старается избегать любых ситуаций, связанных с пережитым событием (критерий С). Динамика этого критерия представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика симптомов избегания (критерий С) у больных ПТСР до и после лечения

Диагностические критерии	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Уходит от мыслей, чувств, разговоров связанных с пережитым (амбивалентность)	19	76	14	56
2. Избегание любых контактов с людьми, посещением места, связанных с переживанием	23	92	6	24
3. Не в состоянии вспомнить важные аспекты стресса	21	84	6	24
4. Снижение социальной деятельности	25	100	0	0
5. Чувство отгороженности от окружающих	25	100	2	8
6. Снижение способности отдавать окружающим положительные эмоции	25	100	9	36
7. Чувство утраты перспективы будущего, оптимизма	19	76	2	8

Из приведенной таблицы, очевидно, что у больных доминировало чувство самоизоляции, больные отгораживались от окружающих, теряли социальные связи.

Избегание пациентом в конце лечения бесед, связанных с пережитым стрессом было связано с желанием поскорее забыть травмирующую ситуацию. Тогда как в начале лечения это тягостное повторное переживание травмы, о которой не хочется вспоминать. Проявления симптома - чувства утраты перспективы после лечения было

характерно для женщин, утратившим близкого человека.

У некоторых пациенток после лечения остались, те или иные, симптомы ПТСР, однако их выраженность резко снизилась, переживания потеряли остроту, а о клинической эффективности свидетельствует факт восстановления социальной и профессиональной адаптации.

Для больных были характерны симптомы повышенной возбужденности (критерий D) - данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Симптомы повышенной возбужденности ЦНС в динамике лечения у больных ПТСР

Диагностические критерии	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Бессонница	25	100	7	28
2. Раздражительность или вспышки гнева	15	60	3	12
3. Нарушение концентрации внимания	25	100	2	8
4. Повышенная подозрительность	23	92	0	0
5. Пугливость	22	88	9	36

Из таблицы 3 видно, что у всех больных отмечалась бессонница, нарушение концентрации внимания, пугливость. Несколько реже возникала раздражительность, вспышки гнева. Отмечалась повышенная подозрительность, которая переходила в параноидную симптоматику.

У всех больных, до обращения, длительность заболевания составила больше месяца (диагностический критерий E), была стойко утрачена социальная и профессиональная адаптация. Про-

веденное лечение позволило полностью восстановить социальную и профессиональную адаптацию у больных. Критерий E вводится, видимо, для того, чтобы провести грань между естественной реакцией на стрессовое событие и развитием уже собственно заболевания.

Очевидно, что в структуру ПТСР входит ряд депрессивных симптомов. Наличие депрессивной симптоматики мы изучали при помощи шкалы Гамильтона.

Таблица 4

Динамика депрессивных симптомов по шкале Гамильтона в процессе лечения у больных ПТСР

Симптом	Больные ПТСР (n=25)			
	До лечения		После лечения	
	Абс. число	%	Абс. число	%
1. Депрессия	25	100	3	12
2. Идеи самообвинения	3	12	2	8
3. Суицидальные мысли	13	52	2	8
4. Бессонница	25	100	7	28
5. Работа и интересы	25	100	2	8
6. Заторможенность	23	92	2	8
7. Возбуждение-ажитация	15	60	3	12
8. Тревожность - психические симптомы	25	100	3	12
9. Тревожность - соматические симптомы	25	100	4	16
10. Генитальные симптомы	25	100	12	48
11. Ипохондрические мысли	11	44	3	12
12. Суточные колебания	0	0	0	0
13. Дерезализация и деперсонализация	21	84	0	0
14. Параноидные симптомы	22	88	0	0

В таблице 4 показана высокая встречаемость депрессивных симптомов - тревожности, заторможенности, суицидальных мыслей, явлений ажитации, бессонницы, генитальных симптомов и др.

Характерным “сценарием” развития клиники ПТСР явилось нарушение эмоционально-волевой сферы: быстрое развитие депрессивных симптомов (чувство тревоги и тяжести на душе, безысходность, заторможенность, бессонница, у 50 % больных попытка снять это состояние приемом алкоголя и транквилизаторов). У всех больных были вспышки неуверенности, тревожного ожидания, внезапного страха и паники, которые в процессе лечения стали носить затухающий характер. Часто больные испытывали повторные взрывы эмоций, выполняли подобные тикку движения, не имеющие очевидного смысла в момент их стереотипного выполнения. При анализе оказалось, что они символизировали психотравмирующую ситуацию. В сфере мышления наблюдалась фиксация на травматических событиях с постоянным возвратом к ним, попыткой их проработки, с “проигрыванием” этих ситуаций, что они могли закончиться хуже. У всех больных отмечались в той или иной степени выраженности ночные кошмары, связанные с травматическим событием, страх возврата на место стрессо-

вого события, даже если это было собственное жилище. Причем чувство страха постепенно расширялось и переносилось на другие эмоционально значимые объекты. На высоте переживаний у многих больных появлялись параноидные идеи, распространяющиеся на близких родственников, которым ранее пациенты доверяли. Появлялось чувство, что вокруг них организуется какой-то заговор, к ним на улице присматриваются мужчины, “все от меня отвернулись”. У всех больных ПТСР сопровождалось снижением побуждений и подавлением инстинктивной сферы (особенно это касалось сексуальной активности). Даже когда, описанные выше, эмоциональные переживания переходили на субклинический уровень, они усиливались при столкновении с различного рода повседневными стрессами, банальными ОРЗ и т.д. Все больные на момент стрессового события имели то или иное заболевание ЦНС. Тяжесть сопутствующей патологии коррелировала с выраженностью клинических проявлений ПТСР.

Таким образом, наше исследование показало высокую терапевтическую эффективность разработанного метода лечения и возможность профилактики развития хронического расстройства личности.

А.М. Бачериков, Т.В. Ткаченко, Т.Л. Романова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК-ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА, ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ЗМІН ОСОБИСТОСТІ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України, Обласна психіатрична лікарня № 3

Проведено дослідження клініко-психопатологічних особливостей посттравматичного стрессового розладу (ПТСР) у 25 жінок, жертв насильства. Встановлена наявність супутньої патології центральної нервової системи, що є підставою для переходу гострої форми в хронічний перебіг ПТСР. Виявлений виражений депресивний синдром. На висоті переживань у хворих можлива поява параноїдних ідей направлених на близьких родичів. Показана висока ефективність методу краніоцеребральної гіпотермії для лікування психопатологічних порушень та профілактики подальшого розвитку хронічних розладів особистості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 69-73)

A.N. Bacherykov, T.V. Tkachenko, T.L. Romanova

THE PSYCHOPATHOLOGICAL CHANGES IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, TREATMENT AND PROPHYLACTIC OF CHRONIC PERSONALITY DISORDER

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, Municipal psychiatric hospital № 3

The Psychopathological investigation was done in 25 women with - post-traumatic stress disorder (PTSD). PTSD usually accompanied with constellations of physical, behavioral and mood changes. The symptoms most commonly reported are intense fear, depression, helplessness, persistent recollection of the traumatic event, persistent avoidance of stimuli associated with the trauma, fragmental paranoid thoughts etc. In treatment of the patient we use of craniocerebral hypothermia. This study showed high efficacy of this method not only in treatment of essential symptoms of PTSD, but in prophylactic of chronic personality disorder. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 69-73)

Литература

1. Galea S. Et al. Psychological sequel of the September 11 terrorist attacks in New York city. N. Engl. J. Med., Vol. 346, No. 13 - March 28, 2002.-P. 982-987.

2. The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, New Hope. France. 2001. - 178 p.

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. - 943 p.

4. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised,

Maryland, USA, 1976. - P. 179-186.

5. Пат. 63708А. МПК А61М19/00 Спосіб лікування психотичних та непсихотичних психічних розладів/ Волошин П.В., Бачериков А.М., Шестопадова Л.Ф. та інш., ІНПН АМНУ – З. № 2003065046; Заявл. 02.06.2003; Опубл. 15.01 2004, Бюл. 1.

6. Пат. 4341. МПК А61К31/00 Літична суміш для проведення гібернації та гіпотермії/ Волошин П.В., Бачериков А.М., Ткаченко Т.В., Романова Г.О.; ІНПН АМНУ – З. № 20040403105; Заявл. 27.04.2004; Опубл. 17.01 2005, Бюл. 1.

Поступила в редакцію 12.01.2007

УДК: 616.89 - 06+616.8 - 009.83 + 61: 340.63

*А.В. Мельник***КЛІНІЧНА СТРУКТУРА СУТІНКОВИХ ПОТЬМАРЕНЬ СВІДОМОСТІ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЇ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: сутінкові потьмарення свідомості, суспільна небезпека

Попередження суспільно небезпечних дій (СНД) психічно хворих є однією із найбільш важливих проблем судової та загальної психіатрії. Удосконалення прогностичних критеріїв і медико-соціальних заходів визначає успішне вирішення цієї проблеми і потребує поглибленого і всебічного дослідження відповідних контингентів хворих [1-4].

Результати наукових досліджень судових психіатрів свідчать про те, що найбільш тяжкі СНД, спрямовані проти особи (вбивства, спроби вбивства, тяжкі тілесні ушкодження), хворі скоюють у період короточасних психотичних розладів

психічної діяльності та сутінкових потьмарень свідомості зокрема [5-8]. За даними Т.М. Арсенюк (2004), в останні роки відмічається зростання питомої ваги тяжких СНД у структурі кримінальних дій, які скоюють психічно хворі [9]. Одночасно також відмічається і збільшення кількості осіб, які страждають на органічне ураження головного мозку [10].

Тому метою даної роботи є вивчення клінічної структури, визначення типу перебігу сутінкових потьмарень свідомості органічного генезу та чинників, що обумовлюють їх виникнення, у осіб, які скоїли суспільно небезпечні дії.

Матеріал і методи дослідження

Для вивчення та аналізу клінічної структури сутінкових потьмарень свідомості органічного генезу, у період яких хворими були скоєні СНД, було вивчено 30 осіб. Усі ці хворі проходили судово-психіатричну експертизу, були визнані неосудними щодо інкримінованих їм діянь у зв'язку з тим, що під час скоєння СНД у них мав місце короточасний психотичний розлад психічної діяльності (сутінкового потьмарення свідомості) органічного генезу. До них судом були застосовані примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) та на час дослідження вони перебували в Українській психіатричній лікарні з суворим наглядом.

Основними методами дослідження були: анамнестичний, клініко-психопатологічний, судово-психіатричний аналіз генезу кримінальних дій [11].

Аналізувались результати наступних додаткових методів дослідження: експериментально-психологічного, електроенцефалографічного (ЕЕГ), висновки невропатолога, окуліста, терапевта. Ретельному аналізу підлягли судово-психіатрична (акти судово-психіатричних експертиз, особиста права хворого, акти огляду лікарських комісій) та медична документація (історії хвороби, журнали спостережень).

Результати дослідження та їх обговорення

Етіологічним чинником органічного ураження головного мозку були черепно-мозкові травми, нейроінфекції, гіпертонічна хвороба, атеросклероз судин головного мозку, хронічна алкогольна інтоксикація. У 2/3 хворих етіологічні чинники були різноманітно поєднані та у 1/3 – поодинокі (черепно-мозкові травми, захворювання судин головного мозку).

Вік досліджених хворих на момент скоєння СНД був наступний: 19-29 років – у 20 % хво-

рих, 30-39 років – у 23,3 %, 40-49 – у 40 %, 50-59 років – у 10 %, 60 років і старше – у 6,7 % хворих.

При обстеженні терапевтом соматичного стану хворих у деякого із них були діагностовані такі захворювання як: виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки; хронічний гастрит; хронічний гепатит; туберкульоз верхньої долі лівої легені у фазі капсулювання і розсмоктування; цукровий діабет; хронічний бронхіт; ішемічна хворо-

ба серця: стенокардія напруження; ішемічна хвороба серця: кардіосклероз; гіпертонічна хвороба II стадії; склероз судин головного мозку.

Окулістом на главному дні було виявлено склеротичні зміни судин у 23,3 %, звуження артерій – у 33,3 % хворих.

У неврологічному статусі хворих спостерігалась наступна мікросимптоматика: середньорозмашистий тремор повік, асиметрія, згладженість носо-губних складок, девіація язика, підвищення, зниження або асиметрія сухожилкових і періостальних рефлексів на кінцівках, у деяких випадках з розширенням рефлексогенних зон, легка нестійкість у позі Ромберга, невпевненість виконання координаційних проб, вегето-судинні порушення (запаморочення, коливання артеріального тиску, змінений дермографізм, гіпергідроз тощо).

На ЕЕГ зміни характеризувались, як правило, легкими або помірно вираженими загальноорганічними змінами біоелектричної активності кори головного мозку, у 30 % випадків з елементами судомної активності.

При експериментально-психологічному дослідженні у досліджених хворих було виявлено такі особистісні особливості як тривожність – у 90 % хворих, ворожість – у 60 %, демонстративність, егоцентризм – у 60 %, сензитивність – у 56,7 %, завищена самооцінка – у 53,3 %, агресивність – у 33,3 %, конфліктність – у 20,0 %, жорстокість – у 16,7 %, підозрілість – у 16,7 %. Також у 50 % хворих спостерігались схильність до вибухових афективних реакцій, у 46,7 % - схильність до накопичення негативних емоційних переживань, у 40 % - емоційна ригідність. Високий ступінь впливу зовнішніх чинників на формування емоційного реагування відзначався у 23,3 % досліджених хворих. У 90 % хворих мало місце зниження інтелектуальних можливостей, зниження пам'яті різного рівня. Мислення у більшості хворих було обставинним, у 33,3 % хворих спостерігалось порушення мотиваційного компоненту мислення. У кожного третього (33,3 %) – особистісні установки були ригідними, а майже у половини (46,7 %) – соціально негативні. У S (53,3 %) хворих відзначалась імпульсивність вчинків, а у 20 % - схильність до асоціальної поведінки. Кожен третій (36,7 %) хворий мав кримінальний досвід та 30 % з них раніше відбували покарання у місцях позбавлення волі. Більше половини (66,7 %) хворих вживали алкогольні напої, із них 53,3 % страждали на алкоголізм. У стані алкогольного сп'яніння у 43,3 % (із 66,7 %) спостерігалась агресивна по-

ведінка, у 10 % - в'ялість, сонливість, у 13,3 % - неагресивне пожвавлення.

Тривалість захворювання (органічного ураження головного мозку) до скоєння останньої СНД, була до 5 років – у 13,3 %; 6-10 років – 23,3 %; 11-15 років – 16,7 %; 16-20 років – 23,3%; 21-26 років – 23,3 % хворих.

Синдромальну структуру стійких психічних розладів у цих хворих складали: синдром емоційної лабільності у 3,3 % випадків, психопатоподібний – у 6,7 %, психоорганічний – у 88,3 % (із них у 70 % - експлозивний варіант), недоумство – у 6,7 % випадків.

Звертає увагу той факт, що у 76,7 % випадків досліджених хворих раніше вже спостерігались короткочасні психотичні стани. Із них у 56,7 % хворих були сутінкові потьмарення свідомості, у 16,7 % - алкогольні делірії і у 3,3 % - алкогольний делірій (1) та гострий депресивно-параноїдний стан (1). Раніше перенесли психоз 47,8 % хворих – 1 раз, 8,7 % - 2 рази, 21,7 % - 3 рази, 8,7 % - 4 рази, 4,3 % - 5 разів та багаторазово – 8,7 % дослідженого контингенту хворих. Хворі, які перенесли раніше короткочасні психози (без урахування алкогольних делірій), складали 60 % від усіх досліджених хворих. Серед них раніше перенесли психоз 1 раз – 44,4 % хворих; 2 рази – 11,1 %; 3 рази – 27,8 %; 4 рази – 5,6 %; багаторазово – 11,1 % хворих. Тобто, в обох випадках (із урахуванням алкогольних делірій чи без них) на період дослідження більше половини хворих раніше перенесли короткочасні психотичні стани більше за 1 раз. У половині випадків (54,5 %) інтервали між перенесеними неодноразовими психозами були у декілька місяців (від 1 до 9 місяців), а у 45,5 % - 1 рік і триваліше, із них у 38,6 % випадків в інтервалі 1-2 роки. Тобто, переважна більшість (93,1 %) рецидивуючих короткочасних станів проявлялись у хворих в інтервалах від 1 місяця до 2-х років. Крім того, у 2/3 (63,3 %) хворих у різні періоди часу (в анамнезі) раніше були судомні напади.

Виникненню останнього сутінкового потьмарення свідомості у досліджених хворих передували психогенії (у 46,7 %), які з різних причин були пов'язані з найближчим оточенням хворих (батьками, членами родини, друзями, родичами). Разом з тим, перед виникненням сутінкового потьмарення свідомості 36,7 % з цих хворих вживали алкогольні напої. У 33,3 % хворих спостерігався виражений головний біль, пов'язаний із високим артеріальним тиском; у 3,3 % - була фізична перевтома. У 10 % хворих сутінкові потьмарення свідомості виникали на ґрунті аб-

стинентного синдрому. Лише у 13,3 % хворих негативних чинників, які б не передували виникненню останнього психозу, виявлено не було. У 56,7 % досліджених хворих сутінкові потьмарення свідомості розвинулись ввечері та вночі та у 43,3 % - вранці та вдень. Привертає увагу той факт, що серед тих хворих, у яких не було алкоголізму, сутінкові потьмарення свідомості розвивались однаково часто як зранку (50 %) і вдень (50 %), так і ввечері (50 %) та вночі (50 %). Серед тих хворих, у яких мав місце ще й алкоголізм, у 37,5 % випадків сутінкові потьмарення свідомості розвивались вранці та вдень, а у 62,5 % - увечері та вночі.

У виникненні та динаміці сутінкових потьмарень свідомості досліджених хворих спостерігались наступні етапи: початок (раптовий або повільний), психотичних (клінічний варіант та його перебіг), закінчення (раптове або повільне). Дослідження виявило, що у 66,7 % хворих початок розвитку сутінкових потьмарень свідомості був раптовим та у 33,3 % - повільним (на фоні наростаючої психопатологічної симптоматики, високого артеріального тиску, поганого самопочуття).

Сутінкове потьмарення свідомості тривало у 50 % хворих від декількох хвилин (5-30 хв.) до однієї години, у 20 % - від однієї години до 12 годин та у 30 % - від однієї доби до 4-х діб.

Клініко-психопатологічний аналіз семіотики, динаміки сутінкових потьмарень свідомості у досліджених хворих, під час яких ними були скоєні останні СНД, дозволив виділити афективно-моторний та галюцинаторно-параноїдний його варіанти.

Афективно-моторний варіант сутінкових потьмарень свідомості спостерігався у 46,7 % досліджених хворих. Звертає на себе увагу той факт, що 2/3 (64,3 %) цих хворих перед виникненням сутінкового потьмарення свідомості вживали алкогольні напої. У 57,1 % цих випадків була психогенна травма сімейно-побутового характеру та у 21,4 % хворих спостерігався високий артеріальний тиск з інтенсивним головним болем.

Афективно-моторний варіант сутінкового потьмарення свідомості у всіх випадках розвивався раптово та був в основному короткочасним (від 5 до 20 хвилин), в одному випадку – до 40 хвилин, в одному – до 3-х годин та в одному – до 1 доби (з альтернуючим типом перебігу).

У структурі психотичного епізоду у 2/3 (64,3 %) хворих спостерігалось виражене афективно-моторне збудження. В усіх цих випадках спос-

терігалось глибоке потьмарення свідомості. Хворі у цей час були дезорієнтовані в оточуючому середовищі, не осмислювали та не реагували на реальні події, на зовнішні подразники та на звернення до них особисто. Складалось враження про повну ізолюваність, герметичність їх свідомості. Зовнішній вигляд у них був частіше злобно-напружений, з хаотичними та автоматизованими діями. Поведінка була не прогнозованою, осмислено неорганізованою, агресивною. Вони були афективно-моторно збуджені, хаотично, безглуздо бігали, ламали те, що траплялось на їх шляху, скоювали агресивні дії, спрямовані на тих осіб, які були поруч з ними. В інших випадках дії їх були більш-менш цілеспрямованими та носили скоріше автоматизований характер. Так, хворі хапали ніж, лопату, сокиру, рушницю, ганялись за людьми, намагались їх зарубати, зарізати, задушити, застрелити, втопити. Збивши потерпілого з ніг – били його ломом, трубою, колом (всім, що знаходилося поруч), стрибали на ньому. При цьому звертає на себе увагу те, що все це вони робили із надзвичайною фізичною силою. При цьому вони не ховались, не втікали від тих людей, хто підходив, не реагували ні на них, ні на небезпеку для себе. Тривалість такого психотичного стану була від 20 хвилин і більше.

У 1/3 (35,7 %) випадків тривалість психотичного стану була короткою (5-10 хвилин). У цих хворих несподівано для оточуючих змінювався вираз обличчя. За описаннями свідків воно у хворих було «застившим», очі «як скляні». Хворі не реагували ні на які зовнішні подразники. У цей час в основному наносились поодинокі ножові поранення особі, що була поруч та частіше з якою тільки що з'ясовувалась конфліктна ситуація.

У всіх випадках вихід із психотичного стану був критичним, з подальшою тотальною амнезією періоду психотичного стану.

Галюцинаторно-моторний варіант сутінкового потьмарення свідомості спостерігався у 53,3 % досліджених хворих. Звертає на себе увагу той факт, що перед скоєнням СНД у 44,4 % хворих був сильний головний біль, у кожного третього (37,5 %) хворого сутінковому потьмаренню свідомості передувала психогенна ситуація сімейно-побутового характеру та майже у кожного третього (31,2 %) хворого була алкогольна інтоксикація (двоє хворих вживали алкогольні напої та у трьох спостерігався абстинентний синдром).

У 1/3 (37,5 %) хворих розвиток психотично-

го стану був гострим, сутінкове потьмарення свідомості виникало раптово. У 2/3 (62,5 %) спостережень виникненню сутінкового потьмарення свідомості вже за 1 добу або декілька годин передували зміни психічного та соматичного стану хворих.

