

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 (16), 2006 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), В. С. Бітенський (Україна), І. Й. Влох (Україна), П. В. Волошин (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. О. Гримблат (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 № 8 від 23.11. 2006 р.)

УДК 616/89-08-039.76

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, И.В. Жигулина, А.В. Абрамов, Г.Г. Пуятин***ОСНОВНЫЕ СФЕРЫ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, реабилитация, эффективность

Основополагающей концепцией и смыслом социальной политики в отношении больных с психическими расстройствами, особенно инвалидов, является их медико-социальная реабилитация. Ее следует рассматривать не как совокупность определенных «техник», а как общую стратегию, сфера которой охватывает не только здравоохранение, но также законодательство, социальные службы и экономику (WHO, 1996).

Реабилитационная методология в психиатрии советского периода формировалась в условиях приоритета институционализированной психиатрической помощи, длительной социальной изоляции больных и крайне ограниченных возможностей социальной экстратуральной помощи.

Практическое отсутствие клинических психологов и социальных работников, несовершенство структуры, организации и методических приемов превратили гуманную и глобальную цель реабилитации (восстановление социальной и личностной значимости пациента) в лозунг или спорадические попытки энтузиастов «соединить хорошую теорию с малопродуктивной практикой». По существу, реабилитация как «система разносторонних усилий», требующая разделения полномочий между различными специалистами, была монополизирована психiatрами, которые занялись выполнением несвойственных (непрофессиональных) функций социальной реинтеграции пациентов, создавая иллюзию решения проблемы.

Произвольно происходил отбор методов реабилитации. Так называемые «социотерапия», «терапия средой», «терапия занятостью» и т.д. (спорные понятия, так как социум не лечит, а создает условия для оптимального социального восстановления) на самом деле представляли совокупность микросоциальных факторов, использовавшихся для предотвращения депривационных влияний больничной среды. Скорее

здесь речь шла о мероприятиях, обеспечивающих активирующий режим и профилаксирующий «сползание» пациента к изоляции, чем о научно обоснованных методах социальной реабилитации. К тому же, социальная реабилитация в условиях изоляции (особенно длительной) в общепсихиатрическом отделении невозможна в принципе. Напротив, реабилитационный потенциал пациента гаснет пропорционально длительности и частоте госпитализаций. С другой стороны, интегрировать больного в общество – это не просто выписать его из больницы под наблюдение участкового психиатра. «Вхождение» в общество или восстановление социальных связей и социального функционирования пациента – задача, выходящая за рамки компетенции и возможностей медицинской помощи [1].

Существующие в настоящее время организационные формы психиатрической помощи, ее кадровый потенциал, менталитет медицинского персонала, ориентированного на биомедицинские модели болезни, а также реальные возможности социальных служб не гарантируют использование научно обоснованных методов реабилитации больных с психическими расстройствами. Реабилитационная деятельность, как правило, носит локально-произвольный характер и не сопровождается объективной оценкой ее эффективности.

В то же время, современная медицина, в том числе психиатрия, все больше обращается к доказательной базе, к объективным данным об эффективности и безопасности методов лечения. Это обусловило пересмотр многих лечебных подходов, дало возможность постоянно совершенствовать тактику ведения пациентов. Все это в полной мере справедливо и в отношении методов медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами и крите-

риев оценки их эффективности [2].

В качестве критериев эффективности психосоциальной реабилитации чаще всего рассматривается длительность и качество ремиссий [3]. Однако концепция реабилитации предполагает интегративный (биопсихосоциальный) подход к пациенту [4, 5]. Поэтому основные критерии оценки качества медико-социальной реабилитации должны включать не только позитивные изменения в состоянии психического здоровья пациента, но и достигнутый уровень его социального восстановления (социальной реинтеграции). Другими словами, речь идет об оценке физического, психологического и социального благополучия пациента, уровня его жизнедеятельности и качества жизни.

На современном этапе качество и эффективность психиатрической помощи должны оцениваться по соответствию различных ее компонентов определенным научно обоснованным стандартам [6], позволяющим достичь конечных целей – удовлетворения потребностей обслуживаемого населения в дифференцированных видах психиатрической помощи и социальной интеграции пациентов. Стандарт – это всегда наиболее эффективная форма вмешательства или типовых видов помощи. Стандартизация на различных уровнях – диагностическом [7], терапевтическом [8, 9], морально-этическом [10], медико-экономическом и организационно-управленческом – основа действенного обеспечения высокого уровня психиатрической помощи [11, 12, 13].

В конечном счете, концептуальный смысл стандартизации (клинических протоколов) психиатрической помощи должен заключаться не только в улучшении психического состояния пациентов, но и в достижении оптимально возможного уровня их социального функционирования и качества жизни. Такая ориентация вытекает из требований Закона Украины «О психиатрической помощи», необходимости использования биопсихосоциального подхода к решению различных психиатрических проблем (14), конечных целей реабилитации пациентов с психическими расстройствами (15), а также многоосевой версии МКБ-10 [16].

Исходя из системного «видения» пациента, его многоосевых диагностических характеристик, интегративной сути реабилитационного процесса и социального контекста, как важнейшей его составляющей, основными сферами оценки эффективности медико-социальной реабилитации, по-нашему мнению, должны быть:

1. Приспособительное поведение пациента.

2. Реабилитационный потенциал или адаптивные ресурсы личности.

3. Качество медицинской (психиатрической) помощи.

4. Уровень жизнедеятельности или социального функционирования пациента (физического, психологического и социального благополучия).

5. Уровень социальной поддержки (поддержки пациента в сообществе).

6. Качество жизни пациента, обусловленное болезнью.

Приспособительное поведение больных складывается как результат взаимодействия личности и болезни в конкретных условиях жизни и представляет биографически сложившийся и видоизмененный болезнью модус взаимоотношений с социальной действительностью. Чем ниже прогрессивность болезни, тем выше значение личностных и ситуационных факторов в формировании приспособительного поведения больных [17]. Однако уже первый психотический эпизод несет в себе угрозу эффективному социальному функционированию пациента и способствует формированию регрессивных и дезадаптивных типов приспособительного поведения, предопределяющих, в конечном счете, его социальную несостоятельность и социальную некомпетентность [4, 18]. Последующая динамика болезни позволяет более чем у 50% пациентов (страдающих шизофренией) констатировать грубые нарушения приспособительного поведения [19].

Так, в тщательно выполненном исследовании [20] было показано, что само обращение к психиатру, признание им факта психического нездоровья и, особенно, предложение госпитализации в психиатрическую больницу представляют цепочку обстоятельств, вызывающих у больных шизофренией разнообразные ситуационные реакции, которые проявляются лабильно-диссоциированными установками и долговременным изменением поведения. Первая госпитализация в больницу при наличии выраженной негативной установки предопределяет в дальнейшем активное избегание помощи и дезадаптивные формы поведения больных на протяжении значительного отрезка времени.

Нами [21] было выделено и описано три варианта дезадаптивного приспособительного поведения у больных шизофренией (регрессивное, дезорганизованное и амбивалентное). Регрессивный тип приспособительного поведения (52% больных) отличается аутистической направленностью, интроверсией, высокой степе-

нию отрицания реальности, индифферентным отношением к окружающему, зависимой жизненной позицией и низким уровнем собственной продуктивной активности, негативистическим поведением.

Дезорганизованный тип приспособительного поведения (22% больных) характеризуется утратой мотивосообразности, целевой ориентации, ситуативной детерминированности, беспорядочностью и стереотипностью поступков.

Амбигуэтный тип приспособительного поведения (26% больных) проявляется психомоторными нарушениями в виде амбигуэтной нерешительности, кататоноподобных проявлений в мимике, жестах, позах и поступках, моторной импульсивности, противоречивыми инстинктивными порывами, сочетанием пассивной сопротивляемости с нелепой подчиняемостью, парадоксальными и алогичными действиями, причудливой манерностью.

Адаптивные ресурсы личности отражают объективные возможности восстановления личности и социального функционирования пациента. Их оценка определяет клинический и социально-трудовой прогноз и особенности реабилитационной тактики. Клинический прогноз базируется на индивидуальной динамике функциональной недостаточности больного. Социально-трудовой прогноз часто не соответствует клиническому. Такое несоответствие в значительной мере обусловлено механизмами личностно-психологической компенсации больных, в одних случаях способствующих реабилитации, несмотря на наличие психопатологических расстройств, в других – существенно затрудняющих этот процесс даже при благоприятных клинических условиях. Поэтому оценка приспособительных ресурсов личности отражает важнейший спектр реабилитационного потенциала и функциональной диагностики в целом. Уровень адаптивных ресурсов, являясь системообразующим фактором, ориентирует на использование комплексного психодиагностического исследования.

Качество психиатрической помощи. По определению исследовательской группы экспертов ВОЗ [22], гарантией качества медицинской, в том числе психиатрической помощи, является обеспечение каждого пациента таким комплексом диагностической и терапевтической помощи, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам. В соответствии с международными стандартами, современная модель обеспечения качества психиатрической помощи должна включать три основных компонента:

1. Системный подход, предполагающий, что

методы управления и оценки деятельности психиатрического учреждения направлены на достижение четких, конкретных и проверяемых качественных результатов лечения.

2. Содержание психиатрической помощи должно быть ориентировано на максимально возможное удовлетворение потребностей пациента и соответствовать современным достижениям в области психиатрии и смежных дисциплин.

3. Критерии оценки качества психиатрической помощи и механизмы контроля должны охватывать все составляющие этого процесса, быть максимально объективными и опираться на нормативную базу.

Основными векторами качественной психиатрической практики являются:

- Соблюдение Закона Украины «О психиатрической помощи» и действующих нормативных требований.

- Диагностика психического расстройства в контексте многоосевого (полного клинического) диагноза и рациональной организации стандартизованного клинического исследования.

- Лечение в соответствии с клиническими протоколами, включающими результаты рандомизированных, плацебоконтролируемых исследований психофармакологических средств и других терапевтических методов.

- Медико-социальная экспертиза, ориентированная на объективную оценку уровня жизнедеятельности и реабилитационного потенциала пациента.

- Реабилитационная технология, основанная на биосоциальных характеристиках пациента, удовлетворении его потребностей и максимально возможном использовании ресурсов поддержки.

В рамках указанных направлений оцениваются три основных компонента качества психиатрической помощи: а) адекватность; б) экономичность; в) научно-технический уровень. Понятие «адекватность» предполагает доступность и результативность психиатрической помощи, которая должна быть оказана своевременно, в соответствии с установленной технологией и в объеме, достаточном для достижения положительного клинического результата. Под «экономичностью» понимается достижение максимальных результатов при минимальных финансовых затратах (соотношение затрат и достигнутых результатов). Наконец, «научно-технический уровень» отражает уровень использования при оказании психиатрической помощи современных достижений в области медицинских знаний и

технологий.

Качество жизни. Уровень качества жизни и социального функционирования пациента является универсальным и системообразующим фактором, позволяющим объективно оценить конечный результат психиатрической и медико-социальной помощи, и служит прерогативой ее реформирования. Использование «профиля качества жизни» [23] позволяет наглядно представить зоны и объем субъективного неблагополучия пациента. Проведенное нами исследование [21] показало, что качество жизни «среднестатистического» пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Популяционный профиль дефицитарности качества жизни (субъективного неблагополучия) пациентов общепсихиатрических отделений затрагивает такие сферы как сексуальное здоровье, материальное положение, психическое здоровье, семейное положение, социальная перспектива, общее здоровье, положение в обществе, сфера общения, реальные социальные возможности, социальная полезность, бытовые домашние условия, жизнь в целом.

Социальная поддержка (поддержка пациента в сообществе). Службы, оказывающие медико-реабилитационную помощь пациентам по месту жительства, принято делить на сеть государственной поддержки (региональные отделения Фонда Украины социальной защиты инвалидов, региональные органы самоуправления, общемедицинские учреждения, кризисная психиатрическая служба, реабилитационные центры, психиатрические учреждения амбулаторного типа, МСЭК) и сеть общественной поддержки (благотворительные фонды, общественные организации пациентов, семейные группы поддержки, клубы пациентов). Критерием успешности поддержки пациента в сообществе является уровень его социальной интеграции, реальных полномочий и приспособления к требованиям реального окружения.

Мониторинг качества медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами возможен при установлении адекватных индикаторов. Разработка таких индикаторов с учетом биопсихосоциальной модели реабилитации предполагает использование мультимодального подхода. Такой подход имеет свои специфические особенности в зависимости от этапа реабилитации. Таким образом, индикаторы эффективности и качества оказываемой помощи различаются на этапах медицинской, психологичес-

кой и социальной реабилитации больных.

Клинические индикаторы качества медицинского (госпитального) этапа медико-социальной реабилитации:

- Полнота обследования пациента.
- Обоснованность диагностического заключения.
- Использование многоосевого диагностического подхода.
- Время между выявлением психического расстройства и началом лечения.
- Длительность госпитализации.
- Длительность обследования пациента.
- Адекватность выбора психотропного средства.
- Адекватность режима приема и способа введения медикаментозных препаратов.
- Адекватность дозы и способов наращивания (снижения) дозы психотропного препарата.
- Неблагоприятные явления в процессе лечения.
- Соблюдение этико-правовых норм медицинского вмешательства (добровольное согласие, информированность о правах, конфиденциальность и т.п.).
- Взаимоотношения медперсонала с больным и его родственниками.
- Наличие комплаенса.
- Адекватность лечения выявленной сопутствующей соматической патологии.
- Наличие симптомов госпитализма.
- Удовлетворенность пациента объемом и качеством оказанной помощи.
- Удовлетворенность родственников пациента качеством оказанной помощи.

Индикаторы качества помощи на этапе психологической реабилитации:

- Улучшение когнитивных и коммуникативных возможностей пациента.
- Восстановление утраченных в результате болезни эмоциональных и мотивационных ресурсов личности.
- Формирование навыков и умений, необходимых для повышения уровня социального функционирования пациента.
- Нормализация реакции семьи на психическое заболевание родственника; усиление семейного сопротивления болезни; снижение семейной нагрузки.

Индикаторы качества помощи на этапе социальной (экстрагоспитальной) реабилитации (цель – социальная интеграция (реинтеграция) пациента:

- Правовая защищенность пациента.

- Адекватный уровень социальной поддержки.
- Создание реальных возможностей для участия пациента в деятельности, обогащающей жизнь, и реализации социально-ценимых ролей.
- Обогащение сети социальных связей пациента, расширение доступа к различным формам деятельности, потенциально возможным социальным отношениям.
- Достижение социальной компетентности и автономии пациента, а также независимого функционирования его в обществе.

- Предупреждение повторных обострений и регоспитализаций.

Приведенные клинические и социально-психологические критерии эффективности психиатрической и медико-социальной помощи должны быть положены в основу стандартизации различных этапов медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами. Широкий спектр этих критериев повышает вероятность гармонизации лечебно-реабилитационной тактики и восстановления физического, психического и социального благополучия пациентов.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, І.В. Жігуліна, О.В. Абрамов, Г.Г. Путятін

ОСНОВНИ СФЕРИ ТА КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Донецький медичний університет ім. М. Горького

В статті представлено сучасні погляди на концепцію медико-соціальної реабілітації хворих на психічні розлади. Вони передбачають інтегративний (біопсихосоціальний) підхід до пацієнта. Авторами виділено основні сфери для оцінки ефективності медико-соціальної реабілітації. Розроблено індикатори ефективності та якості допомоги на етапах медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Вони повинні бути покладені в основу стандартизації різних етапів медико-соціальної реабілітації хворих на психічні розлади. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 3-7).

V. Abramov, T. Ryapolova, I. Zhygulina, A. Abramov, G. Putiatin

THE BASIC SPHERES AND CRITERIA OF THE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF THE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

Donetsk State medical university

The modern views at the concept of medical and social rehabilitation of the patients with mental disorders are presented in the article. They are based on the integrative (biopsychosocial) approach to the patient. Authors select the basic spheres for the assessment of the effectiveness of the medical and social rehabilitation. The indicators of the effectiveness and quality of the help on the stages of the medical, psychological and social rehabilitation are devised. They should be put in the basis of the standardization of the different stages of medical and social rehabilitation of patients with mental disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 3-7).

Литература

1. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. Донецк. — 2000. — 129с.
2. Абрамов В.А., Бабюк И.А., Бурцев А.К., Студзинский О.Г. Доказательная медицина – новый этап реформирования психиатрии в Украине // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2004, 4 (14). — С. 3-7.
3. Юр'єва Л.М., Підлубний В.Л. Ефективність психосоціальної реабілітації хворих на епілепсію // Український вісник психоневрології. — 2006. — 14, 1 (46). — С. 104-107.
4. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк, Каштан, 2006. — 268с.
5. Михайлов Б.В., Чугунов В.В. Реабилитационная стратегия в психотерапии. Архив психиатрии. 2005, 11, 2 (41). — С. 157-159.
6. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів. Київ, 2000. — 28с.
7. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк, 2004. — 271с.
8. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. М., 1999. — 224с.
9. Підкоритов В.С., Букрєєв В.І., Міщанова М.К. та ін. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків. Харків, 2001. — 272с.
10. Блох С., Чоддоф П. — Этика психиатрии. Киев, Сфера, 1998. — 391с.
11. Кучеренко В.З. Информационные технологии и экспертиза качества медицинской помощи // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998, 2. — С.46-50.
12. Хану В. Вуора. Обеспечение качества медицинского обслуживания. — ВОЗ: Копенгаген. — 1985. — 177с.
13. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи. Вопросы теории и практики. Хабаровск, 1996. — 183с.
14. Engel G.L. The need for a new medical model: a college for biomedicine. Science. 1997, 196. — p. 129-136.
15. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., Медицина, 1978. — 233с.
16. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. Карманный справочник. — К., 1997. — 104с.
17. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией // Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. — С.62-71.
18. Воловик В.М. Проблема ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения // Ранняя реабилитация психически больных. - Л., 1984. — С. 5-16.
19. Годзенко О.М. Принципы побудови реабілітаційних заходів у хворих на залишкову шизофренію // Архив психиатрии. 2002, 3(30). — С.114-116.
20. Саткевичюте Р.Э. Реакция больных малопрогредиентной шизофренией на первичную госпитализацию. Автореф.дисс. канд. - Л., 1979.
21. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов.- Донецк: ООО «Лебедь», 2002. - 279с.
22. Black N. Research, audit and education. Br. Med. J., 1992, 34. — P. 698-700.
23. Billinger M. Indices versus profiles – advantages and disadvantage. In Quality of life assessment: key issues in the 1990-s. Edited by Walker SR, Rosser RM. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1993. — P.209-220.

Поступила в редакцию 3.06.2006

УДК 616.895.4:616.1/4-08

*В.С. Подкорытов***ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: депрессии, соматические стационары, диагностика

Депрессивные расстройства широко распространены в населении различных стран мира. Они являются, согласно данным ВОЗ (2002), причиной наибольшего количества лет нетрудоспособности, обусловленной заболеванием. В настоящее время их распространенность на протяжении жизни в среднем исчисляется 16 %, а на протяжении 12 месяцев около 7% [1, 2]. Проведенное ВОЗ расширенное исследование эпидемиологии депрессивных расстройств в 14 странах мира (в Америке, в Европе, на Среднем Востоке, Африке, Азии было обследовано 60 тыс. взрослых), показало, что их 12-месячная распространенность колебалась от 0,8% в Нигерии, до 9,6% в США [3]. Было отмечено большое влияние на возникновение, клинические проявления и особенности динамики депрессивных расстройств разного рода психосоциальных и культуральных факторов, характерных для того или иного региона мира.

Европейское Исследование Эпидемиологии Психических Расстройств (ESEMeD), проведенное в 6-ти странах Европы с использованием тех же методов, что и в исследовании ВОЗ, выявило уровень 12-месячной распространенности депрессивных расстройств в населении этих стран, составивший в среднем 4,2% [4].

Отмечено, что наиболее характерным возрастом начала заболевания является 20 – 30 лет [2]. Имеют место отчетливые половые различия в распространенности депрессивных расстройств - женщины заболевают в 2 раза чаще, чем мужчины [1]. Возможно, это в какой-то мере объясняется тем обстоятельством, что у мужчин значительно чаще, чем у женщин депрессивные расстройства маскируются синдромом алкогольной зависимости. Средняя продолжительность депрессивного эпизода достигает 16 недель. Причем в 90% случаев его выраженность имеет среднюю и тяжелую степень тяжести [1]. Было отмечено [1, 5], что среди лиц, страдающих депрессивными расстройствами, только 50% получает какое-либо лечение, которое, в свою оче-

редь, можно рассматривать как адекватное лишь в 25% случаев.

Согласно данным ВОЗ (2005), барьерами, препятствующими получению лицами с депрессивными расстройствами эффективного лечения, выступают, прежде всего, нехватка ресурсов и специально обученного персонала. А также – социальные стигмы, ассоциируемые в населении с психическими заболеваниями.

Для улучшения качества медицинской помощи пациентам с депрессивными расстройствами необходимо выполнение следующих условий [6]:

- 1) максимально раннее установление у них правильного диагноза;
- 2) наличие у пациентов возможности полного доступа к психиатрическим и дополнительным службам;
- 3) получение всеми нуждающимися расширенной помощи.

Особую сложность в диагностике депрессивных расстройств представляют пациенты, в клинической картине заболевания которых на первый план выступают соматические жалобы. Естественно, такие пациенты не считают себя психически больными и за медицинской помощью в первую очередь обращаются не к психиатру, а в зависимости от характера жалоб, к тому или иному врачу – соматологу (участковому терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу, неврологу и т.д.). Так, согласно данным немецких исследователей [7], 10,9% пациентов в случайной выборке посещающих врачей первичной медицинской помощи, страдают депрессиями. Причем только у 55% из них лечащие врачи признали наличие депрессии и назначили антидепрессивную терапию. А 45% таких пациентов безуспешно лечились у них, получая неадекватную симптоматическую терапию. Это при том, что 72% врачей первичной медицинской помощи в Германии, принимавших участие в данном исследовании, считали свою компетенцию в области диагностики депрессий хорошей.

Организация медицинской помощи населению в различных странах имеет свои специфические особенности, которые могут существенно влиять на ее качество. В частности, в Украине показатели обеспеченности населения амбулаторной и стационарной непсихиатрической медицинской помощью качественно отличаются от таковых в Германии. Так количество врачей общей практики в Украине на 100 тыс. населения в 3 раза меньше чем в Германии (30 и 105 - соответственно). В то же время, показатель количества стационарных соматических коек на 100 тыс. населения в ней (720) существенно превышает таковой (640) в Германии (ВОЗ, Европейская база данных, 2006).

Следует отметить, что в Украине до последнего времени недостаточно уделялось внимания повышению компетентности врачей общей практики в вопросах диагностики и современных методов лечения депрессивных расстройств. По Закону Украины «О психиатрической помощи», диагноз психического расстройства, в том числе депрессии, может быть выставлен только психиатром.

Кроме того, в ментальности значительной части населения нашей страны имеет место убежденность в более высоком уровне профессионализма врачей стационаров по сравнению с врачами амбулаторной службы. При этом большинство населения с предубеждением относится к врачам-психиатрам и психиатрическим стационарам. Широко распространена стигматизация психически больных.

Все вышесказанное может способствовать тому, что в Украине вероятность поступления в общесоматические стационары пациентов с нераспознанными депрессивными расстройствами, которые не получили адекватной медицинской помощи в амбулаторных условиях, может быть выше, чем в ряде других европейских стран.

С целью изучения распространенности и характера клинических проявлений депрессивных расстройств у пациентов непсихиатрических стационаров в г. Харькове нами в 2003-2005гг. было проведено скрининговое психопатологическое обследование 1013 лиц в возрасте 21 – 55 лет находившихся на лечении в 3-х отделениях общесоматических больниц: кардиологическом, гастроэнтерологическом и неврологическом. Были использованы Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и Международное Нейропсихиатрическое Мини-интервью (MINI).

При отборе больных для дальнейшего углубленного психопатологического обследования, нами использовались диагностические критерии рубрики «Аффективные расстройства» (F3) «Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1992) Это обеспечивало, кроме надежной верификации диагноза, сравнимость полученных результатов с данными других исследователей. Соответственно выборка формировалась на основании констатации у больных на момент исследования:

- депрессивного расстройства соответственно диагностическим указаниям МКБ-10;
- актуальных соматических жалоб и функциональных вегето-соматических симптомов, существующих непрерывно в течение не менее 2-х недель.

Диагностика соматизированных депрессий проводилась по таким критериям:

- отсутствие объективных признаков соматического заболевания, полиморфизм соматовегетативных проявлений, выраженная у пациента потребность в медицинской помощи;
- подчиненность соматизированных и других проявлений позитивной аффективной симптоматики суточному ритму (ухудшение самочувствия утром, улучшение вечером);
- появление у пациента в процессе динамики его депрессивного расстройства признаков негативной аффективной симптоматики;
- наличие определенной периодичности (сезонности) в манифестации болезненной симптоматики, имеющей ремиттирующий характер;
- настойчивое многократное обращение пациента за медицинской помощью, невзирая на очевидное отсутствие результатов от ранее полученного лечения;
- улучшение самочувствия пациента на фоне приема антидепрессантов.

Критерии исключения:

- пациенты, у которых имелась тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- пациенты с признаками нарушения функций эндокринной системы, в том числе щитовидной железы, яичников, страдающие сахарным диабетом;
- пациенты с разными формами поражения центральной нервной системы, вызывавшими органические психические расстройства, в том числе и органическую депрессию;
- наличие коморбидности у выявленного депрессивного расстройства с шизофреническим психозом, хроническим алкоголизмом и токсикоманиями.

Исследование показало, что у 557 пациентов (55%) имели место разной степени выраженности тревожные и депрессивные расстройства. Причем у 319 (31,49%) из них эти расстройства носили клинически значимый характер.

Так, у 132 из них (41,4%) характер депрессивных проявлений имел легкую степень выраженности и соответствовал по МКБ-10 критериям легкого депрессивного эпизода (F 32.0). У 105 пациентов (32,8%) депрессивная симптоматика имела среднюю степень выраженности и была квалифицирована как умеренный депрессивный эпизод (F 32.1). А у 82 пациентов (25,8%) депрессия была резко выраженной и соответствовала критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F 32.2). Следует отметить, что особых отличий в характере выраженности депрессивных проявлений у пациентов, находившихся на лечении в разных непсихиатрических стационарах, выявлено не было.

По особенностям возникновения депрессивных расстройств у обследованных пациентов соматических стационаров их можно было условно разделить на 3 категории.

I – первичные, собственно депрессивные расстройства (т.н. эндогенная депрессия) с соматическими нарушениями и соматоформными «масками».

II – вторичные депрессивные расстройства как личностная болезненная реакция пациента на наличие у него соматического заболевания.

III – вторичные «органические» депрессивные расстройства, как результат метаболических нарушений в организме соматически больного.

Следует отметить, что у 68 % обследованных с депрессивными расстройствами врачи-интернисты хотя и диагностировали наличие реального соматического заболевания (ишемической

болезни сердца, гастродуоденита и др.), однако объяснить «нетипичность» его клинических проявлений, низкую курабельность и терапевтическую резистентность к проводимому лечению не могли. У 32 % обследованных каких-либо объективных данных о наличии у них тяжелого соматического заболевания, по поводу которого пациенты были госпитализированы в данный стационар, вообще выявлено не было. Учитывая характер предъявляемых жалоб, им в этих случаях ставился диагноз «вегето-сосудистая дистония», «кардионевроз», «синдром Да Коста», «синдром раздраженной толстой кишки» и т.п. Однако стандартные схемы симптоматического лечения, у них как правило, были не эффективными. Наступавшее в ряде случаев улучшение носило частичный и нестойкий характер. После выписки из стационара у большинства пациентов быстро возникало ухудшение состояния.

Характерными для обследованных были такие «непонятные» для врачей-интернистов симптомы, как:

1. Трудность утреннего подъема из-за тяжести во всем теле или его отдельных частях. Днем – тяжесть в руках, ногах, спине: «хочется лечь, даже на работе», ощущение внутренней тяжести, «смертельной усталости»: «устаю сразу», «что-то поделаю и надо лечь», «не могу в течение дня сделать и половину того, что делала раньше», «ни на что не хватает сил вечером».

2. Расстройство сна: затрудненный период засыпания, сокращение часов ночного сна из-за частых пробуждений, внезапное пробуждение среди ночи или ближе к утру с «ощущением моментальной бодрости» или «будто уже выпалась», пробуждение в 3-4 часа ночи или в 5 часов утра с последующей бессонницей.

3. Сомато-вегетативные расстройства (по частоте встречаемости они представлены ниже).

Симптом	Частота встречаемости (%)
Расстройство сна	100
Астения	90,9
Потеря в весе	54,5
Потливость или холодные липкие руки	54,5
Тошнота, понос или абдоминальный дистресс	54,5
Приливы жара или холода	45,4
Сердцебиение	27,3
Сухость во рту	27,3
Головокружение	18,2
Затруднение при глотании или «ком» в горле	9,1

Включение в комплекс лечебных мероприятий рекомендованных консультировавшим пациентов психиатром антидепрессантов у 86 % из них уже через 2-3 недели терапии вызвало значительное улучшение самочувствия. Учитывая наличие у большинства таких пациентов сопутствующей соматической патологии, при выборе антидепрессантов предпочтение отдавалось группам СИОЗС (флувоксамин, сертралин, циталопрам), ССОЗС (тианептин), СИОЗС и Н (венлафаксин, милинаципран). В комплексе ле-

чения таких пациентов также включалась психотерапия, прежде всего – когнитивно-бихевиоральная.