Динаміка клінічної картини галюцинаторно-параноїдного варіанту сутінкового потьмарення свідомості була швидкоплинною та поліморфною. При раптовому виникненні сутінкового потьмарення свідомості психотичний стан розвивався швидко і психопатологічно інтенсивно та продовжувався від 30 хвилин до 1-2 годин.

При літичному розвитку сутінкового потьмарення свідомості клінічна картина психотичного епізоду наростала і змінювалась з часом у своїй інтенсивності та досягала сутінкового потьмарення свідомості, а в подальшому змінювалась на діліріозні, онейроїдні епізоди, стани оглушення та знову наростала у своїй глибині, досягаючи глибокого сутінкового потьмарення свідомості. При всіх структурних синдромальних складових, які швидко змінювались та складала клінічну картину психотичного епізоду, у цих випадках він продовжувався від 3 годин до 3-4 діб. Уже за 1-2 доби або декілька годин у хворих поступово виникали дратівливість, безпричинні безсоння, неспокій, тривога, страх, невмотивоване передчуття біди. У більшості хворих були погане самопочуття, сильний головний біль, нудота. Хворі ні на чому не могли сконцентруватись, відчували тяжкість у голові. Зі слів свідків, вони у цей час були якісь «загальмовані», «затуманені», «чумні», «сонні». Деякі з них у цей час звертались за допомогою до дільничних терапевтів, не справлялись із обов'язками на роботі, у домашньому господарстві. З часом посилювались тривога, страх, боязливість, метушливість, розгубленість. Вони безцільно бігали до помешкань, кімнат, сусідів, родичів, не могли пояснити, що з ними відбувається, та зовні виглядали напруженими, роздратованими, переляканими, безпорадними, «чумними». Дії їх були у цей час хоча і неагресивними, але неадекватними (відключали воду, закривали руками рота співрозмовнику, складали руки як померлому своїм родичам). У подальшому вони ставали все більш роздратованими, напруженими, злобними, афективно та психомоторно збудженими, ховались у кімнатах, залізали у ями, дзвонили у міліцію, просили допомоги та їх поведінка ставала все більш агресивною. Вони до чогось прислухались, не звертали уваги на оточуючих, до батьків звертались на ім'я своїх знайомих,

сусідів називали батьками. Несподівано перевертали столи, відривали люстри, виривали крани, розбивали телевізори, меблі, двері, вікна. Звертались до осіб, яких не було поряд, комусь погрозували. У той час, коли сутінкове потьмарення свідомості змінювалось деліріозними, онейроїдними епізодами та станом оглушення, хворі коротко відповідали на прості запитання. З появою відчуття страху, люті, гніву хворі ставали особливо небезпечні. Вони гнались за своїми жертвами, валили їх до землі, наносили їм багаточислені удари різними предметами (дерев'яними колами, металевими прутами, арматурою, залізобетонними стовпчиками тощо), різали їх ножами, рубали сокирами, душили, топтались ногами та стрибали на їх тілі, наносили собі поранення, вбивали собак, котів, курей. При цьому вони викрикували окремі фрази, як то «я тебе закодую!», «ти ще живий?», «фашист! я різати не вмію?», «де вони?» або окремі слова «менти», «банда», «уб'ю», «відьма», «геть», «стій!» та інше. У цей час, а також при затриманні, хворі проявляли велику фізичну силу.

За даними свідків, обличчя цих хворих були спотворені жахом, злістю, люття, погляд у них був «навіжений», «блукаючий», вони виглядали «страшними», «ненормальними».

Після виходу із психотичного стану у 1/3 (31,3 %) хворих відзначалась тотальна амнезія періоду перенесеного психозу та у 2/3 (68,7 %) хворих - часткова амнезія. Хворі, у яких спостерігалась часткова амнезія, розповідали, що вони під час психозу чули голоси, які наказували їм «Позбав його голосу!», «Виріж квітку!», «Захисти себе!». Вони бачили як шкіра людей змінювалась, витончувалась, люди ставали дуже неприємними, потворними, бачили мумій, відьом, інопланетян, фонтани води, що били із землі, вибухи, війну, стіни, що розсувались і зсовувались, поїзди, що мчали на високій швидкості. Відчували вплив енергій, що йшла від телевізора, як під впливом кислотного дощу у них плавився одяг. Вважали, що інопланетяни зупинили рух Землі. Все сприймалось у тускних, сірих, понурих тонах. Відчували жах, страх, намагались себе захистити.

Аналіз вищевикладеної структури клінічних варіантів сутінкового потьмарення свідомості свідчить про те, що майже у всіх випадках хворі під час скоєння СНД захищали себе від небезпеки, що загрожувала їх власному життю. Як зазначалось раніше, кожен третій хворий перед розвитком сутінкового потьмарення свідомості вживав алкогольні напої, а у стані алкогольного

сп'яніння ці хворі ведуть себе агресивно. Майже у половини хворих виникненню сутінкових потьмарень свідомості передувала психотравмуюча ситуація, яка була у переважній більшості випадків пов'язана з особами із найближчого оточення і на яких в основному була спрямована у стані психозу агресія хворих. А якщо зважити на той факт, що у стані алкогольного сп'яніння значимість, актуальність психогенних переживань значно зростає, то можна припустити, що ця інформація встигла зафіксуватися не лише глибоко у свідомості, а й в підсвідомості хворих, що могло обумовлювати спрямованість їх агресії під час психозу. У кожного третього хворого розвитку психозу передували високий артеріальний тиск, сильний головний біль. Звертає на себе увагу той факт, що майже у кожного із цих хворих за декілька годин до розвитку психозу спостерігалась не лише загальмованість, «загруженість», а й відчуття тривоги, страху, що, можна припустити, також могло впливати на розвинуту у подальшому клінічну структуру психозу. Крім того, такі особистісні особливості хворих як сензитивність, тривожність, схильність до накопичення негативних емоційних переживань, до імпульсивних дій, а також кримінальний досвід, негативні соціально особистісні настанови, на наш погляд, не могли не вплинути на подальші дії цих хворих у психозі. Неможливо не звернути увагу і на те, що усі ці чинники розвивались на ґрунті знижених інтелектуальних можливостей та афективної патології органічного генезу, що також могло вплинути на поведінку хворих під час психозу. Безумовно, що виникненню сутінкового потьмарен-

ня свідомості у цих хворих сприяв також органічний ґрунт, на що вказує той факт, що більшість хворих уже переносили психотичні епізоди раніше, у тому числі й неодноразово (з урахуванням алкогольних деліріїв), а також мали судомні напади.

Висновки.

1. На виникнення сутінкових потьмарень свідомості у досліджених хворих впливала констеляція таких чинників, як патологічний органічний ґрунт, алкогольна інтоксикація, психогенії, мозкові судинні кризи.

2. Виникненню короточасного афективно-моторного варіанту сутінкового потьмарення свідомості частіше сприяло поєднання таких чинників як патологічний органічний ґрунт, алкогольне сп'яніння та психогенії, а галюциаторно-параноїдному варіанту – мозкові судинні кризи та психогенії.

3. У більшості хворих виникнення сутінкових потьмарень свідомості було раптовим. Літичний розвиток сутінкового потьмарення свідомості частіше мав місце при поєднанні соматогеній з мозковими судинними кризами.

4. Психопатологічна картина психозів була поліморфною, надзвичайно динамічною, з включенням у свою структуру деліріозних, онейроїдних епізодів та станів оглушення. Тип перебігу сутінкових потьмарень свідомості у досліджених хворих потрібно оцінювати як рецидивуючий.

5. Можна припустити, що на поведінку хворих під час психозу окрім психотичної симптоматики могли впливати особистісні особливості хворих.

А.В. Мельник

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СУМЕРЕЧНЫХ ПОМРАЧЕНИЙ СОЗНАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

В работе приведены клинические варианты сумеречных помрачений сознания органического генеза у лиц, совершивших общественно опасные действия. Проведен анализ факторов, влияющих на возникновение психотических состояний и на их структуру. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 74-79)

CLINICAL STRUCTURE OF TWILIGHTS DISORDER OF CONSCIOUSNESS BY ORGANIC GENESIS AT PERSONS, ACCOMPLISHING SOCIAL DANGEROUS ACTS

Ukrainian research institute of social, forensic psychiatry and narcology

In article the clinical variants of twilights disorder of consciousness by organic genesis are resulted at persons, who accomplishing social dangerous acts. The analysis of factors, influencing on the origin of the psychotic states and on their structure is conducted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 74-79)

Література

1. Морозов Г.В. Задачи профилактики общественно опасных действий и дифференцированные принципы лечения и социальной реабилитации психически больных // Тезисы докладов VI Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1975. - Т. 1. - С. 412-416.
2. Принципы проведения принудительного лечения больных с различными формами психопатологии, совершивших общественно опасные действия /Дмитриев С.А., Кудрявцев И.А., Лазыко Н.В., Завидовская Г.И., Савина О.Ф., Морозова М.В. // Материалы междунар. конф. психиатр. Москва, 16-18 февраля 1998 года. - М.: РЦ Фармединфо, 1998. - С. 130-131.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Типология психически больных в аспекте осуществления дифференцированного принудительного лечения //Рос. психиатрический журн. - 1999. - № 4. - С. 50-54.
4. Мельник В.И. Судебно-психиатрические аспекты: клиника, судебно-психиатрическая оценка, профилактика. - К.: Науковий світ, 2005. - 243 с.
5. Боброва И.Н., Агаларзаде А.З., Кузнец М.Е. Клинико-социальная характеристика лиц, совершивших общественно опасные действия в период временных расстройств психической деятельности //Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике. Сб. науч. тр. /Под ред. В.Г. Морозова. - М., 1986. - С. 26-32.
6. Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике: Автореф. дисс. ... д. мед. н. - М., 1989. - 44 с.
7. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М.: Медицина, 1995. - 256 с.
8. Мельник В.И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике. - К.: Науковий світ, 2005. - 296 с.
9. Арсенюк Т.М. Анализ деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Украины //Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10. - №2 (37). - С. 183-192.
10. Психічне здоров'я населення України інформаційного-аналітичний огляд за 1990-2005 рр. - К.: Сфера, 2006. - 52 с.
11. Мельник В.И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в судебной психиатрии // Таврический журнал психиатрии. - 2002. - Вып. 6. - № 1 (18). - С. 49-51.

Поступила в редакцию 14.05.2007

УДК 616-006-083:616.89-008.19-055

*А.Ю. Васильева***ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: эмоциональное состояние, родственники больных злокачественными новообразованиями

Проблема онкологической патологии в структуре общей заболеваемости занимает лидирующее положение в силу значительной распространенности и, обусловленной ею, высокой смертности среди населения [1-3, 5, 7, 8, 11]. На современном этапе развития медицины большое внимание уделяется не только соматическому, но и эмоциональному состоянию пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. Факт наличия онкологического заболевания оказывает негативное психотравмирующее воздействие не только на самих пациентов, но и на родственников онкологически больного, вследствие

чего резко меняется функционирование всей семьи в целом [1, 4-6, 8-11]. Большинство близких родственников онкобольных испытывают сильнейший стресс, но в то же время лишь немногие из них обращаются за психологической и психокоррекционной помощью [12]: они слишком заняты вниманием, которое оказывается онкобольному, в то время как сами нуждаются в поддержке.

Цель настоящего исследования – изучение эмоционального состояния родственников пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие близкие родственники и члены семей пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. В работе с изучаемым контингентом были использованы методики: HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [13] для скринингового исследования с целью выявления эмоциональных нарушений в виде тревожной и депрессивной сим-

птоматики, диагностики самооценки психических состояний по Айзенку [14], диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана [14] и оценки самочувствия, активности, настроения [14]. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных статистических методов в пакете программ «STADIA» (критерий Стьюдента, линейная корреляция).

Результаты исследования и их обсуждение

Было исследовано 117 членов семей пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, которые осуществляли уход за больными в пред- и послеоперационный периоды. Среди обследованных лиц преобладали женщины – 106 человек (90,6%) и мужчин соответственно – 11 человек (9,4%). Распределение респондентов по возрастным группам было следующим: в возрасте до 20 лет – 1 родственник (0,8%), 21–25 лет – 10 родственников (8,5%), 26–30 лет – 12 родственников (10,3%), 31–35 лет – 12 родственников (10,3%), 36–40 лет – 18 человек (15,4%), 41–45 лет – 17 родственников (14,6%), 46–50 лет – 18 родственников (15,4%), 51–55 лет – 15 человек (12,8%) и 56–60 лет – 14

родственников (11,9%). В зависимости от степени родства: большинство из обследованных лиц, осуществляющих уход за больными, составили дети пациентов – 50 человек (42,7%) (46 дочерей (39,3%) и 4 сыновей (3,4%)), 37 супругов (31,6%) (30 жен (25,6%) и 7 мужей (6,0%)), 10 сестер (8,5%), 8 матерей (6,8%) и 12 дальних родственников (невестки, свекрови, племянницы и внуки) (10,2%). Имели среднее и среднее специальное образование 63 человека (53,8%), высшее образование – 54 родственника (46,2%). 67 членов семей онкобольных (57,3%) были удовлетворены своим материальным положением, 50 (42,7%) – не удовлетворены. Имели собственную семью (состояли в официальном или

гражданском браке) 62 человека (52,9%), холосты или не замужем – 31 ухаживающий (26,5%), в разводе – 24 человека (20,5%). Доброжелательными семейные взаимоотношения описывали 93 близких родственников пациентов (79,5%); спокойными, эмоционально-холодными – 12 человек (10,3%); конфликтными – 2 респондента (1,2%). Уход за пациентами со злокачественными новообразованиями длительностью менее 6 месяцев осуществляли 25 родственников (21,4%), от 6 месяцев до 1 года – 59 человек (50,4%), от 1 года до 3-х лет – 27 членов семей онкобольных (23,1%) и 6 человек (5,1%) – более 3-х лет.

Из 117 обследованных родственников пациентов со злокачественными новообразованиями эмоциональные нарушения в виде тревожной и депрессивной симптоматики по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) были выявлены у 81 человека (69,2%): у 33 (40,7%) близких родственников пациентов, которым предстоит оперативное вмешательство, (I группа) и у 48 (59,3%) членов семей пациентов, уже перенесших операцию (II группа). 36 родственников онкобольных, у которых эмоциональные расстройства не были выявлены, составили группу

сравнения.

У 8 человек (24,2%) I группы выраженность тревожной симптоматики соответствовала субклиническому уровню расстройств, у 25 родственников (75,8%) выраженность тревоги достигала клинического уровня; 12 членов семей онкобольных (36,4%) обнаруживали субклинически выраженную депрессию, 21 человек (63,6%) – выраженность депрессивной симптоматики достигала клинического уровня. В группе родственников, вошедших во II группу, тревожная симптоматика субклинического уровня выявлена у 31 человека (64,6%), клинически выраженная тревога была обнаружена у 17 членов семей онкобольных (35,4%); субклинически выраженная депрессивная симптоматика выявлена у 21 близкого родственника (43,7%), достигающая клинической выраженности депрессия была обнаружена у 27 человек (56,3%). Выраженность тревожной симптоматики у родственников пациентов, готовящихся к оперативному лечению, (I группа) достоверно интенсивнее, чем у членов семей пациентов, перенесших операцию (II группа), в то время как депрессивные расстройства оказались достоверно тяжелее у родственников онкобольных II группы (табл.1.)

Таблица 1

Средние значения по шкалам методики HADS у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	I группа	II группа	Группа сравнения	Достоверность		
	M ± m	M ± m	M ± m	p ₁	p ₂	p ₃
Тревога	15,7±0,358	13,5±0,393	4,75±0,467	0,0002*	0,003*	0,038*
Депрессия	13,9±0,649	16,2±0,877	3,17±0,411	0,0004*	0,0001*	0,043*

Примечание: p₁ – достоверность различий между I группой и группой сравнения; p₂ – достоверность различий между II группой и группой сравнения; p₃ – достоверность различий между I и II группами; * - p<0,05

При исследовании близких родственников и членов семей онкобольных с помощью методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку выявлено, что

показатели по всем шкалам методики в I и II группах достоверно превышали аналогичные показатели группы сравнения (p<0,05) (табл.2).

Таблица 2

Средние значения по шкалам методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	I группа	II группа	Группа сравнения	Достоверность		
	M ± m	M ± m	M ± m	p ₁	p ₂	p ₃
Тревожность	19,6±0,627	14,2±0,228	5,08±0,845	0,0007*	0,0005*	0,003*
Фрустрация	17,6±0,607	16,6±0,147	5,29±0,896	0,00014*	0,0011*	0,0093*
Агрессивность	14,21±0,594	19,3±0,594	6,54±0,659	0,00028*	0,0003*	0,038*
Ригидность	13,7±0,599	18,9±0,599	7,71±0,896	0,0004*	0,0001*	0,0013*

Примечание: p₁ – достоверность различий между I группой и группой сравнения; p₂ – достоверность различий между II группой и группой сравнения; p₃ – достоверность различий между I и II группами; * - p<0,05

Наиболее высокие показатели в I группе были выявлены по шкале «Тревожность», во II группе – по шкалам «Агрессивность» и «Ригидность», что говорит о доминировании тревожного радикала в структуре эмоциональных расстройств у близких родственников пациентов с онкологической патологией I группы и преобладании астено-депрессивных нарушений в эмоциональном состоянии членов семей пациентов II группы. Высокие показатели по шкале «Фрустрация» в обеих группах свидетельствуют о низком уровне адаптации к создавшейся ситуации.

Уровень невротизации в I группе оказался достоверно ниже, чем во II группе: $34,2 \pm 1,17$ и $36,8 \pm 1,04$ баллов соответственно ($p=0,033$), при низком уровне невротизации в группе сравнения ($13,5 \pm 1,26$ балла; $p_1=0,00001$, $p_2=0,00001$). Полученные результаты свидетельствуют о высокой эмоциональной значимости для родственников пациентов со злокачественными новообразованиями психотравмирующей ситуации наличия неизлечимой болезни у близкого человека: возникновение негативных переживаний в виде тревожности, напряженности, беспокой-

ства, растерянности уже на диагностическом этапе и утяжеление эмоциональных нарушений в виде тревоги и депрессии, достигающих клинически очерченных расстройств, на следующих этапах противоопухолевого лечения.

При анализе данных, полученных с помощью методики САН, было выявлено, что достоверно самые низкие показатели по всем шкалам методики были выявлены у респондентов II группы (табл. 3). В I группе средний балл по каждой из категорий был выше, чем во II группе, однако все же был значительно ниже нормальных значений, в то время как в группе сравнения показатели по всем шкалам соответствовали нормальным. Обращает на себя внимание неравномерное снижение результатов по шкалам методики во II группе: минимальные результаты по шкалам «Самочувствие» и «Активность» при относительно более высоких показателях по шкале «Настроение» говорит о нарастании астенического компонента в структуре эмоциональных нарушений у родственников, осуществляющих уход за онкологически больными в послеоперационном периоде.

Таблица 3

Средние значения по шкалам методики САН у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	I группа	II группа	Группа сравнения	Достоверность		
	M ± m	M ± m	M ± m	p ₁	p ₂	p ₃
Самочувствие	$3,74 \pm 0,108$	$2,35 \pm 0,302$	$5,25 \pm 0,169$	0,0001*	0,0005*	0,0108*
Активность	$3,76 \pm 0,0949$	$2,71 \pm 0,409$	$5,32 \pm 0,157$	0,00012*	0,0001*	0,0023*
Настроение	$3,79 \pm 0,0871$	$3,11 \pm 0,021$	$5,27 \pm 0,11$	0,0002*	0,00011*	0,008*

Примечание: p₁ – достоверность различий между I группой и группой сравнения; p₂ – достоверность различий между II группой и группой сравнения; p₃ – достоверность различий между I и II группами; * - $p < 0,05$

Корреляционный анализ полученных результатов позволил выявить значимые связи между выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики (HADS) у родственников пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, и некоторыми их социально-демографическими особенностями. Так, в I группе были выявлены значимые корреляции между выраженностью тревоги и гендерными особенностями обследованного контингента (женский пол) ($r=0,352$ при $p=0,032$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,236$ при $p=0,048$), степенью родства (дочери и жены) ($r=0,352$ при $p=0,032$), длительностью ухода (менее 6 месяцев) ($r=0,442$ при $p=0,05$), внутрисемейными взаимоотношениями, в том числе с онкологически больным родственником, (доброжелатель-

ные) ($r=0,386$ при $p=0,0012$). Во II группе достоверно значимые связи были обнаружены между выраженностью депрессивной симптоматики и полом обследованного контингента (женский пол) ($r=0,318$ при $p=0,045$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,148$ при $p=0,013$), степенью родства (дочери и жены) ($r=0,318$ при $p=0,045$), длительностью ухода (от 6 месяцев до 1 года) ($r=0,328$ при $p=0,031$), внутрисемейными взаимоотношениями, в том числе с онкологически больным родственником, (доброжелательные) ($r=0,295$ при $p=0,017$).

Также выявлены достоверно значимые корреляции между выраженностью некоторых шкал методики самооценки психических состояний по Айзенку в обеих клинических группах и половой принадлежностью, возрастом, уровнем

образования, степенью родства и длительностью ухода. В I группе родственников обнаружены значимые связи между половой принадлежностью (женский пол), тревожностью ($r=0,351$ при $p=0,002$) и фрустрацией ($r=0,264$ при $p=0,045$); уровнем образования (высшее образование) и тревожностью ($r=0,353$ при $p=0,0015$); степенью родства (дочери и жены), тревожностью ($r=0,582$ при $p=0,045$) и фрустрацией ($r=0,279$ при $p=0,0001$); длительностью ухода (менее 6 месяцев), тревожностью ($r=0,431$ при $p=0,047$) и фрустрацией ($r=0,384$ при $p=0,0032$). Во II группе достоверно значимые связи выявлены между гендерными особенностями (женский пол), фрустрацией ($r=0,368$ при $p=0,003$), агрессивностью ($r=0,113$ при $p=0,003$) и ригидностью ($r=0,248$ при $p=0,0061$); уровнем образования (высшее образование) и фрустрацией ($r=0,256$ при $p=0,006$); степенью родства (дочери и жены) и фрустрацией ($r=0,183$ при $p=0,036$); длительностью ухода (от 6 месяцев до 1 года), агрессивностью ($r=0,328$ при $p=0,031$) и ригидностью ($r=0,295$ при $p=0,017$).

Достоверно значимые связи установлены при анализе уровня невротизации и некоторыми социально-демографическими показателями. Так, в I группе выявлены значимые корреляции между уровнем невротизации и полом (женский пол) ($r=0,435$ при $p=0,004$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,113$ при $p=0,0015$), степенью

родства (дочери и жены) ($r=0,482$ при $p=0,0001$) и внутрисемейными взаимоотношениями (доброжелательные) ($r=0,531$ при $p=0,03$). Во II группе были обнаружены следующие связи: уровень невротизации коррелировал с половой принадлежностью исследуемого контингента (женский пол) ($r=0,494$ при $p=0,0001$), возрастом ($r=0,215$ при $p=0,00045$), уровнем образования (высшее образование) ($r=0,254$ при $p=0,0004$), степенью родства (дочери и жены) ($r=0,119$ при $p=0,0003$) и длительностью ухода (от 6 месяцев до 1 года) ($r=0,381$ при $p=0,045$)

Корреляционный анализ выраженности тревожной и депрессивной симптоматики методики HADS и шкал методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку в группах родственников пациентов (табл.4) выявил в I группе значимые корреляции между уровнем тревоги, тревожности ($r=0,321$ при $p=0,000204$) и фрустрации ($r=0,279$ при $p=0,045$) при незначимой корреляции между уровнем тревоги, ригидности и агрессивности; значимая корреляция между уровнем депрессивной симптоматики и фрустрации ($r=0,362$ при $p=0,0254$). Во II группе – значимые корреляции между уровнем тревоги и фрустрации ($r=0,376$ при $p=0,0004$); между уровнем депрессивной симптоматики и фрустрации ($r=0,358$ при $p=0,0254$), агрессивности ($r=0,454$ при $p=0,0459$) и ригидности ($r=0,574$ при $p=0,0001$) при незначимой связи с тревожностью.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа шкал методики диагностики самооценки психических состояний по Айзенку и шкалами методики HADS у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями

	HADS							
	I группа				II группа			
	Тревога		Депрессия		Тревога		Депрессия	
	г	р	г	р	г	р	г	р
Тревожность	0,321	0,000204*	0,241	0,0841	0,224	0,06	0,124	0,0841
Фрустрация	0,279	0,045*	0,362	0,0254*	0,376	0,0004*	0,358	0,0254*
Агрессивность	0,172	0,226	0,348	0,059	0,248	0,09	0,454	0,0459*
Ригидность	0,233	0,08	0,534	0,07	0,534	0,052	0,574	0,0001*

Примечание: *- $p<0,05$

Анализ связей между выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики (HADS) и уровнем невротизации Л.И. Вассермана позволил установить значимую умеренную корреляцию между этими показателями: $r=0,294$ при $p=0,034$ между тревогой и уровнем невротизации в I группе и $r=0,316$ при $p=0,0223$ между депрессией и уровнем невротизации во II группе.

Корреляционный анализ выраженности тревоги и депрессии по методике HADS и шкал методики САН установил достоверную умеренную отрицательную корреляцию между уровнем тревожной симптоматики и самочувствием ($r=-0,235$ при $p=0,004$) и активностью ($r=-0,422$ при $p=0,0034$) в I группе. Во II группе была установлена умеренная отрицательную связь между

уровнем депрессивной симптоматики и самочувствием ($r=-0,383$ при $p=0,0001$), активностью ($r=-0,335$ при $p=0,045$) и настроением ($r=-0,453$ при $p=0,0011$).

Анализ взаимосвязи уровня невротизации со шкалами методики диагностики психических состояний по Айзенку позволил выявить в I группе значимые корреляции между уровнем невротизации и тревожностью ($r=0,525$ при $p=0,0004$) и фрустрацией ($r=0,0558$ при $p=0,0001$) при незначимой связи с агрессивностью и ригидностью. Во II группе были обнаружены достоверно значимые связи между уровнем невротизации и фрустрацией ($r=0,269$ при $p=0,005$), агрессивностью ($r=0,228$ при $p=0,0104$) и слабую связь с ригидностью ($r=0,113$ при $p=0,03$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высокой эмоциональной значимости для членов семьи пациента со злокачественным новообразованием психотравмирующей ситуации наличия неизлечимой болезни у близкого человека. Также выделены основные факторы риска возникновения тревожной и депрессивной симптоматики у членов семьи. Установлено, что развитию эмоциональных расстройств в большей степени подвержены женщины. Тревожно-депрессивные расстройства возникают чаще у лиц, состоящих в близком родстве с онкологически больным человеком (жены и дочери пациентов), имеющих высшее образование, описывающих внутрисемейные взаимоотношения спокойными и доброжелательными, ухаживающих за больным родственником до 1 года. Кроме того, обнаружены значимые корреляционные связи между тревожной и депрессивной симптоматикой HADS и уровнем невротизации Л.И. Вассермана, выраженностью тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности по методике диагностики самооценки психических состояний по Айзенку, выраженностью шкал методики САН.

Как уже указывалось, семьи онкологических больных находятся в так называемом «эмоциональном кризисе» с поэтапной сменой эмоциональных реакций в виде отчаяния, тревоги, депрессии и т.п.. Довольно часто в высказываниях родственников лейтмотивом звучит навязчивая тема обреченности, неизбежного приближения смерти. В процессе пребывания в этой непрос-

той ситуации вырабатываются своеобразные психологические защитные механизмы восприятия негативной информации, связанной с заболеванием близкого человека. Эмоциональные нарушения у близких родственников онкобольных неоднородны по своей структуре и зависят от этапа лечебно-диагностического процесса: вначале доминируют тревожно-фобические расстройства, непосредственно связанные с диагностическим процессом и неопределенностью ситуации, затем тревога сменяется депрессией на этапе верификации диагноза. На этапе госпитализации у членов семей пациентов со злокачественными новообразованиями видоизменяются эмоциональные нарушения – интенсивность становится несколько меньше и переживания связаны, прежде всего, с предстоящим оперативным вмешательством, а также надеждой на скорое выздоровление. В послеоперационном периоде к ведущей тревожно-депрессивной симптоматике присоединяются астенические расстройства, обусловленные как истощением механизмов психологической защиты и адаптивных ресурсов личности, так и физическими перегрузками, связанными с необходимостью осуществлять уход за послеоперационным больным.

Развившиеся тревожные и депрессивные расстройства у членов семьи говорят об истощении адаптационных механизмов психологической защиты и требуют не только коррекции, но также проведения психопрофилактических мероприятий. Как видно из вышеизложенного, перед больным и его семьей стоит чрезвычайно трудная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных психологических проблем сначала на этапе приспособления к болезни, а затем — и в роли реконвалесцента. Ранняя психологическая, в некоторых случаях психотерапевтическая коррекция, а также психопрофилактическая помощь, оказываемая родственникам пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, может предотвратить или существенно уменьшить выраженность эмоциональных расстройств, возникающих как реакция на длительную фрустрирующую психотравмирующую ситуацию – наличие онкологического больного в семье.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЧЛЕНІВ СІМЕЙ ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведено попередні дані про особливості психоемоційного стану родичів онкохворих. Отримано дані про фактори, які впливають на формування й виразність тривожних та депресивних розладів у осіб, які здійснюють догляд за онкохворим родичем. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 80-85)

A.Yu. Vasylyeva

A PECULIARITIES OF AN PSYCHOEMOTIONAL STATE OF THE RELATIONS OF THE ONKOLOGICAL PATIENTS

Donetsk state medical university by M.Gorky

The provisional data of the emotional conditions of the relatives and caregivers of onkological patients are in the article. The facts about the factors, which influence on manifestation and expression of the anxious and depressive disorders in the onkological patient's relatives, are given. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 80-85)

Литература

1. Montgomery C. Psycho-oncology: a coming of age? // Psychiatric Bulletin. — 1999. - Vol. 23. - P. 431-435.
2. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1996. — Т. 42. - № 5. — С. 86-89.
3. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // Psycho-oncology. — 1994. - Vol. 3. — P. 87-102.
4. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях // Методические рекомендации. — Ленинград, 1987. — 21 с.
5. Герасименко В.Н., Дорогова Е.В., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Медико-психологические аспекты реабилитации онкологических больных // Вест. Хир. — 1981. - № 8. - С. 110-113.
6. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Артюшенко Ю.В. К вопросу о психологической реабилитации онкологических больных // Вестн. АМН СССР. — 1981. - № 8. - С. 90-92.
7. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. — М.: Медицина, 1988. — 272 с.
8. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психологические и психосоматические проблемы онкологии // Клиническая медицина. - 2003. - № 8. — С. 57-59.
9. Руководство по профилактической медицине. Рекомендации по психической помощи онкобольным / Пер. с англ. И. В. Левандовского. — М.: Медицина, 1995. — С. 49-55.
10. Greer S., Baruch J.D.R. et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial // British Medical Journal, 1992, 304. — P. 675-680.
11. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб.: Питер, 2001 — 288 с.
12. Дудниченко А. С., Дышлевая Л. Н., Дышлевой А. Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // Проблемы медицинской науки та освіти. — 2003. — № 3. - С.36-39.
13. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: «Торнадо», 2003. — 352 с.
14. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Ред.-сост. Райгородский Д.Я. — Самара: БАХРАХ, 2001. — 672 с.

Поступила в редакцию 18.03.2007

УДК: 616.85-058.243:371.1:78

*О.И. Осокина***ХАРАКТЕРИСТИКА ДОКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЗЫКАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: доклинические невротические расстройства, музыкально-педагогические работники

В современной литературе появляются многочисленные публикации, посвященные невротическим расстройствам и состояниям психической дезадаптации у людей социальных профессий: педагогов, врачей, воспитателей, менеджеров, деятельность которых связана со значительным эмоциональным напряжением [6,8,10]. Некоторыми авторами [1,4,13] для описания предболезненного уровня расстройств выделяются состояния непатологической психической дезадаптации, представляющие собой совокупность субклинических феноменов интрапсихического дискомфорта, не находящего отражение в межличностных отношениях. Описаны две принципиально отличающиеся тенденции в динамике предболезненных состояний: в сторону полного устранения признаков дезадаптации и флюктуацией на уровне психического здоровья, или в сторону затяжного торпидного течения с усложнением клинической структуры и переходом в клинически выраженные формы [5,12]. Широкая распространенность доклинических форм пограничных нервно-психических расстройств, а также направленность на раннее выявление невротической симптоматики вызвали необходимость выработки критериев диагностики ранних проявлений психической дезадаптации.

Диагностика СНПД в данном исследовании осуществлялась в соответствии со следующими, описанными в литературе [2] диагностическими критериями: 1) субклинический уровень проявлений, рудиментарность, структурная незавершенность; 2) отсутствие субъективного чувства болезни; 3) отсутствие межперсональной конфликтности; 4) наличие своеобразной «почвы»: характерологические особенности личности, психическая ригидность и др. Клинические особенности невротических расстройств у музыкально-педагогических работников изучались с позиций динамики этих состояний, так как именно особенности динамики отличали невротические расстройства у лиц, занятых педагогическим трудом. Ранее клинико-динамический подход к изучению невротических расстройств был развит в работах [3,12]. Многие клинические особенности нозологически выраженных невротических расстройств в данном исследовании формировались на более ранних этапах, что позволило нам относить их к СНПД и обозначать как доклинические невротические расстройства (ДНР).

Целью настоящей работы было изучение структуры и клинических особенностей невротических расстройств доклинического уровня у музыкально-педагогических работников.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 работников педагогических учреждений женского пола в возрасте от 20 до 55 лет, имеющих невротическую симптоматику. Основную группу составили 80 женщин музыкально-педагогической специальности, а в группу сравнения вошли 20 женщин – педагогов общеобразовательных школ. Контрольную группу составили 116 здоровых, адаптированных лиц педагогической специальности. Из исследования исключались лица с органической мозговой дисфункцией, а также имеющие хронические заболевания в период

обострения и лица старше 55 лет, вследствие развития у них атеросклеротических явлений. Основными методами исследования были клинико-anamnestический, клинико-патопсихологический и методы математической статистики. Скрининг и исследование степени выраженности невротической симптоматики, как основного проявления нервно-психической дезадаптации, ее качественный анализ, а также самооценка соматического и психического благополучия проводилась с помощью опросника нервно-психической дезадаптации (ОНПД), разработанно-

го Ленинградским психо-неврологическим научно-исследовательским институтом им. В.М. Бехтерева [11]. Более детальное описание спектра невротической симптоматики, с ее количественной оценкой проводилось с помощью симптоматического опросника невротозов Aleksandrowich J., адаптированного Ленинградским психо-неврологическим научно-исследова-

тельским институтом им. В.М. Бехтерева [7]. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [9]. Определялись средние значения показателей, ошибка среднего. Достоверность различий вычислялась с помощью W-критерия Вилкоксона, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-психопатологическое изучение ДНР у музыкантов-педагогов показало преходящий характер этих состояний, связанный с влиянием подпороговых психогенных воздействий. Одно из ведущих мест в возникновении ДНР занимали длительно существующее напряжение и переутомление на работе, повышение уровня нагрузки на испытуемых, а также кумуляция психогений профессионального и семейно-бытового характера. Длительность существования ДНР по данным наших наблюдений составляла приблизительно от 2-3 недель до 2х месяцев. В дальнейшем, либо происходило полное устранение признаков дезадаптации, либо развитие доклинической симптоматики шло в сторону усложнения клинической структуры с переходом в клинически очерченные формы невротических расстройств. Необходимо отметить довольно частое (в 42,6% случаев) рецидивирование доклинических проявлений под воздействием неблагоприятных факторов среды и однотипность этих проявлений у одного и того же индивида с отсутствием субъективного чувства болезни.

В основной группе жалобы на психический дискомфорт предъявляли 69,73% респондентов,

по сравнению с группой сравнения (29,09%), что выявило статистически значимые различия по шкале психического дискомфорта ($p=0,005$) в пользу основной группы. Статистически значимых отличий между исследуемыми группами по шкале депрессии обнаружено не было ($p=0,936$). Несмотря на достоверно большее число лиц, страдающих неврастенией в группе сравнения ($p=0,001$), статистически достоверных отличий в количестве предъявляемых жалоб астенического характера между обеими группами, обнаружено не было ($p=0,052$). Этот факт свидетельствовал в пользу неспецифического астенизирующего воздействия неблагоприятных факторов трудового процесса на лиц основной группы, повышающих общий уровень невротизации в этой группе. Сказанное подтверждал проведенный нами анализ средних значений показателей этих же шкал методики ОНПД (Табл. 1), который выявил достоверное превышение средних значений астенической шкалы у респондентов основной группы ($p=0,044$), что свидетельствовало о большей выраженности у них астенической симптоматики, при отсутствии статистически значимых различий по двум другим шкалам методики.

Таблица 1

Средние значения показателей по некоторым шкалам методики ОНПД в изучаемых профессиональных группах

Шкалы ОНПД	max	Основная группа	max	Группа сравнения	Уровень значимости (p)
Шкала депрессии	100	61±1,283	84	58±1,945	p=0,099
Шкала астении	78	66±0,9458	76	60±2,351	p<0,044*
Шкала психического дискомфорта	88	83±2,495	88	83±1,921	p=1,0

*- имеются статистически значимые различия при $p < 0,05$

Средние значения симптоматических шкал методики Е. Александровича для основной группы с ДНР представлены в таблице 2. Сравнения со средними значения-

ми шкал у здоровых адаптированных лиц этой же группы выявляет статистически значимые различия по всем показателям ($p < 0,001$).

Средние значения по симптоматическим шкалам методики Е. Александровича для лиц основной группы с ДНР и у здоровых адаптированных лиц

Шкалы	max	Группа ДНР (n=80)	max	Здоровые адаптированные лица (n=116)	Уровень значимости (p)
I	54	16±1,807	22	8±0,7945	<0,001
II	32	13±1,116	23	4±0,6497	<0,001
III	37	16±1,189	24	5±0,6921	<0,001
IV	27	8±1,054	17	0±0,5132	<0,001
V	42	20±1,325	24	9±0,7707	<0,001
VI	37	21±1,266	31	5±0,7907	<0,001
VII	38	7±1,361	20	0±0,5751	<0,001
VIII	28	4±0,990	13	0±0,4812	<0,001
IX	22	8±0,9462	13	0±0,4548	<0,001
X	20	8±0,7742	12	4±0,4241	<0,001
XI	18	5±0,8534	24	4±0,6929	<0,001
XII	28	12±1,125	26	4±0,6392	<0,001
XIII	131	46±4,203	84	16±1,955	<0,001
Конверс.	46	14±1,374	16	0±0,5259	<0,001
Вегетососудистая дистания	49	16±1,882	36	4±0,8856	<0,001
Пищев.	39	8±1,297	24	4±0,6363	<0,001

Средние значения симптоматических шкал методики Е. Александровича при различных вариантах ДНР представлены в таблице 4.

При сравнении этих значений у испытуемых с различными радикалами ДНР не было выявлено достоверных различий по следующим шкалам: фобии (шкала I), беспокойства, напряжения (шкала III), сексуальных расстройств (шкала VII), дереализации (шкала VIII), навязчивостей (шкала IX), ипохондрических (шкала XI), психастенических расстройств (шкала XII) и нарушений пищеварения. В то же время, имеющиеся значимые отличия по оставшимся шкалам методики обуславливали особенности психопатологической симптоматики каждого варианта ДНР.

Астено-вегетативный вариант ДНР. По сравнению со средними значениями для всей группы ДНР и другими вариантами ДНР статистически достоверно более высокие значения были выявлены по шкале неврастенических расстройств ($p<0,001$) и по шкале нарушений вегето-сосудистой регуляции ($p<0,01$). Кроме того, показатели данного варианта ДНР превышали показатели эмоционально неустойчивого варианта ДНР по шкале агрипнических расстройств ($p<0,01$), но уступали этому варианту по шкалам истерических расстройств и конверсионных нарушений ($p<0,05$). По сравнению с ДНР с преобладанием астено-субдепрессивного радикала, отмечались достоверно более низкие показате-

ли по шкале депрессивных расстройств ($p<0,001$). Симптоматика данного вида ДНР представлена ухудшением памяти, рассеянностью, чувством некоторой затрудненности мышления, трудностями в концентрации внимания, быстрой утомляемостью, чувством усталости, нехватки сил, а также трудностями в засыпании, частыми ночными пробуждениями и другими агрипническими расстройствами в сочетании с ощущением сердцебиений, головной болью, гипергидрозом и другими вегетативными симптомами. При этом варианте ДНР респонденты несколько чаще, чем при других видах дезадаптации отмечали у себя расстройства в сексуальной сфере, причем основной жалобой было значительное ослабление полового влечения и нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола. Снижения настроения и затруднения общения с другими людьми обычно не отмечалось, но имелись указания на периодическую тревожность. Кроме того, несколько чаще возникали расстройства ипохондрического характера, связанные с повышенной концентрацией внимания на телесных функциях (на работе сердца, пульсе, пищеварении), что логично объяснялось наличием вегето-сосудистой дисфункции, характерной для астено-вегетативного варианта ДНР. Субъективно эти явления никогда не рассматривались респондентами как свидетельство нервно-психического расстройства. Чаще всего они были поводом

для приобретения анальгетиков, Я-адреноблокаторов, иногда препаратов нитроглицеринового ряда и гомеопатических средств с целью самокоррекции имеющихся вегетативных нарушений. В некоторых случаях имело место обращение респондентов к врачам соматического профиля, где после констатации соматического здоровья, они не получали адекватной помощи. В

случаях фиксации имеющейся симптоматики, астено-вегетативные проявления начинали «обращаться» депрессивно-ипохондрическими переживаниями, формируя симптоматику клинически выраженного невротического расстройства. Данный вид ДНР, как правило, возникал на фоне временного усиления нагрузки на работе и сочетался с нагрузками в быту.

Таблица 3

Усредненные показатели по симптоматическим шкалам методики Е. Александровича у респондентов основной группы с различными вариантами ДНР

Шкалы	max	Астено-субдепрессивный вариант (n=14)	max	Астено-вегетативный вариант (n=41)	max	Эмоционально неустойчивый вариант (n=25)
I	22	9±2,646	47	19±3,034	54	16±2,61
II	32	18±2,05	27	8±2,577	26	6,5±1,452
III	24	13±2,154	33	17±2,251	37	16±1,758
IV	16	10±0,9782	27	13±2,061	26	4±1,304
V	25	16±2,606	28	16±1,663	42	24,5±1,76
VI	29	17±3,027	35	26±1,601	29	16,5±1,379
VII	15	7±1,617	38	12±3,27	25	4,5±1,55
VIII	17	4±1,903	28	4±2,25	25	4,5±1,23
IX	22	12±2,324	16	5±1,326	22	8±1,309
X	20	15±1,577	20	9±1,406	17	8±0,9722
XI	9	4±1,214	18	9±1,75	17	4,5±1,186
XII	20	8±2,421	23	12±1,726	28	12±1,621
XIII	84	42±9,429	117	68±6,015	131	41±5,255
Конверс.	19	11±2,027	19	13±1,403	46	17±2,023
Вег-сосуд.	30	14±3,1	49	26±2,898	37	8±1,878
Пищев.	31	11±3,074	39	12±3,354	21	8±1,009

Эмоционально неустойчивый вариант ДНР. Эмоционально неустойчивый вариант ДНР обнаруживал более высокие значения показателей по шкале истерических расстройств и по шкале конверсионных нарушений по сравнению с астено-субдепрессивным и астено-вегетативным вариантами ДНР (Табл. 3) ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). В то же время значения показателей рассматриваемого варианта ДНР уступали астено-субдепрессивному варианту и среднему значению для всей группы ДНР по шкале депрессивных расстройств ($p < 0,001$); астено-вегетативному варианту – по шкалам невротических расстройств и вегето-сосудистых нарушений ($p < 0,01$), и обоим вариантам ДНР по шкале агрипнических расстройств ($p < 0,05$ и $p < 0,01$). Характерными жалобами при эмоционально неустойчивом варианте ДНР были жалобы на легко возникающую раздражительность, нетерпеливость, быструю смену настроения, ощущение внутреннего дискомфорта и неудовлетворенности. Чаще всего этот вариант ДНР возникал у лиц с преморбидной эмоциональной лабильностью и демонстративностью.