Такой подход позволил значительно повысить курабельность данной категории пациентов, улучшить уровень их социального функционирования и качества жизни. Он, по своей сути, выступает методом вторичной профилактики депрессивных расстройств у них, в том числе – методом превенции социальной дезадаптации и суицидального поведения.

В.С. Підкоритов

ПРОБЛЕМИ ДЕПРЕСІЙ У ХВОРИХ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНИХ СТАЦІОНАРІВ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

В більшості країн світу має місце зростання захворюваності населення на депресивні розлади. Значна частина таких хворих звертається по медичну допомогу не до психіатрів, а до лікарів-інтерністів. Особливо в випадках т.з. «соматизованих» депресій. Було проведено психопатологічне обстеження 1013 хворих 3-х соматичних стаціонарів – кардіологічного, гастроентерологічного та неврологічного. В 55 % з них були виявлені різного ступеня виразності тривожні і депресивні розлади. Однак, лікарі-інтерністи не звертали на них уваги і не призначали необхідної терапії. Одною із важливих задач лікарів-психіатрів є розробка скринінг-діагностичних методів діагностики депресивних розладів у хворих, що лікуються в соматичних відділеннях і впровадження їх в практику роботи лікарів-інтерністів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 8-11).

V.S. Pidkorytov

THE PROBLEMS OF DEPRESSION AT PATIENTS OF GENERAL SOMATIC IN-PATIENT DEPARTMENT

Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS of Ukraine

The morbidity of population on depressive disorders is increasing in most of countries. The bigger part of such patients are treated not by psychiatrists but general practitioners. Especially it concerns the cases of «somatization» of depression. It was psychopathologically examined 1013 patients of 3 somatic in-patient departments - cardiological, gastroenterological and neurological. In 55% of cases was found out the anxious and depressive disorders of different level of intensity. However the majority of general practitioners didn't pay attention on their mood disturbs complaints and didn't prescribe adequate therapy. One of the important goals of psychiatrists is development of scrining diagnostic methods of depressive disorders at patients which are treated in somatic in-patient departments and application of them to general practitioners practice. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 8-11).

Литература

1. Kessler R.S., Berglund P., Dernier O. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS – R), JAMA, 2003, s. 3095-3105.
2. Ebmeier K.P., Donaghey C., Steele J.D. Recent developments and current controversies in depression. Lancet, 2006, S. 153-167.
3. Demyttenaere K., Bruffaerts R., Posada-Villa J. et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization. World Mental Health Surveys. JAMA, 2004, s. 2581-2590.
4. Alonso J., Andermeyer M.C., Berner S. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the

- Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2004, s. 21-27.
5. Hamalainen J., Isometsa E., Lankkala T. et al. Use of health services of major depressive episode in Finland. J.Affect. Disord, 2004, S. 105-112.
6. Goodwin G.M. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J.Clin Psychiatry, 2003, s. 598-604.
7. Wittchen N.U. Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum. Psychopharmacol. 17 Suppl. S. 1-11.

Поступила в редакцію 21.09.2006

УДК 616-083.98 (082)

*В.М. Загуровский***НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КАК СПОСОБ РЕАГИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования. Харьковская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Ключевые слова: способ реагирования, неотложные состояния, психосоматика, психовегетативная дисфункция

В структуре нозологической патологии ведущее место занимают психосоматические нарушения, которые, по различным данным, составляют 45-60% [1, 2]. Попытки освещения взаимосвязи психической и соматической сфер человека и их роли в возникновении заболеваний направлены на установление первичности или вторичности нарушений в той или иной сфере, проекции изменений в одной на другую, сводилось к попытке доказать ведущую роль одной из них [2, 13]. Неотложные состояния (НС) в клинике психосоматических нарушений представляют серьезную угрозу здоровью и жизни, связаны с максимальной манифестацией патогенетических механизмов заболевания [2, 5, 8, 3]. Однако исследования механизмов и закономерностей возникновения, проявления, роли НС при этих заболеваниях, единичны и носят фрагментарный характер, направлены на анализ соматических проявлений без взаимосвязи с психоэмоциональными нарушениями

[2, 11, 13]. Отсутствует анализ влияния последних на течение и место НС в структуре патогенетических механизмов заболеваний. Важным моментом является стремление или тенденция исследователей к отождествлению этиологического фактора и клинического течения заболевания [2]. Эти положения крайне важны в теоретическом аспекте и для практической медицины, которая сохраняет соматическую направленность лечебно-диагностического процесса. Представляется крайне важным изучение взаимодействия психической и соматической сфер человека в возникновении, развитии НС и их роли в становлении психосоматической патологии.

Настоящее исследование посвящено изучению закономерностей возникновения, реализации и взаимодействия соматических и психических составляющих НС, места и значения последних в патогенезе психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено при оказании неотложной помощи и дальнейшем лечении больных вегето-сосудистой дистонией (ВСД) с вегетативными кризами – 131, ишемической болезнью сердца (ИБС) с приступами стенокардии - 125, гипертонической болезнью (ГБ) I-II ст. с кризовым течением - 138, приступами нарушения ритма и частоты сердечных сокращений (ПНРЧСС) – 107 человек, обратившихся на станцию скорой помощи. Клинико-патологический анализ проводился со структурированием симптомов НС и всего заболевания во времени. Психо-эмоцио-

нальное состояние исследовалось с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб, шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергер-Ханина, клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний, опросника Бека, тестов Люшера, «Цветовой рисунок тела». Инструментальное исследование: анализ вариабельности кровообращения методом ритмограммы с пробами (физическая нагрузка, психо-эмоциональная нагрузка, модуляция дыхания) для выяснения устойчивости к стрессу, уровень артериального давления.

Результаты исследования и их обсуждение

В психическом статусе клинической картины НС ведущее место занимали жалобы, отражающие эмоциональные нарушения – различ-

ной выраженности напряжение, тревога, страх, паника, ужас. Больные часто отмечают их беспочвенный характер или связывают с угрозой

потери сознания, развития инфаркта миокарда, инсульта, аппендицита, рака, внезапной смерти и другими, угрожающими жизни, состояниями. Симптомы часто сопровождаются психомоторным возбуждением, которое приносит облегчение, уменьшает интенсивность болезненных переживаний. В некоторых случаях возбуждение блокируется страхом ухудшить свое состояние.

Эмоциональные нарушения сопровождаются снижением критики к своему состоянию и окружающим событиям, падением способности к волевым актам, снижением когнитивной деятельности, нарушениями логического мышления и действия, сужением поля сознания до границ угрожающих болезненных переживаний. Иногда отмечается эмоциональная лабильность с элементами амбивалентности. Со стороны тела симптомы носили вегетовисцеральный, сенсорновегетативный и соматический характер с преобладанием той или иной категории в зависимости от изучаемой патологии.

Выявляемая полиморфность симптомов, без четкой зависимости от тяжести, частоты и выраженности НС, типа течения и длительности заболевания послужили причиной к поиску новых критериев оценки симптоматики, позволяющих выявить ключевые моменты патологического процесса и точки приложения эффективных лечебных мероприятий. Для этого использовали повременной анализ динамики возникновения, развития и взаимосвязи выявленных симптомов как непосредственно НС, так и заболевания в целом.

При анализе динамики возникновения и становления НС в течении заболевания выявлено, что во всех случаях первые НС возникли на фоне различной длительности психофизического напряжения, которое характеризовалось как интенсивное, стрессорное или на грани такового. Ситуация была достаточно значима, но ее решение находилось за пределами возможностей личности или ограничено её жизненными принципами, отсутствием адекватного поведения или физических возможностей, социальными или семейными правилами. Важным было наличие в анамнезе отрицательного отношения к психофизическим нагрузкам, что обусловлено особенностями воспитания, ролью больного ребенка, чрезмерной опекой родителей (часто в детстве и юности родители многократно обследовали пациентов, считая их больными), частыми простудами, болезнями, травмами, и др., свидетельствующими об отсутствии тренированности тела. На этом фоне отмечены злоупотребления

кофе, чаем, спиртными напитками, табакокурение, нарушения режима труда и отдыха, питания, и другие, дестабилизирующие вегетативную регуляцию, факторы риска. Это свидетельствует о снижении адаптационных возможностей психоэмоциональной сферы и вегетативных механизмов регуляции.

Во всех случаях выявлены (перед или в момент первого НС) провоцирующие или пусковые факторы (состояния). Отмечена эмоциональная значимость ситуации, в которой развилось НС, особое психофизическое состояние. Это употребление спиртного, передозировка кофе, чая, бессонная ночь, физическое напряжение, испуг, присутствие при происшествиях, выраженную усталость, похмелье, месячные, погрешности в диете, пищевое отравление, метеоусловия, падение на улице, конфликты и другие факторы, вызывающие дестабилизацию психоэмоционального или вегетативного равновесия. Таким образом, перед НС выявлены дестабилизирующие психоэмоциональное и (или) соматическое состояние события или действия на фоне психофизического напряжения с дискомфортом из-за отсутствия разрешения стрессовой ситуации.

В 96% случаев в окружении больного до НС и дальнейшем течении процесса выявлены больные тем или иным тяжелым, острым или хроническим заболеванием, близких люди. Как правило, это заболевания сердца, инфаркты миокарда, отеки легких, нарушения мозгового кровообращения, внезапные смерти. Пациент иногда был свидетелем обморока, инсульта, внезапной смерти на улице, в транспорте, при аварии, в лечебном учреждении, где он находился. События происходили в эмоционально значимой ситуации или с близкими ему людьми. При этом обнаружено, что симптомы этих заболеваний находят свое отражение в клинике НС самого пациента. Если же эти события происходили на фоне уже существующих НС, то симптомы наблюдаемого заболевания получали отражение в структуре НС. Следовательно, на момент НС существовала, подкрепленная эмоционально значимыми переживаниями, внутренняя модель заболевания или критического состояния с тяжелыми последствиями.

Соединение приведенных выше факторов на фоне дестабилизирующих психоэмоциональных или (и) вегетативных механизмов адаптации, пусковых факторов или ситуаций, приводит к острой психовегетативной дисфункции.

Анализ симптоматики НС позволил выделить

два синдрома, разделенные по времени возникновения [4, 6, 7]. Первый - это синдром психо-вегетативной дисфункции собственно патологического процесса с преимущественной проекцией или локализацией в органе или системе, определяющий присущую пациенту психоэмоциональную, соматическую, вегетовисцеральную и сенсорновегетативную симптоматику НС. Второй - психовегетативный синдром стрессорной реакции, который отсрочен во времени и является реакцией на развивающуюся острую психовегетативную дисфункцию.

Синдром собственно психовегетативной дисфункции представлен первичными симптомами НС сенсорновегетативного, вегетовисцерального, психоэмоционального или соматического характера с которых манифестирует НС. Вокруг этих симптомов выстраивается связь всех, возникающих в дальнейшем, симптомов психовегетативной дисфункции НС. Динамика их развития, изменения интенсивности, миграции в пределах органа или тела, трансформация одного симптома в другой почти всегда однотипны от приступа к приступу и характеризуют специфичность НС для каждого пациента.

Выявлено два типа синдрома собственно психовегетативной дисфункции [3, 4, 5]. Первый – соматопсихический, который характеризуется первичными, внезапными соматическими, вегетовисцеральными и сенсорновегетативными симптомами на фоне которых манифестируют психоэмоциональные. В 41% случаев это пугающие физические ощущения, соответствующие тому или другому НС с последующими выраженными тревогой, страхом, паникой, ужасом, в основе которых был страх потери сознания, смерти, паралича, удушья и т.д. Психическая реакция сопровождалась присоединением сенсорновегетативных и вегетовисцеральных симптомов: мышечная дрожь, учащенное дыхание с чувством нехватки воздуха и удушья, ощущение онемения тела, рук, ног, лица, слабости, пульсации во всем теле, волн холода или жара по телу, головокружения и потери сознания и т.д. Таким образом, при этом типе НС первичными являются соматические (вегетовисцеральные, сенсорновегетативные) симптомы, которые влекут развитие психоэмоциональной симптоматики.

Второй тип синдрома – психосоматический [3, 4, 5], при котором первичными являются внезапные психоэмоциональные нарушения, на фоне которых развиваются соматические, вегетовисцеральные или сенсорновегетативные сим-

птомы. В 38% случаев НС начинались с чувства внезапной угрозы, паники, страха, тревоги, ужаса без определения их причины, субстрата. Вслед манифестировали, отрицательно эмоционально окрашенные, болезненные, сенсорновегетативные, вегетовисцеральные, соматические симптомы. В 65% случаев отмечается психомоторное возбуждение которое иногда облегчает состояние. Таким образом, при этом типе НС первичны психоэмоциональные нарушения, которые влекут развитие соматических, вегетовисцеральных или сенсорновегетативных симптомов.

В 21% НС развивались на фоне полного благополучия или после физической нагрузки и пациент не находил им рационального объяснения. В этих случаях возникали болезненные ощущения со стороны конкретного органа или системы с дальнейшим присоединением сенсорновегетативной и вегетовисцеральной симптоматики, психоэмоциональных симптомов.

В зависимости от типа психовегетативного синдрома собственно психовегетативной дисфункции НС выделены два типа клинического течения НС – психосоматический и соматопсихический [3, 4, 5, 9]. Психосоматический тип - когда первично возникшие психоэмоциональные симптомы или психопатологические способы реагирования ассоциируются с явлениями вегетативной дисфункции, приводя к их манифестации. Соматопсихический - когда первичные соматические, вегетовисцеральные или сенсорновегетативные симптомы вегетативной дисфункции ассоциируются с психологическими или психопатологическими способами реагирования. В первом случае преобладали аффективные нарушения при относительно умеренных симптомах вегетативной дисфункции, в другом - преобладали симптомы вегетативной дисфункции.

Клинические различия НС при различных типах синдромов подтверждались различиями уровней тревожности, невротической и вегетативной симптоматики - более высокие показатели при психосоматическом типе. При соматопсихическом типе - более выраженные отклонения в балансе вегетативных механизмов регуляции, что подтверждалось анализом устойчивости к стрессу и при экспериментально-психологическом исследовании.

При сопоставлении данных анамнеза заболевания и клинических типов НС обнаружено несоответствие этиологической характеристики типа заболевания и клиники. В 29% случаев, когда по этиологическому признаку заболевание

характеризовалось как психосоматическое (психогении), НС протекали по соматопсихическому типу. В 37% случаев, соматопсихическое по этиологическому признаку, заболевание, сопровождалось НС по психосоматическому типу. Следует отметить, что с увеличением срока заболевания наблюдается уменьшение количества и оскудение полиморфности симптоматики НС на фоне нарастания их интенсивности. Параллельно отмечено уменьшение психосоматического и увеличение соматопсихического типов НС.

С течением времени количество внешних и внутренних факторов, провоцирующих развитие НС, увеличивается. Тот или иной, достаточно значимый для личности, раздражитель, присутствуя в момент манифестации НС, в дальнейшем вызывает его развитие. Это сопровождается ограничениями и страхами перед психофизическими нагрузками и раздражителями, снижает качество жизни пациентов, их работоспособность, возникают социальные самоограничения из-за страха перед возникновением приступа.

Психовегетативный синдром стрессорной реакции на острую психовегетативную дисфункцию присоединяется на этапе манифестации специфических симптомов дисфункции [6, 7, 8]. Это страх и паника перед симптомами, связанные с ощущением угрозы потери сознания, смерти, удушья, инфаркта, паралича и т.д. Симптомы стрессорной реакции могут меняться от приступа к приступу, не беспокоят пациентов и не воспринимаются как болезненные и угрожающие. Стрессорная реакция более выражена при психосоматическом типе НС, что подтверждено снижением устойчивости к психическому стрессу.

Таким образом, к моменту возникновения НС определялся интенсивный неразрешимый конфликт из-за отсутствия соответствующего способа поведения личности, создающий высокое и стабильное внутреннее напряжение с повышенными требованиями к психо-эмоциональным и вегетативным (соматическим) механизмам адаптации личности. Преморбидное развитие личности характеризуется снижением ее адаптационных возможностей. Совокупность этих факторов на фоне дестабилизирующих психоэмоциональных или (и) вегетативных механизмы адаптации, пусковых факторов или ситуаций, приводит к острой психовегетативной дисфункции. Соединение их с существующей, эмоционально значимой, моделью заболевания, формирует содержание и интерпретацию сенсорнове-

гетативных, вегетовисцеральных, соматических и психоэмоциональных симптомов психовегетативной дисфункции. На данном этапе важнейшую роль играет стрессорная реакция на внезапные болезненные переживания и симптомы. Приводя происходящее в ранг чрезвычайного и в высшей степени эмоционально значимого события и переживания, связанного с витальной угрозой, стрессорная реакция является фактором консолидирующим, ассоциирующим все существовавшие до этого разрозненные звенья, в единый патогенетический механизм. Взаимодействие двух синдромов – психовегетативной дисфункции и стрессорной реакции - обеспечивает образование структуры, содержащей: а) пусковые механизмы; б) психоэмоциональные и соматические механизмы реагирования; в) механизмы, обеспечивающие фиксацию, развитие и ассоциацию этих механизмов с факторами внешней и внутренней среды. Возникает образование в виде НС как структуры патологического способа реагирования личности [3, 5, 8, 12].

Пусковые факторы НС можно разделить на две категории. Первые или истинные пусковые факторы - воспоминания, события, условия возникновения, место, время, ощущения со стороны тела, табак, спиртное, кофе, нарушение режима, психофизическое напряжение и др. факторы, характеризующиеся ассоциативной связью с предыдущими НС. Увеличению и расширению этого перечня способствует установление ассоциативной связи условий НС стрессорной реакцией, которая его сопровождает. Благодаря этому, НС приобретают свойства универсального способа реагирования. Вторая категория пусковых факторов - события и процессы внешнего или внутреннего мира, требующие или актуализирующие способ поведения личности, лежащий в основе возникновения НС. Переход его из «фона» в «фигуру» приводит к манифестации НС. НС манифестируют и при замещении или модификации имеющихся в распоряжении личности, других способов поведения. Это создает впечатление беспричинности возникновения НС.

Анализ значения нового способа реагирования показывает, что фрустрирующая ситуация, на фоне которой возникло НС, остается и дальше неразрешимой для личности, но на фоне НС с мощным аффективным зарядом и ощущениями витальной угрозы она уходит в «фон». НС со свойствами доминанты уводят существующее напряжение на себя. Конфликт вытесняется, теряет актуальность по сравнению с угрозой НС,

личность уходит от разрешения конфликта при отсутствии для этого акта необходимых ресурсов. НС различаются содержанием в зависимости от нозологической патологии, что подтверждают данные проективных методик экспериментально-психологического исследования [7, 10]. При вегетативных кризах наблюдается смена «патологического» компенсаторного поведения межприступного периода на «нормальные» способы компенсации с уменьшением уровня стресса, т.е., новый способ реагирования позволяет уменьшить, путем психовегетативного разряда, существующее напряжение с «нормализацией» компенсаторного поведения. При гипертонических кризах усиливается «патологичность» компенсаторного поведения межкризового периода с увеличением уровня стресса, т.е., новый способ реагирования является наращиванием мощности «патологического» компенсаторного поведения межкризового периода. При приступах стенокардии или нарушениях ритма и частоты сердечных сокращений происходит дальнейшее усиление «патологичности» компенсаторного поведения межкризового периода с признаками его дезорганизации и увеличения уровня стресса, т.е., новый способ реагирования является истощением (при наращивании мощности) «патологического» компенсаторного поведения межкризового периода на фоне разрушения существующего «патологического» равновесия и повреждением внутриорганных механизмов регуляции гомеостаза.

Возможны несколько вариантов дальнейшего развития патологического способа реагирования. Первый – это ограничение личностью сфер своей деятельности, защита от факторов, могущих вызвать манифестацию болезненного реагирования, что постепенно устраняет его применение. Второй – личность принимает меры по коррекции нарушений, расширяя адаптационные возможности, что дезактуализирует болезненный способ реагирования и восстанавливает адаптацию на более высоком уровне. Третий

– личность продолжает использование, наращивая мощность, патологического способа реагирования (при гипертонической болезни). Острая стрессорная реакция, обеспечивая ассоциацию его с внешними и внутренними факторами, превращает НС в универсальный болезненный способ реагирования. Увеличивается уровень дезадаптации, в фон уходят причины и механизмы болезненного реагирования, с постепенной соматизацией болезненного процесса. Актуальными для личности становятся не причины болезни, а сама болезнь и ее угрожающие последствия.

Наращивание мощности и соматизация приводит к срыву внутриорганных регуляторных механизмов. ИБС с приступами стенокардии, как следующий этап психосоматического процесса, свидетельствует о декомпенсации механизмов патологического способа адаптации. Приступ стенокардии является способом ухода от краха избранного болезненного способа поведения.

Таким образом, неотложные состояния в клинике вегето-сосудистой дистонии, гипертонической болезни и ишемической болезни сердца в своей структуре состоят из синдрома психовегетативного синдрома собственно вегетативной дисфункции и психовегетативного синдрома острой стрессорной реакции. В зависимости от преобладания психоэмоциональных или соматических симптомов выявлены два типа клинического течения неотложных состояний, которые не совпадают с этиологическим типом нарушения – психосоматический или соматопсихический. Синдром стрессорной реакции является фактором, обеспечивающим развитие и трансформацию неотложного состояния в универсальный патологический психосоматический способ реагирования.

Перспективой дальнейших исследований является разработка оптимальных методов психотерапии и медикаментозного лечения в комплексе этапного лечения психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ЯК СПОСІБ РЕАГУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Харківська медична академія післядипломної освіти. Харківська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Дослідження присвячене вивченню закономірностей виникнення, реалізації та взаємодії соматичних і психічних складових невідкладних станів, їх місця і значення в патогенезі психосоматичної патології серцево-судинної системи. Дані отримані при наданні невідкладної допомоги хворим вегето-судинною дистонією, ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, нападами порушення ритму і частоти серцевих скорочень. Використовували клініко-патологічний аналіз зі структуруванням симптомів у часі; експериментально-психологічні й інструментальні методи дослідження. Встановлено, що клінічна картина невідкладних станів представлена двома синдромами - психо вегетативної дисфункції власне патологічного процесу і психо вегетативний синдром стресорної реакції на гостру психо вегетативну дисфункцію. В залежності від типу синдрому власне психо вегетативної дисфункції виділені типи клінічного плину невідкладних станів – психосоматичний з первинними і переважними симптомами психо емоційних порушень і соматопсихічний - з первинними і переважними соматичними, вегетовісцеральними і сенсорно вегетативними симптомами. Преморбідні особливості, фруструючі ситуації і провокуючі психо вегетативну дисфункцію, фактори призводять до виникнення невідкладних станів. Стресорна реакція є чинником фіксує ці ланки в єдину структуру патогенетичних механізмів захворювання. Надалі вона забезпечує перетворення її в універсальний патологічний спосіб психосоматичного реагування. В залежності від подальшого поведіння особистості, спосіб реагування може еволюціонувати від вегето-судинної дистонії до приступів стенокардії з подальшою соматизацією процесу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 12-17).

V.M. Zagurovskij

URGENT CONDITION OF PSYCHOSOMATIC VIOLATIONS AS THE MODE OF REACTING OF THE PERSON

Medical Academy of Post-Graduate Educations (Kar'kov), Municipal Clinical Hospital of First and Urgent Medical Aid (Khar'kov)

Probe is dedicated study of regularities origin, implementation and interactings of somatic and mental components of urgent condition, their places and a value in a pathogeny of a psychosomatic pathology of a cardiovascular system. Data are obtained at rendering an acute management weak by a vegeto-vascular dystonia, ischemic disease of heart, an idiopathic hypertension, attacks of violation of pace and frequency of cardiac abbreviation. Used the clinicopathologic analysis with stucturization of signs in a time; experimentally-psychologic and instrument research techniques. It fixed, that the clinical pattern of urgent condition presented by two sets of symptoms - psychovegetative to a dysfunction of naturally pathological process and psychovegetative a set of symptoms stressful to a response on acute psychovegetative a dysfunction. Depending on type of a set of symptoms naturally psychovegetative dysfunctions are chosen phylums of clinical flow of urgent condition - psychosomatic with independent and dominant signs psychoemotional violations and somatopsychic - with independent and dominant somatic, vegetovisceral and sensoryvegetative signs. Premorbidal singularities, frustration and provoking psychovegetative a dysfunction, factors reduce situations in origin of urgent condition. Stressful the response is the factor fixative these links in uniform frame of pathogenetic mechanisms of disease. Hereinafter she ensures its transformation to a universal pathological mode of psychosomatic reacting. Depending on the further behaviour of the person, the mode of reacting can evolve from a vegeto-vascular dystonia up to attacks of a stenocardia with the further somatization of process. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 12-17).

Литература

1. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности. Избранные труды. — Г.: Наука, 1979. — 160 с.
2. Вейн А.М. и др. Панические атаки. - СПб., 1999. — 324.
3. Загуровский В.М. Патогенетическая модель механизмов развития психосоматических нарушений // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 1(2). — С. 106 — 110.
4. Загуровский В.М. Экспериментально-психологические и клинико-психопатологические характеристики гипертонических кризов // Клінічна та експериментальна патологія. — 2005. — Т. 4, № 2. — С. 37-41.
5. Загуровский В.М. Место критических состояний в клинике психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы // Патология. — 2005. — Т. 2, № 3. — С. 39-40.
6. Загуровский В.М. Панические атаки при вегето-сосудистой дистонии — клинико-патологические данные // Буковинський медичний вісник. — 2005. - № 1. — С. 8-11.
7. Загуровский В.М. Экспериментально-психологическое исследование панических атак при вегето-сосудистой дистонии / Клінічна та експериментальна патологія. — 2004. — Т. II, № 3. — С. 59-62.
8. Загуровский В.М., Никонов В.В. Болезнь как острый или хронический стрессор. // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. - Харьков, «Основа», 2002. - В. 5. - С. 170-173.
9. Загуровский В.М. Роль психо-вегетативного синдрома в реализации неотложных состояний. // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. - Харьков, «Основа», 2001. - В. 4. - С. 175-177.
10. Загуровский В.М., Жидко М.Е. Методика «Цветовой рисунок тела» в диагностике и терапии неотложных состояний. // Неотложная медицинская помощь. Сборник статей Харьковской городской клинической больницы скорой неотложной медицинской помощи. — Харьков: «Основа». - 2001. - В. 4. - С. 183-185.
11. Изард К.Э. Психология эмоций. - СПб., 1999. — 400 с.
12. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем. — М.: Медицина, 1984. — 208 с.
13. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation. — 1999. — Apr 27; 99 (16). — P. 2192-2217.

Поступила в редакцию 6.04.2006

УДК: 616.895.8-036.17-08:615.8329

*А.А. Романова***ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: параноидная шизофрения, терапевтическая резистентность, краниocereбральная гипотермия

Несмотря на использование в терапии шизофрении новых антипсихотических препаратов, до настоящего времени остается актуальной проблема терапевтической резистентности при данном заболевании. По данным литературы, в среднем 30% больных шизофренией оказываются резистентными к традиционной терапии [1, 2, 8, 11]. Критерием резистентности считается отсутствие терапевтического эффекта при приеме не менее 2 стандартных нейролептиков, относящихся к различным химическим группам, в терапевтически адекватных дозах при продолжительности приема каждого из них не менее 4 недель. [2, 4, 8].

Целью нашего исследования явилось изучение больных с терапевтической резистентностью и ее преодоление с помощью сочетанного использования гипотермии и краниocereбральной гипотермии (КЦГ) в принципиально новом режиме. В основе КЦГ лежит стимуляция процессов физиологической активности по механизмам холодового стресса в начальной стадии, который является мощным неспецифическим фактором мобилизации нейробиологических механизмов реактивности и адаптации. (Воробьева Т.М., 1997г.)

Мы ставили задачей добиться динамики психопатологической симптоматики, улучшения комплаенса больных и повышения качества их жизни, возможности уменьшения дозировок и улучшения переносимости антипсихотических препаратов, а также уменьшения нейрокognитивного дефицита.

В данном сообщении представлены результаты комплексного обследования 100 больных параноидной шизофренией, резистентных к терапии антипсихотическими препаратами. Оценка состояния и его динамики проводилась клинико-психопатологическим методом, а также с помощью шкалы PANSS и шкалы параноидного больного [3, 7]. Статистическую обработку

результатов проводили с использованием стандартных статистических параметров. Пациенты обследовались до лечения методом КЦГ и каждую неделю после применения КЦГ по мере редукции психопатологических расстройств. В процессе лечения методом КЦГ выделилось 3 группы больных: группа, которой оказалось достаточно одного сеанса КЦГ для появления динамики психопатологической симптоматики (36 человек); двух сеансов КЦГ (41 человек), и трех сеансов КЦГ (23 человека). Промежуток между последующими сеансами КЦГ составлял 21 день. Критерием назначения очередного КЦГ служил характер психопатологических изменений. Характеристика обследованных больных показана в таблице (Таб.1).

Как видно, пациенты трех групп не обнаруживали существенных различий по таким клинико-социальным показателям: полу, семейному положению, наличию наследственной отягощенности, сопутствующей соматической и неврологической патологии, наличию вредностей (алкоголизм, наркомания, психогении) и тяжести расстройств на момент начала лечения методом КЦГ. Однако в группах больных, которым необходимо было проводить два и три сеанса КЦГ отмечается увеличение возраста, более раннее начало заболевания и увеличение длительности процесса, а также более низкий уровень социальной адаптации, особенно у больных третьей группы. Также необходимо отметить различие в характере течения шизофренического процесса в трех группах больных. Так, у больных, которым проводилась одна КЦГ, преобладает приступообразно прогрессирующее течение, у больных, которым понадобилось два сеанса КЦГ, больший процент составляет непрерывное течение, а группу больных с тремя КЦГ полностью составляет непрерывное течение шизофренического процесса.

Характеристика обследованных больных

Показатели	Количество сеансов КЦГ		
	1КЦГ	2КЦГ	3КЦГ
Всего	36	41	23
Мужчины	10	14	7
Женщины	26	27	16
Возраст (лет)	26,3 ±6,3	41,2 ±3,8	46,7 ±11,8
Семейное положение			
в браке	10%	7%	3%
нет	16%	34%	20%
Уровень социальной адаптации (до поступления)			
высокий (работает, общается, посещает кино, театры и др.)	12%	0%	1%
средний (работает, ни с кем не общается, дома)	6%	5%	0%
сниженный (не работает, не общается, себя обслуживает сам)	13%	29%	13%
бездеятельность (обслуживают, содержат родственники)	5%	7%	9%
Возраст начала заболевания (лет)	21 ±3,4	29,3 ±7,4	15,6 ±2,4
Длительность заболевания к моменту поступления	5,2 ±1,2	13,5 ±6,4	32,4 ±7,9
Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям	9%	16%	6%
Вредности			
ЧМТ (в том числе бытовые)	6%	12%	14%
эндокринопатия	1%	4%	4%
перенесенные тяжелые и хронические соматические заболевания	5%	7%	4%
алкоголизм	4%	2%	2%
наркомания	2%	0%	0%
психогении	9%	7%	5%
Диагноз нозологический в соответствии с МКБ-10			
F 20.00	15%	36%	23%
F20.1	21%	5%	0%
Тяжесть расстройств (PANSS) до начала терапии (средний балл)	108,44	123,025	136,88

Синдромальная характеристика групп больных с терапевтической резистентностью до лечения составлялась по шкале параноидного больного [3]. Для клинической картины резистентной параноидной шизофрении наиболее характерны следующие симптомы (отмечались более чем у половины обследованных больных): бредовое сознание окружающего, вербальные псевдогаллюцинации, непоследовательность, аморфность мышления, идеаторные автоматизмы, паралогичность, соскальзывания, бредовые идеи

отношения, воздействия, малоценности, самообвинения, наличие тревоги, страха, беспокойства, импульсивные действия, речедвигательное возбуждение. Негативная симптоматика и нарушения когнитивных функций были представлены такими симптомами, как: аутизация, оппозиционность к близким, амбивалентность, вычурность интересов, эгоцентризм, холодность, ригидность эмоций, падение психической активности, апатия, повышенная истошаемость, малоподвижность, бездеятельность, оскудение

контакта, мутливость, негативистичность.

Динамика психопатологической симптоматики в процессе применения КЦГ представлена на графиках. За 100% принят общий средний балл

до начала лечения методом КЦГ, динамика тяжести расстройств представлена в процентах по отношению к имеющемуся общему среднему баллу до лечения.

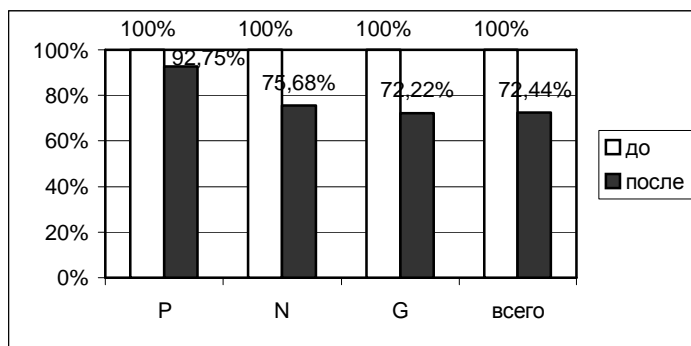


Рис.1. Динамика тяжести расстройств в группе с однократным применением КЦГ

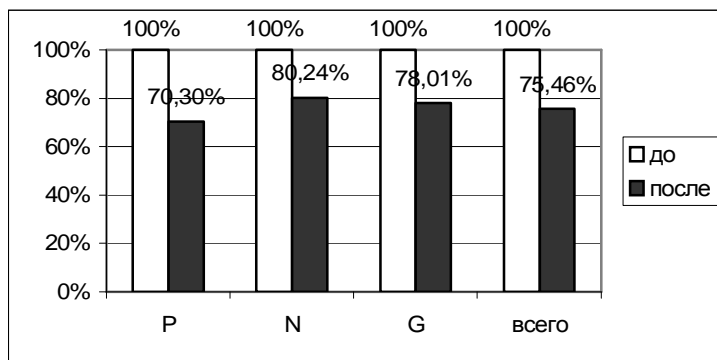


Рис.2. Динамика тяжести расстройств в группе с двукратным применением КЦГ

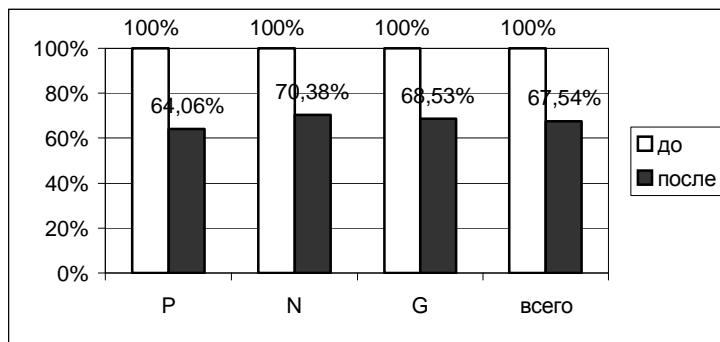


Рис.3. Динамика тяжести расстройств в группе с троекратным применением КЦГ

На представленных выше графиках мы видим, что в результате применения КЦГ в сочетании с антипсихотическими препаратами во всех трех группах больных нам удалось добиться динамики в среднем на 30-35% по всем трем субшкалам.

При этом отчетливая положительная динамика обнаружилась по таким пунктам шкалы, как уплощение аффекта (N1 $p < 0.05$), оскудение контакта (N3 $p < 0.05$), пассивно-апатическая социальная отстраненность (N4 $p < 0.05$), недостаточ-

ность спонтанности и плавности речи (N6 $p < 0.05$), нарушения внимания (G11 $p < 0.05$), а также тревога (G2 $p < 0.05$), напряженность (G4 $p < 0.01$), недоступность (G8 $p < 0.01$), импульсивность (G14 $p < 0.01$), волевые нарушения (G13 $p < 0.01$). По субшкале позитивной симптоматики максимальное относительное улучшение от исходного уровня было получено по таким пунктам шкалы, как бредовые идеи (P1 $p < 0.01$), возбуждение (P4 $p < 0.01$), враждебность (P7 $p < 0.01$).

Необходимо отметить, что отмечалось свое-

образное «раскачивание» симптоматики, то есть после проведения очередного КЦГ некоторое усиление расстройств с последующей их редукцией в нарастающей степени. На фоне проведения КЦГ больным удавалось снизить дозы нейролептиков, отмечалось редукция уже имевшихся ЭПР.

Наиболее на себя обращала внимание возрастающая физическая активность больных, которые начинали включаться в трудпроцессы, интересоваться лечением, выпиской, улучшалась структура речи, больные охотнее вовлекались в беседу, то есть улучшались когнитивные функции. Даже при отсутствии динамики продуктивных симптомов, поведение выглядело более упорядоченным, улучшались социальные контакты и качество жизни.

Изучение нами группы больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью, а также попытка ее преодоления с помощью КЦГ позволило нам сделать предварительные выводы о том, что большой процент составляет так называемая псевдорезистентность, в связи с неправильно выбранной терапевтической тактикой, а также невозможностью нарастить терапевтические дозы нейролептиков из за отсутствия комплаенса больных, выраженности побочных эффектов, невозможности применять достаточные дозы атипичных нейролептиков в связи с особенностями финансового положения пациентов. Добавление к схеме лечения такого нетрадиционного метода, как КЦГ, дало возможность в значительной мере справиться с вышеописанными проблемами, в связи с возможностью вдвое снизить дозировки нейролептиков, улучшить их переносимость.

Также большой процент группы составили больные с большой давностью шизофренического процесса и, соответственно, длительным многолетним применением нейролептиков (вто-

ричная резистентность). Динамику состояния у данной группы больных мы связываем с неспецифическим саногенным воздействием посредством гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы на патогенетические механизмы шизофрении, а также с тем фактом, что КЦГ изменяет проницаемость гемато-энцефалитического барьера для психотропных веществ, что является одним из механизмов преодоления терапевтической резистентности.

Из всей обследованной группы отмечено только 6 случаев первичной истинной резистентности, когда у впервые поступивших больных, никогда ранее не принимавших нейролептики, отмечалось отсутствие какой-либо динамики состояния, несмотря на применение адекватных доз различных групп нейролептиков. Также у этих больных отсутствовали какие-либо побочные эффекты и в психическом статусе преобладало стойкое психомоторное возбуждение с импульсивными действиями, императивными псевдогаллюцинациями, страхом, стремлением к самоповреждениям. Применение повторных КЦГ данной группе больных привело к незначительной редукции отдельных симптомов, ослаблению возбуждения, уменьшению интенсивности тревоги, страха.

Обобщая результаты данного исследования, необходимо отметить, что применение гипбернации и КЦГ в принципиально новом режиме показало выраженное положительное влияние на средние показатели шкалы PANSS. У обследованных пациентов с терапевтической резистентностью выявлено клиническое и статистическое улучшение общего показателя PANSS. В связи с этим мы считаем целесообразным рекомендовать широкое применение данного метода КЦГ с целью преодоления терапевтической резистентности у больных параноидной шизофренией.

Г.О. Романова

ДИНАМІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ МЕТОДОМ КРАНІОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Було обстежено 100 хворих на параноїдну шизофренію з терапевтичною резистентністю, в лікуванні яких використовувався метод гібернації і краніоцеребральної гіпотермії (КЦГ) для подолання резистентності. Динаміка психопатологічної симптоматики оцінювалось по шкалі PANSS та шкалі параноїдного хворого. Рекомендовано широкє використання даного методу КЦГ з метою подолання терапевтичної резистентності у хворих на параноїдну шизофренію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 18-22).

DYNAMICS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS OF RESISTANT PARANOID SCHIZOPHRENIA PATIENTS TREATED WITH CRANIOCEREBRAL HYPOTHERMIA METHOD

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

Have been studied 100 resistant paranoid schizophrenia patients, treated with hibernation and craniocerebral hypothermia method (CCH) to overcome therapeutic resistance. The dynamics of psychopathological symptoms was registered of PANSS scaling rates and paranoid patient scaling rate. It have been recommended CCH for wide clinical administration in the treatment of resistant paranoid schizophrenia patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 18-22).

Литература

1. Авруцкий Г.Я. Недува А.А. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1988. -528 с.
2. Морозова Н.А. Относительная лекарственная резистентность как следствие ошибочного подхода к лечению больного // Журн. Неврологии и психиатрии. - 2000.- №12.- с.68-71.
3. Бачериков А.Н. Эффективность терапии больных параноидной шизофренией с использованием краниocereбральной гипотермии; клинический и патогенетический анализ. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора наук. 14.00.18 – психиатрия/ на укр. мове – Х., 1994. – 38с. – ХИУВ
4. Вербенко В.А. К вопросу о терапевтической резистентности шизофрении // Архив психиатрии – 2002г. - №3 (30). С. 96-99.
5. Кутько И.И., Царицинский В.Н., Бачериков А.Н., Павленко В.В. Нетрадиционные методы лечения эндогенных психозов. - Киев: Здоровье, 1992. - 144 с.
6. Козырева Т.В., Верховляд Л.А. Адаптация к холоду и структура терморегуляторного ответа при медленном и быстром охлаждении //Рос. Физиол. Журнал им. И.М. Сеченова. – 1997г. – Т.83.- №11-12. – с. 1571-1586.
7. Марута Н.О., Маніна Н.М., Вовк І.Л. (Харків) «Оцінка ефективності адаптогену природного походження при лікуванні хворих з астенічним синдромом при шизофренії» Український вісник психоневрології - 1998. -Т.6, вып.2 (17). - с. 46 – 50
8. Марута Н.А., Бачериков А.Н., Первый эпизод шизофрении (основные принципы диагностики и лечения): Метод. Рекомендации. – Харьков: б. и., 2001.- 20 с.
9. Мосолов С.Н. Современные тенденции развития психофармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова - 1998. № 5. Т. 98 с. 12 – 19
10. Пишель В.Я. Плазмафорез в сочетании с электросудорожной терапией в лечении резистентных состояний у больных эндогенными психозами // Український вісник психоневрології. - 1999. - Том 7, Вып. 1 (19), с. 63-65.
11. Подкорытов В.С., Серикова О.И. Использование паркопана для лечения экстрапирамидных расстройств, вызванных нейролептиками // Український вісник психоневрології. - 2001. - Том 9, Вып. 4 (29), с. 106-107.
12. Chanpattana W. Maintenance ECT in treatment-resistant schizophrenia. J Med Assoc Thai 2000 Jun;83(6): 657-662
13. Karow A. Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment // Psychopharmacology. – 2002. – Vol. 162/ N1. – P3-10
14. Richelson E. Preclinical pharmacology of neuroleptics: focus on new generation compounds // J. Clin. Psychiatry.- 1996/- Vol. 57. – Suppl.11.-P.4-11

Поступила в редакцию 5.09.2006

УДК:616.89-036.865

*Г.А. Пріб***ПРОФЕСІЙНИЙ КРИТЕРІЙ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: психіатрична медико-соціальна експертиза, професійні критерії обмеження життєдіяльності, соціальна недостатність

В Україні здатність до трудової діяльності розглядається як сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, та дозволяє їй займатися різного роду трудовою діяльністю [1]. Професійна працездатність це здатність людини якісно виконувати роботу, що передбачена конкретною професією, та дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва у відповідності до вимог, змісту і обсягу виробничого навантаження, режиму роботи та умов виробничого середовища. Параметрами оцінки трудової діяльності є збереження або втрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній; оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії і посаді, можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах. Обмеження здатності до трудової діяльності визначається ступенем обмеження життєдіяльності [1]:

1-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності за іншою спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

2-й ступінь – здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціального обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

3-й ступінь – нездатність до трудової діяльності.

Як бачимо підходи до оцінки трудового статусу базуються на міжнародних критеріях щодо визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності [2]. Проте, як свідчать наукові дослідження з даної проблеми, в Україні у теперішній час склалася ситуація, при якій теоретичні розробки медико-соціальної експерти-

зи та її нормативна база значно випереджають можливість їх впровадження в експертну практику. Підкреслюється, що головною причиною такого стану є відсутність методичного забезпечення та відповідного інструментарію для практичної реалізації нових технологій МСЕ [3]. Дослідження професійного критерію обмеження життєдіяльності при вирішенні медико-соціальних питань у пацієнтів при психічних та поведінкових розладах є частиною науково-практичної задачі, що відповідає Постанові Верховної Ради України від 20.02.03 №560-IV “Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів”[4]. Таким чином, наукове дослідження питання визначення професійних категорій обмеження життєдіяльності потребує поглибленого вивчення. Встановлено, що професійним критеріям обмеження життєдіяльності приділяється недостатньо уваги при формуванні експертного висновку. Так, лише 47,1 % лікарів визначають професійні критерії обмеження життєдіяльності, в свою чергу 52,9 % визначають частково. Крім того, за складом показників рівень кваліфікації праці визначається лише 68,0 %, здатність виконувати трудові обов'язки – 62,7 %, а кваліфікаційний діапазон – 47,1 % експертів. Така ситуація, склалася в наслідок відсутності науково розробленого інструктивного забезпечення щодо аналізу складових професійного критерію, що в свою чергу призводить до ігнорування їх у експертному рішенні [5]. Таким чином, дієва професійна реабілітація пацієнтів можлива лише при розробці вітчизняного методичного забезпечення визначення професійних аспектів обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Стан розробки проблеми можна визначити як початковий. Більша частина наукових робіт в цій

галузі виконана протягом останніх 5-10 років, спрямована на дослідження обмеження життєдіяльності в аспекті реабілітації та належить закордонним авторам. В теперішній час системного підходу щодо оцінки складових професійного критерію обмеження життєдіяльності на підставі міжнародних критеріїв не існує. В якості головного чинника такого становища визначається відсутність методичного забезпечення лікувальних, реабілітаційних та експертних закладів.

Аналіз літератури [1-12] свідчить про наступне:

1. Відсутність у вітчизняній соціальній психіатрії достатньої кількості досліджень з питань визначення складових професійного критерію обмеження життєдіяльності у пацієнтів на психічні розлади;

2. Ускладність аналізу показників професійного критерію обмеження життєдіяльності та формування на цій підставі висновку щодо їх впливу на розвиток соціальної недостатності;

3. Недостатнє висвітлення у медичній документації складових професійного критерію обмеження життєдіяльності

Невирішеними раніше частинами проблеми

Матеріал та методи дослідження

Обстежено 300 пацієнтів (дослідна група) та 200 пацієнтів (група порівняння), які знаходились на стаціонарному лікуванні у Центрі медико-соціальної експертизи та реабілітації (відділеннях активної реабілітації №2 та №10) Київської міської клінічної психіатричної лікарні №1 (КМКПЛ №1). У дослідній групі реабілітаційні заходи розроблялись з визначенням соціального, медичного та професійного критеріїв обмеження життєдіяльності та проводились згідно міжнародних підходів. У контрольній групі реабілітаційні заходи проводились згідно загальним підходам, прийнятим у КМКПЛ №1. Обстежені пацієнти верифіковані за наступним діагностичним категоріям Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду [7]: F07, F20, F21, F23, F25, F41, G40. Згідно звітної документації КМКПЛ №1 та даних Центру медичної статистики МОЗ України [8] 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 сукуп-

ності мали рівну можливість потрапити до вибірки. Згідно мети та завдань із загальної вибірки були виключені пацієнти з діагнозом розумова відсталість (F70-F79).

Метою дослідження є визначення складових професійного критерію, обмеження життєдіяльності у практиці психіатричних лікувальних закладів.

Завдання дослідження.

1. Надати аналіз складовим професійного критерію, які обмежують життєдіяльність у пацієнтів на психічні розлади;

2. Визначити вплив професійних показників на виникнення рівня дисфункції у виконанні соціальних (професійних) ролей у суспільстві.

Методи дослідження: метод структуровано-го інтерв'ю, аналіз медичної документації, статистичні. Отримані дані фіксувалися у клініко-статистичній карті та реєструвалися у спеціально створеній базі даних з використанням системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 9x. Аналіз, обробка, підрахунок коефіцієнтів кореляції здійснювалися за допомогою програми SPSS 10.05 for Windows 9x.

За міжнародною номенклатурою функціонування, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності [2] при встановленні обмежень життєдіяльності, які виникають внаслідок розладу або дефекту та призводять до соціальної недостатності пацієнта, до складових відносяться медичний, соціальний та професійний критерії. В даному дослідженні розглянуто деякі професійні чинники, які обмежують життєдіяльність та впливають на виникнення соціальної недостатності. За даними попередніх досліджень (анкетування лікарів експертів МСЕК) встановлено, що трудова дезадаптація є одним з

провідних чинників, якій призводить до соціальної недостатності ($p < 0,05$). Причому обмеження життєдіяльності внаслідок втрати здатності у повному обсязі виконувати трудові обов'язки розвиваються поступово ($p < 0,05$).

Для надання аналізу професійного статусу відібрані показники, які враховуються як у ліку-

вальних, так і експертних закладах для оцінки професійного критерію обмеження життєдіяльності (зміна професії та кваліфікації роботи за останній рік – табл. 1, кваліфікація праці у виробничій сфері – табл. 2, здатність виконувати трудові функції та обсяг праці – рис. 1, трудова зайнятість протягом останнього року – рис. 2).

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних пацієнтів за зміною професії та кваліфікацією

Зміна професії	Дослідна група		Група порівняння	
	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m
Без зміни або зміна професії на рівнозначну	30	10,0±3,0	5	2,5±1,5
Розумова праця зі зниженням кваліфікації	6	2,0±1,4	5	2,5±1,5
Фізична праця зі зниженням кваліфікації	24	8,0±2,7	20	10,0±3,0
Зниження до фізичної некваліфікованої праці	24	8,0±2,7	17	8,5±2,7
Не може працювати	216	72,0±4,4	153	76,5±4,2
Всього	300	100,0	200	100,0
X; p	χ 10,6 p<0,05			

З даних табл. 1 бачимо, що у дослідній групі після проведення реабілітаційних заходів 10,0% пацієнтів відновили здатність працювати не змінюючи професію або змінивши на рівнозначну. У групі порівняння даний показник склав – 2,5%. На наш погляд показник відновлення здатності пацієнтом працювати без зміни професії або зі зміною на рівнозначну професію у групі порівняння свідчить про низьку ефективність та якість реабілітаційних заходів. Причиною виникнення такої ситуації визначено: по-перше – відсутність у складі МСЕК при розробці індивідуальної програми реабілітації фахівця якій би

зміг реально надати оцінку збереженості або втрати професійних навичок пацієнта; по-друге – відсутність у лікувальних закладах можливості залучати фахівців з тієї чи іншої спеціальності у програми професійної реабілітації. Крім того, реабілітаційні програми частіше мають виключно медико-соціальний напрямок.

Окремо в дослідженні вивчався показник кваліфікації праці пацієнтів у виробничій сфері (табл. 2). Даному показнику приділялася увага тому, що більшість пацієнтів легше адаптуються саме у виробничій сфері, а не у сфері послуг та ін.

Таблиця 2

Розподіл досліджуваних пацієнтів за кваліфікацією праці у виробничій сфері

Рівень кваліфікації праці	Дослідна група		Група порівняння	
	Абс.ч	%±m	Абс.ч	%±m
Висококваліфікована (середньо-спеціальна освіта, ПТУ 2–4 р.)	24	8,0±2,7	6	3,0±1,7
Кваліфікована (ПТУ, курси 6–24 міс.)	72	24,0±4,2	34	17,0±3,7
Малокваліфікована (курси 2–5 міс.)	66	22,0±4,1	28	14,0±3,4
Некваліфікована	138	46,0±4,9	132	66,0±4,7
Всього	300	100,0	200	100,0
X; p	χ 20,7 p<0,01			

З даних табл. 2, бачимо, що після проведення індивідуальної програми реабілітації змогли адаптуватися на рівні висококваліфікованої праці 8,0% пацієнтів дослідної групи (у групі порівняння – 3,0%), на кваліфікованому рівні –

24,0% (у групі порівняння – 17,0%). Така ситуація потребує особливої уваги, оскільки з усіх обстежених 62% пацієнтів дослідної та 64% групи порівняння мали вищу, незакінчену вищу або середню спеціальну освіту. Зниження рівня ква-

ліфікації праці у пацієнтів на психічні розлади – процес в більшості закономірний, так як, з одного боку, спостерігається вплив дефіцитарної симптоматики, а з іншого втрата професійних

навичок, що у сукупності призводить до неспроможності виконувати певний обсяг праці. Здатність виконувати трудові функції та обсяг праці у досліджених відображено на рис. 1.

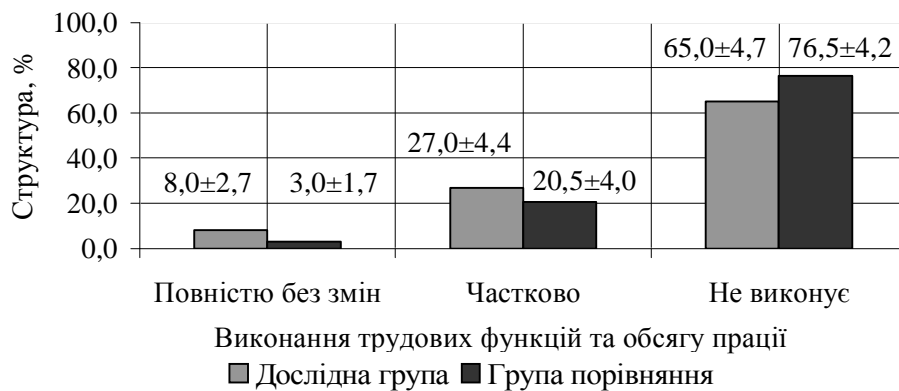


Рис. 1 Розподіл досліджуваних пацієнтів за здатністю виконувати трудові функції та обсяг праці

З даних рис.1 бачимо, що лише 8,0% пацієнтів дослідної групи та 3,0 % пацієнтів групи порівняння відновили здатність повністю виконувати трудові функції та обсяг праці. Як видно з табл.1 та рис. 1 з усіх пацієнтів дослідної групи 72,0% не можуть працювати, з них не виконують необхідний обсяг праці – 65,0%. У групі порівняння даний розподіл становить відповідно 76,5% та 76,5% пацієнтів. Дане обмеження життєдіяльності за трудовою діяльністю відповідає 3-му ступеню – нездатності до трудової діяльності [1]. Крім того, у 18,0% пацієнтів дослідної та 21,0% пацієнтів групи порівняння (табл. 1) визначено обмеження здатності до трудової діяльності 2-го ступеня – здатність до ви-

конання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціального обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб [1]. В цілому за допомогою “Психіатричної шкали обмеження життєдіяльності” - Розділ 1. Загальна поведінкова дисфункція визначено що трудова діяльність у дослідній групі відповідала очевидному або серйозному рівню дисфункції ($p < 0,05$), у групі порівняння – серйозному або максимальному ($p < 0,05$).

Як складову професійного критерію, яка призводить до обмеження життєдіяльності, досліджено показник трудової зайнятості протягом останнього року (рис.2.).

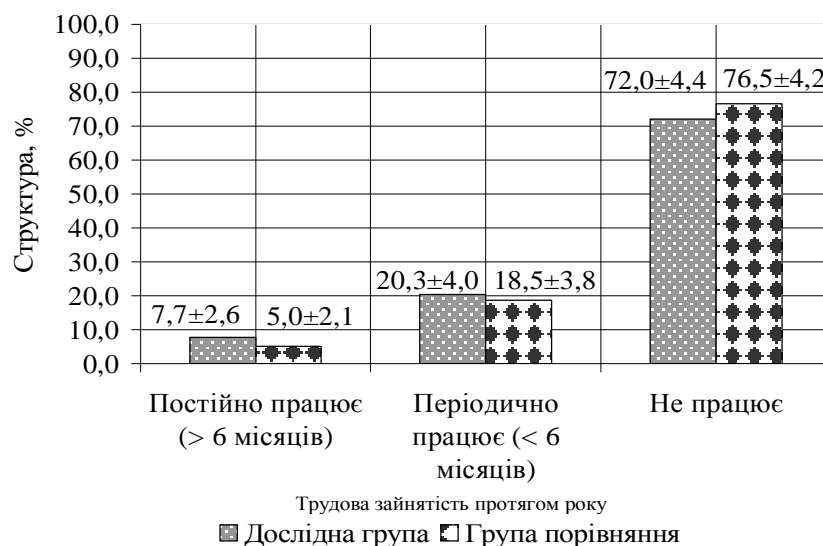


Рис. 2. Розподіл досліджуваних пацієнтів за трудовою зайнятістю протягом останнього року

З даних рис. 2 бачимо, що протягом останнього року у дослідній групі не працювали – 72,0%, періодично працювали – 20,3%, постійно працювали – 7,7% пацієнтів. У контрольній групі відповідно 76,5%, 18,5%, 5,0% пацієнтів. Обстеження пацієнтів за допомогою “Психіатричної шкали обмеження життєдіяльності” - Розділ 2 Виконання соціальної ролі встановлено, що професійна роль (робота протягом останнього місяця та зацікавленість в отриманні роботи або поверненні до навчання) у дослідній групі відповідала серйозному рівню дисфункції ($p < 0,05$), у групі порівняння – максимальному ($p < 0,05$). Крім того, розподіл тривалості тимчасової непрацездатності у пацієнтів, які працювали, виглядала наступним чином: у дослідній групі тимчасово не працювали до 1 місяця – 14 (16,6±3,7%), до 2 міс. – 18 (21,4±4,1%), більше 3 міс. – 52 (61,9±4,9%). У групі порівняння відповідно 4 (8,5±2,7%), 8 (17,0±3,7%), 35 (74,4±4,3%). Аналізуючи показник тимчасової непрацездатності у пацієнтів, які працювали, було визначено, що у групі порівняння термін тимчасової непрацездатності вище, а дійсний показник трудової зайнятості поступово знижується. На наш погляд така ситуація склалася по-перше - внаслідок формального фіксування здатності до трудовій діяльності (без визначенням обмежень життєдіяльності, які призводять до втрати професійних навичок), по-друге із за то що у програмах реабілітації не передбачається професійна реабілітація. Не врахування професійної реабілітації у індивідуальній програмі реабілітації та адаптації призводить до розвитку у пацієнтів трудової дезадаптації та формуванням рентної установчої поведінки.