При этом, испытуемыми отмечалось частое желание действовать «созвучно эмоциональным порывам», «переживание обыденных ситуаций как субъективно стрессовых». Более частые конфликтные ситуации, возникающие на этом фоне, не приводили, однако, к ограничению или трудностям в общении с окружающими, отличались незначительной глубиной расстройств и отсутствием устойчивой межличностной конфликтности. Часть респондентов во время стрессовой ситуации отмечали у себя легкое «онемение кистей рук», «затрудненное дыхание», что не расценивалось ими как явление болезненное, так как имело быстро преходящий характер и не затрудняло функционирование. Подобную синдромально не оформленную психопатологическую симптоматику, можно было рассматривать как рудиментарные, нечетко выраженные конверсионные проявления в рамках доклинического этапа невротических расстройств. Частыми высказываниями респондентов были «чувство внутреннего напряжения», «ощущение недооценки со стороны окружающих» и «ощущение несправедливости». Данный вариант ДНР возникал, как

правило, на фоне общей астенизации под влиянием в большинстве случаев профессиональных факторов и провоцировался любой эмоционально насыщенной ситуацией. Фиксирование психопатологической симптоматики приводило к усугублению преморбидных личностных черт, появлению поведенческих нарушений, обусловленных эмоциональными порывами, реакциям на субъективно стрессовые ситуации по типу «клише», конверсионным нарушениям, что формировало стойкую межличностную конфликтность в рамках невротического расстройства.

Астено-субдепрессивный вариант ДНР. Анализируя средние значения показателей шкал при астено-субдепрессивном варианте ДНР (Табл. 3), следует отметить, что по сравнению со средними значениями для всей группы ДНР и другими вариантами ДНР статистически достоверно более высокие значения были получены по шкале депрессивных расстройств ($p < 0,001$). Следует особо отметить высокие показатели по шкале трудностей в социальных контактах, что при рассматриваемом варианте ДНР было достоверно выше, чем при других вариантах ДНР ($p < 0,01$). Это обстоятельство, по нашему мнению, отражало специфику субдепрессивной симптоматики доклинического уровня, проявляющейся легкими поведенческими нарушениями, такими как стремление к одиночеству, уменьшению социальных контактов. Кроме того, имел место высокий показатель по агрипнической шкале ($p < 0,05$) по сравнению с эмоционально неустойчивым вариантом. ДНР с преобладанием астено-субдепрессивного радикала уступало ДНР с преобладанием эмоциональной неустойчивости по шкалам истерических и конверсионных нарушений ($p < 0,01$), а от астено-вегетативного варианта ДНР отличалось – более низкими значениями показателей по шкалам невротических расстройств и вегетативных дисфункций ($p < 0,05$). Респондентами констатировалось ощущение внутреннего напряжения, усталости, «неясности головы», поверхностный ночной сон. Имела место склонность к пессимизму, при этом собственно депрессивной симптоматики не от-

мечалось, последнее ограничивалось чувством печали и ощущением неясного душевного дискомфорта. При данном типе дезадаптации респонденты несколько чаще, чем при других вариантах ДНР отмечали у себя явления навязчивостей в виде частой перепроверки выполненной работы, навязчивых сомнений в правильности выполнения задания, что сами испытуемые связывали с чувством неуверенности в себе. Лица с астено-субдепрессивным вариантом ДНР не относили свое состояние к болезненному проявлению, ссылаясь на рабочие и общежитейские проблемы, и обычно не практиковали приема каких либо медикаментов с целью коррекции своего состояния. Довольно типичным оказывался уход от проблем в работу: респонденты говорили, что «надо взять себя в руки» и «за работой все пройдет». В случаях фиксации состояния дезадаптации отмечалась смена ощущения внутреннего напряжения более осознанной тревогой, снижением продуктивности труда, стремлением к одиночеству, ухудшением настроения к концу рабочего дня, более выраженными агрипническими нарушениями. Астено-субдепрессивный вариант ДНР возникал как на фоне переутомления на работе, так и на фоне астенизирующих семейно-бытовых обстоятельств.

Подводя итог, следует отметить, что ДНР в обеих группах характеризовались субклиническим уровнем проявлений при отсутствии нарушений межличностных отношений и субъективного чувства болезни. Выявленное преобладание доклинических форм в основной группе в большей степени было обусловлено астено-вегетативным вариантом ДНР. Отмечена также большая встречаемость ДНР эмоционально неустойчивого типа у музыкально-педагогических работников.

Наличие ДНР у музыкантов-педагогов следует считать фактором риска появления у них клинически выраженных форм невротических расстройств, что требует проведения специфических психокоррекционных мероприятий на доклиническом этапе развития психопатологического процесса.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У МУЗИЧНО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА РАННІХ, ДОКЛІНІЧНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Дана робота присвячена вивченню доклінічного етапу формування невротичних розладів у музично-педагогічних працівників у рамках клініко-динамічного підходу. Скринінгові дослідження з наступним використанням клініко-анамнестичного й патопсихологічного методів дозволили виділити декілька варіантів доклінічних невротичних розладів, проаналізувати особливості їхньої психопатологічної симптоматики для подальшого використання цих знань із метою розробки психопрофілактичних і психокорекційних заходів, спрямованих на запобігання виникнення клінічних форм невротичних розладів в осіб даної професійної групи. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 86-91)

О.І. Osokina

THE CHARACTERISTIC OF NEUROTIC DISORDERS AT IS MUSICAL-PEDAGOGICAL WORKERS ON EARLY, SUBCLINICAL STAGES OF FORMATION OF PSYCHOPATHOLOGICAL PROCESS

Donetsk state medical university

This article is devoted to studying subclinical forms of neurotic disorders at musical-pedagogical workers within the limits of the clinical-dynamic approach. Screening with subsequent using of clinical and pathopsychological methods have allowed to allocate some variants of subclinical neurotic disorders. The analyses of different features of their psychopathological symptoms is necessary for further use of this knowledge with the purpose of development psychocorrective actions directed on prevention of occurrence of clinically outlined forms of neurotic disorders at persons of this professional group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 86-91)

Литература

1. Абрамов В.А., Кутько Н.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации. – Метод. реком., Донецк, 1992. – 20 с.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. – 1990. - Т.1. – С. 4-6.
3. Акерман Е.А. Невротические расстройства у работников крупного промышленного предприятия (эпидемиология, клиника, профилактика). Дис. ... канд.мед.наук.–М., 1987.
4. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников ВЦ (эпид., клин., динам., профил.): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков. - 1996. – 26 с.
5. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников вычислительных центров: диагностика, профилактика // Журнал псих. и мед. психологии. – 1995. - №1. - С. 57-60.
6. Величковская С.Б. Зависимость возникновения и развития стресса от факторов профессиональной деятельности педагогов. Дис. ... канд. психол. наук. - М., 2005.
7. Исурина Г.Л. Механизм лечебного действия групповой психотерапии при неврозах // Актуальные вопр. пограничной психиатрии. – 1989. - Ч.І. – Москва-Витебск. – С. 33-35.
8. Качина А.А. Психологическая структура профессионального стресса у менеджеров разного должностного статуса: Дис. ... канд. психол. наук. - М., 2006.
9. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. - Т.8. - №1. – С. 155-167.
10. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: Дис. ... канд. психол. наук. - СПб. - 2005.
11. Свердлов Л.С., Скорик А.И. Экспресс-диагностика функционального состояния // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. – 1990. - Т.1. - С. 97-99.
12. Семке В.Я. Ранняя диагностика и психопрофилактика пограничных состояний // Актуальные вопросы пограничной психиатрии. – 1989. -Ч.І. – Москва-Витебск.–С. 87-90.
13. Табачников С.И., Чуркин А.А., Найдено С.И. Новые организационные формы психотерапии больных с пограничными нервно-психическими расстройствами // психология и медицина. Тез. докл. 1 Украинского семинара мед. психологов. – 1994. - Донецк-Харьков. - 37 с.

Поступила в редакцию 27.04.2007

УДК 616.853:616.89-008.444-036

*С.Г. Носов***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АЛЬТЕРНАТИВНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИХ ПСИХОЗІВ З РІЗНИМ ТИПОМ ПЕРЕБІГУ У ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ЗВ'ЯЗКУ З ЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ**

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: альтернативні епілептичні психози, клінічні прояви, епілептичні напади, особливості клініко-патогенетичного взаємовпливу

Актуальність дослідження клініко-патогенетичних особливостей розвитку альтернативних епілептичних психозів полягає, насамперед, в тому, що недостатньо вивчено закономірності розвитку клінічних особливостей цих психотичних станів у патогенетичному зв'язку з передуючими та зникаючими епілептичними нападами [1,2,3,4,5], різноманітням та протиріччям поглядів вчених на цю проблему, відсутності чіткої системи знань закономірностей формування епілептичних психозів [6,7], а також недостатньою розробленістю патогенетично спрямованих підходів лікування та реабілітації хворих на цю патологію [7,8].

Метою дослідження є визначення закономірностей розвитку клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з транзиторним, нападopodobним та хронічним типом перебігу у патогенетичному зв'язку з особливостями редуцції різних видів епілептичних нападів.

Задачі дослідження:

1. Визначення клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різними типами перебігу.

2. Визначення закономірностей розвитку клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різними типами перебігу у патогенетичному взаємозв'язку з епілептичними нападами.

Матеріал та методи дослідження

Нами було обстежено 60 хворих (43 чоловіка та 17 жінок) віком від 19 до 50 років, що страждають на епілептичні психози (F06 за МКХ-10) з альтернативним типом формування і провідними афективно-маячними та галюцинаторно-маячними розладами. Криптогенна (або умовно-симптоматична) форма епілептичного захворювання спостерігалась у 34 хворих, симптоматична форма епілепсії – у 26 обстежених. У хворих епілепсія характеризувалась несприятливим (53 чол.) або злякисним перебігом (7 чол.), переважною скроневою (53 чол.) або лобно-скроневою (7 чол.) локалізацією вогнищевого епілептичного процесу в одній півкулі головного мозку або з обох боків. У всіх хворих під час розвитку епілептичних психозів спостерігався різного ступеню вираженості феномен «насильницької нормалізації ЕЕГ» у вигляді зменшення проявів аж до повного зникнення проявів епілептичної активності, яка ресструвалась при епілептичних нападах. У хворих спостерігались прості та комплексні парціальні напади переважно з сенсорною, вегетативною та психопатолог-

ічною симптоматикою, а також первинно та вторинно-генералізовані судомні (переважно тоніко-клонічні) і безсудомні епілептичні напади. Переліковані напади були рідкими, середньої частоти або частими (2-4-9 на місяць), які перед розвитком психозу частково (більш, ніж на 50% відносно первинної частоти) або повністю припинялись. Органічне ураження головного мозку, яке привело до розвитку епілептичного захворювання, виникло у хворих внаслідок перенесених черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, або не уточнених причин в перинатальному або постнатальному періоді (особливо в дитячому або підлітковому віці). Загальна діагностика епілептичних психозів відбувалась на підставі клініко-нейрофізіологічних критеріїв [9,10].

З дослідження виключались хворі на не епілептичні психози, хворі з наявністю перебігаючого церебрального органічного процесу, з наявністю гострого або хронічного у стані декомпенсації соматичного захворювання, яке б могло проявитися симптоматичними (соматогенни-

ми) психічними розладами, а також хворі з алкогольною та наркотичною залежністю.

В роботі використовувались клініко-психопатологічний метод, психометричний метод за допомогою шкали NPI (Neuropsychiatric Inventory) [11] для визначення ступеню вираженості психотичних проявів, клініко-катамнестичний (з терміном спостереження хворих від 1 до 3 років).

За шкалою NPI розглядалися такі показники психопатології, як частота виникнення психічного розладу: 1 - рідко (менше, ніж 1 раз на тиждень); 2- нерідко (більше, ніж 1 раз на тиждень); 3 – часто (декілька разів на тиждень, але не щоденно); 4 – дуже часто (щоденно), а також вираженість психічного розладу: 1 - слабка (розлад мало порушує функціонування хворого); 2 – помірна (розлад порушує функціонування хворого, але може бути скоректованим наданням медичних послуг); 3 – виражений розлад (розлад в значній мірі порушує функціонування хворого і воно важко поновлюється за допомогою медичних послуг). Загальна характеристика (величина) психічного розладу визначається як частота розладу, помножена на його вираженість. Нами проводилась загальна оцінка кожного розладу при альтернативних епілептичних психозах з різним типом перебігу і різними особливостями взаємовпливу з епілептичними нападами.

Серед обстежених нами були виділені 2 групи хворих на альтернативні епілептичні психози. Перша група досліджених хворих (23 чол.) характеризувалась тим, що у них епілептичні психози розвивались з повним альтернуванням по відношенню до епілептичних нападів (тобто спостерігалось повне припинення нападів перед розвитком психозу), ці стани були названі альтернативними психозами 1 типу.

Хворі першої групи дослідження розподілялись на дві підгрупи з урахуванням повноти та швидкості (одночасності або поступовості) припинення епілептичних нападів при формуванні альтернативних психозів: підгрупа з повним та одночасним припиненням епілептичних нападів (17 чол.) та підгрупа з повним, але поступовим припиненням певних типів нападів і розвитком альтернативного психозу (6 чол.).

Друга група досліджених хворих (37 чол.) характеризувалась неповним (не менше, ніж на 50% порівняльно з первинною частотою) та поступовим припиненням епілептичних нападів і розвитком альтернативних психозів 2 типу.

Альтернативне виникнення епілептичних психозів було обумовлено, поряд з несприятливим перебігом епілепсії, впливом додаткових

факторів, до яких відносилось використання у середньодобових або відносно великих (але не вищих, не токсичних) добових дозах нових антиепілептичних препаратів з потужним лікувальним впливом (вальпроати, ламотриджин, топамакс) протягом від 3 тижнів до 8 місяців, що спостерігалось у 23 хворих. Крім того, альтернативні психози виникали в умовах недостатності попереднього антиепілептичного лікування стандартними препаратами (бензонал, карбамазепін, етосуксимід, діфенін), які помітно знижували частоту епілептичних нападів, але не спиняли розвиток психотичних розладів (26 хворих) в поєднанні з певними проявами «насильницької нормалізації ЕЕГ». У 3 хворих альтернативні психози виникли після проведеної нейрохірургічної операції з приводу епілепсії, а у 8 хворих спостерігався спонтанний розвиток альтернативних психозів, який не можна було пояснити впливом приведених факторів.

Перечислені фактори приймали участь у розвитку альтернативних епілептичних психозів 1 та 2 типу. У хворих 1 групи дослідження альтернативні психози виникали переважно під впливом фактору призначення нових антиепілептичних препаратів (20 чол.), після нейрохірургічних втручань з приводу епілепсії (2 чол.), а також у 1 хворого спостерігалось спонтанне альтернативне виникнення психозу. У хворих 2 групи дослідження альтернативні психози виникали під впливом всіх перелічених лікувальних факторів, а саме: в результаті терапії новими антиепілептичними препаратами (3 чол.), в процесі лікування стандартними антиепілептичними препаратами (26 чол.), після нейрохірургічного втручання з припаду епілепсії (1 чол.), і спонтанне альтернативне виникнення альтернативних психозів відбулось у 7 хворих на епілепсію.

На підставі проведеного дослідження були виявлені наступні клініко-патогенетичні закономірності редукції епілептичних нападів і наступного розвитку альтернативних епілептичних психозів у хворих обох груп, враховуючи транзиторний, нападopodobний та хронічний перебіг психотичних станів: повне та одночасне припинення епілептичних нападів і швидкий (протягом наступних 1-2 діб) розвиток альтернативного психозу з феноменом «насильницької нормалізації ЕЕГ», повне і поступове припинення епілептичних нападів протягом останнього місяця з наступним поступовим розвитком альтернативного психозу на фоні декількох останніх нападів зі зменшенням їх частоти (протягом до

1-3 тижнів) з наступним їх повним припиненням, а також неповне і поступове зменшення частоти епілептичних нападів (на 50% і більше

порівняльно з попередньою частотою) з наступним розвитком альтернативного психозу на фоні нападів, що повторюються.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного дослідження були виявлені клінічні закономірності формування альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу в залежності від особливостей редукції епілептичних нападів.

падів.

Клінічні особливості альтернативних психозів з різним типом перебігу при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів подано в таблиці 1 та таблиці 2.

Таблиця 1

Особливості клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів під час розвитку психотичних станів (за шкалою NPI) з урахуванням середніх показників по групі хворих (n=17)

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу								
	Транзиторний (n=11)			Нападоподібний (n=4)			Хронічний (n=2)		
	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина
Маячні ідеї	4	3	12	3	3	9	3	2	6
Галюцинаторні розлади	4	3	12	3	3	9	2	2	4
Ажитация (збудження)	4	3	12	2	2	4	1	2	2
Депресія	2	3	6	2	2	4	1	2	2
Тривога	4	3	12	2	2	4	1	2	2
Ейфорія	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Апатія	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Поведінкова розгалумованість	4	3	12	3	2	6	2	2	4
Збудливість	4	3	12	3	2	6	2	1	2
Нічна активність	3	3	9	1	1	1	1	1	1
Розлади апетиту та прийому їжі	2	2	4	1	1	1	0	0	0
Потьмарення свідомості*	1	1	1	0	0	0	0	0	0

* - на початковому етапі розвитку психозу з наступним відновленням свідомості

Виходячи з отриманих результатів дослідження, при повному та одноразовому припиненні епілептичних нападів з наступним розвитком психозу найчастіше виникає транзиторний тип перебігу альтернативного до нападів психотичного стану, який характеризується поліморфізмом психотичних розладів з деяким переважанням афективних, маячних та галюцинаторних проявів, що виявляється при кореляційному аналізі даних. Крім того, при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів (за нашими попередніми даними – генералізованих судомних нападів середньої частоти або складних парціальних нападів з вторинною генералі-

зацією) при транзиторних альтернативних психозах на початковому етапі розвитку виникає стан з нерізко вираженим потьмаренням свідомості (тривалий сутінковий психоз), що швидко трансформується у поліморфний психотичний розлад з непотьмареною свідомістю.

Альтернативні епілептичні психози з нападоподібним типом перебігу виникають значно рідше, а хронічні психотичні стани виникають зовсім нечасто, і основним шляхом їх виникнення є трансформація альтернативного психозу з нападоподібним перебігом у хронічний. Поліморфізм клінічних проявів при нападоподібних психозах виражений значно менше, ніж при

транзиторних, спостерігається досить чітке переважаювання афективно-маячних або галюцинаторно-маячних проявів з початком формування відповідного психопатологічного синдрому. При хронічному перебігу спостерігається повністю сформований психотичний синдром, що рідко

спостерігається з самого початку розвитку альтернативного психозу при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів, що й обумовлює низьку частоту виникнення хронічних альтернативних психозів порівняльно з транзиторними.

Таблиця 2

Кореляції (r) різних проявів альтернативних психозів з типами перебігу психотичних станів при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу		
	Транзиторний (n=11)	Нападоподібний (n=4)	Хронічний (n=2)
Маячні ідеї	0.52**	0.64*	0.48*
Галюцинаторні розлади	0.47*	0.54*	0.47*
Ажитація (збудження)	0.59*	0.23*	0.19*
Депресія	0.43**	0.31*	0.22*
Тривога	0.57*	0.45*	0.21**
Ейфорія	-0.12*	0.18**	-0.24**
Апатія	-0.23*	0.17**	0.11**
Поведінкова розгальмованість	0.65*	0.48*	0.27*
Збудливість	0.41*	0.31*	0.25*
Нічна активність	0.44*	-0.23**	-0.18**
Розлади апетиту та прийому їжі	0.22**	-0.33**	-0.29**
Потьмарення свідомості	0.21*	-0.35*	-0.57*

* - $p < 0.05$ ** - $p > 0.05$

Клінічні особливості альтернативних психозів з різним типом перебігу при повному та

поступовому припиненні епілептичних нападів подано в таблиці 3 та таблиці 4.

Таблиця 3

Особливості клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу при повному та поступовому припиненні епілептичних нападів під час розвитку психотичних станів (за шкалою NPI) з урахуванням середніх показників по групі хворих (n=6)

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу								
	Транзиторний (n=1)			Нападоподібний (n=4)			Хронічний (n=1)		
	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина
Маячні ідеї	3	3	9	3	6	6	3	2	6
Галюцинаторні розлади	3	3	9	3	9	9	2	2	4
Ажитація (збудження)	3	3	9	2	4	4	0	0	0
Депресія	1	3	3	2	4	4	1	2	2
Тривога	3	3	9	2	4	4	1	2	2
Ейфорія	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Апатія	0	0	0	1	1	1	1	2	2
Поведінкова розгальмованість	3	3	9	2	4	4	1	1	1
Збудливість	4	3	12	2	4	4	1	1	1
Нічна активність	2	2	4	1	1	1	1	1	1
Розлади апетиту та прийому їжі	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Потьмарення свідомості*	1	1	1	0	0	0	0	0	0

* - на початковому етапі розвитку психозу з наступним відновленням свідомості

Кореляції (r) різних проявів альтернативних психозів з типами перебігу психотичних станів при повному та поступовому припиненні епілептичних нападів

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу		
	Транзиторний (n=1)	Нападоподібний (n=4)	Хронічний (n=1)
Маячні ідеї	0.53*	0.75*	0.57*
Галюцинаторні розлади	0.39*	0.62*	0.44*
Ажитація (збудження)	0.35*	0.31**	-0.23*
Депресія	0.47**	0.34**	0.28*
Тривога	0.39*	0.37**	0.25**
Ейфорія	-0.44**	-0.35**	-0.28**
Апатія	-0.72	0.22**	0.34**
Поведінкова розгальмованість	0.45*	0.33*	0.13*
Збудливість	0.38*	0.29*	0.36*
Нічна активність	0.49**	-0.23*	-0.14**
Розлади апетиту та прийому їжі	0.33**	-0.28*	-0.25**
Потьмарення свідомості	0.11*	-0.48*	-0.55*

* - $p < 0.05$ ** - $p > 0.05$

Таким чином, при повному і поступовому припиненні епілептичних нападів (за нашими попередніми даними – складних парціальних без або з вторинною генералізацією) найчастіше виникали нападоподібні альтернативні психози з окресленими клінічними проявами провідного психотичного синдрому. Прояви цього синдрому найчастіше впливали з психопатологічної симптоматики складних парціальних нападів, або (рідше) з тривалих сутінкових психозів, що виникали після вторинно-генералізованих судомних нападів середньої частоти або частих, а також після серійних дисфоричних реакцій. Після тривалих сутінкових психозів та дисфорій нападоподібні психози спочатку були схожі за деякими клінічними проявами на транзиторні (поліморфізм розладів, але з швидким наступним переважанням проявів афективного, афективно-маячно-галюцинаторного психотичного синдрому), і характеризувались наступним тривалим перебігом. Хронічні психози, які нечасто спостерігались у наших хворих при повному та поступовому припиненні нападів, виникли внаслідок подальшої клінічної трансформації нападоподібних психозів, що виникали з психопатології складних парціальних нападів.