Висновки з даного дослідження. Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що на етапі медико-соціальної реабілітації складові професійного критерію обмеження життєдіяльності не враховуються повною

мірою. Встановлено, що такі складові професійного критерію як зміна професії та умови роботи за останніх рік, кваліфікація праці у виробничій сфері, здатність виконувати обсяг праці, трудова зайнятість протягом останнього року та тривалість тимчасової непрацездатності повинні відображатися при формуванні індивідуальної реабілітаційної програми у тій її частині, яка відповідає за професійне відновлення пацієнта та розглядатися як ті, що вагомо впливають на її ефективність. Визначено, що без оцінки та врахування у професійній програмі реабілітації складових, які обмежують здатність виконувати професійні ролі, призводить до розвитку дисфункції максимального рівня. Для дієвого відновлення професійного статусу пацієнтів реабілітаційні заходи повинні формуватися на підставі комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні розлади.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Результати отримані у ході дослідження свідчать, що у психіатричній практиці не повною мірою враховуються складові професійного критерію обмеження життєдіяльності як чинники, які призводять до соціальної недостатності. Визначення показників професійного критерію обмеження життєдіяльності надасть можливість вирішити актуальну проблеми сучасної соціальної психіатрії - відновлення здатності до трудової діяльності пацієнтів, які страждають на психічні розлади. Даний напрямок дослідження відповідає Постанові Кабінету Міністрів України від 10.01.02 р., якою затверджено програму “Здоров’я нації – стратегія розвитку охорони здоров’я”. До подальших перспективних досліджень слід віднести адаптацію комплексної диференційованої системи визначення обмеження життєдіяльності у пацієнтів, які страждають на психічні та поведінкові розлади, до умов роботи у психіатричних лікувальних та експертних закладах.

Г.А. Приб

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии

В статье анализируются профессиональные аспекты ограничения жизнедеятельности, которые приводят к социальной недостаточности пациентов. Рассматриваются показатели: приобретения профессии и та уровень образования, изменения профессии и условий работы за последний год, квалификация труда, способность выполнять определённый объем работы, трудовая занятость на протяжении последнего года и длительность временной нетрудоспособности, их влияние жизнедеятельность пациентов. Указывается, что реабилитационные мероприятия должны формироваться на базе комплексной дифференцированной системы определения ограничения жизнедеятельности у пациентов, которые страдают психическими расстройствами. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 23-28).

OCCUPATIONAL CRITERION OF DISABILITY IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Ukrainian Research Institute on Social & Forensic Psychiatry and Substance Abuse

The author analyses occupational aspects of disability resulting in patients' social failure. The article discloses factors influencing vital activity including educational attainment, change of trade, professional skills, ability to perform definite volume of work, employment status during last year and temporary disability. To improve rehabilitation measures the need in creating complex differential system of disability evaluation of patients with mental and behavioral disorders is highlighted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 23-28).

Література

1. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України від 07.04.2004 р. №183.
2. Международная номенклатура нарушений ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. ВООЗ. – М.: – 1998. – 110 с.
3. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкоритов В.С. Основы качественной психиатрической практики. – Донецк: Каштан, 2004. – 248 с.
4. Постанова Верховної Ради України від 20.02.03 №560-IV “Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій у сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів”.
5. Приб Г.А., Свінар'єв В.І., Дубінін І.С. Медичні, соціальні та професійні критерії обмеження життєдіяльності в практиці психіатричної медико-соціальної експертизи. // Психічне здоров'я. – 2005. – №4 (9). – С. 16-20.
6. 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. – 464с.
7. Показники захворюваності на психіатричні розлади і діяльність психіатричних закладів в Україні у 2004 р. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України. – 2005. – 225 с.
8. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін.. Стандарт організації, структури та функціонування спеціалізованих психіатричних медико-соціальних експертних комісій та критерії визначення обмежень життєдіяльності хворих з розладами психіки та поведінки: посібник для лікарів МСЕК і ЛКК. – Дніпропетровськ: Пороги. – 2004. – 100 с.
9. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів. Методичні рекомендації. – Дніпропетровськ: Дніпро-ВАЛ. – 1997. – 24 с.
10. Совместная работа ВТЭК психиатрического профиля и специализированных лечебно-профилактических учреждений по повышению качества врачебно-трудовой экспертизы психически больных: Методические рекомендации / Сост. Сергиени Е.В., Ерчкова Н.А., Маменко В.А., Штенгелов В.В. и др. – Дніпропетровськ: Дніпро-ВАЛ. – 1991. – 23 с.
11. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Петрашенко П.Р., Коробкін Ю.І., Лихолат О.А. Питання оптимізації організації та підвищення ефективності наукових досліджень з проблем медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів // Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальної експертизі і реабілітації інвалідів: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За редакцією проф. А.В. Іпатова. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 280 с.
12. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Черняк С.І., Петрашенко П.Р., Антонюк Д.Г. Правові аспекти діяльності Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності. // Матеріали науково-практичної конференції “Сучасні проблеми реабілітації і медико-соціальної експертизи”. Збірник наукових праць. – Дніпропетровськ: “Пороги” – 2001. – С. 170-174.

Поступила в редакцію 4.08.2006

УДК: 616.89-008.48:78-051

*О.И. Осокина***ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МУЗЫКАНТОВ-ПЕДАГОГОВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, музыкально-педагогические работники, фазы выгорания

Синдром выгорания относится к числу феноменов личностной деформации и представляет собой набор негативных психологических переживаний, связанных со стрессами на рабочем месте. Результаты зарубежных исследований [6,7] подтверждают, что выгорание вытекает из профессиональных стрессов и напрямую зависит от их увеличения. Выделяют следующие виды стрессов, возникающих в процессе трудовой деятельности: рабочий стресс (связанный с условиями труда, местом работы), профессиональный стресс (касающийся профессии, рода или вида деятельности), организационный стресс (вследствие негативного влияния на работника особенностей той организации, в которой он трудится). По данным литературы эмоциональное выгорание представляет собой стереотип профессионального поведения, что с одной стороны позволяет человеку дозировать и экономично использовать энергетические ресурсы, с другой – отрицательно сказывается на выполнении работы и в межперсональных взаимоотношениях [2].

Установлено, что особенно часто синдром выгорания развивается у специалистов «помогающих» профессий, особенно у работающих в

некоммерческом секторе: воспитателей, учителей, врачей, медсестер, социальных служащих, работников сфер культуры и искусства. В профессиональные обязанности музыкантов-педагогов входит работа с учениками и концертмейстерская деятельность, которая требует больших эмоциональных затрат на подготовку к концертному выступлению, репетиционную работу, преодоление сценического волнения и раскрытие на сцене своего творческого потенциала. В области этой сферы деятельности трудятся в основном женщины. Высокая профессиональная нагрузка в сочетании с семейными заботами, относительно низкой зарплатой, нехваткой времени на отдых и восстановление нервно-психического потенциала способствует эмоциональному и физическому истощению женщин, снижению мотивации, ухудшению качества и производительности труда, и, как ответная реакция на перечисленные стрессоры, развивается эмоциональное выгорание с его неблагоприятными последствиями [1].

Целью настоящей работы было изучение структуры и динамики развития эмоционального выгорания у музыкально-педагогических работников.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 115 музыкально-педагогических работников в возрасте от 20 до 50 лет, из них 102 (88,7%) женщины и 13 (11,3%) мужчин. Для выявления эмоционального выгорания и его динамического развития использовался опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко [3]. Статисти-

ческая обработка полученных результатов проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [4]. 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

Признаки эмоционального выгорания были выявлены у 29 (25%) человек: 23 (79%) женщин и 6 (21%) мужчин. Эти испытуемые составили основную группу. Выделенные в развитии эмоционального выгорания фазы соответствовали

этапам развития стресса и включали в себя следующие показатели: фаза «Тревожного напряжения» - переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, ощущение «загнанности в клетку», тревогу и депрессию;

фаза «Резистенции» - неадекватное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственную дезориентацию, экономию эмоций, редукцию профессионального потенциала; фаза «Истощения» - эмоциональный дефицит, эмоциональную отстраненность, деперсонализацию, психосоматические и психофизиологические нарушения. В зависимости от выраженности этих признаков фаза могла сформироваться, не сформироваться и находиться на стадии формирования. Испытуемые основной группы имели одну из сформировавшихся фаз. Испытуемые, у которых фазы не сложились или находились на стадии формирования, составили контрольную группу. Максимально была представлена фаза «Резистенции» - 16 чел. (55,2%), фазы «Тревожное напряжение» и «Истощения» включали 8 чел. (27,6%) и 5 чел. (17,2%) соответственно. Выделенные группы рассматривались с позиции динамики развития эмоционального выгорания.

Зависимости эмоционального выгорания от стажа работы обнаружено не было. Развитию

эмоционального выгорания подвергались в одинаковой степени как опытные, так и молодые специалисты. Наличие выгорания у музыкантов-педагогов с большим стажем работы, вероятно, было связано с длительным воздействием профессиональных стрессовых факторов, а у молодых, только начавших трудовую карьеру – с вхождением в рабочую среду и адаптацией к условиям профессиональной деятельности. К предикторам выгорания музыкантов-педагогов относили: ежедневную психическую перегрузку, большую насыщенность рабочего дня, высокую ответственность за качество работы, постоянное межперсональное взаимодействие, в процессе которого возникали конфликтные или напряженные ситуации общения, обусловленные поведением «трудных» учащихся.

Не было также обнаружено зависимости выгорания от возраста и пола исследуемого контингента. Результаты сравнительного анализа показателей выгорания в обеих группах испытуемых представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика симптомов выгорания у музыкально-педагогических работников

Фазы выгорания	Показатели выгорания	Группа с признаками выгорания (n=29)	Контрольная группа (n=85)	Уровень значимости - p
Фаза «тревожное напряжение»	Переживание психотравмирующих обстоятельств	12,8±1,97	8,31±0,79	p=0,0524
	Неудовлетворенность собой	*10±1,34	*4,02±0,4	p=0,0001
	Ощущение «загнанности в клетку»	*7,07±1,35	*3,33±0,61	p=0,0058
	Тревога и депрессия	*9,17±1,32	*4,45±0,55	p=0,0027
	Суммарный показатель фазы	*39,7±4,28	*20,1±1,43	p=0
Фаза «резистенции»	Неадекватное эмоциональное реагирование	11,2±1,34	7,12±0,68	p=0,057
	Эмоционально-нравственная дезориентация	*12,7±1,15	*7,06±0,62	p=0,0008
	Экономия эмоций	*17±1,72	*8,93±0,83	p=0,0018
	Редукция профессионального потенциала	*15,7±1,64	*7,2±0,93	p=0,0003
	Суммарный показатель фазы	*56,2±3,41	*29±1,66	p=0
Фаза «истощения»	Эмоциональный дефицит	*10,5±0,97	*3,16±0,39	p=0
	Эмоциональная отстраненность	*9,41±1,25	*5,06±0,39	p=0,012
	Деперсонализация	*10,8±1,28	*3,89±0,36	p=0,0002
	Психосоматические и психофизиологические нарушения	*12,9±1,64	*6,26±0,70	p=0,0009
	Суммарный показатель фазы	*43,6±2,83	*19±1,33	p=0

Примечание: p – уровень значимости, при p<0,05 ; * - статистически значимые различия;

Фаза «тревожное напряжение» является начальным этапом эмоционального выгорания и может рассматриваться как предвестник развития сопротивления, различных форм психологической защиты, экономного эмоционального использования ресурсов при выполнении профессиональных обязанностей. У всех музыкально-педагогических работников, имеющих выраженные признаки эмоционального выгорания в фазе «тревожного напряжения», показатели фазы «резистенции» находились в стадии формирования, что говорило о тенденции фаз к динамическому развитию. Статистически значимые различия были обнаружены по следующим показателям данной фазы: «неудовлетворенность собой» ($p=0,0001$), «загнанность в клетку» ($p=0,0058$), «тревога и депрессия» ($p=0,0027$), при $p<0,05$. Музыканты-педагоги, имеющие высокие значения показателей фазы «тревожное напряжение» испытывали состояние внутреннего противоречия, что косвенно можно было сравнить с интрапсихическим конфликтом, когда имеющиеся психотравмирующие обстоятельства (недовольство собой, карьерным ростом, условиями труда, социальной защищенностью и др.) невозможно конструктивно разрешить. Это состояние проявлялось у них чувством безысходности, приводило к значительно выраженному внутреннему эмоциональному напряжению, нежеланию общаться с учениками и коллегами по работе, выполнять профессиональные обязанности, часто приводило к появлению неярко выраженной тревожно-депрессивной симптоматики. С точки зрения вреда здоровью данное состояние можно было расценить как состояние непатологической психической дезадаптации, которое представляет собой доболезненный уровень проявлений и может выступать фактором риска развития патологической психической дезадаптации в различных ее проявлениях.

Дальнейшее развитие выгорания приводило к формированию фазы «резистенции», т.е. сопротивления нарастающему стрессу. Появление психологической защиты на данной фазе в основной группе испытуемых проявлялось в следующих признаках выгорания, статистически значимо отличных по сравнению с контрольной группой: «эмоционально-нравственная дезориентация» ($p=0,0008$), «расширение сферы экономии эмоций» ($p=0,0018$), «редукция профессиональных обязанностей» ($p=0,0003$), при $p<0,05$. У музыкально-педагогических работников с выраженными показателями эмоционального

выгорания в фазе «резистенции» появлялся определенный стереотип профессионального поведения - экономный, бережливый, со средним уровнем мотивации и энергетических затрат, сохраняющий дистанцию по отношению к профессиональным обязанностям, что позволяло им экономно дозировать энергетические ресурсы. Затем эта «экономия» распространялась на близкое окружение испытуемых – родственников, друзей. Такая позиция закономерно приводила к тому, что в своей деятельности музыканты-педагоги прибегали к неконструктивным моделям поведения: агрессивным и импульсивным действиям, избеганию ситуаций, требующих эмоциональных затрат, ограничению социальных контактов и поиска социальной поддержки. Агрессивные или импульсивные действия испытуемых являлись механизмом компенсации неблагоприятного эмоционального состояния, негативных установок по отношению к работе и еще больше поддерживали и усугубляли выгорание. У большей части испытуемых, имеющих выраженную симптоматику в фазе «резистенции», показатели фазы «истощения» находились на стадии формирования, а фазы «тревожного напряжения» не отличались от таковых в контрольной группе, что давало возможность предположить дезактуализацию в сознании испытуемых ранее имеющихся психотравмирующих переживаний. Длительное существование у музыкально-педагогических работников фазы «резистенции» в сочетании с неконструктивными способами поведения и отсутствием профилактических или реабилитационных мер приводило к падению общего энергетического тонуса, ослаблению нервной системы и возможному появлению у них симптомов неврологического регистра.

В фазе «истощения» статистически значимые различия при сравнении обеих групп испытуемых были обнаружены по всем показателям эмоционального выгорания (табл.1). Данное состояние характеризовалось эмоциональным дефицитом, эмоциональной и личностной отстраненностью, утратой интереса к общению и профессиональной деятельности, невозможностью испытывать эмпатию, сопереживание к ученикам и коллегам, то есть профессиональной и личностной деформацией. Последствия выгорания обнаруживались на уровне психологического и физического самочувствия и проявлялись психосоматическими, психовегетативными нарушениями, а также психологическими (когнитивными, эмоциональными, мотивационными) изменениями личности музыкантов-педагогов.

Сравнительная характеристика показателей эмоционального выгорания у музыкантов-педагогов, имеющих психическую ригидность

Фазы выгорания	Показатели выгорания	Группа с признаками ригидности (n=31)	Группа без признаков ригидности (n=84)	Уровень значимости - p
Фаза «тревожное напряжение»	Переживание психотравмирующих обстоятельств	9,69±0,88	8,87±1,66	p=0,214
	Неудовлетворенность собой	*5,75±0,52	*4,97±1,24	p=0,037
	Ощущение «загнанности в клетку»	4,56±0,72	3,29±0,903	p=0,145
	Тревога и депрессия	6,48±0,69	3,97±0,89	p=0,089
	Суммарный показатель фазы	*26,5±1,85	*21,1±3,71	p=0,026
Фаза «резистенции»	Неадекватное эмоциональное реагирование	7,56±0,72	10,2±1,22	p=0,143
	Эмоционально-нравственная дезориентация	8,8±0,72	7,68±0,94	p=0,275
	Экономия эмоций	*12,0±0,96	*8,32±1,49	p=0,041
	Редукция профессионального потенциала	9,22±0,88	10,3±2,21	p=0,326
	Суммарный показатель фазы	37,2±2,21	33,5±3,40	p=0,250
Фаза «истощения»	Эмоциональный дефицит	5,41±0,56	3,90±0,89	p=0,120
	Эмоциональная отстраненность	6,16±0,53	5,97±0,94	p=0,323
	Деперсонализация	5,84±0,56	5,48±1,10	p=0,130
	Психосоматические и психофизиологические нарушения	8,2±0,77	7,13±1,61	p=0,076
	Суммарный показатель фазы	25,8±1,62	23,6±3,79	p=0,074

Примечание: p – уровень значимости, при $p < 0,05$; * - статистически значимые различия;

Нами изучалась зависимость показателей эмоционального выгорания у музыкально-педагогических работников от наличия или отсутствия у них такого свойства личности, как психическая ригидность. Из литературных источников [5] известно, что больным меньше, чем здоровым свойственны гибкость и пластичность, позволяющие перестраиваться, приспосабливаться к изменяющимся условиям, и что сочетание ригидности с инертностью относится к наиболее типичным свойствам психики большинства больных. Под психической ригидностью понималось свойство личности, которое проявлялось в «негибкости» по отношению к внешним ситуациям, оценке самого себя, жесткой приверженности определенным принципам и правилам

и, как следствие, четком соблюдении определенных стереотипов поведения. Эмоциональное выгорание чаще возникало у музыкантов-педагогов менее реактивных и восприимчивых, более эмоционально сдержанных и инертных. У экстравертированных личностей, обладающих подвижными нервными процессами, не сдерживающих свои эмоции, признаки эмоционального выгорания встречались значительно реже. При анализе двух групп испытуемых, отличавшихся уровнем ригидности, были выявлены достоверные различия средних значений показателей эмоционального выгорания по симптомам «неудовлетворенность собой», «расширение сферы эмоций» и суммарном показателе фазы «тревожное напряжение» (табл.2). У испытуе-

мых с признаками ригидности достоверно чаще эмоциональное выгорание встречалось в фазе «тревожное напряжение» с превалированием показателя «неудовлетворенности собой». Наличие черт ригидности у данной группы музыкально-педагогических работников мешало предотвращать или конструктивно разрешать проблемные ситуации на работе, связанные как с организацией трудового процесса, так и с межличностными взаимоотношениями. Это приводило к возникновению хронического напряжения в психоэмоциональной сфере, конфликтным ситуациям, и проявлялось в чувстве недовольства собой, своим социальным статусом, выбранной специальностью. Невозможность изменить ситуацию желаемым образом приводило к формированию механизмов психологической защиты, удержанию в себе накопившихся отрицательных эмоций, и впоследствии выливалось в личностную эмоциональную деформацию, психосоматические и психовегетативные нарушения. Кроме того, у музыкантов-педагогов с ригидными чертами достоверно чаще,

чем у группы сравнения явление «экономии» эмоций распространялось на внерабочую обстановку, что сказывалось на взаимоотношениях с близкими, родственниками, друзьями.

Таким образом, признаки эмоционального выгорания у музыкально-педагогических работников встречаются на всех этапах (фазах) своего формирования. При сравнении показателей каждой фазы в обеих группах практически во всех случаях были обнаружены достоверно значимые различия. Наличие сформированного этапа выгорания закономерно ведет к началу формирования признаков последующих этапов. Психологическую ригидность можно рассматривать как фактор риска развития эмоционального выгорания. Значительный удельный вес лиц со сформированными фазами «резистентности» и «истощения» свидетельствует о повышенной вероятности эмоционального выгорания у музыкантов-педагогов, что делает актуальным разработку системы профилактических и реабилитационных мероприятий.

О.И. Осокина

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРЯННЯ МУЗИКАНТІВ-ВИКЛАДАЧІВ

Донецкий державний медичний університет ім. М. Горького

Ця стаття присвячена вивченню структури та динаміки розвитку емоційного вигоряння музично-педагогічних працівників. Розглядається роль фактора психологічної ригидності в формуванні вигоряння. Отримані данні вказують на необхідність проведення подальшого вивчення цієї проблеми з метою розробки системи профілактичних та реабілітаційних мер. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 29-33).

O.I. Osokina

EMOTIONAL BURNING OUT AT THE MUSICIANS - TEACHERS

Donetsk state medical university

Given clause is devoted to study of structure and dynamics of development of emotional burning out at the musicians-teachers. The role of the factor psychological regition in formation of burning out is considered. The received data show necessity of realization of the further study of the given problem with the purpose of system engineering preventive measures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 29-33).

Литература

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.
2. Бодров В.А. Информационный стресс. М., 2000.
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999. — 159 с.
4. 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.

5. Залевский Г.В. Дифференциально-диагностическая оценка психической ригидности при основных нервно-психических заболеваниях. Томск, 1987. — 24 с.
6. Poulin J., Wolter C. Social worker burnout: A longitudinal study// Social Work Research and Abstracts. 1993. V. 29 Issue 4.
7. Rowe M.M. Hardiness as a stress mediating factor of burnout among health-care providers // American Journal of Health Studies. 1998. V. 14, Issue 1.

Поступила в редакцию 9.09.2006

УДК: 616.895.8 – 085.217

*В.А.Абрамов, И.В.Жигулина, И.Н.Левчук, Р.А.Грачев, А.А.Лыков***СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРИСПИНА И РИСПОЛЕПТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: рисполепт, нейриспин, лечение, шизофрения

Современные представления об этиологии и патогенезе шизофрении, как известно, сводятся к существованию нейрхимических нарушений, в частности, на уровне дофаминергической и серотонинергической нейротрансмиссии. В отличие от традиционных нейролептиков, воздействующих в основном на дофаминергические рецепторы, нейролептики нового поколения отличаются способностью в большей степени блокировать серотониновые рецепторы, что наряду с блокадой дофаминергических рецепторов способствует редукции не только позитивных психопатологических расстройств, но также и дефицитарной симптоматики. Первым нейролептиком с такими свойствами является рисперидон(рисполепт) [1,2,3].

Многочисленными исследованиями доказано, что по скорости наступления терапевтического эффекта, числу больных, у которых происходит улучшение состояния, снижению частоты рецидивов и повторных госпитализаций, безопасности и переносимости атипичные антипсихотические препараты превосходят все стандартные нейролептики, включая галоперидол и пролонгированные формы [4,5,6,7]. Одними из представителей группы атипичных нейролептиков являются препараты: Рисперидон или Рисполепт, производитель фирма «Янссен – Силаг», Бельгия и Нейриспин, производитель ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье», Украина.

Нейриспин был зарегистрирован как лекарственное средство в Государственном фармакологическом центре МЗО Украины 14.05.2004г. и

с этого времени появился на Украинском фармакологическом рынке. Препарат является антипсихотическим средством, производным бензоксазола, селективным моноаминергическим антагонистом. Обладает высокой аффинностью к серотониновым 5-HT₂ и дофаминовым D₂-рецепторам, связывается также с альфа₁-адренорецепторами и, при несколько меньшей аффинности, с H₁-гистаминовыми и альфа₂-адренорецепторами. Не обладает сродством к холинорецепторам [2].

Одна таблетка препарата Нейриспин – Здоровье содержит 0.0005, 0.001, 0.002 или 0.004г рисперидона, а также вспомогательные вещества.

Являясь мощным D₂-антагонистом (что, считается, лежит в основе механизма снижения продуктивной симптоматики при шизофрении), рисперидон вызывает менее выраженное подавление моторной активности и в значительно меньшей степени индуцирует каталепсию, чем классические нейролептики. Сбалансированный центральный антагонизм рисперидона к серотонину и дофамину снижает выраженность экстрапирамидных побочных эффектов и расширяет терапевтическое воздействие препарата на негативные и аффективные симптомы шизофрении.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности безопасного перевода больных, принимающих препараты на основе рисперидона, на самый доступный на украинском рынке генерик рисперидона Нейриспин – Здоровье в тех же дозировках и их клинической сопоставимости.

Материал и методы исследования

Было отобрано 30 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих параноидной шизофренией (F-20.00 по МКБ-10). Исследование проводилось на базе отделения медико-социальной реабилитации областной клинической психиатрической больницы г.Донецка.

Критериями включения были: суммарная оценка по шкале BPRS не ниже 60 баллов, способность к адекватному сотрудничеству. В исследование не включались лица с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы, цереброваскулярными нарушениями, болезнью

Паркинсона, эпилепсией, выраженным нарушением функции печени и почек, при наличии гиперчувствительности к респеридону в анамнезе. Все пациенты были предварительно ознакомлены с программой исследования и дали осознанное письменное информированное согласие.

Обследуемые были произвольно разделены на две группы. Пациентам первой группы назначался препарат Нейриспин – Здоровье, табл.4 мг № 20 производства ООО ФК «Здоровье», г. Харьков, по 4 мг в сутки в течение 21 дня. С 22 по 35 день наблюдения лечение продолжали препаратом Рисполепт табл.4 мг №20 производства Janssen Pharmaceutica N. V.(Бельгия), по 4 мг в сутки. Пациентам второй группы назначали препарат Рисполепт табл.4 мг в сутки в течение 21 дня. С 22 по 35 день наблюдения, продолжали лечение препаратом Нейриспин – Здоровье. Продолжительность исследования составляла 35 дней.

С целью выяснения эффективности и переносимости сравниваемых препаратов были использованы следующие методы:

- оценка психического статуса по динамике выраженности клинических проявлений на основании психиатрического теста BPRS (The brief psychiatric rating scale), который проводился перед началом и в конце исследования;
- физикальный осмотр – оценка состояния кожи и видимых слизистых; регистрация ЧСС и АД; аускультация тонов сердца и легких, пальпация и перкуссия брюшной полости, проводимых при каждом визите;
- лабораторные методы – клинический и биохимический анализы крови, клинический анализ мочи, проводимые до начала лечения и после завершения курса лечения;
- наблюдение за побочными эффектами проводили ежедневно в процессе лечения;
- методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлена высокая антипсихотическая эффективность препарата Нейриспин при назначении пациентам непрерывной формой параноидной шизофрении, хорошая переносимость как при переводе с Рисполепта на Нейриспин, так и с Нейриспина на Рисполепт.

Фармакотерапевтический эффект препарата у большинства обследуемых выражался в значительном клиническом улучшении психосомати-

Заключительная оценка эффективности определялась как высокая (снижение суммарной выраженности симптомов по шкале BPRS на 42-45 баллов), умеренная (снижение теста на 30-33 баллов) и низкая (снижение на 10-12 баллов).

Переносимость сравниваемых препаратов оценивали на основании субъективных жалоб пациентов и объективных клинических и лабораторных данных, получаемых в процессе лечения. Степень выраженности возможных побочных реакций определялась в баллах по шкале: 0-отсутствие признака, 1- слабая степень выраженности, 2 – умеренная степень выраженности, 3 – значительная степень выраженности. Обобщенная оценка переносимости выражалась как: хорошая (не отмечалось никаких побочных реакций), удовлетворительная (незначительные побочные реакции, не причиняющие серьезных проблем пациенту и не требующие отмены препарата), и неудовлетворительная (нежелательные побочные явления, оказывающие значительное отрицательное влияние на состояние больного, требующие отмены препарата и применения дополнительных медицинских мероприятий).

Лабораторные исследования включали: клинический анализ крови (эритроциты, гемоглобин, цветной показатель, лейкоциты, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, тромбоциты, СОЭ), клинический анализ мочи (белок, сахар, лейкоциты, эритроциты, цилиндры, эпителиальные клетки, уд. вес, pH), биохимический анализ крови (общий белок, АЛТ, АСТ, билирубин, остаточный азот, мочевины, креатинин, сахар).

Обработка результатов исследования проводилась с использованием методов вариационной статистики. Достоверность различий между средними значениями определяли по критерию Стьюдента с уровнем значимости не менее 95% ($p \leq 0,05$).

тического состояния, уменьшении возбудимости, нормализации эмоциональной сферы, повышении уровня адаптации.

Объективно улучшение состояния больных подтверждалось результатами комплексной оценки показателей, характеризующих выраженность и динамику их психического статуса по психиатрической шкале BPRS под влиянием терапии исследуемыми препаратами (табл.1).

Выраженность показателей по шкале BPRS у обследованных групп пациентов

Показатель		I группа		II группа	
		В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
1	Соматическая озабоченность	3.8	1.6	3.6	1.5
2	Тревога	3.8	1.7	3.7	1.46
3	Эмоциональная отгороженность	4.9*	1.9*	5.0*	2.06
4	Дезорганизация мышления	5.2	2.6*	5.4*	2.53*
5	Чувство вины	3.9	1.5	3.9	1.46
6	Напряжение	4.4*	1.7	4.0	1.2
7	Манерность в мимике и жестах	3.2	1.1	2.9	1.06
8	Идеи грандиозности	2.5*	1.0	3.3*	1.46
9	Депрессивное настроение	4.4	1.5	4.2	1.73
10	Враждебность	3.2	1.06	3.1*	1.26*
11	Подозрительность	3.8	1.5	3.6	1.2
12	Галлюцинаторное поведение	4.1	1.2*	4.6	1.6*
13	Моторная заторможенность	4.4*	1.6*	5.2	2.53
14	Отсутствие сотрудничества	4.3	2.0	5.06*	2.26
15	Необычное содержание мыслей	5.1*	2.26	5.1	2.26
16	Уплотнение эффекта	4.8	2.06	5.0*	2.06*
17	Возбуждение	2.8	1.1*	2.9	1.2*
18	Дезориентация	2.6	1.0*	2.6	1.06
Суммарная оценка		71.8	28.8	73.46	30.0
Динамика показателей		43.0		43.46	

* p < 0.05

Как следует из данных приведенных в таблице 1, по завершению 35 дневного лечения сравниваемыми препаратами суммарная выраженность психометрических показателей, характеризующих психический статус больных, снизилась в среднем на 43,0 балла в I группе при переводе больных с Нейриспина на Рисполепт и на 43,46 балла во II группе при переводе с Рисполепта на Нейриспин. Максимальное снижение относилось к таким признакам как галлюцинаторное поведение, моторная заторможенность, эмоциональная отгороженность, напряжение, депрессивное настроение, враждебность, подозрительность, минимальное - к идеям грандиозности, возбуждению, дезориентации. При этом ни у одного из пациентов не наблюдалось ухудшения состояния при переводе с одного на

другой препарат, как в первой, так и во второй группах больных.

Объективное клиническое и лабораторное обследование пациентов обеих групп в процессе 35 дневного лечения изучаемыми препаратами не выявило каких-либо ожидаемых или необычных побочных явлений при назначении Нейриспина и Рисполепта в использованных дозах и по схеме, согласно дизайну исследования.

Ни один из пациентов не предъявлял жалоб и не испытывал существенных неприятных ощущений, которые можно было бы связать с действием изучаемых препаратов. Переносимость препаратов среди пациентов первой группы в 86,6% (13 чел.) была хорошей, в 13,4% (2 чел.) – удовлетворительной. Во второй группе хорошую переносимость препаратов отметили 11 человек

(73,3%), удовлетворительную 4 человека (26,7). Неудовлетворительная переносимость не выявлена.

Оценка показателей деятельности сердечно-сосудистой системы у обследуемых пациентов представлена в таблице 2. Лечение и Нейриспином, и Рисполептом сопровождалось тенденцией к постепенному мягкому снижению систолического и диастолического давления до цифр, не превышающих нижние границы нормы. Часто-

та сердечных сокращений незначительно снизилась на 4 ± 2 удара в минуту для первой группы пациентов и на 6 ± 3 удара для второй группы пациентов ($p < 0,05$). Анализируя показатели веса, следует отметить увеличение значения данного показателя для пациентов обеих групп. Пациенты, принимавшие в первые три недели нейриспин набрали в весе $1,2 \pm 0,3$ кг, обследуемые, начавшие лечение с приема рисполепта набрали в весе $1,9 \pm 0,4$ кг ($p < 0,05$).

Таблица 2

Показатели деятельности сердечно-сосудистой системы и веса обследованных пациентов

Показатель		I группа		II группа	
		В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
1	Вес	$76.1 \pm 0.3^*$	$77.3 \pm 0.3^*$	$70.0 \pm 0.4^*$	$71.9 \pm 0.4^*$
2	АД систолическое	$130 \pm 0.5/$	$121 \pm 0.4/$	$125 \pm 0.5/$	$119 \pm 2.5/$
	диастолическое	80 ± 0.5	80 ± 0.5	$78 \pm 3.5^*$	77 ± 4.3
3	ЧСС	$76 \pm 2^*$	$72 \pm 2^*$	$78 \pm 3^*$	$72 \pm 3^*$

* $p < 0.05$

Проводя оценку показателей общего и биохимического анализов крови и мочи (табл. 3), следует отметить отсутствие каких-либо динамических изменений на фоне приема исследуемых препаратов. Результаты объективной оценки клинических и лабораторных данных позволяют оценить переносимость препарата Нейриспин, как в первой так и во второй группах пациентов, как «хорошую» у всех больных, включенных в исследование.

Все 30 пациентов благополучно закончили исследование, ни один из них не выбыл из программы из-за непереносимости препаратов. Доза, как рисполепта, так и нейриспина на протяжении исследования удерживалась на уровне 4 мг. Сопутствующее лечение циклодолом в дозе 2 мг принимало 4 человека (2 из I группы, 2 из II группы), что было связано с незначительными проявлениями экстрапирамидных расстройств, в виде ощущения заторможенности, скованности движений и слабости, чувства «заложенности носа».

Выраженность психотической симптоматики неуклонно уменьшалась в обеих группах исследования, причем в обеих группах с одинаковой скоростью. Переход с одного препарата на другой не вызвал ни у одного из пациентов никаких изменений в состоянии, «прошел незаметно». В

обеих группах уже в первые дни лечения уменьшалась подозрительность, больные становились более доброжелательными, доступными. Быстро купировались явления напряженности и импульсивности. При оценке состояния по шкале BPRS отмечалось сравнительно равномерное снижение показателей по отдельным субшкалам как позитивной, негативной, так и общей психопатологической симптоматики. Причем более высокие темпы редукции отмечались по субшкалам позитивной и общей психопатологической симптоматики в обеих группах.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что Нейриспин является эффективным и безопасным препаратом с высокой активностью при купировании острых состояний у больных непрерывной формой параноидной шизофрении, обладающий отчетливым антипсихотическим действием с быстрым наступлением терапевтического эффекта.

Фармакотерапевтический эффект препарата также состоит в выраженном клиническом улучшении психосоматического состояния пациентов, уменьшении возбудимости, нормализации эмоциональной сферы, повышении их социальной адаптации и существенном улучшении показателей психического состояния по международной психиатрической шкале BPRS.

**Показатели общего и биохимического анализов крови и клинического анализа мочи у
обследуемых пациентов**

Показатель	I группа		II группа	
	В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
КРОВЬ				
Эритроциты, 10 ^{х12} /л	4.6±0.3*	4.2±0.1*	4.5±0.6*	4.4±0.2*
Гемоглобин, г/л	136.9±2.5*	138.5±3.5*	135,7±0.1*	135,5±4.3*
Цветной показатель	0.94±0.5	1.0±0.5	1.0±0.3	1.0±0.5
Лейкоциты, 10 ^{х9} /л	8.2±1.2	7.0 ±0.7	8.4± 1.1	7.2±0.9
Эозинофилы, %	3.4±1.3*	3±1*	3±1*	3±2*
Базофилы, %	0	1	1	1
Лимфоциты, %	26±5	32±4	30±3	31±5
Моноциты, %	4±3	5±4	5±1	5±3
Тромбоциты, 10 ^{х9} /л	307±9	250±15	300±10	246±21
СОЭ ,мм/ч	8.5±3.0*	6.7±2.2*	7.9±1.2*	7.1±2.4*
МОЧА				
Удельный вес	1.023±0.001*	1.023±0.001*	1.023±0.001*	1.023±0.001*
pH	6.4±0.3	6.3±0.4	6.4±0.5	6.4±0.3
Сахар. моль/л	0	0	0	0
Белок. г/л	0	0	0	0
Эритроциты	0	0	0	0
Лейкоциты	0	0	0	0
Цилиндры	0	0	0	0
Эпителий	0	0	0	0
Щелочная фосфатаза, моль/л	125±9	125±9	125±10	124±11
Общий белок крови, г/л	72.3±4.2	71.5±6.2	78.3±5.6	73.4±7.5
АЛТ ммоль/мл. час	0.68±0.03*	0.64±0.03*	0.7±0.03*	0.66±0.05*
АСТ ммоль/мл. час	0.50±0.04	0.50±0.03	0.50±0.05	0.50±0.04
Остаточный азот, ммоль/л	23.1±4.7	24.5±3.1	22.6±3.2	24.2±4.3
Мочевина, мМ/л	5.2±2.2*	5.6±3.2*	5.1±2.9*	5.2±2.7*
Креатинин, мкМ/л	53±12	53±15	52±14	52±13
Глюкоза, мМ/л	4.4±2.1*	4.2±0.9*	4.6±0.5*	4.5±0.7*
Билирубин, ммоль/л	11.25±6.3	12.3±5.3	11.4±6.8	11.5±7.9

* p < 0.05

Препарат оказывает гармоничное влияние как на позитивную, так и на негативную симптоматику психического расстройства. Среди качественных характеристик следует выделить безопасность применения, низкую частоту развития экстрапирамидных побочных эффектов и

хорошую переносимость препарата.

Таким образом, можно отметить, что препарат Нейриспин - Здоровье сопоставим с препаратом Рисполепт («Janssen Pharmaceutica N.V., Бельгия») и не уступает ему по всем показателям терапевтической активности и переносимости.

В.А.Абрамов, І.В.Жигуліна, І.М.Левчук, Р.О.Грачов, О.О.Ликов

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ НЕЙРІСПІНА ТА РІСПОЛЕПТА ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

В статті представлені результати порівняльного дослідження терапевтичної ефективності і безпеки нейріспіна і рісполепта при лікуванні хворих на параноїдну шизофренію. Встановлена висока антипсихотична активність і добра переносимість нейріспіна, безпека його застосування, низька частота побічних ефектів. По всім показникам, що вивчалися: клінічним, фізикальним і лабораторним, препарат Нейріспін - Здоров'є зрівнює з препаратом Рісполепт. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 34-39).

V.A.Abramov, I.V.Zhygulina, I.N.Levchuk, R.A.Grachov, A.A.Likov

COMPARATIVE ESTIMATION OF THE THERAPEUTIC EFFICIENCY OF THE NEYRISPIN AND RISPOLEPT AT SCHIZOPHRENIA

Donetsk State Medical University

In the article the results of comparative research of therapeutic efficiency and safety of neyrispin and rispolept at medical treatment of patients with paranoid schizophrenia are presented. High antipsychotic activity and good bearable of neyrispina, safety of his application is set, low frequency of side effects. On all studied clinical, fisikal and laboratory indexes the Neyrispin preparation - we will confront with the Rispolept preparation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 34-39).

Литература

1. Руководство по клиническим испытаниям лекарственных средств / Под ред. А.В. Стефанова, В.И. Мальцева, Т.К. Ефимцевой. - Киев, 2001 г. - 425 с.
2. Клинические испытания лекарств / Под ред. В.И. Мальцева, Т.К. Ефимцевой, Ф.Б. Белоусова, В.Н. Коваленко. - Киев, 2002 г. - 350 с.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Харьков: «Торсинг», 1997 г.
4. В.А. Точилев, Е.В. Снедков, В.Л. Семенов-Тян-Шанский и др. Фармакоэкономический анализ использования рисполепта при лечении больных шизофренией // Психиатрия и

психофармакотерапия, 2002, №4/2.

5. Фуллер Торри Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб.: Питер Пресс, 1996.

6. Ильина Н.А. Применение рисполепта при шизофрении. // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000, 5, с.142-144.

7. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком рисполепт: сравнение с классическими нейролептиками. // Психиатрия и психофармакотерапия, 2001, 3, с.69-71.

Поступила в редакцию 23.09.2006

УДК: 616.:616.8-008.61]-053.73

*Г.П. Мосієнко***ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРУ І ТЕМПЕРАМЕНТУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Українська військово-медична академія

Ключові слова: особи молодого віку, функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, нейротизм, тривожність

Визначальне місце в характеристиці типу особистості людини належить рисам темпераменту, які найбільш адекватно обумовлюють закономірності перебігу процесів її пристосування до умов навколишнього середовища та соціальних умов життя, створюють передумови до формування врівноваженого балансу між процесами емоційно-забарвленої збудливості та врівноваженості [3,12].

Розглядаючи сучасні погляди на роль темпераменту в формуванні стереотипу поведінкових реакцій, необхідно зазначити, що саме темперамент забезпечує підтримання оптимального рівня життєдіяльності та відіграє суттєву адаптаційну роль [1,9].

Виходячи з цих позицій, слід зазначити, що особистість людини складається з чотирьох рівнів провідних характеристик: рівня окремих реакцій, рівня звичних реакцій, рівня окремих рис та рівня типових рис. Причому саме останній рівень і такі його показники, як екстраверсія-інтроверсія та емоційна стабільність-емоційна нестабільність, відіграють основну роль [7,14].

Тип особистості визначений нами у 240 осіб молодого віку, які хворіють функціональними захворюваннями травної системи (шлункова диспепсія, гастро-езофагальна рефлюксна хвороба та дискінезія жовчовивідних шляхів) [10,13] та у 60 практично здорових осіб того ж віку.

В результаті наших досліджень, проведених за допомогою особистісного анкетування Айзенка, виявлено, що рівень показників біполярної характеристики екстраверсія-інтроверсія був цілком порівняним [11,8]. У віці 15 років в групі практично здорових осіб він складав $13,84 \pm 0,57$ балів та $13,07 \pm 0,68$ балів ($p > 0,05$) у хворих функціональними розладами травної системи. В 16-річному віці – відповідно $14,84 \pm 0,54$ балів та $14,85 \pm 0,49$ балів ($p > 0,05$), у віці 17 років - відповідно $14,43 \pm 0,83$ балів та $14,45 \pm 0,62$ балів ($p > 0,05$) (табл.1).

Таким чином рівень проявів екстравертованих рис у поведінці хворих і практично здорових осіб

мав рівнозначний характер.

Цей висновок підтверджували і дані структурного розподілу показників. Дані аналізу свідчать, що серед практично здорових і серед хворих переважала частка показників, які були притаманні для високого рівня екстравертності. Так, у віці 15 років їх питома вага серед здорової молоді становила 72,0%, серед хворих однолітків 67,9%, у віці 16 років – відповідно 80,8% та 85,7%, у віці 17 років – відповідно 69,6% та 80,0%. Частка показників, які визначали наявність амбіверсії людини у даному віковому діапазоні не перевищувала 20,0% у здорових та 7,1% у хворих обстежуваних.

Частка показників, які визначали перевагу екстравертованих рис, становила 19,2%.

При вивченні рівня нейротизму і, відповідно, ступеня емоційно-значущої психологічної нестійкості, слід зважати на нестабільність, нерішучість, тривожність та схильність до психотравмуючих ситуацій (табл.1).

Так, рівень нейротизму у практично здорових 15-річних осіб складав $13,20 \pm 0,90$ балів і був суттєво нижчий у порівнянні з показниками у хворих однолітків ($15,89 \pm 0,71$ балів, $p < 0,05$). Деяко меншими були узагальнені показники нейротизму у 16- та 17-річній молоді. Так, рівень показників у 16-річних здорових осіб становив $11,19 \pm 0,68$ балів та $13,82 \pm 0,72$ балів ($p < 0,05$) у хворих. У 17-річних - відповідно $9,17 \pm 0,97$ балів та $13,96 \pm 0,81$ балів ($p < 0,01$). Такі особливості темпераменту хворих слід враховувати при проведенні комплексного лікування функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту [2].

Результати структурного аналізу свідчать про наступне: у 15-річних питома вага показників емоційної стабільності становила 61,0% серед практично здорових осіб та 78,6% серед хворих. Разом з тим, вже у віці 16 років їх частка серед здорових зменшувалась до 30,8%, а серед хворих, навпаки, зростала до 71,4%. В 17 років вона становила відповідно 41,7% та 66,7%.

Показники темпераменту хворих функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Показники	Вік (роки)	Групи порівняння				
		Хворі функціональними розладами травної системи			Практично здорові	
		M±m	n	p	M±m	n
екстравертність	15	13,07±0,68	80	p>0,05	13,84±0,57	20
	16	14,85±0,49	70	p>0,05	14,84±0,54	20
	17	14,43±0,62	90	p>0,05	14,43±0,83	20
ейротизм	15	15,89±0,71	80	p<0,05	13,20±0,90	20
	16	13,82±0,72	70	p<0,05	11,19±0,68	20
	17	13,96±0,81	90	p<0,05	9,17±0,97	20

Провідні характеристики ступеня відвертості осіб, які виконували тестові завдання, коливались у межах 3,27±0,19 – 4,75±0,44 балів. Вони не виходили за межі встановлених величин і були порівняні між групами.

З метою визначення рівня тривожності використовувався опитувальник Кондака. Мето-

дика, яка застосовувалась, дозволяла здійснити оцінку ситуацій, пов'язаних зі школою та контактами з вчителями, ситуацій, актуалізованих уявою про себе та свої можливості, тобто дати відповідну оцінку загальної, шкільної, самооціночної та міжособистої тривожності (табл. 2) [5,6,8].

Таблиця 2

Показники тривожності хворих функціональними розладами шлунково-кишкового тракту

Види тривожності	Вік (роки)	Групи порівняння				p
		Практично здорові		Хворі функціональними розладами шлунково-кишкового тракту		
		M±m	n	M±m	n	
Загальна тривожність	15	46,31±3,41	20	45,46±3,84	80	>0,05
	16	39,31±5,82	20	47,07±2,36	70	>0,05
	17	42,50±6,21	20	43,48±2,30	90	>0,05
Шкільна тривожність	15	16,42±1,36	20	16,06±1,34	80	>0,05
	16	13,12±1,77	20	15,18±0,83	70	>0,05
	17	15,50±2,58	20	14,10±0,95	90	>0,05
Самооціночна тривожність	15	14,36±1,46	20	15,18±1,30	80	>0,05
	16	11,81±1,68	20	16,76±1,06	70	<0,05
	17	13,70±2,11	20	14,40±0,86	90	>0,05
Міжособистісна тривожність	15	15,52±1,11	20	14,84±1,45	80	>0,05
	16	14,37±2,78	20	14,78±0,90	70	>0,05
	17	13,30±1,89	20	14,97±0,97	90	>0,05

Важливим показником є шкільна тривожність – виникнення її пов'язане з впливом різноманітних за своїм змістом ситуацій, зумовлених перебуванням в середовищі сучасної школи, безпосереднім процесом здобуття освіти та спілкуванням з вчителями [4].

Найвищий рівень показників шкільної тривожності реєструвався у віці 15 років, складаючи 16,42±1,36 балів серед практично здорових осіб та 16,06±1,34 балів (p>0,05) – серед хворих однолітків.

У 16-річних обстежених ці показники знач-

но різнились - відповідно $13,12 \pm 1,77$ та $15,18 \pm 0,83$ балів ($p > 0,05$). В 17 років різниця, властива для попереднього вікового періоду, зменшувалась і більш високі значення шкільної компоненти тривожності реєструвались серед практично здорової молоді.

При вивченні самооціночної тривожності нами виявлені наступні дані (табл.2). У 15-річних хворих осіб молодого віку самооціночна тривожність досягала $15,18 \pm 1,30$ балів, у 16-річних - $16,76 \pm 1,06$ балів, у 17-річних - $14,40 \pm 0,86$ балів. У практично здорових однолітків відповідні показники були значно меншими - $14,36 \pm 1,46$ балів ($p > 0,05$), $11,81 \pm 1,68$ балів ($p > 0,05$) та $13,70 \pm 2,11$ балів ($p > 0,05$). Середній бал самооціночної тривожності був дещо вищий у хворих ($15,45 \pm 0,91$) порівняно з практично здоровими обстежуваними ($13,30 \pm 0,52$; ($p > 0,05$)).

Рівень показників міжособистісної тривожності у практично здорових і хворих осіб 15 і 16 років суттєво не відрізнявся. Лише серед 17-річних простежувались певні відмінності. Так, ступінь вираження міжособистісної тривожності практично здорових та хворих осіб становив $13,30 \pm 1,89$ та $14,97 \pm 0,97$ балів ($p > 0,05$) відповідно.

Найбільш значними були показники загального рівня тривожності. Інтегральні їх дані наведені в таблиці 2. Середній бал загальної тривожності у групі хворих був дещо більший, ніж у практично здорових ($45,3 \pm 7,11$ і $42,745,3 \pm 4,12$ відповідно, ($p > 0,05$)).

Заслуговують уваги результати аналізу даних структурного розподілу показників, які підлягали вивченню. Так, серед показників, які відображали особливості розподілу характеристик шкільної тривожності практично здорових осіб, реєструвалась суттєва перевага значень, що відносяться до нормативного рівня тривоги. У віці 15 років їх питома вага становила 63,2%, в 16 років - 68,7%, в 17 років 50,0%. Серед 15-річних практично здорових обстежуваних крім величин середньостатистичного рівня шкільної тривожності, мали місце показники підвищеної (21,0%) та високої (15,8%) тривожності. Серед 16-річних осіб питома вага показників підвищеної та високої тривожності складала 12,5%. Поряд з цим досить значною була частка дуже високих показників (6,3%). Серед 17-річних практично здорових осіб питома вага показників помірно підвищеної шкільної тривожності складала 30,0%, дуже високих - 20,0%.

Серед обстежених осіб молодого віку, які страждають функціональними розладами трав-

ної системи, переважала частка показників середньостатистичної тривожності. У віці 15 років вона складала 65,6%, у 16 років - 42,9%, у 17 років - 49,0%. Досить високою була частка показників помірно підвищеної шкільної тривожності. Вона становила відповідно 18,8%, 21,4% та 19,1%. Питома вага характеристик, які відображали надмірний спокій при загрозливих ситуаціях, не перевищувала 6,1%. Разом з тим частка показників високого і дуже високого рівня тривожності серед хворих осіб 15-17 років коливалась в межах від 12,5% до 31,4% та від 2,4% до 12,5% відповідно.

Найбільш значною була питома вага показників, які характерні для середньостатистичного рівня тривожності та в структурі самооціночної тривожності хворих осіб. Так, у віці 15 років вона досягала 65,6%, у 16 років - 50,0%, у 17 років - 55,4%. Дещо меншим був рівень помірно підвищеної (відповідно 21,9%, 45,2% і 23,4%) та високої (відповідно 3,1%, 4,8% і 10,6%) тривожності.

Досить стабільною була картина розподілу показників і у практично здорових осіб. Домінуюче положення займали значення нормативної середньостатистичної тривожності: 63,2% - у віці 15 років, 81,1% - у віці 16 років та 60,0% - у віці 17 років. Частка показників, характерних для помірно підвищеного розвитку самооціночної тривожності становила 12,5-31,6%, для високого - 5,2-10,0%.

Подібно до попередніх реєструвались показники, які відображали ступінь міжособистісної тривожності. Серед практично здорових осіб суттєво переважала частка показників, які характерні для середньостатистичного рівня тривожності. Останній складав 73,7% у 15-річних, 81,1% - у 16-річних та 60,0% - у 17-річних. Питома вага показників помірно підвищеної і високої тривожності коливалась в межах 6,3% - 20,0%.

Суттєво більша питома вага показників помірно підвищеної та високої тривожності реєструвалась серед хворих. Вона становила відповідно 18,7% - 35,7% та 2,4% - 9,3%. Проте і в цьому випадку переважаючою була питома вага середньостатистичних параметрів особистісної характеристики. В 15 років вона складала 59,4%, в 16 років - 61,9% та 51,1% - у віці 17 років.

Заслуговує уваги молодь з високою і дуже високою тривожністю. Причиною виникнення їх є наявність конфліктних ситуацій переважно особистісного змісту. Вони часто стають причиною виникнення різноманітних вегетативних, невротоподібних або психосоматичних зрушень

[9]. Безпосередньою причиною їх виникнення є конфліктність самооціночних рішень, наявність протиріч між високим рівнем домагань та досить високою невпевненістю в собі, відсутністю реальних можливостей їх здійснити [11]. Це породжує відчуття постійного незадоволення, напруження, нестійкості і невірноваженості у відношеннях з оточуючими.

Слід зазначити, що вірогідних відмінностей між показниками характеру і темпераменту в групах хворих з функціональною шлунковою диспепсією, гастроєзофагальною рефлюксною хворобою і дискінезією жовчовивідних шляхів

не виявлено.

Висновки.

1. Рівень проявів екстравертованих рис у поведінці хворих і практично здорових осіб молодого віку мав рівнозначний характер.

2. Показники нейротизму у хворих функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту вірогідно більші, ніж у практично здорових однолітків, що слід враховувати при проведенні комплексного лікування.

3. Загальна і самооціночна тривожність має тенденцію до підвищення у хворих функціональними розладами шлунково-кишкового тракту.

А.П. Мосиенко

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА И ТЕМПЕРАМЕНТА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Украинская военно-медицинская академия

Тип личности обеспечивает адаптационную функцию организма и существенно влияет на течение происходящих в нем процессов. В статье представлены результаты исследований личностных характеристик пациентов молодого возраста, страдающих функциональными расстройствами пищеварительной системы, проанализирована их роль в возникновении и развитии данной патологии. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 40-43).

G.P. Mosiyenko

PARTICULARITIES OF A PERSONALITY AND A TEMPERAMENT OF THE YANG MEN WITH FUNCTIONAL DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Ukrainian military-medical academy

The type of the individual defines the adaptation function of the organism and has significant influent on the all going processes. In the article are presented the results of the studies of the personality's characteristics of the yang men with functional disorders of gastrointestinal tract, have been analyzed their role in emergence and course of this pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 40-43).

Література

1. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. - Москва, 1999. - 256с.
2. Жаркова Н.Б., Морозова М.А., Андрусенко М.П. Психометрический метод – не только для экспериментов//Журнал неврологии и психиатрии. - 2001. - №1. - Т.101. -С.37-41.
3. Фельдштейн Д.И. и др. Психология развития личности в онтогенезе//Пед. психология. – М., 2000. – 206с.
4. Корнев М.М. Актуальные проблемы охраны здоровья подростков//Междунар. мед. жур. - 2000. - Т.6, №1. - С.13-15.
5. Левина Л.И. Подростковая медицина//Руководство для врачей. – Ст.-Петербург, 1999. - С. 5-32, 32-49.
6. Майерс Д. Социальная психология. - Санкт-Петербург, 1997. - 684с.
7. Масляев О.И. Психология личности. - Донецк, 1998. - 416с.
8. Москвина Л. Энциклопедия психологических тестов.-

Москва, 1997. - 334с.

9. Опарин А.А. Психосоматические расстройства как маркеры определения прогноза и тяжести течения язвы двенадцатиперстной кишки у студентов//Сучасна гастроентерол. – 2005. - №1(21). – С. 16-18.

10. Пархоменко Л.К. Хвороби органів травлення//Ювенологія. – Харків, "Факт". – 2004. – С. 429-456.

11. Райс Ф. Психология юношеского и подросткового возраста - Ст.-Петербург: Питер, 2000. – 180с.

12. Сухарев В.А. Искусство распознавания людей. - Донецк, 1998. - 389с.

13. Фадеев Г.Д. Функциональные заболевания органов пищеварения//Здоров'я України. – 2004. - №18. – С. 12-14.

14. Шустов Д.И. Учебное пособие по медицинской психологии. - Рязань, 1996. - 208с.

Поступила в редакцию 9.08.2006

УДК: 616.899.3-055.62+612.0/4.482

*О.В. Шинкарь, С.В. Грищенко***РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ СРЕДИ ПОТОМСТВА ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ (ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ)**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: умственная отсталость, ионизирующее излучение

Актуальность изучения проблемы умственной отсталости связана с высокой её распространённостью среди населения и социальными последствиями – высокой частотой инвалидности среди лиц, страдающих этим психическим расстройством. Исследования значения радиационного фактора в возникновении умственной отсталости начались после бомбардировки Хиросимы и Нагасаки [6]. Была выявлена связь между облучением плода в период увеличения содержания ДНК в развивающемся мозге с потенциальными психическими нарушениями. Основная радиочувствительная станция развивающегося мозга у человека соответствует 10 неделям беременности. Японскими учёными было выявлено, что наиболее высокий риск появления синдрома умственной отсталости встречается при облучении в период 8-15 недель беременности, когда происходит самый активный рост нейронов, необходимых для дальнейшего развития корковых функций. Частота умственных нарушений линейно связана с поглощенной тканями плода дозой облучения. Необходимо принять во внимание, что порог тератогенного эффекта облучения значительно ниже, чем дозы, проводящие к явным формам умственной отсталости. У детей Хиросимы, подвергшихся облучению на 8-25 неделях внутриутробного развития, и не имевших явных признаков умственной отсталости была ниже школьная успеваемость. Выявление донозологических изменений требует специального тщательного и корректного ис-

следования.