Клінічні особливості альтернативних психозів з різним типом перебігу при їх неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів

подано в таблиці 5 та таблиці 6.

При неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів переважали за частотою виникнення нападоподібні та хронічні альтернативні психози з переважанням афективно-маячно-галюцинаторної симптоматики, яка була чітко структурованою і оформленою у відповідний психотичний синдром з рисами подальшої динаміки складових синдрому (схильність до систематизації маячення, конкретизація маячної фабули, одномодальність галюцинаторних розладів та їхня сюжетна відповідність до маячення та ін.). Хронічні альтернативні психози виникали з попередніх нападоподібних, які, в свою чергу, з'являлись з психопатологічної симптоматики складних парціальних нападів, а також вторинно генералізованих безсудомних нападів (зокрема, з атипових абсансів). На особливості клінічної картини нападоподібних та хронічних альтернативних психозів впливали також емоційно-поведінкові та когнітивні розлади симптомокомплексу помірно-виражених та виражених специфічних для епілепсії змін особистості та епілептичного недоумства, що показано в інших наших працях. Транзиторні психози були небагаточисленними і виникали з симптоматики парціальних та генералізованих безсудомних нападів без попередніх тривалих сутінкових психотичних розладів.

Особливості клінічних проявів альтернативних епілептичних психозів з різним типом перебігу при неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів під час розвитку психотичних станів (за шкалою NPI) з урахуванням середніх показників по групі хворих (n=37)

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу								
	Транзиторний (n=3)			Нападоподібний (n=26)			Хронічний (n=8)		
	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина	Частота виникнення	Вираженість	Загальна величина
Маячні ідеї	3	3	9	3	2	6	2	2	4
Галюцина торні розлади	3	3	9	3	2	6	2	2	4
Ажитація (збудження)	2	2	4	1	2	2	0	0	0
Депресія	1	2	2	2	1	2	2	2	4
Тривога	3	2	6	2	2	4	1	1	1
Ейфорія	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Апатія	0	0	0	1	1	1	2	2	4
Поведінкова розгальмованість	3	2	6	2	1	2	1	1	1
Збудливість	3	2	6	2	2	4	1	1	1
Нічна активність	2	1	2	1	1	1	0	0	0
Розлади апетиту та прийому їжі	3	1	3	1	2	2	1	1	1
Потьмарення свідомості	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблиця 6

Кореляції (r) різних проявів альтернативних психозів з типами перебігу психотичних станів при неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів

Психопатологічний прояв	Тип перебігу психозу		
	Транзиторний (n=3)	Нападоподібний (n=26)	Хронічний (n=8)
Маячні ідеї	0.57*	0.81*	0.65*
Галюциаторні розлади	0.49*	0.75*	0.54*
Ажитація (збудження)	0.55*	0.24**	-0.35*
Депресія	0.32**	0.27**	0.31*
Тривога	0.41*	0.24**	0.14**
Ейфорія	-0.42**	-0.65**	-0.47**
Апатія	-0.35	0.35**	0.22**
Поведінкова розгальмованість	0.39*	0.29*	0.17*
Збудливість	0.34**	0.22**	0.32*
Нічна активність	0.23**	-0.23*	-0.11**
Розлади апетиту та прийому їжі	-0.13**	-0.19*	-0.12**
Потьмарення свідомості	-0.65**	-0.72**	-0.87**

* - $p < 0.05$ ** - $p > 0.05$

Висновки:

1. Альтернативні психози найчастіше проявляються афективно-маячно-галюциаторними розладами, які проявляються при транзиторному, нападоподібному та хронічному перебігу

психотичного стану і мають клінічні особливості в залежності від характеру редукції епілептичних нападів.

2. При повному та одночасному припиненні епілептичних нападів найчастіше виникають

транзиторні альтернативні психози з поліморфною клінічною картиною, що вбирає в себе також і афективно-маячні та галюцинаторні розлади.

3. При повному та поступовому припиненні епілептичних нападів частіше спостерігаються нападодібні альтернативні психози з оформленням афективно-маячного або галюцинатор-

но-маячного синдрому.

4. При неповному та поступовому припиненні епілептичних нападів виникають переважно нападодібні та хронічні альтернативні психози, які характеризуються стійкістю та подальшою негативною психопатологічною динамікою афективно-маячно-галюцинаторного синдрому.

С.Г. Носов

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЧЕНИЯ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ СВЯЗИ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ

Днепропетровская государственная медицинская академия

В статье представлены результаты научного исследования, характеризующие особенности клинических проявлений альтернативных эпилептических психозов с транзиторным, приступообразным и хроническим течением в зависимости от вида и особенностей редукции эпилептических припадков при их полном и одновременном, полном и постепенном, неполном и постепенном прекращении. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 92-98)

S. Nosov

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ALTERNATIVE EPILEPTIC PSYCHOSES WITH DIFFERENT TYPES OF DURATION AND PATHOGENIC RELATIONS WITH EPILEPTIC SEIZURES

Dnepropetrovsk State Medical Academy

This article is devoted to the research data of peculiarities of clinical manifestations of alternative epileptic psychoses with different types of duration and pathogenic relations with specific reduction of epileptic seizures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 92-98)

Література

1. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии.-М., 1999.-416с.
2. Голубков О., Иванов Н., Пастухова Т. К вопросу клиники и патогенеза эпилептических психозов//II Міжнар. конф. укр. противоєп. ліги.-К.,1998.-С.20.
3. Мельник В.И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике.-К.:Науковий світ.-2005.-С.10-23.
4. Roy A.K., Rajesh S.V., Iby N., Jose J.M. et al. A study of epilepsy-related psychosis// Neurol India.- 2003.- Vol.51, N3.-P.359-360.
5. Gelisse P., Samuelian J.C., Genton P. Epileptic psychosis// Rev. Neurol. (Paris).- 2002.-Vol.158, N 6-7.-P.661-668.
6. Isotani T., Kinoshita T. Psychotic episodes and chronic psychoses with epilepsy//Ryoikibetsu Shokogun Shirizu.- 2002.-Vol.37, Pt 6.-P.79-84.
7. Sachdev P. The psychoses of epilepsy// J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.- 2001.-Vol.70, N5.-P.708-709.
8. Trimble MR. Interictal psychoses of epilepsy//Adv. Neurol.-1991.-Vol.55.-P.143-152.
9. Юр'єва Л.М., Носов С.Г. Типологія та діагностика епілептичних психозів//Вісник психіатрії та психофармакотерапії.-2006.-№1 (9).-С.176-178.
10. Ashidate N. Clinical study on epilepsy and psychosis// Seishin Shinkeigaku Zasshi.- 2006.-Vol.108, N3.-P.260-265.
11. Cummings J.L., Mega M., Gray K. et al. Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia//Neurology.-1994.-Vol.44.-P.2308-2314.

Поступила в редакцию 17.05.2007

УДК: 616.895.4-036.12.001.8

*В. І. Пришляк, О.О. Фільц***ПРОБЛЕМА ХРОНІФІКОВАНИХ ДЕПРЕСІЙ В ПСИХІАТРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ
ЧАСТИНА II**

Львівський державний медичний університет ім. Д.Галицького

Ключові слова: клінічні предиктори хроніфікації, депресивні розлади, хронічні депресії, хроніфікація.

У першій частині огляду було розглянуто феномен зростання частоти хроніфкованих депресій у загальній популяції та виділено основні проблемні питання у дослідженні цих станів. Зокрема, було висвітлене питання критеріїв хронічного перебігу депресивних розладів та проаналізовано основні передумови, що ведуть до хроніфікації депресій (вік маніфестації, наявність органічного ураження головного мозку, супутньої соматичної та психіатричної патології, конституційно-особистісні фактори). У другій частині огляду ми зосередимося на питаннях предикції затяжних депресій та з'ясуємо можливі механізми хроніфікації.

III. Предикція хроніфкованих депресій

Важливим напрямком дослідження хронічних депресій є виявлення ознак, за допомогою яких можна прогнозувати наступне затягування депресії і ефективність лікування розладу. Деякі дослідники вивчали біологічні предиктори хроніфікації та терапевтичної резистентності. Так, було показано, що депресія частіше затягується у пацієнтів з порушенням активності ядер гіпоталамуса, які керують циркадними ритмами організму, з цим фактором пов'язували і хроніфікацію депресій похилого віку, коли активність мозкових структур закономірно знижується [17]. З метою предикції ефективності терапії пацієнтам пропонували проводити дексаметазонавий та діазепамовий тести, пробу на одноразове введення антидепресантів [21], дослідження параксизмальної активності мозку за допомогою ЕЕГ [19], використання амфетамінового тесту, дослідження метаболізму моноамінів в мозку, стану ферментних систем, відповідальних за фармакокінетику препаратів [20, 37, 48, 53]. Однак, названі тести, по-перше, виявились малоспецифічними і не набули широкого клінічного використання, а по-друге, дослідження активності ядер гіпоталамуса чи ферментних систем були б над-

то громіздкими в повсякденній клінічній практиці. Тому основні пошуки предикторів хроніфікації депресій ведуться у сфері клініки та перебігу цих станів. Варто зауважити, що серед клінічних предикторів описуються вже розглянуті нами в першій частині статті гетерономність супутньої психічної патології, особистісної структури і спадковості пацієнтів, наявність соматичної та органічної обтяженості, повторних психотравмуючих обставин. Ці фактори, як вже було сказано, в значній мірі пов'язані з особистісними механізмами і, як слід припустити, працюють у безпосередньому зв'язку з ними. Іншими найчастіше згадуваними в літературі клінічними предикторами слід визнати наступні: синдромологічна структура розладу, окремі типові симптоми, особливості перебігу розладу.

1. Синдромологічна структура хроніфкованих депресій.

У багатьох дослідженнях виділяються окремі синдромологічні варіанти депресій, які найбільш схильні до затягування [5, 6, 13, 18, 21, 23, 25, 30, 45, 46]. Серед таких "особливих" депресивних синдромів у літературі зустрічаються тривожно-депресивний, іпохондрично-депресивний, обсесивно-компульсивно-депресивний, істеродепресивний, маячно-депресивний, деперсоналізаційно-депресивний, апатично-депресивний, анергічно-адинамічний, дисфоричний, кататонічний і навіть типовий меланхолійний [5, 6, 12, 24, 28, 31]. Фактично, йдеться про всі можливі синдромологічні варіанти депресій, однак, найбільш схильними до затягування вважаються деперсоналізаційний, іпохондричний та обсесивно-компульсивний синдроми [5 – 7, 13, 18, 28, 30]. Разом з тим, Р.Я. Вовін і співавтори [5, 6] вважають, що поява цих синдромів є не стільки причиною, як наслідком хронічного перебігу депресій, оскільки при затягуванні депресії і редукції власне афективного компонента

дереалізаційні, обсессивні та іпохондричні прояви виступають на перший план. Будучи самі по собі резистентними та схильними до хроніфікації, ці синдроми ведуть до “стабілізації” депресії і майже не реагують на тимоаналептичну терапію. Найбільша вираженість таких невротичних ознак спостерігається на початковому та фінальному етапах розладу, коли власне депресивні прояви є менш помітними. Подібної точки зору дотримується і Г. Я. Авруцкий, який вважає наявність неврозоподібних включень у клініку затяжних депресій наслідком недостатньо інтенсивного лікування, у результаті чого згладжуються вітальні прояви ендогенної депресії, зменшується її глибина і типові фази переходять у мляво перебігаючі варіанти, на фоні яких виникають неврозоподібні і соматоформні симптоми, обумовлені особистісною схильністю до невротичного реагування та іпохондричною настроєністю пацієнтів [2]. Звертається увага і на те, що структура й феноменологія таких неврозоподібних ознак тісно пов’язані зі структурою особистості хворого: наприклад, обсессивно-компульсивні прояви виникають у осіб психастеничного складу, іпохондричні – у пацієнтів з рисами тривожної надумливості [5]. М. Weissman [58] також вказує на те, що саме наявність невротичних симптомів у структурі депресивного синдрому сприяє переходу депресії до хронічного перебігу і гальмує природне завершення депресивної фази. Отже, спільною ознакою, характерною для затяжних депресивних синдромів, визнається наявність в структурі синдрому “невротичного додатку”, тісно пов’язаного з особистісними механізмами.

2. Типові симптоми хроніфікованих депресій.

Разом з тим, Р. Я. Вовін, І. О. Аксенова, використавши кореляційний і факторний методи математичної обробки, з’ясували, що перебіг депресії не залежить від якогось конкретного синдрому [5]. Натомість, вони стверджують, що не синдромологічна структура, а наявність тих чи інших симптомів в картині депресії грає роль у механізмі, що спричиняє затяжний перебіг. З такою позицією погоджується і багато інших дослідників, які звертають увагу на окремі симптоми і особливості клініки, характерні саме для хроніфікованих депресій. Проаналізувавши дані літератури, можна виділити наступні чотири групи таких симптомів:

1. Симптоми невротично-особистісного спектру: настирливості, фобічні переживання, сомато-психічна деперсоналізація, істеричні прояви, дисфоричність, симптом “недільних загост-

рень”, схильність до госпіталізму [2, 5, 6, 11, 23, 33, 35, 36, 41, 51, 59].

2. Симптоми, які відображають “стертість” депресивного афекту: ригідність і монотонність симптомів депресії, стереотипно повторювані скарги, застиглість симптоматики, стертість клінічної картини, симптом “вербалізації афекту”, який проявляється стереотипним описом пацієнтом своїх тяжких страждань при збереженні зовнішньої монотонності і байдужості [1 – 3, 9, 10, 23, 26, 28].

3. Симптоми атиповості клініки власне депресії: скерованість назовні “вектора вини”, іпохондричне забарвлення ідей самозвинувачення, дисгармонія депресивної тріади, домінування моторної загальмованості, проявів негативної афективності (апатії, анестезії, анергії), депресивного маячення, незавершеність синдрому, невиразність і непостійність вітального компонента, незначна вираженість психомоторної загальмованості [16, 20, 23, 26, 27, 39, 40, 43].

4. Прояви соматоформного спектру: сенестопатії, парестезії, алгії, соматизація психопатологічних проявів, домінування катестетичного афекту, сенесто-іпохондричні симптоми [5, 6, 23, 26, 37, 50].

Попри велику різноманітність вище описаних симптомів, слід зауважити, що кожна з цих груп в тій чи іншій мірі пов’язана все з тим же особистісним фактором. Це стосується не лише симптомів особистісно-невротичного спектру, але і трьох інших груп, особистісний фактор у яких слід шукати у специфіці афективної сфери пацієнтів.

3. Особливості перебігу і типологія хроніфікованих депресій.

Серед інших клінічних предикторів значну увагу приділяють і особливостям перебігу депресій. За ознакою циклічності частина авторів вважає, що більш схильними до затяжного перебігу є депресії в структурі монополярного перебігу афективного розладу (рекурентні депресії) [20, 57, 60]. Інші, однак, наводять аргументи на користь частішої хроніфікації депресії у структурі біполярного розладу [23, 28]. Важливими клінічними предикторами хроніфікації вважаються такі показники, як частота рецидивів та якість ремісій: зі збільшенням числа рецидивів збільшується й імовірність затягування фаз, а наявність резидуальної симптоматики в ремісії у ще більшій мірі вказує на несприятливий прогноз [26]. Наявність тривалих періодів афективних порушень “амбулаторного” рівня у перебігу хвороби, виникнення “гіпоманіакаль-

них вікон” при стиханні гострого періоду також вважаються предикторами хроніфікації депресій [23, 28].

Досліджуючи закономірності перебігу хронічної депресії, багато авторів приходять до висновку про те, що вона має ще й певну динаміку з послідовною і поступовою зміною кількох стадій [12, 23 – 26]. Основною закономірністю хроніфікації вважається поступове згладжування афективної симптоматики з наближенням її до апатичного полюса і домінуванням особистісних рис в клінічній картині [7, 25]. А. Б. Смулевич пропонує розрізнати два послідовних етапи формування хронічних депресій: 1) активна стадія, яку він називає “хронічний перебіг депресії”, і 2) стабілізація – “резидуальний стан”. Останній характеризується “персоніфікацією” афективних симптомокомплексів, що набувають властивостей розладів особистості, коли симптоми депресії стають ніби рисами характеру, формується особливий депресивний світогляд з відчуттям власної безперспективності, “нещасної долі”, характерні прояви ангедонії, істероїдної дисфорії, виразні порушення міжособистісних стосунків. Разом з тим, автор зазначає, що розмежування цих стадій на сьогодні ще не має чітких клінічних критеріїв [26].

На основі виявлених клінічних особливостей та закономірностей динаміки різні дослідники пропонують різні варіанти типології затяжних депресивних станів. Найчастіше виділяють наступні клінічні варіанти хронічних депресій [26, 49]: дистимія, хронічна велика депресія, подвійна депресія (великий депресивний епізод на фоні дистимії) [49, 52, 54], рекурентні епізоди великої депресії з неповними ремісіями. Р.Я. Вовін та співавтори [6] виділяють такі узагальнені форми перебігу хронічних депресій: 1) З рівномірною вираженістю депресивної симптоматики протягом тривалого періоду часу (автори називають цей варіант перебігу “депресивним існуванням”); 2) З чітко періодичними фазами поглибленнями депресії на фоні тривалого субдепресивного стану без повної ремісії. Як приклад даного варіанту наводиться так звана “подвійна депресія”; 3) З аперіодичними поглибленнями депресивної симптоматики на фоні редукованого депресивного стану. Поглиблення депресії при цьому варіанті є, як правило, спровокованими різними психотравмуючими і несприятливими обставинами; 4) з поступовим поглибленням депресії та ознаками прогредієнтності. Н.С.Аkiskal [32, 33, 35, 41, 44] поділяє затяжні депресії на: характерологічні депресії (з

раннім початком і варіантами по типу подвійної депресії та по типу хронічного перебігу неврозу з тривожно-депресивною симптоматикою), дистимії (субклінічна депресія з емоційною лабільністю і поліморфною симптоматикою), хронічні уніполярні депресії (з типовою клінікою і затяжною резидуальною симптоматикою), хронічні “вторинні” депресії (на основі шизофренії чи органічних захворювань головного мозку). Т. И. Дикая [9, 10] пропонує поділяти всі тривалі депресії на затяжні та хронічні. При цьому затяжними вона називає затягнуті афективні фази, які в свою чергу поділяє на структурно прості (з типовими клінічними проявами ендогенної депресії) та поліморфні (з наявністю в клінічній картині виразних неврозоподібних та деперсоналізаційних проявів). Для затяжних депресій характерні спонтанні якісні ремісії. Хронічними авторка називає затяжні приступи з ознаками пргредієнтності, з виразною атиповістю депресивного синдрому і переважанням явищ “негативної афективності” без повних ремісій. Нозологічно “хронічні депресії” дослідниця відносить до прогредієнтних захворювань шизофренічного кола.

А. А. Пуховський [23] виділяє два варіанти перебігу хронічних депресій: з гострим та хронічним початком. 1) Варіант з гострим початком маніфестує, як правило, в молодому віці (10-28 років), і перебігає в два етапи: а) ініціальний етап з гостротою депресивних переживань у вигляді меланхолійно-тривожних, тривожно-іпохондричних та тривожно-деперсоналізаційних синдромів; характерні: іпохондричність, дисгармонійність депресивної тріади, наявність невротичної симптоматики, демонстративність; б) власне хронічний етап – зниження гостроти переживань, монотонність стану, формування постійного субдепресивного фону, тісно пов'язаного з особистістю; іноді виникають періодичні автохтонні або ситуаційні загостреннями. 2) Другий варіант характеризується трьохетапною послідовністю формування хронічної депресії: а) ініціальний етап починається поступово з субдепресивних розладів амбулаторного рівня. Характерні меланхолійно-адинамічні, апато-адинамічні, анестетичні прояви, дисгармонія депресивної тріади, іпохондричність, наявність невротичної симптоматики, деперсоналізації-дереалізації; б) виникнення гострого депресивного стану з тривожно-меланхолійною і тривожно-деперсоналізаційною симптоматикою, характерна значна інтенсивність тривожного компонента, аж до раптоїдних станів, наявність невротич-

них симптомів, дисгармонія депресивної тріади, деперсоналізація, вегетативні пароксизми, іпохондричність; в) власне хронічний етап – характеризується стиханням гостроти переживань, і формуванням субдепресивного фону, що набував характеру дистимічного розладу, клінічно мало відрізняється від ініціального етапу, з дещо більшою вираженістю апатичного компоненту. Проаналізувавши описані в літературі клінічні особливості хроніфікованих депресій, варто зауважити, що багато з них тісно пов'язані з особистісною сферою пацієнтів. Цей зв'язок підтверджується і роллю психотравмуючих обставин в становленні хронічного перебігу, і наявністю в клініці виразних невротичних симптомів, і “персоніфікацією” розладу на пізніх стадіях. Саме тому, на нашу думку, головні клінічні предиктори слід шукати саме в особистісній сфері пацієнтів.