После аварии на ЧАЭС возникла необходимость исследования влияния ионизирующего излучения на психическое здоровье населения. После проведенного исследования на территории России [4] было выявлено, что количество детей, имеющих интеллектуальные нарушения, в загрязненных районах почти в три раза превышает таковое в чистых районах. При изучении психического развития детей Черновицкой области Украины [3] также было обнаружено, что самый высокий уровень распространенности умственной отсталости наблюдается в зонах, где зарегистрированы высокие уровни загрязнения территории ^{137}Cs и ^{90}Sr . Некоторые авторы наблюдали изменения структуры контингентов, состоящих на учете по поводу умственной отсталости. С.А. Шалагинов и др.[5] при изучении закономерностей развития недифференцированных олигофрений у антенатально облученных лиц и потомков людей, подвергшихся хроническому радиационному воздействию, выявили, что у умственно отсталых потомков облученного населения первого поколения по сравнению с контролем произошло увеличение доли лиц с тяжёлыми формами заболевания и относительное увеличение среди олигофренов лиц женского пола.

Целью настоящей работы было выявление роли ионизирующей радиации в возникновении умственной отсталости у населения Донецкой области.

Материалы и методы исследования

Для выявления отдалённых последствий Чернобыльской аварии была изучена распространённость умственной отсталости среди подростков Донецкой области, родившихся в период с 1983 по 1990 годы по данным учетной формы № 10 государственной статисти-

ческой отчетности. Данные о распространённости изучались за 2000-2005 годы – временной промежуток, когда дети, рождённые непосредственно до и после Чернобыльской катастрофы последовательно достигали подросткового возраста. Также была изучена распро-

странённость умственной отсталости среди детей Донецкой области 2000-2005 годов учёта. Радиационная ситуация на различных территориях Донецкой области была изучена по

данным отчетов облСЭС. Все результаты обрабатывались статистически по общепринятым методикам с использованием лицензионных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Определение индивидуальных доз ионизирующей радиации для каждого ребёнка, рождённого после 26 апреля 1986 года, является более трудной задачей, чем аналогичные исследования в Японии. Прежде всего, получение индивидуальных доз в результате бомбардировок Хиросимы и Нагасаки находилось в прямой зависимости от расстояния между человеком и эпицентром взрыва. В нашем случае такой зависимости нет – в Донецкой области загрязнение территории носит характер “радиационных пятен”.

После аварии на ЧАЭС накопление радионуклидов в различных средах имело следующие закономерности. В воздушном бассейне в 1986 году произошло их взрывное накопление, а уже через год уменьшение в 2000 раз. В последующие годы количество радионуклидов в воздушной среде изменялось волнообразно, но с общей тенденцией к снижению. В почвах Донецкой области из искусственных радионуклидов повсеместно присутствует ^{137}Cs и ^{90}Sr . По итогам мониторинга в период с 1986 по 1995 годы выявлены территории наиболее загрязнённые радионуклидами искусственного (“чернобыльского”) происхождения. Это города Шахтёрск, Торез, Снежное, Енакиево, Дебальцево, Макеевка, Харцызск, Донецк, а также Шахтёрский, Амвросиевский, Старобешевский, Ясиноватский районы. В почвах указанных территорий плотность загрязнения ^{137}Cs колеблется от 0,4 до $23,53 \cdot 10^{10}$ Бк/км². Максимальный уровень накопления в почве радионуклидов имел место в период с 1990 по 1994 годы, когда их величины стали превышать значение 1986-87 годов от 2 до 49 раз на различных территориях. В последующем пошел процесс резкого уменьшения содержания радионуклидов в почве. В воде открытых водоемов динамика накопления радионуклидов имела выраженный волнообразный характер с подъёмами в 1987, 1989, 1991 годах. Начиная с 1992 года происходило прогрессивное исчезновение радионуклидов из водной среды. Максимальная величина накопления их в донных отложениях водоёмов отмечалась с 1986 по 1988 годы. В дальнейшем началось их ступенчатое (по 2-х – 3-х летним отрезкам) уменьшение в донных отложениях. Этот замедленный процесс естественной дезактивации донных от-

ложений продолжается и сейчас [1].

При изучении суммарной γ -активности радионуклидов в почвах, донных осадках, поверхностных и подземных водах была выявлена следующая закономерность. Повышенная удельная активность исследуемых сред прослеживается в виде полосы, простирающейся с северо-востока на юго-запад и охватывающей почти всю восточную и юго-западную часть области. В эту зону входят перечисленные выше территории. Суммарная γ -активность радионуклидов северной, западной в некоторых южных частях области находилась в пределах фоновых значений ($6,512 \cdot 10^2$ Бк/кг). Концентрация радионуклидов здесь в целом не превышает $5,55 \cdot 10^{10}$ Бк/кг. К этим территориям относят города Краматорск, Дружковка, Доброполье, районы Александровский, частично Славянский, Артёмовский.

При изучении динамики распространенности олигофрений среди подростков Донецкой области в целом за изучаемый период выявлены следующие особенности. Наиболее выраженный рост показателей приходится на 2003-2004 годы, когда подросткового возраста достигли все дети, рожденные после Чернобыльской аварии. В 2005 году наметилась тенденция к снижению показателей. Выявленная динамика формируется в основном за счет городского населения. В целом динамика распространенности умственной отсталости в 2003-2005 годах имеет вид плато и показатели достоверно не отличаются. У сельского населения максимум приходится на 2005 год. При изучении структуры олигофрений в динамике выявлено, что рост показателей произошел исключительно за счет умственной отсталости легкой и умеренной степени.

Анализируя динамику умственной отсталости легкой и умеренной степени у населения, рожденного после Чернобыльской катастрофы, необходимо отметить, что максимальные темпы прироста показателей регистрировались в 2004 г. и на территориях, загрязненных радионуклидами искусственного происхождения в наибольшей степени. Так, темпы прироста показателей в 2004 году по сравнению с 2000 годом составили в городах: Артёмовск – 80,2%, Дзержинск – 103,3%, Енакиево – 20,5%, Снежное – 76,9%, Торез – 11,3%, Харцызк – 25,6%, Шахтерск – 88,

0%, Донецк – 19,1%, а также в Ясиноватском сельском районе – 448,4%. «Чернобыльский след» поразил в основном Центрально-кряжистый природно-ландшафтный район, и основные изменения показателей распространенности умственной отсталости легкой и умеренной степени наблюдаются здесь. Но так как радиационное загрязнение носит характер пятен, очевид-

но, в той или иной степени были поражены и другие территории. Отмечается всплеск уровней распространенности изучаемой патологии в городах: Докучаевск – на 93,5% по сравнению с 2000 годом, Краматорск – на 94,5%, Дружковка – на 389,0%, в районах: Добропольском - на 124,7%, Красноармейском – на 129,8%. Александровском – на 557,4%.

Таблица 1

Динамика распространённости умственной отсталости среди подростков Донецкой области (случаи на 10000 населения, М+m)

Показатели		Годы					
		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Распространённость умственной отсталости среди подростков области	Всего (F70-79)	139,6± 2,5	137,1± 2,4	147,2± 2,6	154,9± 2,6	157,4± 2,7	155,5± 2,8
	Темп пророста к 2000 году, %		-1,8	7,6	16,0	12,8	11,4
	В т.ч. умственная отсталость лёгкой и умеренной степени (F70-71)	105,5± 2,1	107,9± 2,1	117,0± 2,3	127,0± 2,4	131,4± 2,5	131,2± 2,6
	Темп пророста к 2000 году, %		2,3	11,5	21,5	24,6	24,4
Распространённость умственной отсталости среди подростков городов	Всего (F70-79)	147,6± 2,8	145,1± 2,7	155,8± 2,9	165,4± 3,0	165,3± 3,1	159,6± 3,1
	Темп пророста к 2000 году, %		-1,7	5,6	12,1	12,0	8,1
	В т.ч. умственная отсталость лёгкой и умеренной степени (F70-71)	111,7± 2,4	114,1± 2,4	124,3± 2,6	136,0± 2,7	138,3± 2,8	134,7± 2,8
	Темп пророста к 2000 году, %		2,2	11,3	21,8	23,8	20,6
Распространённость умственной отсталости среди подростков сельской местности	Всего (F70-79)	103,1± 5,0	100,1± 4,9	104,4± 5,3	101,6± 5,2	116,5± 5,9	132,6± 6,6
	Темп пророста к 2000 году, %		-2,9	1,3	-1,4	13,0	28,6
	В т.ч. умственная отсталость лёгкой и умеренной степени (F70-71)	76,8± 4,3	79,0± 4,4	80,6± 4,6	81,2± 4,7	95,8± 5,3	111,6± 6,1
	Темп пророста к 2000 году, %		2,9	4,9	5,7	24,8	45,3

На территории Донецкой области имеются очаги повышенной естественной радиоактивности. Это связано с выходами на дневную поверхность кристаллических пород докембрия, имеющих высокий естественный радиоактивный фон. Максимальное содержание ^{226}Ra , ^{228}Ra , ^{40}K регистрируются в южных и центральных частях области, ^{226}Ra , ^{228}Ra – также и в восточной.

Была изучена распространенности умственной отсталости у подростков поколения 2000 года, родившихся до аварии на ЧАЭС и детей, в основном рожденных в период, когда содержание искусственных радионуклидов в окружающей среде значительно снизилось и стало приближаться к “дочернобыльскому” уровню, на территориях с различным уровнем естественной радиоактивности. Выявить влияние именно естественного радиационного фона на показатели распространенности исследуемой патологии не удалось. Гораздо большее значение имеют другие техногенные экологические факторы.

Таким образом, в результате изучения распространенности умственной отсталости среди детей и подростков Донецкой области на территориях, отличающихся по загрязненности искусственными радионуклидами ^{137}Cs и ^{90}Sr , в динамике были выявлены следующие закономерности. Уровни распространенности олигофрений среди лиц, рожденных сразу после аварии на ЧАЭС и, возможно, подвергшихся облучению антенатально, выше, чем у рожденных в «дочернобыльский» период. Увеличение показателей произошло за счет умственной отсталости легкой и средней степени (F70-71). На территориях так называемого «чернобыльского следа», подвергшихся загрязнению радионуклидами в наибольшей степени, рост этих показателей был в среднем двукратным. Снижение уровней распространенности других форм умственной отсталости (F72-79) может быть вызвано как объективными причинами, так и низкой доживаемостью больных с тяжелой степенью олигофрениии до подросткового возраста.

О.В. Шинкарь, С.В. Грищенко

ПОШИРЕНІСТЬ РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ СЕРЕД НАЩАДКІВ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ (НАСЛІДКИ ЧОРНОБІЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ)

Донецькій державний медичний університет

Вивчена поширеність розумової відсталості серед населення Донецької області, народженого після аварії на ЧАЕС і що проживає на територіях різною інтенсивністю забруднення радіонуклідами штучного походження. Найбільш забрудненими ^{137}Cs і ^{90}Sr були східні і південно-східні частини області. На цих територіях виявлене зростання частоти розумової відсталості легкого і середнього ступеня у підлітків, народжених безпосередньо після Чорнобильської катастрофи в 2 рази в порівнянні з поколінням, народженим до аварії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 44-47).

O.V. Shinkar, S.V. Grishenko

WIDSPREAL OF MENTAL RETARDATION AMONG PERSONS BORN AFTER FAILURE ON CHAES WHO HAD INJURED BY INFLUENSE OF RADIATION

Donetsk State Medical University

Prevalence of mental retardation is studied among the population of the Donetsk region, born after a failure on ChAES and resident on territories with different intensity of contamination by artificial radionuclide. Most muddy ^{137}Cs and ^{90}Sr there were east and south-east parts of region. On these territories growth of frequency of mental retardation of easy and middle degree is exposed at teenagers, born directly after the failure on ChAES in 2 times as compared to a generation born to the failure. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 44-47).

Литература

1. Агарков В.И., Грищенко С.В., Уманский В.Я. и др. Гигиена экологической среды Донбасса. – Донецк, 2004. – С. 144-154.
2. Давыдов Б.И., Ушаков И.Б., Федоров В.П. Радиационное поражение головного мозга / Под ред. В.А.Пономаренко. – М.: Энергоатомиздат, 1991. – С. 200-204.
3. Деркач В.Г., Княжицька Ю.О., Деркач А.В. Зв'язок між кліматоландшафтними та радіаційними чинниками і розумова відсталість у дитячого населення Чернівецької області // Укр. мед. альманах. – 2001, Т.4. - № 3. – С. 49-51.
4. Козлова И.А., Пуховский А.А., Рябухи В.Ю.

- Психологическое и психиатрическое исследование детей, проживающих в Калужской и Брянской областях России (последствия Чернобыльской аварии) // Журн. Неврол. И псих. – 1995, Т.95. - № 1. - С. 70-74.
5. Заболеваемость недифференцированной олигофренией потомства лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию / Шалагин С.А., Аклев А.В., Хол П., Гранат Ф. // Мед. радиол. и радиац. безопасность. – 2002, Т.47. - № 2. – С.26-33.
6. Miller R.W. Intrauterine radiation exposures and mental retardation // Hlth. Phys. – 1988. – 55. – N 2. – P. 295-298.

Поступила в редакцию 12.07.2006

УДК 616.89 - 008.12/14 - 084: 616-058

*С.Г. Пирков, О.М. Виговська***ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СХИЛЬНОСТІ ДО ВІДХИЛЕНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ ІЗ СОЦІАЛІЗОВАНИМ ТА НЕСОЦІАЛІЗОВАНИМ ТИПОМ РОЗЛАДУ ПОВЕДІНКИ**

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

Ключові слова: девіантна поведінка, підлітки, соціалізований та несоціалізований тип розладу поведінки

З проблемами девіантної поведінки дитячі психіатри зустрічаються постійно, тому що девіантна поведінка є одним з найчастіших психіатричних розладів у дитячому віці. Основними причинами розладів поведінки дітей та підлітків можуть бути: несприятливі умови життя та виховання, провали у знаннях і пов'язані з ними труднощі у навчанні, різноманітні біологічні фактори. Як виявили численні дослідження, девіантно-делінквентна поведінка (ДДП) підлітків є наслідком біологічних (перинатальної, резидуально-органічної та інших) патологій та соціаль-

но-середовищних чинників [7, 8].

Епідеміологічні дослідження останніх років, які були проведені фахівцями України та країн СНД, показали неухильне зростання відхилень в поведінці, які ускладнюють становлення соціально зрілої особистості, формування соціологічної адаптації дітей та підлітків [1, 2, 4 та інші].

Метою дослідження було вивчення різних форм відхильної поведінки у підлітків із соціалізованим та несоціалізованим типом розладу поведінки.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження стали підлітки із соціалізованим та несоціалізованим типом розладу поведінки, що знаходились на лікуванні у Донецької обласної клінічної психіатричної лікарні.

Відповідно до мети дослідження підлітки були поділені на дві групи:

1-а – підлітки з несоціалізованим типом розладу поведінки (18 осіб).

2-а – підлітки з соціалізованим типом розладу поведінки (6 осіб).

Оцінка схильності до відхиленої поведінки підлітків проводилася за методиками СВП

(методика діагностування схильності до відхиленої поведінки) [5], «Hand – тест» (проективна методика оцінки схильності до агресивної поведінки) [3] та А. Басса і А. Даркі (методика діагностування показників та форм агресії) [6].

Вірогідність результатів дослідження забезпечувалася застосуванням статистичних методів, реалізованих на IBM-сумісному комп'ютері в пакеті програм STADIA. При порівнянні середніх величин використовувався метод Манна-Уїтні з визначенням імовірності розходжень «р». Розходження приймалися значимими при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати, отримані за методикою схильність до відхиленої поведінки надані у табл. 1.

За шкалою 1, яка вимірює рівень готовності досліджуваного представляти себе у найбільш привабливому вигляді з точки зору соціальної бажаності, результати двох груп досліджуваних потрапили у один інтервал. Ця обставина свідчить про те, що підлітки з соціалізованим

та несоціалізованим типом розладу поведінки мають помірну тенденцію давати соціально привабливі відповіді. Однак рівень значимості «р» за цією шкалою має показник 0,0042, що свідчить про статистично достовірну різницю за цією шкалою серед досліджуваних груп. Таким чином, підлітки з несоціалізованим типом розладу поведінки у більшому ступені схильні давати соціально бажані відповіді.

Середні значення показників методики СВП

Шкали	Групи				Рівень значимості «р»
	1-а		2-я		
	М	m	М	m	
1.	59,6	1,73	58,3	4,33	0,0042
2.	49,1	1,96	57	5,79	0,078
3.	45,4	2,09	52,8	4,87	0,0585
4.	46,9	2,72	52,8	5,9	0,0042
5.	49,2	2,44	51,3	5,12	0,0585
6.	52,3	2,55	63,3	6,78	0,0445
7.	52,6	1,98	59,7	5,99	0,0333

Примітка: М – середнє; m – помилка середнього; 1. Шкала настанови на соціальну бажаність відповідей; 2. Шкала схильності до здолання норм та правил; 3. Шкала схильності до адиктивної поведінки; 4. Шкала схильності до саморуйнівної поведінки; 5. Шкала схильності до агресії та насильства; 6. Шкала вольового контролю емоційних реакцій; 7. Шкала схильності до делінквентної поведінки.

Результати, отримані за шкалою 2 методики СВП (схильність до здолання норм та правил), свідчать про те, що в підлітків обох груп в однаковому ступені виражені тенденції до здолання норм та правил, про неконформістські установки, про схильність протиставляти власні норми та правила груповим, також про тенденцію «порушувати спокій», «шукати труднощі», які можливо було б здолати.

Відсутність достовірних розходжень за шкалою 3 указує на подібну готовність до реалізації адиктивного поведінки в порівнюваних групах.

Статистично достовірні відмінності («р» = 0,0042) були отримані за шкалою 4 «схильності до саморуйнівної поведінки». Отримані результати свідчать про те, що підлітки з соціалізованим типом розладу поведінки більш схильні до реалізації різних форм аутоагресивної поведінки у порівнянні з 1-ою групою. Це свідчить про низьку цінність до власного життя, схильності до ризику, вираженої потреби до гострих відчуттів.

Рівень значимості «р» = 0,0585 отриманий за шкалою 5 «схильності до агресії та насильства», свідчить про те, що різниця між середніми значеннями за цією шкалою у досліджуваних з соціалізованим та несоціалізованим типом розладу поведінки не є статистично вірогідними.

Однак слід відзначити, що середні оцінки, отримані за шкалою 5 свідчать про те, що обидві групи досліджуваних мають однакові агресивні тенденції у поведінці, а також ступінь агресивної спрямованості особистості у взаємовідносинах з іншими людьми.

Дані, отримані за шкалою 6, свідчать про те, що підліткам з несоціалізованим типом розладу поведінки притаманна слабкість вольового контролю емоційної сфери, небажаність або неспроможність контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій. Вірогідно низькі показники шкали вольового контролю емоційних реакцій у підлітків із несоціалізованим типом розладу поведінки можуть свідчити про схильність цієї групи підлітків реалізовувати негативні емоції безпосередньо у поведінці, без урахування «за» та «проти», про несформованість вольового контролю своїх потреб та почуттєвих потягів. У підлітків із соціалізованим типом розладу поведінки вище перераховані тенденції виражені менше.

Результати порівняльного дослідження за методикою СВП (шкала 7 – схильність до делінквентної поведінки) свідчать про наявність делінквентних тенденцій, а також низький рівень соціального контролю у обстежених осіб. Однак так званий «делінквентний потенціал» достовірно вищий у підлітків із соціалізованим ти-

пом розладу поведінки («р»=0,0333). Ця обставина може свідчити про те, що підлітки з цим типом розладу поведінки часто адаптуються у групі однолітків з різними асоціальними напрямками, що передумовлює реалізацію делінквентних тенденцій цією групою (більшість делінквентних вчинків у підлітковому віці реалізуються тільки групою підлітків), в цьому випадку група є і метою і засобом досягнення цього потенціалу.

Таким чином, результати отримані за допомогою методики СВП дали змогу зробити висновки про схильність до відповідних видів девіантної поведінки досліджуваних із соціалізованим та несоціалізованим типом розладу поведінки. При порівнянні результатів дослідження за

цією методикою були виявлені відміни у схильностях цих досліджуємих.

При подібній готовності до порушення соціальноприйнятих норм і правил, до реалізації агресивних тенденцій і насильства в підлітків порівнюваних груп відзначаються різні механізми формування делінквентного поведіння. Очевидно, у підлітків із несоціалізованим типом розладу поведінки таким формуючим моментом є слабкість вольового контролю емоційних реакцій, у той час, як у підлітків іншої групи велике значення має адаптація на патологічному рівні в групах з асоціалізованими формами поведінки.

Результати, отримані за методикою А. Басса та А. Даркі наведені у табл. 2.

Таблиця 2

Середні значення показників за методикою А. Басса и А. Даркі

Шкали	Групи				Рівень значимості «р»
	1-я		2-я		
	М	m	М	m	
Індекс агресивності	253	11,3	212	9,65	0,0007
Індекс ворожості	226	12,4	189	15,2	0,0246
Фізична агресія	247	15,1	204	17,1	0,0042
Вербальна агресія	231	10,2	183	6,34	0,0028
Непряма агресія	280	15,2	249	18,2	0,0127
Негативізм	268	15,4	223	22,8	0,0018
Роздратування	229	12	194	16,1	0,0151
Підозрілість	243	12,8	215	14,7	0,0287
Образа	209	15,6	163	16,7	0,0062
Почуття провини	172	11,8	158	21,4	0,0151

Примітка: М – середнє; m – помилка середнього.

Порівняльний аналіз результатів дослідження, отриманих за допомогою методики А.Басса й А.Даркі, показав статистично вірогідно більш високі показники за всіма шкалами опитувальника в підлітків з несоціалізованим типом розладу поведінки. Подібна обставина свідчить про кількісно більшу виразність різних форм агресивності й ворожості в підлітків вищевказаної групи.

Проведений додатково кореляційний аналіз індексів агресивності й ворожості з показниками шкал методики А.Басса й А.Даркі (табл.3)

свідчить про деякі розходження у формуванні агресивного поведінки в порівнювальних групах. Так, у структурі агресивного поведінки підлітків із несоціалізованим типом розладу поведінки в однаковому ступені представлені всі елементи: фізична, вербальна і непряма агресія. У той час як агресивність підлітків із соціалізованим типом в основному формується з фізичної і непрямой агресії без істотного впливу вербальної агресії.

Результати, отримані за допомогою методики Hand-test запропоновані у табл. 4.

Кореляція шкал методики А. Басса и А. Дарки з індексами агресивності та ворожості

Шкали	Групи			
	1-а		2-а	
	«г»	«р»	«г»	«р»
Кореляція з індексом агресивності				
Фізична агресія	0,86	0,0001	0,774	0,0124
Вербальна агресія	0,792	0,0003	0,241	0,694
Непряма агресія	0,834	0,0004	0,757	0,0138
Кореляція з індексом ворожості				
Підозрілість	0,839	0,0001	0,967	0,0061
Образа	0,894	0,0001	0,961	0,0078

Примітка: 1-а – підлітки з несоціалізованим типом розладу поведінки; 2-а – підлітки з соціалізованим типом розладу поведінки; «г» - коефіцієнт кореляції за Спірманом; «р»- рівень значимості.

Середні показники шкал методики Hand-test

Шкали	Групи				Значимість «р»
	1-я		2-я		
	М	m	М	m	
I	1,17	0,459	0,333	0,715	0,0007
MAL	0,444	0,202	0,333	0,333	0,0002
WITH	0,5	0,218	0,5	0,342	0,0004
PATH	1,44	0,422	1,33	0,667	0,0006
Agg	21,7	2,71	14,7	3,52	0,0042
Dir	14	2,57	20,7	3,63	0,0042
Aff	8,67	2,72	11,2	4,4	0,0018
Com	14,6	3	21,3	4,21	0,0042
Dep	2,11	1,2	1,5	1,5	0,0002
F	1,11	0,762	0	0	0,0001
Ex	0	0	0	0	0,0001
Crip	3,33	1,11	3,17	3,17	0,0002
Des	1,44	1,04	5	3,42	0,0002
Ten	0	0	0	0	0,0001
Act	24,7	4,36	22,5	8,14	0,0034
Pas	9,17	4,17	0	0	0,0001
Bas	0	0	0	0	0,0001
Fail	3,22	1,96	0	0	0,0001

Примітка: I – схильність до відкритої агресивної поведінки. MAL – ступінь особистісної дезадаптації. WITH – тенденція до відходу від реальності. PATH – наявність психопатології. Agg – агресія. Dir – директивність. Aff – афектація. Com – комунікація. Dep – залежність. F – страх. Ex – екзгибіціонізм. Crip – калечність. Des – опис. Ten – напруг. Act – активні безособові відповіді. Fail – відмова від відповіді. Bas – галюцинації. Pas – пасивні безособові відповіді.

Результати, отримані за допомогою цієї методики, свідчать про те, що у підлітків з несоціалізованим типом розладу поведінки спостерігається достовірно більш питома вага відповідей категорії Agg. Ця обставина вказує на те, що у цієї категорії підлітків у більшості випадків рука сприймається, як домінуюча, ображаюча, господарююча, яка наносить пошкодження, нападає або активно хватає іншу людину або який-небудь предмет. Можна казати про те, що прихований стереотип поведінки в них у процесі міжособистого спілкування – домінування та покарання. Несвідома мета поведінки – покарання провини.

Рівень директивності вище у підлітків із соціалізованим типом розладу поведінки. У цій категорії у досліджених цієї групи рука сприймалась як: управлінська, направляюча, повчаюча, заважаюча або яким-небудь чином, активно впливаюча на іншу людину. Таким чином, у підлітків із соціалізованим типом розладу поведінки також проявляється установка перевершення над людьми, очікування, що інші повинні поводитись так, як їм заманеться, але не навпаки, підвищена готовність використовувати інших людей у своїх намірах.

За категорією «афектація» (Aff) результати вище у групи з соціалізованим типом розладу поведінки. У цій категорії рука сприймається як виражаюча приязність, любов, емоційно позитивні, благородні відношення до інших, до цієї категорії відносяться відповіді, у яких рука пропонує товаришувати або допомогу іншим. Таким чином, у підлітків із соціалізованим типом розладу поведінки вище здатність до активного соціального життя, вище бажання суб'єкта працювати з іншими, та характеризується наявністю благодійного відношення та приязні. Вказану обставину необхідно враховувати при проведенні психокорекційної роботи з цим контингентом осіб.

Вищепідкреслене підтверджується категорією Com, питома вага яких достовірно вища у підлітків із соціалізованим типом розладу поведінки. Таким чином, слід відмітити, що у цієї групи досліджуваних вищий показник «ділового» спілкування. Ця група досліджуваних у більшій ступені сприймає руку як намагаючу спілкуватися. При цьому спілкування пов'язане з почуттям рівності або підлеглості спілкуючого по відношенню до тієї людини, з якою він спілкується. У цих відповідях ярко видно, що

комунікатор потребує зворотнього зв'язку та прийняття, хоче бути зрозумілим до своєї аудиторії, а також поділитись інформацією.

Однак, за категорією «залежність» Dep результати вище у досліджених з несоціалізованим типом розладу поведінки, що свідчить скоріш про те, що ця група досліджуваних у більшому ступені потребує допомоги та підтримки.

За категорією «каліцтво» (Crip) результати вище у групі підлітків із несоціалізованим типом розладу поведінки, що може свідчити про те, що ця група досліджуваних у більшій ступені думає про власну фізичну недовершеність, у них набагато більше виражена боязливість власної безпорадності або яких-небудь недоліків. Ці думки можуть стати основою для розвитку агресивних тенденцій у цієї категорії підлітків.

Підлітки з соціалізованим типом розладу поведінки у більшій мірі схильні давати безособові відповіді. У даному випадку, відповіді, отримані за категоріями «опис» та «активні безособові відповіді» свідчать про те, що ця група досліджуваних намагається знеособити, приховати справжні установки та тенденції.

Схильність до відкритої агресивної поведінки у більшій ступені виявлена у досліджуваних з несоціалізованим типом розладу поведінки, що підтверджується результатами, отриманими за допомогою інших методик. Таким чином, можна зробити висновок, що підлітки з несоціалізованим типом розладу поведінки у більшій ступені схильні до реалізації агресивних тенденцій у соціумі.

Показники особистісної дезадаптації також вірогідно вище у підлітків з несоціалізованим типом розладу поведінки, що може свідчити про протиречиві тенденції та установки у міжособистісних взаємовідносинах.

Тенденція до відходу від реальності, за результатами цієї методики, однаково проявляються у двох групах.

Таким чином, порівняльний аналіз схильності до поводження підлітків, що відхиляється, із соціалізованим і несоціалізованим типом розладу поводження свідчить про різні механізми формування делінквентного поводження в досліджуваних групах, а також про відмінності ступеня виразності різних форм агресивності й ворожості серед них. Подібну обставину необхідно враховувати при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів серед даного контингенту осіб.

С.Г. Пырков, Е.М. Выговская

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СКЛОННОСТИ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКОВ С СОЦИАЛИЗИРОВАННЫМ И НЕСОЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ТИПОМ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Были исследованы подростки с социализированным и несциализированным типом расстройства поведения. Обнаружены разные механизмы формирования делинквентного поведения в исследуемых группах, а также отличие степени выраженности разных форм агрессивности и враждебности среди них. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 48-53).

S.G. Pyrkov, E.M. Vygovskaya

COMPARATIVE ANALYSIS OF PROPENSITY TO THE DEVIATING CONDUCT OF TEENAGERS WITH THE SOCIALIZED AND UNSOCIALIZED TYPE CONDUCT DISORDER

Donetsk State Medical University

Teenagers with the socialized and unsocialized type of disorder of conduct were explored. Different machineries of forming of delinquency conduct in the explored groups are discovered, and also differences of degree of expressed of different forms of aggressiveness and hostility among them. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 48-53).

Література

1. Дозорець Л. Корекція агресивності у дітей // Психолог. – 2006. - №9. – С.53-58
2. Кондратенко Н. Особливості конфліктної поведінки підлітка // Психолог. – 2005. - № 48 – С. 16-22.
3. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «HAND – ТЕСТ» (руководство по использованию). – СПб: «Иматон», 1995. - 43с.
4. Маценко В. Девіантна поведінка особистості // Психолог. – 2003. - № 28 - С. 14 – 19.
5. Орел А.Н. Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП). Руководство Научно-производственный центр «Психодиагностика», Ярославль 1999. - 25с.
6. Райгородский Д.Я. (ред. сост.). Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «Барах – М., 2003. – 672с.
7. Собкова С., Романовська Д. Порушення поведінки як наслідок неправильного виховання // Психолог. – 2006. - №8. - С.19 – 23.
8. Юрьева Л.Н., Чудакова Л.Б., Ефимов О.Е., Цилюрик Г.И. Динамика расстройств поведения у детей й подростков // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні. Вип.ІІ. Матер. республік, конфер. дитяч. психіатр. Харків, 1999. - С.228-231.

Поступила в редакцію 19.09.2006

УДК: 616.895.8-055.2

*Е.М. Денисов***СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: социальное функционирование, параноидная шизофрения, первый психотический эпизод, медико – социальная реабилитация

В последнее время во всем мире отмечается неуклонный рост интереса к вопросу социального функционирования (СФ) хронически психически больных, у которых отмечаются серьезные затруднения в сфере жизнедеятельности, в результате чего они не могут вести полноценную в социальном смысле жизнь [1,6].

Понятие СФ используется с начала 80-х годов [7] и при этом отражает степень ограничения или снижения уровня жизни психически больного по следующим критериям: утрата или уменьшение способности к трудовой деятельности, контролю за своим поведением, общению, ориентации, перемещению и самообслуживанию [4].

Некоторые исследователи считают, что характерными для больных шизофренией являются разнообразные нарушения сфер СФ: самообслуживание и уход за собой, способность самостоятельно двигаться, следить за своим внешним видом, заботиться о нормальном питании, выполнять профессиональные обязанности и домашнюю работу, функционирование в семейном кругу, межличностных контактах, родительских отношениях, в проведении занятий в свободное время, финансовой деятельности и юридических вопросах. [5,8,9].

По мнению зарубежных авторов, у большинства больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ), закономерно появляются социальные проблемы. При этом формируется поведение с ограничением социальных контактов,

система защитных действий, направленных на сокрытие от окружающих факта заболевания. Эти проблемы нередко усугубляются гиперопекой со стороны близких, проявлением различных ограничений, повышенным вниманием к личности, приему лекарственных препаратов, в результате чего у больных формируется реакция избегания с родственниками и близкими [5,6,10].

Результаты исследования СФ пациентов с параноидной шизофренией (ПШ) в семье свидетельствуют о том, что семейная среда, с которой больной связан не только в преморбидном, но в большинстве случаев в морбидном периоде, влияет, как на манифестацию заболевания и рецидивирование, так и на социальное восстановление [3,8].

Одновременно высказываются суждения, что уровень СФ зависит не только от биологических факторов (пол, возраст в период обследования и в момент начала болезни, соматоневрологические расстройства, восприимчивость к терапии), индивидуально-психологических и динамических характеристик, но и от клинико – психопатологических симптомов, включающих в себя галлюцинаторно – бредовые, негативные и психопатоподобные симптомы [9,10].

В то же время, в отечественной психиатрии отсутствуют работы, посвященные оценке СФ у больных с различным типом течения ПШ.

Целью данного исследования явилось изучение уровня СФ больных ПШ, в зависимости от типа течения заболевания.

Материал и методы исследования

В исследование включены 92 больных ПШ (63,1% женщин и 36,9% мужчин). В зависимости от типа течения заболевания пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 30 больных (83,3% женщин и 16,7% мужчин) с эпизодическим течением и нарастающим де-

фектом. Средний возраст составил $32,4 \pm 1,14$ лет. Средний возраст начала заболевания - $22,9 \pm 0,84$ лет. Средняя продолжительность болезни - $5,73 \pm 0,47$ лет. Инвалидность имели 24 пациента (80%), из них III группа - у 13 чел. (54,1%), II группа - 11 чел. (45,9%). У 6 больных (20%)

группа инвалидности вообще отсутствовала.

Клиническая картина у 11 чел. (36,7%) была представлена аффективно – бредовыми расстройствами, у 9 чел. (30%) – острым галлюцинаторно – параноидным синдромом, у 5 чел. (16,7%) – бредовым вариантом параноидного синдрома, у 3 чел. (10%) – синдромом психического автоматизма Кандинского – Клерамбо, у 2 чел. (6,6%) – апатико – абулическими нарушениями умеренной степени тяжести.

Во вторую группу были включены 35 пациентов (71,4% мужчин и 28,6% женщин) с непрерывным течением. Средний возраст равнялся $32,4 \pm 1,14$ лет. Средний возраст начала заболевания - $24,9 \pm 0,81$ лет. Средняя продолжительность болезни – $9,54 \pm 0,93$ лет. Инвалидность была зарегистрирована у 34 больных (97,1%), из них 32 чел. (94,1%) имели II группу, 2 чел. (5,9%) - III группу. У одного пациента (2,9%) инвалидность отсутствовала. Клиническая картина у 12 чел. (34,3%) характеризовалась бредовым вариантом параноидного синдрома, у 8 чел. (22,8%) – апатико – абулическими нарушениями, (6 чел. (75%) – умеренной тяжести, 3 чел. (25%) – тяжелой степени тяжести), у 5 чел. (14,3%) – галлюцинаторным вариантом параноидного синдрома, у 4 чел. (11,4%) – парафренным синдромом, у 3 чел. (8,6%) – паранойальным синдромом, у 2 чел. (5,7%) – аффективно – бредовыми симптомами, у 1 чел. (2,9%) – синдромом психического автоматизма Кандинского – Клерамбо.

Контрольная группа состояла из 27 больных шизофренией (83,3% женщин и 16,7% мужчин) с периодом наблюдения менее года. Средний возраст пациентов соответствовал

среднему возрасту начала заболевания, что равнялось $24,9 \pm 0,81$ лет. Средняя продолжительность психического расстройства - $6,1 \pm 1,2$ месяцам. У 100% больных отсутствовала группа инвалидности. Клиническая картина у 12 чел. (44,4%) была представлена острым галлюцинаторно – параноидным синдромом с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (66,7%), у 7 чел. (25,9%) – синдромом психического автоматизма Кандинского – Клерамбо, у 5 чел. (18,5%) – аффективно – бредовыми расстройствами, у 3 чел. (11,2%) – бредовым вариантом параноидного синдрома. Период наблюдения менее одного года по МКБ – 10 (F20.09) определялся у больных с ППЭ.

Оценку СФ проводили 92 родственника больных на момент поступления их в психиатрический стационар, при помощи шкалы СФ, разработанной в отделении внебольничной психиатрии института им. В.М.Бехтерева в Санкт-Петербурге [2]. Количественная сторона ее характеризовала уровень успешности функционирования в десяти социальных сферах: внешний вид, физическая, дневная активность, производственная (учебно – трудовая активность), межличностные отношения, родительская семья, родственные отношения, организация быта в повседневной жизни, проведение досуга, сексуальные отношения (в том числе и в семье). Уровень СФ в каждой сфере оценивался: 0 – 1 балла (высокий), 1 - 2 балла (хороший), 2 – 3 балла (сниженный), 3 - 4 балла (низкий).

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета «STADIA 5,0». Для оценки независимых совокупностей применяли параметрические тесты: χ^2 - критерий Стьюдента и z - критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение

Анализ уровня СФ по десяти сферам жизнедеятельности у больных с различным течением ПШ позволил установить следующие закономерности (Табл. 1).

Среди представленных данных у больных с эпизодическим течением и нарастающим дефектом достоверно чаще был сниженный уровень СФ, который обнаруживался в 7 социальных сферах: «внешний вид» (46,7%, $p < 0,01$), «физическая» (56,6%, $p < 0,05$), «двигательная активность» (43,3%, $p < 0,01$), «производственная» (50%, $p < 0,05$), «родственные отношения» (50%, $p < 0,05$), «организация быта в повседневной жизни» (50%, $p < 0,05$), «проведение досуга» (53,3%, $p < 0,05$).

Обратная тенденция была в группе больных с непрерывным течением, где в 8 сферах достоверно чаще регистрировался низкий уровень СФ: «физическая» (48,6%, $p < 0,01$), «производственная» (77,1%, $p < 0,001$), межличностные отношения (82,9%, $p < 0,001$), родительская семья (85,9%, $p < 0,001$), родственные отношения (80%, $p < 0,001$), организация быта в повседневной жизни (71,4%, $p < 0,05$), проведение досуга (74,3%, $p < 0,001$), сексуальные отношения (85,7%, $p < 0,001$).

Таблица 1

Уровень социального функционирования у больных параноидной шизофренией с различным течением

Социальные сферы	Уровень СФ	Эпизодическое течение с нарастающим дефектом		Непрерывное течение		Период наблюдения менее года	
		n=30		n=35		n=27	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Внешний вид (способность следить за собой)	низкий	3	10,0	3	8,6	-	-
	сниженный	14	46,7*	27	77,1*	4	14,8
	хороший	12	40,0	5	14,3	20	74,0*
	высокий	1	3,3	-	-	3	11,2
Физическая	низкий	5	16,7	17	48,6*	-	-
	сниженный	17	56,6*	15	42,8	3	11,2
	хороший	7	23,4	3	8,6	22	81,4*
	высокий	1	3,3	-	-	2	7,4
Двигательная активность	низкий	3	10,0	4	11,4	-	-
	сниженный	13	43,3*	19	54,3*	3	11,2
	хороший	12	40,0	9	25,7	20	74,1*
	высокий	2	6,7	3	8,6	4	14,7
Производственная	низкий	12	40,0	27	77,1*	3	11,2
	сниженный	15	50,0*	5	14,2	15	55,5*
	хороший	3	10,0	2	5,7	9	33,3
	высокий	-	-	-	-	-	-
Межличностные отношения	низкий	20	66,6*	29	82,9*	3	11,2
	сниженный	7	23,4	5	14,2	15	55,5*
	хороший	3	10,0	1	2,9	10	33,3
	высокий	-	-	-	-	-	-
Родительская семья	низкий	19	63,3*	30	85,7*	2	7,4
	сниженный	8	26,7	4	11,4	14	51,8*
	хороший	3	10,0	1	2,9	11	40,8
	высокий	-	-	-	-	-	-
Родственные отношения	низкий	12	40,0	25	80,0*	-	-
	сниженный	15	50,0*	5	14,3	8	29,7
	хороший	3	10,0	2	5,7	17	62,9*
	высокий	-	-	-	-	2	7,4
Организация быта в повседневной жизни	низкий	5	16,7	25	71,4*	-	-
	сниженный	15	50,0*	7	20,0	3	11,2
	хороший	8	26,6	3	8,6	19	70,3*

Наиболее высокая оценка СФ была получена в группе пациентов с периодом наблюдения менее года, у которых в 6 сферах достоверно чаще наблюдался хороший уровень: «внешний вид» (74%, $p < 0,001$), «физическая» (81,4%, $p < 0,001$), «двигательная активность» (79,1%, $p < 0,001$), «родственные отношения» (62,9%, $p < 0,05$), «орга-

низация быта в повседневной жизни» (70,3%, $p < 0,001$), «проведение досуга» (74,1%, $p < 0,001$).

Оценивая средние значения уровня СФ больных ПШ с различным течением по каждой сфере, было обнаружено, что самые низкие результаты были у пациентов с непрерывным течением (табл. 2).

Таблица 2

Средняя оценка социального функционирования у больных параноидной шизофренией с непрерывным течением

Социальная сфера	Непрерывное течение
Способность следить за собой (внешний вид)	2,90±0,05
Физическая	3,01±0,04
Двигательная активность	2,71±0,01
Учебно-трудовая (производственная)	3,47±0,02
Межличностные отношения	3,60±0,05
Родительская семья	3,68±0,03
Родственные отношения	3,64±0,05
Организация быта в повседневной жизни	3,20±0,07
Проведение досуга	3,25±0,05
Сексуальные отношения	3,82±0,03

Сфера «внешний вид» отражала интерес, который проявляли больные к своей чистоте, причёске, одежде, макияжу. Средняя оценка соответствовала снижению уровню СФ. При этом пациенты уделяли меньший интерес к своей внешности, одежде, были неаккуратны и неряшливы, с неухоженной причёской, отсутствием макияжа. Некоторые лица (10%) с выраженной апатико-абулической симптоматикой выделялись странным внешним видом, могли ходить в ветхой, грязной или порванной верхней одежде, не обращая внимания на насмешки окружающих, отсутствовали правила личной гигиены: редко чистили зубы, причёсывали волосы, принимали душ.

Средняя оценка физического функционирования свидетельствовала о низком уровне СФ. Больные имели значительные проблемы в выполнении домашней работы (ведение домашнего хозяйства, уборка квартиры и т.д.), плохо переносили длительную физическую нагрузку, быстро утомлялись, не заканчивали свою работу. Одинокие, лишённые опеки близких, старались максимально упростить свой быт, месяцами не убирали квартиру, нерегулярно готовили еду, предпочитая готовые продукты, мотивируя это тем, что очень устают, «ни на

что нет сил». Сниженный уровень двигательной активности и работоспособности был обусловлен негативными и депрессивными симптомами.

Значительные проблемы в профессионально-трудовой деятельности у пациентов носили преимущественно качественный характер. При этом только 10 чел. (20%) были заняты не квалифицированными видами труда со снижением объёма и продуктивности выполняемой работы. 40 чел. (80%) вообще не состояли в учебно-трудовой деятельности. Утрата способности к профессиональной деятельности у них сопровождалась безразличным отношением к работе и распадом трудовых установок. Средняя оценка свидетельствовала о низком уровне СФ.

Сфера «межличностные отношения» оценивала способность к гармоничным отношениям со знакомыми, друзьями и близкими. Полученные результаты показывали низкий уровень СФ, что сопровождалось резким ограничением и избеганием межличностных взаимоотношений. Вместе с тем, круг знакомых был достаточно беден, с которыми больные общались не по своей инициативе без эмоциональной привязанности, и ограничивался лишь ближайшим окружением или родственниками.

Сфера «родительская семья» отражала про-

дуктивность участия в жизни семьи и уважения семейной роли. Средняя оценка у пациентов свидетельствовала о низком уровне СФ. Семейное функционирование было обусловлено деструкцией родительских отношений и распадом супружеских связей. В тоже время у большинства больных (62%), проживающих совместно с родителями или родственниками, семейные взаимоотношения отличались конфликтными и оппозиционными отношениями к родственникам, либо пассивностью и симбиотической зависимостью от них (28,6%). Возможность функционирования в родительской сфере на сниженном уровне (11,4%) была только в индивидуально созданных условиях, при наличии понимания со стороны членов семьи.

Низкий уровень СФ в сфере «родственные отношения» проявлялся снижением или отсутствием эмоциональной привязанности. Взаимоотношения с близкими носили формальный, утилитарный, а нередко и враждебный характер, с частой сменой и резкими колебаниями от хороших отношений до конфликтных (поэтому больные пытались имитировать самостоятельное ведение хозяйства и полную материальную независимость). В большинстве случаев (55%) у пациентов были очень плохие, дисгармоничные взаимоотношения с полным игнорированием родственников и близких.

Сфера «организация быта в повседневной жизни» оценивала самостоятельное ведение домашнего хозяйства. Средняя оценка свидетельствовала о низком уровне СФ. В большинстве случаев (65%) больные формально выполняли мелкие поручения, со стороны родственников, при фактическом существовании в бытовом отношении за счет

других членов семьи. В то же время они редко вносили свой вклад в материальную обеспеченность семьи (за исключением пособия по инвалидности) и не старались этого делать. При совместном проживании больные были экономически зависимы от членов семьи, в домашней работе создавали хаотичность, были непоследовательны и не организованы. Около 25% респондентов ограничивались лишь элементарными навыками самообслуживания и полностью зависели от близких, проживающих совместно.

Сфера «проведение досуга» оценивала характер свободного времени и досуга: просмотр телепередач, чтение книг, занятие спортом, вышивание или вязание, различные игры, артистическая и культурная деятельность. Среднее значение сферы соответствовало низкому уровню СФ. При этом досуг больных характеризовался крайней бедностью. Большинство пациентов (75%) выявляли отсутствие интереса иметь различные увлечения и хобби. Они нередко демонстрировали адаптацию по типу «улитки» с попытками максимального ухода от действительности. У некоторых лиц (10%) сохранялись увлечения, свойственные им до заболевания, но на момент обследования это хобби сохраняло только внешнюю форму (фантомы).

Оценка сексуальных взаимоотношений показывала значительные проблемы в половых отношениях, полное отсутствие сексуальной жизни.

Средние результаты СФ у пациентов ПШ с эпизодическим течением и нарастающим дефектом в семи пунктах шкалы соответствовали снижению уровню и находились в диапазоне 2 – 3 баллов (табл. 3).

Таблица 3

Средняя оценка социального функционирования у больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением и нарастающим дефектом

Социальная сфера	Эпизодическое течение с нарастающим дефектом
Способность следить за собой (внешний вид)	2,11±0,01
Физическая	2,34±0,09
Двигательная активность	2,05±0,01
Учебно-трудовая (производственная)	2,75±0,02
Межличностные отношения	3,14±0,05
Родительская семья	3,10±0,03
Родственные отношения	2,95±0,05
Организация быта в повседневной жизни	2,31±0,07
Проведение досуга	2,30±0,05
Сексуальные отношения	3,30±0,03

В одинаковом количестве случаев (40%) пациенты следили за собой и внешним видом, адекватно относились к своей причёске, одежде, макияжу. Уровень физического функционирования характеризовался незначительным снижением работоспособности и двигательной активности, ограничением выполнения тяжелой работы. Вместе с тем, больные могли вести домашнее хозяйство на должном уровне, принимали участие в уборке квартиры, самостоятельно совершали покупки в магазине, приготавливали пищу.

В учебно – трудовой сфере у больных регистрировалось умеренное снижение способности к трудовой деятельности, часто несоответствующее уровню клинических проявлений. 30 работающих пациентов (75%) продолжали свою трудовую деятельность не по своей основной специальности, а получали рабочие места со снижением квалификации. В ряде наблюдений (15%), рабочие места специально находили для больных их родственники, в учреждениях или на производстве, где работают сами, для того чтобы оказывать патронаж и поддержку. В то же время, пациенты предпочитали привычную работу, не требующую большого эмоционального напряжения, не связанную с ответственностью, не стремились к продвижению по службе, соглашались годами заниматься малоинтересным трудом, отказывались от более высоких должностей. Изменение условий труда, ужесточение производственной дисциплины, лишение больных возможности самостоятельно планировать работу, в зависимости от своего состояния, часто становились причинами потери работы.

В сфере «межличностные отношения» у больных прослеживались две тенденции. Первая - проявлялась сужением объема контактов и отсутствием доверительных отношений. Вторая - характеризовалась искривлением и выборочной позицией межличностных отношений, болезненной оппозицией к определенным лицам. Наличие психопатологической симптоматики, ригидность установок и односторонне ориентированные формы поведения приносили ущерб функционированию больного, являлись причинами разнообразных конфликтов, как в производственных ситуациях, так и с близким окружением.

Поскольку у пациентов сохранялась бредовая настроенность в отношении окружающих, изменения в их состоянии (периодическое появление злобности, недоверчивости, подозрительности) могли существенно ухудшаться меж-

личностные взаимоотношения с трудовым коллективом, если сотрудники не проявляли должного понимания. В то же время, круг знакомых был незначительным, отношения с ними носили формальный и поверхностный характер. Средняя оценка сферы соответствовала низкому уровню.

В сфере «родительская семья» средняя оценка свидетельствовала о низком уровне СФ. При этом было характерно недостаточное, ограниченное, краевое участие в жизни семьи при формальном выполнении сыновних (дочерних) обязанностей. В то же время наблюдалась диссоциация семейных отношений, проявляющаяся в болезненной оппозиции к кому-либо из членов семьи, либо холодном, безразличном отношении к мужу (жене), недостаточном внимании к родителям, снижении интереса к воспитанию детей.

Родственные взаимоотношения у больных характеризовались периодическим возникновением конфликтов, без должной эмоциональной привязанности.

При организации быта в повседневной жизни пациенты не могли полностью справляться со своими обязанностями, перекладывали их на других членов семьи. В ряде случаев (10%) происходила смена социальных ролей: больные мужчины выполняли в семье «женскую» работу (сидели с детьми, убрали квартиру, готовили еду, закупали продукты), но не распоряжались домашним бюджетом, не принимали самостоятельных решений, согласовывали все свои действия с главой семьи – женой. При самостоятельном проживании они избирательно выполняли часть домашней работы, зачастую с плохим качеством, но умели планировать семейный бюджет.

Досуг у больных характеризовался достаточной бедностью и однообразием проведения свободного времени без какой-либо отчетливой тенденции к его изменению. В большинстве случаев (65%) преобладал пассивный просмотр телепередач, без систематического характера чтение художественной литературы, газет. Посещение мест отдыха вне дома (парк, кинотеатр, концерт, выставка) отмечалось у небольшого (35%) числа больных и характеризовалось редкостью и случайностью. Не часто (15%) у пациентов возникало желание заниматься спортом и другими артистическими и культурными мероприятиями.

Самая низкая оценка была зафиксирована в сексуальном функционировании, где у пациентов были проблемы, связанные с ограничением

половых контактов, снижением либидо, нарушением генитальной реакции, оргазмической дисфункцией.

Наиболее высокие результаты СФ были за-

регистрированы у больных ПШ с периодом наблюдения менее года, у которых в 6 социальных сферах был хороший уровень, находящийся в пределах 1-2 баллов (табл. 4).

Таблица 4

Средняя оценка социального функционирования у больных параноидной шизофренией с периодом наблюдения менее года

Социальная сфера	Период наблюдения менее года
Способность следить за собой (внешний вид)	1,82±0,02
Физическая	1,75±0,05
Двигательная активность	1,80±0,02
Учебно-трудовая (производственная)	2,06±0,08
Межличностных отношений	2,05±0,06
Родительской семьи	2,04±0,01
Родственных отношений	1,98±0,09
Организация быта в повседневной жизни	1,95±0,06
Проведение досуга	1,91±0,01
Сексуальные отношения	2,21±0,04

Средняя оценка производственной сферы, межличностных отношений, родительской семьи и сексуальных отношений свидетельствовала о сниженном уровне СФ.

На данный момент все больные были заняты учебно-трудовой деятельностью, из них 10 чел. (33,3%) продолжали обучаться. Вместе с тем, трудоспособные лица (56,7%) работали в условиях обычного производства с преходящим ограничением трудоспособности, что приводило к необходимости временного уменьшения трудовой активности, вплоть до периода временной нетрудоспособности из-за возникновения психического расстройства.

Межличностные взаимоотношения характеризовались достаточной гармоничностью и продуктивностью. При этом в половине случаев (55%) пациенты имели нескольких друзей, с которыми поддерживали неформальные отношения, характеризующиеся поверхностью (но без хаотичности) контактов. Больные, состоящие в браке, принимали продуктивное участие в жизни семьи при постоянном вкладе в достижение семейных целей или при формальном отношении к выполнению своих обязанностей (забота, материальная поддержка и помощь в быту). В родственных отношениях в большинстве случаев (80%) у больных были гармоничные взаимо-

отношения между близкими с пониманием и уважением друг друга с редкими конфликтами и разногласиями.

Сексуальное функционирование характеризовалось непостоянными или случайными сексуальными контактами при наличии не выраженных половых проблем.

Таким образом, проведенное исследование показывает достоверную зависимость нарушения СФ от типа течения ПШ. Наихудшее СФ встречается у больных с непрерывным течением, у которых в 8 социальных сферах (80%) регистрируется низкое функционирование. Главным образом страдает сексуальная, родительская, родственная, межличностная, производственная, физическая сферы, а также проведение досуга и организация быта в повседневной жизни.

Вместе с тем, при ППЭ не возникает значительного нарушения СФ. Так в 6 сферах жизнедеятельности (60%) у данных больных отмечается хороший уровень СФ. В свою очередь на начальном этапе заболевания происходит снижение производственного, межличностного, родительского и сексуального функционирования.

При ПШ с эпизодическим течением и нарастающим дефектом происходит постепенное

ухудшение СФ. Так в 7 сферах (70%) (внешний вид, физическая сфера, двигательная активность, производственная, родственная сферы, организация быта и проведение досуга) у больных наблюдается сниженный уровень СФ.

Приведенные данные могут служить основой

для предупреждения развития ухудшения СФ, начиная с ППЭ, а также позволяют создать базу для проведения медико - социальной реабилитации в условиях психиатрического стационара, что в конечном итоге, приведет к повышению СФ пациентов в быту.

Є.М. Денисов

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМ ТИПОМ ПЕРЕБІГУ

Донецкий державний медичний університет ім М. Горького

Нами було досліджено соціальне функціонування (СФ) 92 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з різним типом перебігу, за допомогою шкали СФ у різноманітних сферах. Була показана динаміка порушення СФ у залежності від перебігу ПШ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 54-61).

E.M. Denisov

SOCIAL FUNCTIONING OF THE PATIENTS ON PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT TYPE OF THE COURSE

Donetsk State Medical University

Were was used social functioning (SF) of the 92 patients on paranoid schizophrenia (PS) with different type of the course, with used scale SF by names Zaitsev V.V. in differential sphere. Was showed of the disturbance SF with different type of the course PS. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 54-61).

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом). Методические рекомендации. — М., 2003. — 23 с.
2. Зайцев В.В. Влияние семейных параметров на социальную адаптацию больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед.наук. — С-Пб, 1999, С.52.
3. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия.- 2001.-№1.- С. 22-27.
4. Пхиденко С.В. Классификация уровней социального функционирования у больных параноидной шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия.- 1999.-№5.- С. 44-47.
5. Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Et al. The influence of ethnicity and family structure on relapses in first episode of schizophrenia // Br. J. Psychiat. — 1992. — Vol. 161. — P. 783–790.

6. Barrowclough, C. & Tarrier, N. (1990) Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25, 125 -129.
7. Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., et al (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry, 33, 766 -771.
8. Janca A., Kastrup M., Katschnig H., Lopez Ibor J.J., Mezzich J.E. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.-1996.-Vol.31.- P349-
9. G. Haddock and S. Lewis Psychological Interventions in Early Psychosis Schizophr Bull, July 1, 2005; 31(3): 697 - 704.
10. M. E Lenior, P. M. Dingemans, A. H Schene, and D. H Linszen Predictors of the Early 5-Year Course of Schizophrenia: A Path Analysis Schizophr Bull, July 1, 2005; 31(3): 781 - 791.

Поступила в редакцию 16.06.2006

УДК616.89-008.441.1-039.31

*С. П. Колядко***РОЛЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В СТРУКТУРЕ АГОРАФОБИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: агорафобия, пароксизмальные состояния

На современном этапе развития психиатрии значительное внимание уделяется пароксизмальным состояниям (ПС) в структуре невротических расстройств [1]. Эта проблема до конца остается не решенной, так как ПС могут возникать при разных типах невротических расстройств, влиять на их клиническую картину. В условиях патоморфоза невротические расстройства характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и в их структуре ПС нередко являются доминирующими.

Агорафобии – одна из проблем пограничной психиатрии. Для больных с агорафобиями характерным является страх, который касается не только открытых пространств, но и близких к ним ситуаций. Преобладающими при этом являются аффективные нарушения, включающие тревогу, беспокойство, расстройства настроения, раздражительность, неуравновешенность. Эта симптоматика может носить как перманентный, так и приступообразный характер в виде ПС, которые возникают внезапно, сопровождаются усилением остроты переживаний, обострением психопатологической симптоматики. Эти приступы усиливают переживание больного, влияют на его социальное функционирование.

Согласно МКБ – X, агорафобии подразделяются на агорафобии с паническими расстройствами (F 40.00) и без панических расстройств (F 40.01). Агорафобии с паническими расстройствами характеризуются тем, что в период при-

ступообразного ухудшения состояния возникают, прежде всего, психические расстройства, отмечается высокий уровень аффекта и его самостоятельный характер по отношению к сомато-вегетативным нарушениям. Вегетативные нарушения при данной патологии имеют вторичный характер и в основном носят сенестопатическую окраску [2, 3].