Тим не менше, на сьогодні за даними літератури виділяють наступні групи клінічних предикторів хроніфікованих депресій: 1) різні синдромальні варіанти депресій, 2) окремі характерні симптоми, 3) особливості перебігу. На основі специфічної клініки і перебігу створено кілька варіантів типології затяжних депресій. Разом з тим, варто зауважити, що багато з виявлених клінічних предикторів є не цілком однозначними. Зокрема, різноманітність виділених синдромів не дозволяє впевнено пов'язувати їх з хроніфікацією депресій. Більше того, ряд дослідників висловлюють думку про відсутність конкретних клінічних ознак, властивих саме для хроніфікованих депресій [25, 42]. Це підтверджується і тим фактом, що навіть ті депресивні синдроми, які вважаються найбільш схильними до затягування, далеко не завжди набувають хронічного перебігу, а хроніфікуватись, як показує клінічна практика, може депресія з будь-яким провідним синдромом. Очевидно, що і окремі симптоми, які найчастіше зустрічаються при затяжному перебігу депресій, також не можна вважати облігатними ознаками лише цих станів. Попри наявність кількох варіантів типології, доводиться констатувати, що на сьогодні немає загальноновизнаної класифікації хроніфікованих депресій.

Разом з тим, проаналізувавши усі виділені особливості клініки хроніфікованих депресій, все ж, можна виділити одну спільну ознаку, з наявністю якої погоджуються більшість дослідників. Цією ознакою є атиповість клінічної картини, яка проявляється і стертістю афективної симптоматики, і наявністю неврозоподібних,

соматоформних, маячних проявів, і дисгармонією самого депресивного синдрому. Отже, найбільш характерною рисою хроніфікованих депресій вважається їх відмінність від класичних “ендогенних” варіантів депресій.

IV. Ендореактивні механізми хроніфікації депресій.

У зв'язку з вище сказаним деякі автори вважають, що хроніфіковані депресії являють собою неоднорідну в нозологічному плані групу захворювань [8, 9, 15, 24–27, 31, 38]. “На думку Kuhn, в цю групу входять крім ендогенних депресій такі захворювання як циклофренія, невротичні розвитки особистості, приховані органічні процеси головного мозку і навіть шизофренія” (цит. за І. Темковим, К. Кіровим [27]). Звертає на себе увагу той факт, що багато дослідників [3, 5, 6, 9, 24, 31, 34, 35], вивчаючи хронічні депресії, схильні зараховувати до їх числа варіанти, які виникали в структурі перебігу розладів шизофренічного кола. Однак, такий підхід видається недоцільним, оскільки значно розмиває фокус дослідження. Очевидно, що депресії при різних формах шизофренії пов'язані, так чи інакше, з іншими патогенетичними механізмами так званого прогредієнтного процесу (в сенсі “процесу” за К. Jaspers [47]). Таким чином, якщо відкинути розлади шизофренічного і органічного кола, які мають власні діагностичні критерії і які, в принципі, можна віддиференціювати, то ми повертаємось до особистісних механізмів в хроніфікації депресій. Їх роль підтверджується фактом, що більшість хронічних депресій мають реактивний початок, психогенії грають роль, як уже згадувалось, і в загостреннях при перебігу по типу “подвійної депресії”, і в підтриманні хронічного існування депресії, як один із суттєвих факторів хроніфікації.

У зв'язку з цим варто звернути увагу на роботи Н. Weitbrecht, який висловлює думку про поєднання ендогенного і реактивно-особистісного механізмів у генезі та клініці затяжних депресій. На його думку, часто спостерігається віталізація реактивних депресій, а психореактивні механізми можуть нашаровуватись на вже існуючу ендогенну депресію [4]. Про континуум перехідних форм між ендогенною і невротичною депресіями говорить і С. Н. Мосолов [20], на цій же, по-суті, континуальній теорії ґрунтується і класифікація депресій Р. Kielholz (1969). Механізм хроніфікації депресій за Н. Weitbrecht [59] полягає ще й у тому, що так звана “ендогенна” депресія веде до змін у структурі особистості хворого, на фоні яких вторин-

но розвивається хронічна депресія. W. Schulte (1969) пояснює причину її розвитку психогенним механізмом, коли хворий гостро відчуває власну неспроможність в досягненні своїх цілей і вимог, які він перед собою ставить. Природним наслідком такого усвідомлення є розчарування, яке підтримує і стабілізує хронічно існуючу депресію (за Р. Я. Вовнім та співавторами [6]). Про подібне “замкнуте коло” формування хронічної депресії писав і S. Kraines (1957), на думку якого: “ендогенні зміни можуть діяти як психічна травма і стимулювати виникнення психопатологічного невротичного механізму, котрий стає хронічним і підтримує депресію ... тривала госпіталізація сприяє ще більшій хроніфікації депресій” (цит. за Р. Я. Вовнім, І. О. Аксеновою [5]). Тут, по-суті, йдеться про нозогенне [14, 29] ставлення до діагнозу “депресія”, яке і “включає” особистісний компонент реагування.

Слід згадати і про „класичні” варіанти ендореактивних депресій [4 – 6, 12, 22], характерною рисою яких є саме схильність до хронічного перебігу (опис клініки наводиться за працею Р. Я. Вовіна і співавторів [6]):

1. Ендореактивна дистимія Вайтбрехта – починається як психогенна депресія, але згодом поступово “віталізується.” Особливостями клініки є переживання нудьги з похмурою драгітливостю, дисфоричність, скерованість назовні “вектора вини”, відсутність “первинного почуття провини”, схильність до іпохондрії.

2. Депресії розвантаження – виникають через кілька місяців після звільнення від чогось (наприклад роботи), завершення дії тривалих психічних навантажень, що стає своєрідною травмою, “головним патогенним фактором”, далі розвивається за ендогенними механізмами. Клінічно подібні до ендореактивних дистимій, але переважають симптоми млявості, астенії, переживання відкинутості, “відчуження” від життя.

3. Екзистенційні депресії – виникають після дії певного “ключового переживання”, що спричиняє крах життєвих планів і встановленого стилю життя (“екзистенційної катастрофи”), проявляються загальмованістю, страхом, вторинним почуттям провини, добовими коливаннями настрою, депресивним світосприйняттям, роздумами про невдале життя, важку долю, ретроспективною переоцінкою прожитого життя. Виникає “замкнуте коло”, яке веде до поступового поглиблення депресії. Подкоритов В. С., Чайка Ю. Ю. вважають ці розлади формуванням у хворих на ендогенні, невротичні депресії та інші

психічні захворювання своєрідної особистісної девіації [22].

4. Депресії виснаження Кільгольца – виникають у зв’язку з дією на людину повторних чи хронічних несприятливих зовнішніх обставин і тривалого психічного перевантаження. В клініці виділяють три стадії: 1)гіперстенічно-астенічну, 2)психосоматичну (з функціональними соматичними і вегетативними розладами) і 3) з розгорнутою депресивною симптоматикою. Характерними є значні розлади вегетативної нервової системи, апатичний фон настрою, розлади сну, статевого потягу, експлозивність, наявність компонентів депресивної тріади, іпохондричність, фіксація на психотравмуючих подіях.

5. Вегетативні депресії Лемке близькі за суттю і походженням до депресій виснаження, особливістю їх клініки є тривожно-депресивна симптоматика зі значними проявами вегетативних розладів, диссомнією, істеричною, іпохондричною, психастенічною симптоматикою. Характерні періодичні коливання вираженості симптоматики.

Наявність у вище описаних клінічних варіантів типових ознак хроніфікованих депресій є цілком очевидною. Таким чином, можна зробити висновок про те, що багато хроніфікованих депресій належить до так званих ендореактивних, в генезі яких грає роль як ендогенний, так і, значною мірою, психогенний (в тому числі і нозогенний), а отже, особистісний фактор, які в поєднанні ведуть до специфічного розвитку особистості [4, 8, 55, 56], що клінічно проявляється у вигляді різних форм хронічного “існування” в депресії. Особистісно-конституційний фактор, як уже згадувалось раніше, лежить і в основі більшості передумов хроніфікації, як то гетерогенна спадковість, коморбідність, особистісна структура пацієнтів, психо- і нозогенні моменти. Особистість пацієнта впливає і на клінічні ознаки хроніфікованих депресій, визнані предикторами хроніфікації (атиповість і “стертість” клініки з наявністю виразних невротичних, реактивних ознак, симптомів особистісних розладів, “персоніфікація” клініки хронічної депресії на пізніх стадіях). Разом з тим, залишається недостатньо зрозумілим, який саме особистісний фактор і які особистісні механізми лежать в основі хроніфікації.

Висновки

1. Перш за все, слід констатувати, що дані літератури стосовно хронічних депресій є доволі різноманітними, і по-суті – суперечливими. Це

стосується як самого визначення хронічного перебігу, так і його причин, передумов, механізмів хроніфікації і теорій, що пояснюють походження та динаміку цих станів. Хоча наведені дані досить різносторонньо характеризують затяжні депресивні розлади, але їх фрагментарність і суперечливість не дають достатньо повного розуміння природи цих станів. Дотепер немає єдиної визнаної концепції хронічних депресій, універсального розуміння їх типології, класифікації, динаміки, терапевтичних підходів.

2. В дослідженнях виділяються достатньо узагальнені риси хроніфікованих депресій, які зводяться, головним чином, до їх значної тривалості,

сивного стилю життя” і “депресивного розвитку особистості”, які визнаються невід’ємними ознаками хроніфікованих депресій.

Очевидно, що особистісний фактор, який грає вирішальну роль у хроніфікації депресій, є на сьогодні недостатньо вивченим і потребує подальшого ґрунтовного дослідження.

В. И. Пришляк, А.О. Фильц

ПРОБЛЕМА ХРОНИФИЦИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЧАСТЬ II

Львовский государственный медицинский университет

Вторая часть осмотра литературы посвящена изучению вопроса клинических предикторов хронических депрессий. Описаны характерные для таких состояний атипичные депрессивные синдромы. Выделены группы отдельных симптомов, чаще встречающихся при хроническом течении депрессий. Описаны особенности течения и варианты типологии затяжных депрессивных состояний и предположения об их нозологической неоднородности. Выдвигается идея об эндореактивных механизмах хронификации депрессий, непосредственно связанных с преморбидной личностной структурой пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 99-105)

V. I. Pryshlyak, O.O. Filtz

THE PROBLEM OF CHRONIC DEPRESSIONS IN PSYCHIATRICAL INVESTIGATIONS PART II

State medical university by D.Galitsky, Lviv

The second part of our review is dedicated to the problem of clinic predictors of chronic depressions. The special attention is paid to atypical depressive syndromes, which are usual for such states. We pointed out groups of separate symptoms, which are the most frequent with the chronic course of depressions. We also described different variants of typology of chronic depressive states and made an assumption about different nosological belonging of these states. We postulate an idea about endoreactive mechanisms of the chronification of depressions which are connected directly with premorbid personality's structure of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 99-105)

Література

1. Авруцкий Г. Я., Мосолов С. Н., Шаров А. И. Сравнительная эффективность тимоаналептической терапии депрессивных и депрессивно-бредовых состояний при фазнопротекающих психозах // Социальная и клиническая психиатрия. — 1991. — №1. — С. 84 – 91.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
3. Бондарь В. В. клинические особенности и типологическое деление резистентных к терапии эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. — 1992. — Т.92, №1. — С. 84 – 88.
4. Вайтбрехт Х. Значение диагностики депрессивных синдромов // Депрессии: вопросы клиники, психопатологии, терапии. — М.: Базель, 1970. — С. 7 – 15.
5. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. — Л.: Медицина, 1982. — 191 с.
6. Вовин Р. Я., Аксенова И. О., Кюне Г. Е. Проблема

терапевтической резистентности, атипичной, “стертой” клиники с наявностью гетерогенных щодо депресії симптомів, гетерогенної ж спадковості і преморбидної особистісної структури пацієнтів. Висловлюються ідеї про нозологічну відмінність від типових ендогенних депресій та неоднорідність затяжних депресивних станів. Припускається ендореактивний механізм їх формування.

3. Попри велику кількість виявлених кореляцій з певними рисами особистості та особистісними структурами і визнання ролі особистісних механізмів фіксації депресій, самим цим механізмам в дослідженнях приділяється досить мало уваги, незважаючи на те, що саме цей фактор грає вирішальну роль у формуванні “депресивного стилю життя” і “депресивного розвитку особистості”, які визнаються невід’ємними ознаками хроніфікованих депресій.

Очевидно, що особистісний фактор, який грає вирішальну роль у хроніфікації депресій, є на сьогодні недостатньо вивченим і потребує подальшого ґрунтовного дослідження.

хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1989. — С. 151 – 182.

7. Войцех. В. Ф. О критериях прогноза депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т.90, №4. — С. 71 – 75.

8. Громова В. В. К вопросу о резистентности к антидепрессантам // Вопросы психофармакологии. — М., 1976. — С. 95 – 105.

9. Дикая Т. И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты // Научно-практический журнал «Психиатрия». — 2004. — №5. — С. 26 – 34.

10. Дикая Т. И. К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий // Научно-практический

журнал «Психиатрия». – 2004. – №4. – С. 48 – 54.

11. Днепровская С. В. Групповая психотерапия больных затяжными депрессиями // Восстановительная терапия психически больных. – Л., 1977. – С. 80 – 89.

12. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журн. невропатол. и психиатр. – 1996. – №6. – С. 23 – 27.

13. Ильина Н. А. Психопатология деперсонализационной депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. – 1999. – Т.99, №7. – С. 21 – 25.

14. К проблеме нозогений / Смулевич А. Б., Фильц А. О., Гусейнов И. Г., Дроздов Д. В. // Ипохондрия и соматоформные расстройства (под ред. А. Б. Смулевича). – М., Изд. АМН СССР, 1992. – С. 111 – 124.

15. Кильгольц П. Лечение резистентных депрессий путем внутривенного введения антидепрессантов // Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – Т.90, №4. – С. 53 – 56.

16. Комплексна терапія затяжних депресивних розладів із застосуванням препарату фінлепсин / Сувало Б. П., Гульчій Б. М., Гуль А. Л., Вітик Л. М. // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (31). – С. 27 – 28.

17. Механизм возникновения терапевтической резистентности при затяжных депрессивных состояниях / Сонник Г. Т., Шульга А. И., Иващенко Г. Е., Ковачев В. И. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – Т.90, №10. – С. 71 – 73.

18. Михаленко И. Н., Нуллер Ю. Л. Некоторые особенности клиники и лечения неблагоприятно текущих аффективных психозов // Вопросы клинической и организационной психоневрологии. – Томск, 1968. – С. 71 – 73.

19. Мороз С. М. Некоторые закономерности формирования резистентности депрессий // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (36). – С. 105 – 108.

20. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 568 с.

21. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.

22. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.

23. Пуховский А. А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. – 1993. – Т.93, №2. – С. 68 – 73.

24. Пчелина А. Л. Вопросы клиники депрессивных и депрессивно-параноидных состояний // Журн. невропатол. и психиатр. – 1980. – №9. – С. 1371 – 1376.

25. Пчелина А. Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. – 1979. – №12. – С. 1708 – 1712.

26. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 429 с.

27. Темков И., Киров К. Клиническая психофармакотерапия. – М.: Медицина, 1971. – 356 с.

28. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессия и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 12 – 26.

29. Фильц А. О., Лобас Ю. М. Проблема нозогений: анализ концепцій та нові аспекти // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – V. 8, № 3. – С. 92 – 97.

30. Хиппиус Х. Синдромальная структура курабельных и резистентных к терапии депрессий // Депрессии: Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М.: Базель, 1970. – С. 129 – 135.

31. Шаманина В. М. К типологии депрессий при эндогенных психозах // Журн. невропатол. и психиатр. – 1965. – Т.65, №3. – С. 389 – 397.

32. Akiskal H. S. A proposed clinical approach to chronic and “resistant” depressions. Evaluation and treatment // J. Clin. Psychiatr. – 1985. – V. 46. – P. 32 – 36.

33. Akiskal H. S. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes // Am. J. Psychiatry. – 1983. – V. 140. – P. 11 – 20.

34. Akiskal H. S., Cassano G. B. The impact of therapeutic advances in widening the nosologic boundaries of affective disorders: Clinical and research implications // Pharmacopsychiatry. – 1983. – V. 16, №9. – P. 111 – 118.

35. Akiskal H. S., Dong King, Rosenthal T. L. Chronic Depressions // J. Affect. Dis. – 1981. – №3. – P. 183 – 192.

36. Akiskal H. S., Hirschfeld R. M. A., Yerevanian B. I. The relationship of personality to affective disorders: A critical review // Arch. Gen. Psychiatr. – 1983. – V. 40. – P. 801 – 810.

37. Ananth J. Clinical prediction of antidepressant response // Int. Pharmacopsychiatry. – 1978. – V. 13, № 1. – P. 69 – 93.

38. Angst, J. Etiological and nosological considerations in endogenous psychosis // Monographie aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. – Springer, Berlin, 1966.

39. Asnis G. M., McGinn L. K., Sanderson W. C. Atypical depression: clinical aspects and noradrenergic function // Am. J. Psychiatry. – 1995. – V. 152. – P. 31 – 36.

40. Atypical depression among psychiatric inpatients: clinical features and personality traits / Derecho C. N., Wetzler S., McGinn L. K., Sanderson W. C., Asnis G. M. // J. Affect. Disord. – 1996. – V. 39. – P. 55 – 59.

41. Characterological depression: clinical and sleep EEG findings separating “subaffective dysthymia” from “character spectrum disorders” / Akiskal H. S., Rosenthal T. L., Haycal R. F., Lemmy H., Rosenthal N. H., Scott-Strauss A. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1980. – V. 37. – P. 777 – 783.

42. Clinical aspects of resistance to imipramine therapy / Angst J., Baumann V., Hippus H., Rothweiler R. // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. (Stuttg.). – 1974. – Jg. 7, H. 4. – S. 211 – 216.

43. Course and treatment of atypical depression / Nierenberg A. A., Alpert J. E., Pava J., Rosenbaum J. F., Fava M. // J. Clin. Psychiatry. – 1999. – V. 59, suppl. 18. – P. 5 – 9.

44. Familial and developmental factors in characterological depressions / Rosenthal T. L., Akiskal H. S., Scott-Strauss A., Rosenthal R. H., David M. // J. Affect. Disord. – 1981. – V. 3. – P. 183-192.

45. Heimann H. Therapy-resistant depression. Symptoms and syndromes // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. – 1974. – №7. – P. 145 – 155.

46. Helmchen H. Symptomatology of therapy-resistant depressions // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. (Stuttg.). – 1974. – №7. – P. 156 – 159.

47. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 9 Aufl. Springer. – Berlin – Heidelberg – New York, 1975. – 738 S.

48. Joyce P. R., Paykel E. S. Predictors of drug response in depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1989. – V. 46. – P. 89 – 99.

49. Keller M. B. et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression // N. Engl. J. Med. – 2000. – V. 342, №20. – P. 1462 – 1470.

50. Klein D. F. The treatment of atypical depression // Europ. Psychiatry. – 1993. – V. 8, №5. – P. 251 – 255.

51. Liebowitz M. R., Klein D. F. Hysteroid dysphoria // Psychiat. Clin. N. Amer. – 1979. – №2. – P. 555 – 575.

52. Miller I., Norman W., Dow M. Psychosocial characteristics of “Double Depression” // Amer. J. Psychiatr. – 1986. – V.143, №8. – P. 1042 – 1044.

53. Moller H. J., Fisher Y., Ierssen D. V. Prediction of therapeutic response in acute treatment with antidepressants // Eur. Arch. Psychiatr. – 1987. – V.236, №6. – P. 349 – 357.

54. Predictors of relapse in major depressive disorder / Keller M. B., Lavori P. W., Lewis C. E., Klerman G. L. // JAMA. – 1983. – V. 250. – P. 3299 – 3304.

55. Reliability and validity of depressive personality disorder / Phillips K. A., Gunderson J. G., Triebwasser J., Kimble C. R., Faedda G., Lyoo I. K., Renn J. // Am. J. Psychiatry. – 1998. – V. 155. – P. 1044 – 1048.

56. Schrader G. Chronic depression: state or trait? // J. Nerv. Ment. Dis. – 1994. – V. 182. – P. 552 – 555.

57. The course of monopolar depression and bipolar psychoses / Angst J., Baastrup P., Grof P., Hippus H., Poldinger W., Weis P. // Psychiatr. Neurol. Neurochir. – 1973. – V. 76. – P. 489 – 500.

58. Weissman M. Acute and chronic depressions and depressive personality // Clinical depressions: diagnostic and therapeutic challenges (J. Frank, editor). – Baltimore, 1980.

59. Weitbrecht H. J. Die chronische Depression // Wien. Zschr. Nervenheilk. – 1967. – Bd.24, №4. – S. 265 – 272.

60. Winokur G. Unipolar depression // The Medical Basis of Psychiatry, 2nd ed. (G. Winokur, editor). – Philadelphia, W. B. Saunders, 1994. – P. 69 – 86.

Поступила в редакцию 20.05.2007

УДК 616.89:616.61-008.6

*Е.М. Выговская, С.Г. Пырков***МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: невротические расстройства, социальный самоконтроль, эмоциональная возбудимость, межличностные взаимоотношения

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза и связи основной (хотя и не точно установленной) части этих расстройств с психологическими причинами [1]. Клинические критерии дифференциальной диагностики вышеуказанных расстройств в практическом плане хорошо известны, в то время как клинико-психологическое обоснование психотерапии как одного из главных методов лечения является спорным [2, 3]. На данный момент существует огромное количество психологических школ, занимающихся коррекцией невротических рас-

стройств, однако этот вопрос, по-прежнему, остаётся открытым: до сих пор не найдено общепринятого, универсального способа избавления от них с помощью каких-либо психологических техник, хотя во многих случаях удается добиться облегчения состояния.

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

Материалы и методы исследования

В соответствии с программой исследования было проведено обследование 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин) с различными невротическими расстройствами: посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1) - 1 чел. (3,3%); ипохондрическим расстройством (F45.2) - 2 чел. (6,7%); диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44) - 2 чел. (6,7%); генерализованным тревожным расстройством (F41.1) - 2 чел. (6,7%); паническим расстройством (F41.0) - 2 чел. (6,7%); обсессивно-компульсивным расстройством (F42) - 3 чел. (10,0%); тревожно-фобическими расстройствами (F40) - 4 чел. (13,3%); расстройством адаптации (F43.2) - 4 чел. (13,3%); неврастенией (F48.0) - 10 чел. (33,3%), - по методикам Шкала социального самоконтроля (ШСС) [4], Шкала эмоциональной возбудимости (ШЭВ) [5] и Опросника межличностных отношений (ОМО) [6]. Шкала социального самоконтроля разработана в Ярославском государственном университете (1996 год) на основании одноименной шкалы, предложенной М.Снайдером в 1974 году. Теоретической концепцией, использованной при созда-

нии этой шкалы, является представление о self-monitoring. Оно обозначает такие взаимосвязанные процессы как самоконтроль и самонаблюдение, нацеленные на достижение приспособленности. Существуют определенные трудности в переводе на русский язык понятия self-monitoring. Авторы русскоязычной версии ШСС в качестве эквивалентного термина предложили понятие «социальный самоконтроль». Под социальным самоконтролем понимается способность человека управлять своим поведением и выражением своих эмоций. Стремясь предстать перед окружающими в том или ином образе и отталкиваясь от собственного понимания социальной приспособленности, люди в любой ситуации используют те или иные средства вербального или невербального самовыражения. Адекватность и легкость этих средств обусловлены уровнем социального самоконтроля. ШЭВ представляет собой измеритель нейротизма, отличный от концепции Г. Айзенка. Под эмоциональностью здесь подразумевается повышенная возбудимость, частые проявления реактивности, высокая степень откликаемости. Иными слова-

ми, высоко эмоциональная личность имеет низкий порог переживания дистресса, переживает его более часто и с большей интенсивностью. Методика ОМО является русскоязычной версией широко известного за рубежом опросника FIRO-B американского психолога Вильяма Шутца, разработавшего оригинальную теорию межличностных отношений. В теории межличностное поведение индивида объясняется на основе 3-х потребностей: включения, контроля и аффекта. Под термином аффект понимается вся совокупность эмоциональных компонентов, сопровождающих межличностные отношения. Потребность включения - это потребность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, на основе которых возникают взаимодействие и сотрудничество. Потребность контроля - это потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения с людьми, опираясь на контроль и силу. Для измерения потребности включения в методике используются две шкалы: Ie - выраженное поведение включения, которая отражает стремление принимать остальных, чтобы они имели интерес к индивидууму и принимали участие в его деятельности,

а также активное стремление принадлежать к каким-либо социальным группам и быть как можно чаще среди людей; Iw - включение, как требуемое поведение, отражает усилия индивидуума, направленные на то, чтобы другие приглашали его принимать участие в их деятельности, даже если он не прилагает к этому никаких усилий. Потребность в контроле измеряется шкалами Се и Сw. Первая из них измеряет выраженное поведение контроля, т.е. интенсивность попыток контролировать и влиять на остальных, стремление брать в свои руки руководство и принятие решений. Вторая шкала отражает требуемое поведение контроля, т.е. стремление к тому, чтобы индивидуум контролировали остальные, влияли на него, говорили, что он должен делать. Потребность в аффекте измеряется шкалами Ae и Aw. Шкала Ae отражает выраженное аффективное поведение, т.е. стремление быть в близких интимных отношениях с остальными, проявлять к ним дружеские, теплые чувства. Шкала Aw измеряет требуемое поведение аффекта, т.е. усилия большого, направленные на то, чтобы другие стремились быть к нему ближе и делились с ним своими интимными чувствами.

Результаты исследования и их обсуждение

Среднее значение по методике ШСС равнялось $3,97 \pm 0,269$, что соответствует низкому уровню социального самоконтроля. Подобное обстоятельство свидетельствует о том, что поведение и эмоциональный фон исследуемого контингента лиц в большей степени зависели от их «внутреннего» состояния, а не от требований той или иной социальной ситуации. Они учитывали свое собственное «внутреннее» состояние, свои установки и предрасположенности при управлении своей поведенческой активностью и выражении своих эмоций, не были в состоянии опираться на информацию о ситуационной адекватности того или иного поведения и эмоциональной экспрессии. Низкий уровень социального самоконтроля среди исследуемой группы лиц указывает также на тот факт, что в социальные отношения они включались только в том случае, если ситуация «подходила» их личности. Подобный стиль „неадаптивного” поведения в социальном плане делает данных лиц нестрессоустойчивыми, а так же затрудняют выработку адекватных психологических механизмов защиты. Здесь уместно вспомнить высказывание Дж.Вольпе о том, что «невроз – это плохая упорная привычка неадаптивного поведения, приоб-

ретенная в процессе научения».

Средний показатель по методике ШЭВ был равен $7,23 \pm 0,383$, что соответствует высокому уровню эмоциональной возбудимости и свидетельствует о том, что многие жизненные обстоятельства воспринимались исследуемым контингентом лиц как «угрожающие». Подобное указывает на низкий порог дистресса, а также на то, что лица с невротическими расстройствами имеют тенденцию переживать дистрессы более часто и с большей интенсивностью.

Таким образом, индивидуумы, ориентирующиеся в своем поведении на свое «внутреннее» состояние, а также фактически прибывающие в состоянии нервно-психического напряжения, не могут «пластично» перестраивать свое поведение в соответствии с требованиями ситуации.

Можно предположить, что при восприятии социальной среды как «потенциально враждебной», у них при общении с другими людьми могут формироваться различные защитные поведенческие реакции.

С целью проверки данной гипотезы проведено обследование изученного контингента с помощью методики ОМО.

По шкале Ie («включение – выраженное по-

ведение») среднее значение было равно $3,57 \pm 0,29$, что соответствует низкому уровню. Подобное означает, что исследуемый контингент лиц не чувствовал себя хорошо среди людей и имел тенденцию к избеганию социальных контактов. Лица с таким показателем обычно пассивны в социальном отношении, они не стремятся активно участвовать в социальной деятельности, зачастую они скрытны, замкнуты.

Низкие показатели были получены и по шкале Iw («включение – требуемое поведение») – $2,77 \pm 0,406$. Полученный результат свидетельствует о том, что изученный контингент лиц от окружающих не добивался общения, не стремился к тому, чтобы их приглашали принимать участие в какой-либо деятельности.

Таким образом, оценивая в целом «включение», можно говорить о склонности к избеганию социальных контактов и о некоторой «замкнутости» лиц с невротическими расстройствами. Для пациентов было характерным проявление осторожности при установлении социальных контактов и, следовательно, общение с ограниченным кругом лиц. Данные обстоятельства необходимо учитывать при проведении психотерапевтических мероприятий среди изученного контингента лиц, так как их качество во многом зависит от установления доверительных отношений между врачом и пациентом.

По шкале Ce («контроль – выраженное поведение») методики ОМО полученные показатели соответствовали $4,03 \pm 0,408$. Таким образом, в целом пациенты с невротическими расстройствами имели «способность» контролировать и влиять на окружающих, при определенных обстоятельствах брать на себя руководство.

По шкале Sw («контроль – требуемое поведение») были получены низкие показатели: $3,2 \pm 0,354$. Подобный результат согласуется с вышеобозначенными данными и свидетельствует о том, что оптимальным для группы пациентов с невротическими расстройствами в межличностном взаимодействии являлось отсутствие какого-либо контроля за их поведением со стороны.

Показатель по шкале Ae («аффект – выраженное поведение») находится в пределах $2,73 \pm 0,258$, что соответствует низкому уровню. Это свидетельствует о наличии слабой потребности у изученного контингента лиц создавать

и удерживать удовлетворительные отношения с остальными людьми, опираясь на эмоциональные отношения и привязанности к ним.

Ниже среднего уровня был получен результат и по шкале Aw («аффект – требуемое поведение»): $3,57 \pm 0,335$. Таким образом, наряду со слабой потребностью создавать и поддерживать удовлетворительные межличностные отношения, используя теплые эмоциональные отношения, для лиц с невротическими расстройствами является приемлемым и отсутствие подобной эмоциональной близости со стороны других лиц.

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

$$1) Ie + w = 6,34; Ce + w = 7,23; Ae + w = 6,3;$$

$$2) Ie - w = 0,8; Ce - w = 0,83; Ae - w = -0,84.$$

Полученные результаты свидетельствуют о том, что потребность в межличностном общении у изученного контингента лиц равномерно распределилась между «включением», «контролем» и «аффектом». Однако, выраженность показателей объема интеракций оказалась ниже среднестатистических показателей для мужчин и женщин ($Ie + w = 9,5$; $Ce + w = 8,8$; $Ae + w = 9,0$).

Анализ противоречивости межличностного поведения показал, что наиболее проблемной для лиц с невротическими расстройствами явилась область «аффекта», т.е. способности к установлению близких, эмоциональных контактов с окружающими.

Суммируя полученные результаты, следует отметить, что для изученного контингента лиц являлся характерным «неадаптивный» стиль поведения, обусловленный слабостью самоконтроля, самонаблюдения, высокой эмоциональностью. Подобные особенности личности служат благодатной почвой для возникновения, поддержания и углубления невротической симптоматики. Таким образом, у больных с невротическими расстройствами психотерапевтическая коррекция должна быть направлена не только на устранение выраженных невротических симптомов, но и на улучшение межличностных отношений данных пациентов: на выявление ошибочных суждений о себе и о других, устранение ложных целей и формирование новых жизненных приоритетов, которые позволят реализовать личностный потенциал.

О.М. Виговська, С.Г. Пирков

МІЖОСОБИСТІСНА ВЗАЇМОДІЯ ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

Були досліджені хворі на невротичні розлади за допомогою опитувальників ОМВ, ШСС, ШЕЗ. Виявлено особливості міжособистісних відносин у даних пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 106-109)

E.M. Vygovskaya, S.G. Pyrkov

INTERPERSONAL COMMUNICATION PERSONS WITH NEUROTIC DISORDERS

Donetsk state medical university

The patients with neurotic disorders were investigated with help a few questionnaires. Interpersonal peculiarities of this patients were found. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 106-109)

Литература

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. -К.:Факт, 1999. - С.118-155.
2. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях.-М.,2003.- 175с.
3. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. - М., Издательство «Триада-Х», 2000.-256с.
4. Шкала социального самоконтроля (ШСС). Руководство. Научно-производственный центр «Психодиагностика», Ярославль, 1996. -6с.
5. Шкала эмоциональной возбудимости (ШЭВ). Руководство. Научно-производственный центр «Психодиагностика», - Ярославль, 1996.- 6с.
6. Рукавишников А.А. Опросник межличностных отношений. НПЦ «Психодиагностика», - Ярославль, 1992.- 47с.

Поступила в редакцию 18.03.2007

УДК 616.89

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц***КОРРЕКЦИЯ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИСТРАСТИЕМ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ МЕТОДОМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, когнитивно-поведенческая психотерапия

Описание пристрастия к азартным играм, как патологического состояния, было дано еще Э. Крепелиным более 100 лет назад. Однако до сих пор этой проблеме в психиатрической литературе практически не уделялось должного внимания, и эта сфера все еще находится в начальной стадии развития [1]. При этом распространенность данного расстройства составляет около 1% взрослого населения в большинстве стран мира [2] и имеет тенденцию к росту в связи с дальнейшей легализацией новых видов азартных игр. Индивидуальные и общественные последствия этой проблемы весьма существенны. Результатом патологического увлечения азартными играми могут стать риск потери значимых личностных отношений, работы, а также участие в криминальной деятельности. У патологических игроков чаще встречаются коморбидные расстройства настроения, повышен риск суицидального поведения, существует высокая корреляция с расстройством личности, а также алкогольной зависимостью [3]. Учитывая возрастающую важность проблемы патологического пристрастия к азартным играм возрастает и актуальность вопроса эффективности предлагаемых методов лечения этого расстройства.

При составлении лечебных программ делаются попытки обнаружить некоторое «родство» патологического пристрастия к азартным играм с другими психопатологическими состояниями. Концептуализация данной нозологии как расстройства контроля над побуждениями либо как расстройства обсессивно-компульсивного спектра предусматривает, что в ее этиологии участвует серотонинергическая система, что ведет к исследованию эффективности фармакологических средств, участвующих в обмене серотонина [4]. С учетом психологических особенностей патологических игроков нам представляется терапевтически перспективным взгляд на пристрастие к игре как на аддитивную проблему, подоб-

ную алкогольной или наркотической зависимости [5], что имеет и свои нейрофизиологические корреляты. Недавние исследования выявили нейрохимические изменения у проблемных игроков, подобные тем, что наблюдаются у лиц с наркотической или алкогольной зависимостью. Это сравнение поддерживают подобие эйфорического состояния азарта игроков первой фазе («подъема») у злоупотребляющих кокаином, патологическое влечение, толерантность и симптомы отмены [6]. Выявлены и другие компоненты физической зависимости у азартных игроков [7]. Обнаружено также сходное вовлечение норадренергической и серотониновой медиаторных систем, повышение уровня дофамина и снижение концентрации норэпинефрина в мозге проблемных игроков [8].

По результатам рандомизированных исследований одним из наиболее эффективных видов психотерапии алкогольной и наркотической зависимости является когнитивно-поведенческий подход [9, 10]. Его эффективность продемонстрирована и в пока немногочисленных исследованиях терапии патологических игроков. L. Ladouceur с коллегами в случайном порядке были распределены 66 лиц с патологической склонностью к азартным играм либо в группу когнитивной терапии, либо в список очередников на лечение. 86% лиц, завершивших лечение, больше не соответствовали критериям патологической склонности к азартным играм. Было также установлено, что после лечения у азартных игроков усилилось восприятие контроля над проблемой. Во время проведения через год каппелестического исследования эти положительные результаты сохранялись [11].

Когнитивно-поведенческая психотерапия базируется на принципах теории обучения, которая устанавливает, что поведение человека во многом заучено, и что процесс обучения может быть использован для изменения проблемного

поведения. Особенно важен когнитивный компонент, постулирующий, что способ потребления психоактивного вещества во многом определяется убеждениями и ожиданиями по поводу эффектов последнего, которые были получены человеком в определенном социально-культуральном контексте. Поэтому целью терапии является помощь пациенту в преодолении деструктивного образа жизни и замене его более здоровыми и более приемлемыми моделями поведения. Когнитивные ошибки, например, вера азартных игроков в случайность и в шанс, а также ложное представление о том, что они могут контролировать и прогнозировать результат, играют ключевую роль в развитии и поддержании склонности к азартным играм. Было доказано, что суеверные убеждения, определяемые как жесткие суждения, основанные на ошибочном восприятии связи между двумя независимыми событиями, играют определяющую роль в формировании поведения при игровой зависимости. Результаты исследования, в котором сравнивались убеждения проблемных игроков с «непроблемными», подтвердили корреляцию наличия суеверных убеждений с интенсивностью игры на деньги [12]. Когнитивная терапия нацелена на корректирование этих когнитивных ошибок, являющихся стержневыми в мотивации к азартной игре. Таким образом, если когнитивно-поведенческая терапия зависимости от психоактивных веществ представляет собой тренинговый набор для улучшения когнитивных и поведенческих навыков с целью изменения зависимого поведения с акцентом на поведенческих составляющих [13], то при терапии патологического пристрастия к азартным играм основное внимание уделяется когнитивной составляющей.

Основным методом коррекции иррациональных убеждений является когнитивное реструктурирование. Когнитивное реструктурирование относится к классу техник, которые нацелены на то, чтобы помочь пациентам распознать и изменить мысли и чувства, ведущие к деструктивному поведению. Эта методика основана на работе А. Бека с коллегами [14] по когнитивной терапии депрессий и принципах рациональной терапии эмоций, которые были разработаны А. Эллисом и сотрудниками [15]. Задачами когнитивного реструктурирования являются:

1) дать возможность пациенту осознать мысли негативного характера, особенно непроизвольно возникающие, так называемые «автоматические» мысли, в отношении которых он не насторожен. Пациента обучают научному оспариванию негативных мыслей, ознакомив его с главными категориями иррациональных способов мышления;

2) прервать цепочку мыслей, которая в прошлом вела к возобновлению игры. Для этой цели можно использовать такие техники, как «остановка мыслей», мысленное отвлечение, самонаблюдение, воспоминание о негативных последствиях, обесценивание императивных мыслей, провоцирующих рецидив;

3) заменить негативные мысли более реалистичными и позитивными соображениями; преодолевающими утверждениями по методу «прививки от стресса» [16].

Таким образом, использование методов когнитивной психотерапии в комплексном лечении позволяет направленно воздействовать на основные «патологические мотивационные мишени» - иррациональные установки больных с пристрастием к азартным играм, являющиеся одними из ключевых факторов данного вида патологии.

И. А. Бабюк, О. Є. Шульц

КОРЕКЦІЯ ІРРАЦІОНАЛЬНИХ УСТАНОВОК ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЧНУ ПРИСТРАСТЬ ДО АЗАРТНИХ ІГОР МЕТОДОМ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Донецький державний медичний університет

У статті розглянуто сучасний стан питань лікування патологічної пристрастії до азартних ігор. Вказано на психологічні та нейрохімічні зміни у проблемних гравців, східні з тими, що спостерігаються у осіб з наркотичною або алкогольною залежністю. Зокрема, ірраціональні когнитивні помилки пацієнтів можуть детермінувати патологічну поведінку. Корекція таких установок з використанням методу когнитивного реструктуривання в межах когнитивно-поведінкового підходу може суттєво впливати на ефективність комплексного лікування хворих на патологічну пристрасть до азартних ігор. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 110-112)

CORRECTION IRRATIONAL ATTITUDES OF PATIENTS ON PATHOLOGIC ADDICTION OF GAMBLING BY METHOD OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

Donetsk State Medical University

The modern state of questions about treatment of pathologic gambling has observed in the article. Psychologic and neurochemic overpatchings of problem gamers like an individuals of drug or alcohol dependens has indicated. In particular irrational cognitive mistakes of patients can determine the pathologic behavior. Correction such attitudes by method of cognitive restructuring within framework cognitive-behavioral approach can substantially influence on effectiveness of complex treatment of patients on pathologic gambling. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 110-112)

Литература

1. George S., Murali V. Патологическая склонность к азартным играм: Оценка и лечение // Обзор современной психиатрии. – 2006. – вып. 2 (28). – С. 97-104.
2. Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vander Bilt, J. (1999) Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the US and Canada: a research synthesis. American Journal of Public Health, 89, 1369–1376.
3. Oakley-Browne MA, Adams P, Moberley PM. Interventions for pathological gambling (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
4. Pasternak V. Pathologic gambling: America's newest addiction? // Am Fam Phys. 1997;56:1293-1296.
5. В.Н.Казаков, С. И. Табачников, О. Е. Шульц, Б. Б. Ивнев, Ц. Б. Абдряхимова. Эпидемиологические, диагностические и терапевтические аспекты патологического пристрастия к азартным играм // „Архів психіатрії”, Т.10, № 4 (39), 2004.
6. DeCaria CM., Hollander E, Mart E. et al. Pharmacologic approaches to the treatment of pathologic gambling. Medscape Psychiatry and Mental Health eJournal 1998;3
7. Shaffer ILL, Hall M.N., Van der Bill J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in 13. Stinchfeld, R., & Winters, K.C. (1998). Gambling and problem gambling among youths // Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 556, 172-185.
8. Sylvain C, Ladouceur R., Boisvert J.M. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study // J Consult Clin Psychol 1997; 65:727-32.
9. Longabaugh R., Morgenstern J. “Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Dependence: Current Status and Future Directions, a Focused Review of CBT’s Clinical Effectiveness.” Symposium presented at the Research Society on Alcoholism annual scientific meeting in Hilton Head, South Carolina, during June 1998.
10. Kathleen M. Carroll. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. NIDA NIH Publication Number 98-4308, 1998.
11. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., et al (2001) Cognitive treatment of pathological gambling. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 774–780.
12. Joukhador J., Blaszczynski A., Maccallum F. Superstitious Beliefs in Gambling Among Problem and Non-Problem Gamblers: Preliminary Data. Journal of Gambling Studies 20 (2): 171-180, Summer 2004.
13. Longabaugh R. Moreenstern J. Cognitive-Behavioral Coping-Skills Therapy for Alcohol Dependence // NIAAA. Alcohol Research & Health – Vol. 23, No. 2, 1999.
14. Beck A. et al. Cognitive therapy of depression. New-York, Guilford, 1979.
15. Ellis A. et al. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New-York, Pergamon, 1988.
16. Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification: an integrative approach. New-York, Plenum, 1977.

Поступила в редакцию 29.10.2006

УДК 616-039.41

*Е.Н. Поддубко, И.Л. Вовк, Ж.И. Белостоцкая***АУТОАГРЕССИВНЫЕ ПОСТУПКИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

Областная психиатрическая больница, №1 Харьковская область

Ключевые слова: аутоагрессивные действия, психические заболевания, сельская местность

Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов. Динамика уровня самоубийств в Украине за период с 1988 по 2004 год имеет тенденцию к снижению. Однако различие суицидов в областях Украины составляет 4,6 раза с накоплением их в восточных регионах. При этом депрессивные расстройства являются наиболее суицидогенными среди всех психических и поведенческих расстройств [1].

В Украине смертность от суицидов составляет 20-26 случаев на 100 000 населения [2].

Проведенные в отдельных регионах Украины исследования свидетельствует о том, что в сельской местности количество суицидов

выше, чем в городе, и это соотношение имеет тенденцию к росту. В то же время количество стоящих на учете у психиатра суицидентов значительно уменьшилось. Выдвинуто предположение об увеличении социальных причин суицидов, большую патриархальность уклада жизни в сельской местности, что влияет на адаптационные механизмы и снижает потенциальные возможности социальной состоятельности [3].

Цель исследования: изучение аутоагрессивных поступков при отдельных психических заболеваниях у жителей сельской и городской местности.

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании изучены 286 медицинских карт больных, находившихся на лечении в течение 2004 – 2006 годов в областной психиатрической больнице №1 Харьковской области, у которых при поступлении были выявлены аутоагрессивные поступки. Заболевания классифицировались согласно МКБ-10. В группе «алкогольные заболевания» выявлены - состояния отмены алкоголя - абстинентное, с делирием, психотические, с деменцией (F 10.3, 10.4, 10.7). В группе «депрессивные расстройства» выявлены заболевания, при которых ведущим был депрессивный синдром. Это расстройства адаптации (F 43.0 - 43.2), тревожно-депрессивное (F 41.2), рекуррентное депрессивное расстройство (F 33), депрессивный эпизод (F 32), депрессия в рамках биполярного (F 31), шизоаффективного (F 25) расстройства, а также циклотимии (F 34), депрессия в структуре экзогенно-органических заболеваний (F 10.5 и F 06.3). В группе «шизофрении» выявлены шизофре-

ния (F 20), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, шизофреноподобное (F 23), шизотипическое (F 21) и бредовое (F 22) расстройство. В группе «прочие» выявлены деменция при эпилептической болезни (F 02.8), психотические и непсихотические расстройства вследствие органического поражения центральной нервной системы (F 0.6 и F 0.7), расстройства личности (F 60). Учитывался заключительный клинический диагноз. Для оценки достоверности различий использовался j^* - критерий Р.Фишера. В связи с задачами исследования определены две группы для изучения. В основную группу включены медицинские карты больных, которые на момент поступления проживали в сельской местности; в группу сравнения включены медицинских карты больных, которые на момент поступления проживали в городской местности. Разделение на группы производилось согласно Государственного классификатора Украины [4].

Результаты исследования и их обсуждение

Как видно из таблицы 1, аутоагрессивные поступки наблюдаются при различных психопатических состояниях (заболеваниях).

Аутоагрессивные поступки при заболевани-

ях алкогольной этиологии выявлены в 31,8% случаев (91 мед.карта), при депрессивных расстройствах - 28,7% случаев (82 мед.карта), при

шизофрении - 25,2% случаев (72 мед.карты), среди прочих заболеваний - 14,3% случаев (41 мед.карта).

Таблица 1

Количество больных с аутоагрессивными поступками при различных психических заболеваниях

Заболевания	Количество больных с аутоагрессивными поступками (n=286)	
	Абс	%
Алкогольного генеза	91	31,8
Депрессивные расстройства	82	28,7
Шизофрения	72	25,2
Прочие	41	14,3

Таблица 2

Количество больных с аутоагрессивными поступками при различных психических заболеваниях (проживающих в сельской и городской местности)

Заболевания	Количество больных с аутоагрессивными поступками			
	сельские n=110**		городские n=176**	
	абс	%	абс	%
Алкогольного генеза	35	31,8	57	32,3
Депрессивные расстройства	35	31,8	47	26,7
Шизофрения	24	21,8	48	27,2
Прочие	16	14,6	26	14,7

** - $p < 0,01$

Как видно из таблицы 2, среди всех больных, совершивших аутоагрессивные поступки, городских жителей было 61,3% (176 мед.карт), а сельских 38,7% (110 мед.карт).

Аутоагрессивные поступки, сопровождающие заболевания алкогольной этиологии, у жителей сельской местности выявлены в 31,8% случаев (35 мед.карт); у жителей города - 32,3% случаев (57 мед.карт).

Аутоагрессивные поступки, при депрессивных расстройствах, среди проживающих в сельской местности наблюдались в 31,8 % случаев

(35 мед.карт); среди городских жителей - 26,7% случаев (47 мед.карт).

Аутоагрессивные поступки при шизофрении, шизофреноподобных и бредовых расстройствах наблюдались среди сельских жителей в 21,8% случаев (24 мед.карт); среди проживающих в городской местности в 27,2% случаев (48 мед.карт).

Аутоагрессивные поступки при прочих заболеваниях у сельских жителей наблюдались в 14,6% случаев (16 мед.карт); у городских жителей - в 14,7% случаев (26 мед.карт).

**Аутоагрессивные поступки, выявляемые при психических заболеваниях у жителей
сельской и городской местности (гендерные различия)**

Заболевания	Количество больных с аутоагрессивными поступками							
	сельские				городские			
	Муж- чины n=63*	%	Женщи- ны n=47	%	Муж- чины n=113*	%	Женщи- ны n=63	%
Алкогольного генеза	26	41,3	9	19,2*	51	45,1	6	9,5*
Депрессивные расстройства	16	25,4	19	40,4	17	15,1	30	47,6
Шизофрения и шизотипические расстройства	11	17,5	13	27,6	25	22,1	23	36,4
Прочие	10	15,8	6	12,8	20	17,7	6	9,5

* - $p < 0,05$

Как видно из таблицы 3, аутоагрессивные поступки среди сельских жителей в 57,2% случаев совершили мужчины (63 мед.карты), в 42,8% - женщины (47 мед.карт). Аутоагрессивные поступки среди городских жителей в 64,2% случаев совершили мужчины (113 мед.карт), в 35,8% случаев - женщины (63 мед.карт).

Среди заболеваний алкогольной этиологии аутоагрессивные поступки выявлялись в 41,3% у мужчин, проживающих в селе (26 мед.карт) и в 45,1% у мужчин, проживающих в городе (51 мед.карт), среди сельских женщин в 19,2% случаев (9 мед.карт), у городских - в 9,5% (6 мед.карт).

При депрессивных расстройствах аутоагрессивные поступки зарегистрированы в 25,4% случаев (16 мед.карт) у мужчин, проживающих в сельской местности, и в 15,1% (17 мед.карт) у проживающих в городе; у женщин в 40,4% случаев (19 мед.карт), проживающих в сельской местности, и в 47,6% (30 мед.карт) у проживающих в городе.

У больных шизофренией и шизотипическими расстройствами аутоагрессивные поступки отмечены в 17,5% случаев (11 мед.карт) среди мужчин, проживающих в сельской местности,

и в 22,1% (25 мед.карт) у проживающих в городе; среди женщин - в 27,6% случаев (13 мед.карт) у проживающих в сельской местности и в 36,4% (23 мед.карт) - в городе.

Среди прочих заболеваний аутоагрессивные поступки выявлялись в 15,8% случаев (10 мед.карт) у мужчин, проживающих в сельской местности, и в 17,7% (20 мед.карт) - у мужчин, проживающих в городе; у женщин, проживающих в сельской местности, в 12,8% случаев (6 мед.карт), и в 9,5% (6 мед.карт) - у женщин, проживающих в городе.

Выводы:

1. Представленные данные о распространенности аутоагрессивных поступков при отдельных психических заболеваниях отличаются от истинных показателей, так как являются показателями статистической отчетности учтенных заболеваний на основании ургентной обращаемости пациентов.

2. В результате исследования установлено, что аутоагрессивные поступки наблюдаются при различных психопатологических состояниях (заболеваниях) как у лиц проживающих в сельской, так и у проживающих в городской местности.

3. Аутоагресивні поступки при психічних захворюваннях, які потребували госпіталізації в психіатричний стаціонар, виявлялись достовірно частіше ($p < 0,01$) у осіб, що проживають в міській місцевості, ніж в сільській.

4. Найбільш часто аутоагресивні поступки виявлялись при захворюваннях алкогольної етіології (станції відмови алкоголю - абстинентне, з делирієм, психотичні, з деменцією - F 10.3, 10.4, 10.7). При цьому як в місті, так і в селі аутоагресивні поступки здійснювали достовірно частіше ($p < 0,05$) чоловіки, ніж жінки. У сільських жінок при алкогольній патології виявлені суїцидальні поступки достовірно частіше ($p < 0,05$). Достовірного розходження в виявляемості суїцидальних поступків при алкогольній патології у чоловіків, що проживають в селі і в місті не виявлено.

5. Другою групою психічних захворювань, при яких зустрічались аутоагресивні поступки, були депресивні розлади - як в місті, так і в селі (розходження між групами недостовірно). При цьому і в місті, і в селі аутоагресивні поступки частіше здійснювали жінки (розходження недостовірні). Достовірних розходжень виявляемості суїцидальних поступків у чоловіків і жінок, що проживають в селі і в місті не виявлено.

6. Третьою групою психічних розладів, при яких зустрічались аутоагресивні поступки, були шизофренія і шизофреноподібні розлади. Достовірних розходжень виявляемості суїцидальних поступків при цій патології у чоловіків і жінок, що проживають в селі і в місті, не виявлено.

7. Аутоагресивні поступки при інших за-

хворобах виявлялись - як в місті, так і в селі (розходження між групами недостовірно). При цьому і в міській, і в сільській місцевості частіше аутоагресивне поведіння зустрічалося серед чоловіків (розходження недостовірні).

Таким чином, встановлено, що суїцидальні поступки при різних психічних захворюваннях представляють по-прежнему актуальну проблему психіатрії і охорони здоров'я в цілому. Найбільш суїцидогенними в Харківському сільському регіоні є алкогольні захворювання, депресивні розлади і шизофренія, що вимагає особливої суїцидальної настороженості при роботі з цією категорією хворих. Низька виявляемість аутоагресивних дій у психічно хворих, що проживають в селі, може свідчити про недостатню ефективність амбулаторної допомоги, віддаленості і відсутності кваліфікованої допомоги, несвоєчасності звернення хворих. Службам, що надають психіатричну допомогу, слід мати особливу суїцидологічну настороженість при роботі з захворюваннями алкогольної етіології, особливо у чоловіків, а в сільській місцевості і у жінок. При депресивних розладах особливу суїцидологічну настороженість повинна мати при роботі з жінками як в місті, так і в селі; в сільській місцевості особливу увагу при цій патології необхідно приділяти чоловікам. При шизофренії, шизофреноподібних і інших захворюваннях ризик аутоагресивних поступків по-прежнему великий як у жителів міста, так і у жителів села. При роботі з цими категоріями хворих суїцидологічна настороженість також повинна бути високою.

О.М. Поддубко, І.Л. Вовк, Ж.І. Білостоцька

АУТОАГРЕСИВНІ ДІЇ ПРИ ОКРЕМИХ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ЖИТЕЛІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

Обласна психіатрична лікарня №1 Харківської області

Найбільш суїцидогенними у Харківському сільському регіоні виявлено захворювання пов'язані зі зловживанням алкоголем, депресивні розлади та шизофренію. Низька виявляемість аутоагресивних дій у психічно хворих на селі може свідчити про недостатню ефективність амбулаторної допомоги, віддаленість спеціалізованої та відсутність кваліфікованої допомоги, невчасність звертання до медичного працівника. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 113-117)

SUICIDES AT MENTHAL DISEASES IN RURAL REGION

Regional (Kharkov) psychiatric hospital №1

In the Kharkov rural region alcoholic diseases, depressive frustration and schizophrenia most frequently result in a suicide. Low detectability of a suicide at mentally patients living in rural region, result not enough the effective out-patient help, remoteness specialized and absence of the qualified help, inopportuneness of the reference of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 113-117)

Литература

1. Юрьева Л.Н. // Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
2. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990 – 2005 рр. — К.: Сфера, 2006. — 52 с.
3. Рудь В.О. Епідеміологічний аналіз суїцидальної смертності в чоловічій популяції Полтавської області за 15 років. // Медичні дослідження. - 2001. - Т. 1, вип. 1. - С. 127–128.
4. Державний класифікатор України // Класифікатор об'єктів адміністративно-територіального устрою України. — Т.2. Видання офіційне. — Київ. Держстандарт України. — 1997. — 796с.

Поступила в редакцію 18.01.2007

УДК: 616.839 – 616.892

*О.А. Филатова***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЕНСАЦИИ У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психологическая компенсация, сурдомутизм, личностная устойчивость, дефицитарное развитие.

Под компенсацией в психологии понимается возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных [1]. При этом многие авторы считают наиболее важным в этом процессе вовлечение в его реализацию новых нервных структур, ранее не участвовавших в осуществлении данной функции [2,3]. Таким образом, по выражению П.К. Анохина, «весь организм функционально объединяется на основе выполнения общей задачи [4].

Компенсаторные процессы, разворачиваясь во времени, осуществляются на разных уровнях организации. Обычно выделяют 4 таких уровня.

Первый, биологический (или телесный). Компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно, начинаясь с того момента, когда происходит обнаружение дефекта. Так, при выпадении функции слуха, зрение начинает играть иную роль, чем у человека с сохранными органами чувств; оно берет на себя восприятие и переработку огромного количества информации, которую глухой другим путем получить не может. Также обостряется вибрационная чувствительность, дающая глухонемому возможность получать дистантную информацию, которую здоровые получают через слух. Колебания вибрирующих предметов распространяются в воздушной, жидкой и твердой дискретной среде, сообщая больному об удаленности, направленности движения и о его силе. Так глухонемые узнают о приближении поезда (например, при выходе его из тоннеля), ощущают колебания от работы многих технических приборов, улавливают виброзвонок мобильного телефона. Даже без специальной тренировки вибросовместительность у больных сурдомутизмом повышается в два раза по сравнению со здоровыми людьми [5]. Также данный вид чувствительности помогает глухонемым овладеть устной речью – путем прикладывания ладони к передней поверхности шеи для конт-

роля над произнесением слов. При этом наиболее воспринимаемыми компонентами становятся темп, ритм и ударение.

Второй уровень – психологический, существенно расширяет возможности компенсаторных механизмов, преодолевая функциональную ограниченность. Психологический уровень компенсации включает два важных звена: адекватную оценку своего состояния и понимание ограниченных возможностей, которыми он располагает и – адаптивную направленность его личности, основанную на глубоком самопринятии и самоуважении. Осознание своего дефекта, понимание, что он на физическом уровне неустрашим, по мнению А. Адлера [6] является основой для формирования комплекса неполноценности. Однако и он (дефект) может стать при определенных условиях стимулом к компенсации, «источником силы» для личности. В попытках разрушить этот комплекс человек ставит перед собой цель преодоления и, постепенно приближаясь к ней, самоутверждается.

Социально-психологический уровень – это выход личности во «вне», в мир, в интерпсихическое пространство. Именно в благожелательно настроенной среде, являющейся для больного защитой от внешних потрясений и одновременно стимулом к развитию, могут гармонично раскрыться все его потенциальные возможности. Ощущение социального и духовного благополучия, являющееся по мнению Г.С. Никифорова [7] непременным условием достижения компенсации и дальнейшей экзистенциальной автономности, базируются на трех «опорах»: семье, профессии и ближайшем окружении вне семьи. Каждый из этих институтов является своеобразной школой для личности, где она познает свои внутренние смыслы и путем наблюдения учится ориентироваться в мире людей. Больной сурдомутизмом, никогда, собственно, не чувствуя себя полностью защищенным и самодостаточным, в этой микросреде получает гарантированную безопасность, ощущение ос-

мысленности своего бытия и первые проблески веры в собственные силы.

Высшим уровнем компенсации является социальный. Он в меньшей степени зависит от личностных качеств самого больного и от устойчивости его микросреды. Это уровень государственных программ в отношении к людям с дефицитарным типом развития, законодательных аспектов, гарантирующих больным личную безопасность, льготы в образовании и трудоустройстве, материальную помощь. В целом, это отношение к инвалидам с данной патологией в масштабе государства, включающее (не на последнем месте) концепцию общественного сознания, религиозные и национальные традиции в отношении этих лиц.

Таким образом, структура компенсаторного процесса соответствует современным представлениям об уровне организации человека. Человек – существо биосоциальное, и для его развития, а также для компенсации имеющихся дефектов, в равной мере важны и социальные, и биологические детерминанты.

Для оптимизации компенсаторных процессов в среде больных сурдомутизмом должна быть разработана гибкая система психологической реабилитации. Она должна сочетать разнообраз-

ные психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, но без присущего постсоветскому научному пространству необоснованного эклектизма.

Основными задачами этой системы мы видим следующие:

- смягчение кризисных переживаний личности в связи с имеющимся персонотипическим дефектом;
- формирование адекватной самооценки и позитивного самопринятия;
- построение близкой и отдаленной жизненной перспективы, включающей получение соответствующего интересам и сохранным способностям, образования и трудоустройства;
- повышение уровня общей и сексуальной культуры, расширение сферы общения;
- изживание иждивенческих тенденций и формирование установок на личностное развитие.

Таким образом, психологическая реабилитация должна быть направлена не на отдельные звенья дезонтогенеза, а на восстановление полноценного существования личности в целом, на максимальное преодоление последствий дефицитарного состояния («лечить не болезнь, а больного»).

О.А. Філатова

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОМПЕНСАЦІЇ ХВОРИХ НА СУРДОМУТИЗМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті подано характеристики рівнів компенсації при вадах слуху та мовлення у хворих на сурдомутизм. Показане значення мікросоціального середовища у процесі адаптування хворих до власного стану та в вихованні конструктивної життєвої стратегії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 118-119)

O.A. Filatova

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF INDEMNIFICATION AT PATIENTS WITH SURDOMUTISM

The Kharkov medical academy of postgraduate education

The resume: In clause characteristics of levels of indemnification are given at defects of hearing and speech at patients with surdomutism. Value of the microsocioal environment during adaptation of patients to the condition and development of constructive vital strategy is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 118-119)

Литература

1. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Психология: словарь-справочник. – Минск: Лэут, 1998. – 532с.
2. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. – М., 1998. – 524с.
3. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. – М.: Владос, 1996. – 529с.
4. Анохин П.К. Избранные труды. – С-Пб.: Питер, 2001. – 720с.
5. Хечинашвили С.Н., Кванишвили З.Ш. Слуховые потенциалы человека. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1995. – 208с.
6. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. – М.: Мир, 1995. – 292с.
7. Никифоров Г.С. Психология здоровья. – С-Пб.: Питер, 2002. – 312с.

Поступила в редакцию 17.04.2007

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Абрамов В.А., Бурцев А.К., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В.** Стандартизованная оценка клинической эффективности реабилитационных мероприятий при параноидной шизофрении **3**
- Abramov V.A., Burtsev O.K., Zhigulina I.V., Ryapolova T.L., Abramov A.V.** Standard assessment of the clinical effectiveness of rehabilitation events in paranoid schizophrenia
- Агарков В.И., Шинкар О.В., Грищенко С.В.** Психічне здоров'я населення донецької області (інформаційний огляд за 2000-2005) **17**
- Agarkov V.I., Shinker O.V., Grishchenko S.V.** Psychological health of population of Donetsk area (information review for 2000-2005)
- Бабюк И.А., Шульц О.Е.** Исследование эффективности и переносимости афобазола у больных генерализованным тревожным расстройством **21**
- Babyuk I.A., Shults O.E.** Research of efficiency and portability of afobazol at the patients by generalized anxiety disorder
- Бачериков А.Н., Мудренко И.Г.** Особенности показателя качества жизни у больных с аутоагрессивным поведением во время первого эпизода шизофрении **26**
- Bachericov A.N., Mudrenko I.G.** Index peculiarities of life quality of patients with autoaggressive behaviour during the first episode of schizophrenia
- Гриневич Є.Г.** Оцінка ефективності надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій **32**
- Grinevich E.G.** The efficiency estimation the rendering of the psychological-psychiatric and psychotherapeutic help to victims of extreme situations
- Кришталь В.В., Петрюк П.Т., Перевозная Т.А., Кузьминов В.Н.** Судебная сексология: нерутинные методы психологического исследования сексуальной сферы **41**
- Krishtal V.V., Petryuk P.T., Perevosna T.O., Kusminov V.N.** Judicial sexology: unconservative methods of psychological research of sexual sphere
- Пріб Г.А.** Фрустрація, як чинник соціальної дезадаптації у пацієнтів страждаючих на психічний розлад **48**
- Prib G.** Frustration as the factor infringement social adaptation in patients with mental disorders
- Путятин Г.Г.** Социально-психологические особенности госпитализма у больных параноидной шизофренией **53**
- Putyatin G.G.** Social-psychological peculiarities of hospitalism by patients suffering from paranoid schizophrenia
- Кокотова Е.А.** Симптоматика синдрома выгорания на различных стадиях у среднего медицинского персонала психиатрических учреждений **62**
- Kokotova O.O.** Symptomatic of burnout syndrome on its different stages in nurses of psychiatrically departments
- Бачериков А.Н., Ткаченко Т.В., Романова Т.Л.** Клинико-психопатологические особенности посттравматических стрессовых расстройств у женщин-жертв насилия, лечение и профилактика развития хронических изменений личности **69**
- Bacherykov A.N., Tkachenko T.V., Romanova T.L.** The Psychopathological changes in women with Posttraumatic Stress Disorder, treatment and prophylactic of chronic personality disorder
- Мельник А.В.** Клінічна структура сутінкових потьмарень свідомості органічного генезу в осіб, які скоїли суспільно небезпечні дії **74**
- Melnyk A.** Clinical structure of twilights disorder of consciousness by organic genesis at persons, accomplishing social dangerous acts
- Васильева А.Ю.** Особенности эмоционального состояния родственников больных злокачественными новообразованиями **80**
- Vasylyeva A.Yu.** A peculiarity of an psychoemotional state of the relations of the onkological patients
- Осокина О.И.** Характеристика доклинического этапа невротических расстройств у музыкантов **86**
- Osokina O.I.** The characteristic of neurotic disorders at is musical-pedagogical workers on early,

кально-педагогических работников

Носов С.Г. Особливості клінічних проявів 92
альтернативних епілептичних психозів з різним
типом перебігу у патогенетичному зв'язку з
епілептичними нападами

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Пришляк В.І., Фільц О.О. Проблема хрон- 99
іфікованих депресій в психіатричних досліджен-
нях. Частина II

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Выговская Е.М., Пырков С.Г. Межлично- 106
стное взаимодействие лиц, страдающих невро-
тическими расстройствами

Бабюк І.А., Шульц О.Е. Коррекция ирра- 110
циональных установок больных патологическим
пристрастием к азартным играм методом когни-
тивно-поведенческой психотерапии

**Поддубко Е.Н., Вовк І.Л., Белостоц- 113
кая Ж.И.** Аутоагрессивные поступки при от-
дельных психических заболеваниях у жителей
сельской местности

Филатова О.А. Психологические аспекты 118
компенсации у больных сурдомутизмом

СОДЕРЖАНИЕ

120

subclinical stages of formation of
psychopathological process

Nosov S. Peculiarities of clinical manifestations
of alternative epileptic psychoses with different
types of duration and pathogenic relations with
epileptic seizures

SCIENTIFIC REVIEWS

Pryshlyak V.I., Filtz O.O. The problem of
chronic depressions in psychiatric investigations.
Part II

SHORT REPORTS

Vygovskaya E.M., Pirkov S.G. Interpersonal
communication persons with neurotic disorders

Babyuk I.A., Shults O.E. Correction irrational
attitudes of patients on pathologic addiction of
gambling by method of cognitive-bihavioral therapy

Poddubko E.I., Vovk I., Belostockaja Zh.I.
Suicides at mental diseases in rural region

Filatova O.A. Psychological aspects of
indemnification at patients with surdomutism

CONTENTS

К сведению авторов

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редколлегия журнала