Особую роль в формировании пароксизмальных состояний в структуре агорафобии играют личностные особенности и феномен индивидуальной значимости человека, которые очерчивают уровень реакции на внешнее неблагополучие [4]. У больных с паническими расстройствами в структуре агорафобии возникает стрессодоступность, легкость формирования внутренних конфликтов, готовность к психовегетативным пароксизмальным реакциям, которые внезапно возникают, сопровождаются колебанием артериального давления, головокружением, эмоциональными и двигательными нарушениями, несмотря на нормальный неврологический статус в межприступном периоде [5 - 7]. Вышеизложенное свидетельствует об актуальности изучения данной патологии, так как это связано с широким диапазоном проявлений ПС, их клиническим полиморфизмом, общим патоморфозом психических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение роли ПС и в структуре клинко-психопатологических особенностей агорафобии.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились 70 больных агорафобией, среди них 35 больных, в клинической картине которых наблюдались ПС (основная группа) и 35 больных без ПС (контрольная группа). Больные проходили лечение в клинике неврозов и пограничных состояний Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины.

Обследование носило комплексный характер

и включало:

- а) клинко-психопатологический метод с анализом жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни, оценки сомато-неврологического и психического статуса;
- б) использование разработанной нами карты - опросника психопатологических симптомов при пароксизмальных состояниях в клинике невротических расстройств [8];

в) психологический метод с использованием: 1) теста фрустрационной толерантности Розенцвейга, предназначенного для исследования реакций на неудачу и средств выхода из ситуаций, которые препятствуют деятельности или удовлетворению потребностей личности; 2) опросника К. Томаса, направленного на определе-

ние стиля поведения в конфликтной ситуации, изучение личностной склонности к конфликтному поведению; 3) теста «Незаконченные предложения», предназначенного для исследования направленности личности, системы его отношений и степени конфликтности в различных сферах этих отношений [9].

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе клинико-психопатологического обследования больных изучаемых групп, нами были получены следующие данные. Среди обследованных больных агорафобией количество женщин и мужчин практически не отличалось. В основной группе было 17 (48,57 %) женщин и 18 (51,43 %) мужчин; в контрольной – 20 (57,14 %) женщин и 15 (42,86 %) мужчин. Возраст больных был в основном от 19 до 35 лет. Длительность болезни в основной группе до 1 года наблюдалась у 23 больных (65,71 %), до 2-х лет - у 12 больных (34,28 %). В контрольной группе длительность болезни до 1 года отмечалась у 10 человек (28,57 %), до 2-х лет – у 25 человек (71,42 %). Необходимо отметить, что в основной группе давность заболевания преобладала в интервалах «до 1 года», а в контрольной - «до 2-х лет». Диагноз больным устанавливался на основании жалоб, анамнеза болезни и жизни, объективных данных, исходя из критериев МКБ – X. В процессе обследования больных изучались причины, которые могли привести к развитию заболевания. Среди них ведущими психотравмирующими факторами в основной группе были: «потеря близких» – 10 больных (28,57 %), «служебные конфликты» – 12 больных (34,28 %), «вегетативные кризы» – 17 больных (48,57 %), «угроза жизни» – 12 больных (34,28 %). В группе контроля чаще встречались факторы: «потеря близких» – 11 больных (31,42 %) и «служебные конфликты» – 15 больных (52,50 %). Примечательным был тот факт, что в контрольной группе у большинства больных имела место многогранность психотравмирующих факторов (2 - 3 фактора), а для основной группы характерным было наличие одного, иногда двух факторов, причем их острота и актуальность на момент осмотра были достаточно значимыми.

В клинической картине больных агорафобией в обеих группах имело место сочетание тревожной и фобической симптоматики в виде беспокойства (64,28 %), волнения (35,71 %), различных страхов (50,00 %), тревоги (55,71 %). Нарушения сна, кошмарные сновидения, потерю интереса к окружающему отмечали 55,71 % боль-

ных. Как правило эти больные были привязаны к дому: никогда не оставляли его или делали это только в сопровождении кого-либо. При этой патологии отмечались снижение концентрации внимания, различные вегетативные нарушения.

Согласно результатам анамнеза болезни установлено, что у больных основной группы (85,71 %) до возникновения невротического расстройства отмечались приступообразные реакции в виде тревоги (73,33 %), раздражительности (80,00 %), колебания настроения (83,33 %) в ситуациях, которые больные не всегда могли «держать под контролем», или имел место значимый для них психогенный раздражитель (46,66 %). Эти реакции носили кратковременный характер по типу «психологической разрядки», после которых больные успокаивались и не фиксировали внимание на пережитых чувствах. В развитии пароксизмальных реакций иницирующими были либо психоэмоциональный фактор, либо вегетативная дисфункция (вегетативные кризы).

В клинической картине основной группы больных агорафобией с паническими расстройствами имели место ПС, которые по продолжительности были кратковременные, но носили выраженный характер, сопровождались преимущественно нарушениями, касающимися психической сферы (тревога, страх, раздражительность, парестезии), а также влияли на поведение больного, дезорганизуя его деятельность. Как правило, такие состояния сопровождались вегетативной окраской разной степени выраженности, которая после психической симптоматики занимала второстепенное место в структуре пароксизма. В структуре выделенных типов ПС заострялись существующие или появлялись новые симптомы полиморфного характера, касающиеся различных психических функций. ПС возникали при упоминании о психотравмирующей ситуации или когда больной попадал в условия, где он оказывался «беспомощным». Это происходило на улице, дома, при поездке в транспорте, но в некоторых случаях ПС возникали самостоятельно, без наличия какого

- либо психогенного раздражителя.

В результате проведения факторного анализа в основной группе были выделены психопа-

тологические феномены, которые определяли структуру и клинические проявления различных типов ПС (табл. 1).

Таблица 1

Основные типы пароксизмальных состояний при агорафобии

Основной фактор	Группа факторов, с которыми коррелирует основной фактор	Коэффициент корреляции, r	Статистическая значимость, р.	Коэффициент корреляции по группе факторов, r	Абсолютное количество	Относительная величина, %
Фобический						
Страх	тревога	0,68	0,001	0,58	8	22,85 ± 7,20
	настроение	0,60	0,001			
	парестезии	0,64	0,001			
Тревожно-сенестопатический						
Тревога	парестезии	0,74	0,001	0,62	12	34,28 ± 8,14
Тревожно-аффективный						
Расстройства настроения	тревога	0,75	0,001	0,78	15	42,85 ± 8,48
	сознание	0,77	0,001			
	раздражительность	0,82	0,001			

Как видно из таблицы 1, согласно данным факторного анализа, по коэффициенту корреляции были выделены следующие типы ПС: тревожно-аффективный (0,81), тревожно-сенестопатический (0,80), фобический (0,78). При этом у одного и того же больного могли наблюдаться различные типы ПС. Тревожно-аффективный тип (42,85 %) характеризовался преобладанием тревожной симптоматики, которая сопровождалась раздражительностью (86,66 %), резкими колебаниями настроения (93,33 %). Эти состояния легко провоцировались не только внешними факторами, но и могли возникать при их отсутствии. Тревожно-сенестопатический тип ПС наблюдался у 34,28 % больных. При этом типе пароксизма ведущими были сенестопатические ощущения. Эти симптомы наблюдались на фоне тревоги (91,66 %), усиливая ее выраженность. Больные с этим типом пароксизмов требовали к себе повышенного внимания со стороны окружающих. Фобический тип ПС (22,85 %) характеризовался преобладанием различных страхов, которые были эмоционально окрашены и носили витальный характер. В структуре пароксизма наблюдалась тревожная симптоматика. Также они сопровождалась выраженной вегетативной окраской в виде ощущения нехватки воздуха (37,50 %), сердцебиения (87,50 %), ознобоподобной дрожью (62,50 %). В поведенческой сфере частыми были панические формы поведения (75,00 %).

В клинической картине агорафобии были выделены ведущие синдромы. Так, тревожно-фобический синдром наблюдался у 22,85 % больных основной группы и у 37,14 % контрольной. Для него характерной была выраженная раздражительность (80,95 %), колебания настроения (90,47 %). У больных основной группы с тревожно-фобическим синдромом в клинической картине, были ПС фобического и тревожно-аффективного типов, при этом ПС влияли на формирование данного синдромокомплекса в процессе развития невротической симптоматики. Тревожно-аффективный синдром отмечался у 31,42 % больных основной и у 42,85 % больных контрольной групп. Ему были присущи: сниженное настроение (80,76 %), безразличие к окружающему (42,30 %), отмечалась раздражительность (92,30 %), беспокойство (84,61 %), нарушение сна (73,07 %), тревога (96,15 %). В основной группе с данным синдромом отмечались тревожно-аффективный и фобический типы ПС. Тревожно-сенестопатический синдром наблюдался у 45,71 % больных основной и у 20,00 % больных контрольной групп. Для него характерной была выраженная раздражительность (65,21 %), различные сенестопатические ощущения: от парестезий до болей в теле (80,76 %), которые способствовали остроте тревоги и страха. Больные отмечали навязчивые мысли относительно здоровья или особенностей психотравмирующей ситуации. В основной группе

больных с этим ведущим синдромом преобладали ПС тревожно-сенестопатического и фобического характера, что способствовало формированию в клинической картине болезни ипохондрической симптоматики.

В результате проведения патопсихологического исследования были получены следующие результаты. Больные с агорафобией чаще всего использовали стратегию «избегания» при столкновении с конфликтной ситуацией, не желали вступать в открытый спор с другими людьми, отстаивая свои собственные интересы: 60,45 % - для основной группы, 69,91 % - для контрольной группы (опросник Томаса).

Для больных агорафобией с ПС в большей мере, чем для контрольной группы, характерными были реакции агрессии, направленные на защиту себя от ситуации и на обвинение окружающих в возникновении конфликтной ситуации ($p < 0,01$). В контрольной группе демонстрировалось избегание осуждения окружающих; а также сводилась к минимуму ответственность лица, вовлеченного во фрустрирующую ситуацию ($p < 0,025$). Больные контрольной группы склонны были ожидать, когда ситуация разрешится сама ($p < 0,05$), в то время, как больные основной группы были более активны и требовали помощи от окружающих ($p < 0,05$) (тест Розенцвейга).

Группа больных агорафобией с наличием в клинической картине ПС отличалась высоким уровнем разнообразных страхов и опасений, среди которых был наиболее выражен страх одиночества, страх собственной болезни, страх меж-

личностных отношений и др. ($p < 0,0001$); конфликтным отношением к себе ($p < 0,0025$) и тревогой за будущее ($p < 0,05$) (тест «Незаконченные предложения»).

Таким образом, у больных агорафобией с ПС в клинической картине были выделены их специфические типы, клиническая картина которых определялась симптомами, касающимися нарушений, прежде всего эмоционального и волевого круга. Необходимо отметить, что формирование ПС было достаточно быстрым (в течение года). Отмечалось влияние характера психотравмирующей ситуации на формирование различных типов ПС. Выделены взаимосвязи между типами ПС и ведущими синдромами в структуре агорафобии: при тревожно-фобическом синдроме чаще отмечались тревожно-фобический и тревожно-аффективный типы ПС, при аффективном синдроме преобладал тревожно-аффективный тип ПС, при тревожно-депрессивном синдроме преобладали тревожно-аффективный и тревожно-обсессивный типы ПС. Среди стратегий разрешения конфликтных ситуаций для больных агорафобией с ПС было характерно: - преобладание фиксации на самозащите; - разрешение фрустрирующих ситуаций осуществлялось путем активного требования помощи от окружающих. Среди факторов психической травматизации были выражены: - страх одиночества; - страх собственной болезни; - тревога за будущее; - конфликтное отношение к себе.

Эти данные целесообразно учитывать при диагностике и терапии агорафобии.

С. П. Колядко

РОЛЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ АГОРАФОБІИ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

В процесі комплексного дослідження хворих на агорафобію невротичного генезу були виділені основні типи пароксизмальних станів (ПС), які визначали особливості клінічної картини даного невротичного розладу. Вивчені патопсихологічні особливості хворих на агорафобію з пароксизмальними станами. Зроблений висновок про необхідність враховувати отримані результати при розробці терапевтичної тактики ведення даної категорії хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 62-66).

S. Kolyadko

ROLE OF THE PAROXYSMAL STATES IN THE STRUCTURE OF AGORAPHOBIA

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS Ukraine

In the process of complex research of patients with agoraphobia the bases types of the paroxysmal states PS were selected. PS were determined the features of clinical picture that neurotic disorder. The pathopsychological features of patients with agoraphobia with the PS are studied. A conclusion about a necessity to take into consideration at elaborate methods therapy that patients were made. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 62-66).

Литература

1. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах – Харьков: АРСИС, 2000. – 160 с.
2. Дюкова Г. М., Алиева Х. Г., Хаспекова Н. Б. Пароксизмальные состояния при неврозах// Ж. Невропатологии и психиатрии Т. 89, - В. 11. - 1989. - С. 12 – 17.
3. Буртянский Д. Л. Особенности патоморфоза невротических состояний, развивающихся в связи с вегетативно-сосудистыми дистониями //Сб. Неврология и психиатрия 1986. - Вып.15.- С. 122 – 126.
4. Вейн А. М. Панические атаки// Международный медицинский журнал. – 1997.- № 3. - С. 75 –79.
5. Дюкова Г. М., Алиева Х. Г., Хаспекова Н. Б. Пароксизмальные состояния при неврозах// Ж.Невропатологии и психиатрии 1989. - Т. 89. - В. 11. - С. 12 – 17.
6. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Попова О. П. Психотерапия в лечении вегетативных кризов (панических атак) и психофизиологические корреляты ее эффективности// Ж. Социальной и клинической психиатрии, 1993. - В. 4. - Т. 3. - С. 98 – 109
7. Колядко С. П. Деякі особливості пароксизмальних станів у клініці невротичних розладів// Нові технології в медицині. Матеріали підсумкової наукової конференції молодих учених ХМАПО. Х.-2002. – С.26
8. Марута Н. О., Колядко С. П. «Карта – опитувальник психічних симптомів при пароксизмальних станах в клініці невротичних розладів»/Авторське свідоцтво № 13945 від 22.08.05
9. Римская Р., Римский С./ Практическая психология в тестах. – М., 1997. – 393 с.

Поступила в редакцию 11.05.2006

УДК: 616.89

*Є.Г. Гриневич***МАРКЕРИ СПРИЙНЯТЛИВОСТІ-РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ГІРНИЧОРЯТУВАЛЬНИКІВ, ЩО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ ТЕХНОГЕННИХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ПОДІЙ**

Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: екстремальні події, гірничорятувальники, психічні та поведінкові розлади, діагностика

Техногенні надзвичайні ситуації, аварії та катастрофи – є одною із найактуальніших проблем нашого суспільства. За даними Міністерства надзвичайних ситуацій, протягом останніх восьми років від наслідків зазначених екстремальних подій в Україні постраждало більше ніж 11,5 тисяч осіб, з яких 1217 загинуло [1]. Найбільший внесок в цю сумну статистику робить вугільна промисловість [2].

Надзвичайні ситуації, аварії та катастрофи техногенного походження істотно впливають не тільки на тих хто безпосередньо постраждав від них, а і на тих хто брав участь у ліквідації їхніх

наслідків. Це, перш за все, стосується професійних рятувальників. Екстремальні умови праці несприятливо впливають не тільки на соматичне, а і на психічне здоров'я цієї категорії фахівців. Рання діагностика можливих психічних та поведінкових розладів у рятувальників і, зокрема, гірничорятувальників є необхідною передумовою ефективної психокорекції та лікування.

Ось чому метою цієї роботи було дослідження маркерів сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій техногенного походження.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій техногенного походження проведено на базі Донецької обласної клінічної лікарні професійних захворювань міста Донецька (ДОКЛПЗ), науково-дослідного інституту травматології і ортопедії «Медицина» Донецького державного медичного університету ім. М.Горького МОЗ України, Центрального Штабу державної військової гірничорятувальної служби Міністерства палива та енергетики України. Всього обстежено 154 гірничорятувальника (всі чоловіки), віком від 22 до 57 років (в середньому $37,95 \pm 0,60$ років) і робочим стажем від 0,2 до 38 років (в середньому $11,34 \pm 0,61$ років). Жоден із обстежених не мав обтяженої спадковості на психічні розлади і не перебував на диспансерному обліку за психічним захворюванням.

Комплексне дослідження здійснювалось з використанням: «Уніфікованої карти обстежен-

ня постраждалого внаслідок аварії чи катастрофи техногенного характеру», яка включала до себе соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, анамнестичний та експериментально-психологічний підрозділи. Зокрема, як складові зазначеної уніфікованої карти, були використані опитувальники реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник САН («Самопочуття-Активність-Настрій») та індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО). Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [3]. Визначення факторів ризику формування психічних поведінкових розладів оцінки, їхніх діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (J) здійснювалось за Є.В. Гублером [4].

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами клініко-психопатологічного дослідження (за діагностичними критеріями Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10)) всі гірничорятувальники були

розділені на дві групи. В першу групу порівняння (група хворих, $n=20$) увійшли особи з психічними та поведінковими розладами (14 осіб із розладами адаптації, 4 – із депресивним розладом,

1- із посттравматичним стресовим розладом і 1 – із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю). В другу групу порівняння увійшли особи без ознак психічних та поведінкових розладів (група здорових, n=134).

В процесі порівняння середніх значень ре-

зультатів комплексного багатопараметричного дослідження (табл. 1) статистично достовірна відмінність між групою хворих і групою здорових знайдена лише за показником особистісної тривоги ($39,40 \pm 1,70$ бали і $35,83 \pm 0,55$ бали, відповідно, при $p < 0,05$).

Таблиця 1

Середні значення показників, одержаних за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна, опитувальника САН та індивідуально-типологічного опитувальника в групах хворих та здорових гірничорятувальників

Показник	Середні значення, бали		Показник	Середні значення, бали	
	Хворі	Здорові		Хворі	Здорові
Опитувальник Спілбергера-Ханіна**			Індивідуально-типологічний опитувальник**** (продовження)		
Реактивна трив.	$25,55 \pm 1,42$	$23,75 \pm 0,63$	Конфліктність	$3,47 \pm 0,29$	$4,06 \pm 0,37$
Особистіс. трив.	$39,40 \pm 1,70$	$35,83 \pm 0,55^*$	Компромісність	$2,82 \pm 0,35$	$2,94 \pm 0,30$
Опитувальник САН***			Індивідуальність	$4,29 \pm 0,41$	$4,56 \pm 0,44$
Самопочуття	$5,70 \pm 0,22$	$5,83 \pm 0,09$	Комунікативність	$2,82 \pm 0,35$	$2,94 \pm 0,30$
Активність	$5,02 \pm 0,25$	$5,20 \pm 0,09$	Агресивність	$3,59 \pm 0,19$	$4,06 \pm 0,30$
Настрій	$5,61 \pm 0,21$	$5,70 \pm 0,09$	Сенситивність	$5,12 \pm 0,50$	$5,28 \pm 0,41$
Індивідуально-типологічний опитувальник****			Лідерство	$4,65 \pm 0,52$	$5,67 \pm 0,46$
Екстраверсія	$5,53 \pm 0,52$	$6,50 \pm 0,53$	Залежність	$5,41 \pm 0,51$	$4,00 \pm 0,55$
Інтроверсія	$5,53 \pm 0,52$	$3,94 \pm 0,60$	Спонтанність	$4,65 \pm 0,45$	$4,89 \pm 0,39$
Конформність	$5,24 \pm 0,33$	$5,67 \pm 0,40$	Тривожність	$5,12 \pm 0,50$	$5,28 \pm 0,41$
Неконформність	$3,65 \pm 0,39$	$4,17 \pm 0,31$	Агресивність	$0,35 \pm 0,12$	$0,50 \pm 0,12$
Лабільність	$5,47 \pm 0,36$	$5,56 \pm 0,34$	Брехня	$2,65 \pm 0,34$	$2,94 \pm 0,32$
Ригідність	$4,41 \pm 0,51$	$5,06 \pm 0,40$			

* - Різниця з групою хворих достовірна ($p < 0,05$; оцінено методом Уїлкоксона-Манна-Уїтні).
 ** - Дали згоду на обстеження лише 128 осіб з 134, при цьому результати одного дослідження виявились невалідними.
 *** - Дали згоду на обстеження лише 125 осіб з 134.
 **** - Дали згоду на обстеження лише 17 осіб з групи хворих і 18 осіб з групи здорових.

В процесі подальшого аналізу одержаних даних було встановлено, що розподіли багатьох з них мали вигляд істотно відмінний від нормального, перш за все, через їхню значну асиметрію. Внаслідок цього, у периферичних діапазонах вказаних розподілів, при порівнянні виникали статистично значущі відмінності між виділеними групами обстежених. Вибір границь між діапазонами і розмір самих діапазонів здійснювався таким чином, щоб зробити вказані різниці максимальними.

Так, не дивлячись на те, що в середніх вели-

чинах рівнів реактивної тривоги за Спілбергером-Ханіним між виділеними групами обстежених різниці не виявлено, зафіксовано статистично достовірну ($p < 0,05$) перевагу в частоті ознаки хворих над здоровими в діапазоні високих (більше 31 бала) значень цього показника (табл. 2). Ця достовірна відмінність може використовуватися як маркер сприйнятливості до психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій (ДК= 4,46 при $J=0,36$).

Таблиця 2

Реактивна та особистісна тривоги, оцінені за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна, як маркери сприйнятливості-резистентності до психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників

Показник	Діапазон ознаки *, бали	Кількість обстежених, осіб **		Частоти ознаки, частки одиниці		Співвідношення частот (P ₁ / P ₂)	ДК	J
		Хворі	Здорові	Хворі (P ₁)	Здорові (P ₂)			
Реактивна тривога	< 24	7	67	0,35	0,50	0,70	-1,55	0,12
	24-31	8	48	0,40	0,36	1,12	0,48	0,01
	> 31	5	12**	0,25	0,09	2,79	4,46	0,36
Особистісна тривога	< 33	1	35**	0,05	0,26	0,19	-7,18	0,76
	33-42	13	79	0,65	0,59	1,10	0,42	0,01
	> 42	6	14**	0,30	0,10	2,87	4,58	0,45

* - Дали згоду на обстеження лише 128 осіб з 134, при цьому результати одного дослідження виявились невалідними.
 ** - Різниця з групою хворих достовірна ($p < 0,05$; оцінено точним методом Фішера (ТМФ)).

Так само (табл. 2) маркером сприйнятливості до зазначених розладів є високий (більше 42 балів) рівень особистісної тривоги (ДК= 4,58 при J=0,45), а маркером резистентності, відповідно, її низький (менше 33 балів) рівень (ДК= -7,18 при J=0,76). Що стосується діапазонів значень 24-31 бал, для реактивної тривоги, і 33-42 бали для особистісної тривоги, то вони не мають диференціально-діагностичного значення.

Цілковим неінформативними, в світлі мети цього дослідження, виявились результати обстеження гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій за допомогою опитувальника САН. Навіть в діапазонах, що забезпечували максимальну відмінність виділених груп за частотою ознак, що вивчаються, ця відмінність не досягала рівня статистичної значущості (табл. 3).

Таблиця 3

Самопочуття, активність та настрої, оцінені за допомогою опитувальника САН, як маркери сприйнятливості-резистентності до психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників

Показник	Діапазон ознаки *, бали	Кількість обстежених осіб **		Частоти ознак, частки одиниці		Співвідношення частот (P ₁ / P ₂)	ДК	J
		Хворі	Здорові	Хворі (P ₁)	Здорові (P ₂)			
Самопочуття	< 6	13	60	0,65	0,45	1,45	1,62	0,16
	≥ 6	7	65	0,35	0,49	0,72	-1,42	0,10
Активність	< 4,6	6	34	0,30	0,27	1,10	0,43	0,01
	≥ 4,6	14	91	0,70	0,73	0,96	-0,17	0,00
Настрої	< 5	4	23	0,20	0,18	1,09	0,36	0,00
	≥ 5	16	102	0,80	0,82	0,98	-0,09	0,00

Примітки:
* - Дали згоду на обстеження лише 125 осіб з 134.
** - Різниця з групою хворих достовірна (p<0,05; оцінено точним методом Фішера (ТМФ)).

Не дивлячись на відносно малу кількість хворих, що дали згоду на обстеження за допомогою індивідуально-типологічного опитувальника (17 осіб з групи хворих і 18 осіб з групи здорових) результати цього дослідження виявились набагато інформативнішими, ніж результати одержані за допомогою за опитувальника САН (табл. 4). Достовірні відмінності поміж групами хворих і здорових знайдено в діапазонах таких ознак як: інтроверсія (менше 6 балів: ДК= -2,18 при J=0,34; дорівнює або більше 6 балів: ДК= 3,77 при J=0,58); конфліктність (менше 5 балів: ДК= 2,17 при J=0,35; дорівнює або більше 5 балів: ДК= -4,52 при J=0,73); агресивність (менше 5 балів: ДК= 2,01 при J=0,33; дорівнює або більше 5 балів: ДК= -5,77 при J=0,94) та залежність (менше 6 балів: ДК= 3,77 при J=0,58; дорівнює або більше 6 балів: ДК= -2,18 при J=0,34).

Проведене дослідження дозволило створити діагностичну таблицю для оцінки сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів (табл. 5).

Оцінка сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів за допомогою таблиці 5 здійснюється шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера) [4]. Суть процедури полягає у тому, що ДК притаманних особі ознак

додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності. Так, наприклад, достовірності на рівні p<0,05 відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів SДК>13, на рівні p<0,01 – SДК >20, а на рівні p<0,001 – SДК >30. В світлі цього стає зрозумілим, що жоден з встановлених маркерів не є самодостатнім для вірогідного визначення сприйнятливості-резистентності (у всіх факторів поданих у таблиці ДК <13), і тому вірогідний діагноз можливо встановити лише при їх сукупному використанні. Помітно, що найбільшу діагностичну силу має маркер «висока (> 42 балів) особистісна тривога за Спілбергером-Ханіним «(ДК =4,58). Наявність у особи, що обстежується, цього маркеру разом із, наприклад, маркерами: «висока (> 31 балів) реактивна тривога за Спілбергером-Ханіним « (ДК =4,46), «високий (> 6 балів) рівень інтроверсії за ІТО «(ДК =3,77) та «низький (< 5 балів) рівень конфліктності за ІТО» (ДК =2,17) забезпечує вірогідність прогнозу не гірше p<0,05, оскільки SДК такої сукупності маркерів перевищує 13 - граничне значення для цього рівня достовірності. Наявність же у гірничорятувальника, що зазнав впливу екстремальних подій всіх перелічених в таблиці 5 маркерів забезпечить достовірність наявності в нього якогось психічного або поведінкового розладу» на рівні p<0,01, оскільки у такого сполу-

чення маркерів СДК =20,76, що більше 20 - граничного для цього рівня достовірності значення.

Таблиця 4

Особистісні риси, оцінені за допомогою ІТО, як маркери сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій

Показник	Діапазон ознаки *, бали	Кількість обстежених, осіб **		Частоти ознаки, частки одиниці		Співвідношення частот (P ₁ / P ₂)	ДК	J
		Хворі	Здорові	Хворі (P ₁)	Здорові (P ₂)			
Екстраверсія	< 7	11	7	0,65	0,39	1,66	2,21	0,29
	≥ 7	6	11	0,35	0,61	0,58	-2,38	0,31
Інтроверсія	< 6	8	14 ***	0,47	0,78	0,61	-2,18	0,34
	≥ 6	9	4 ***	0,53	0,22	2,38	3,77	0,58
Конформність	< 6	9	10	0,53	0,56	0,95	-0,21	0,00
	≥ 6	8	8	0,47	0,44	1,06	0,25	0,00
Нонконформність	< 3	4	1	0,24	0,06	4,24	6,27	0,56
	≥ 3	13	17	0,76	0,94	0,81	-0,92	0,08
Лабільність	< 6	9	9	0,53	0,50	1,06	0,25	0,00
	≥ 6	8	9	0,47	0,50	0,94	-0,26	0,00
Ригідність	< 6	11	8	0,65	0,44	1,46	1,63	0,17
	≥ 6	6	10	0,35	0,56	0,64	-1,97	0,20
Конфліктність	< 5	14	9 ***	0,82	0,50	1,65	2,17	0,35
	≥ 5	3	9 ***	0,18	0,50	0,35	-4,52	0,73
Компромісність	< 3	7	9	0,41	0,50	0,82	-0,84	0,04
	≥ 3	10	9	0,59	0,50	1,18	0,71	0,03
Індивідуальність	< 7	16	14	0,94	0,78	1,21	0,83	0,07
	≥ 7	1	4	0,06	0,22	0,26	-5,77	0,47
Комунікативність	< 5	5	9	0,29	0,50	0,59	-2,30	0,24
	≥ 5	12	9	0,71	0,50	1,41	1,50	0,15
Агресивність	< 5	15	10 ***	0,88	0,56	1,59	2,01	0,33
	≥ 5	2	8 ***	0,12	0,44	0,26	-5,77	0,94
Сенситивність	< 6	7	11	0,41	0,61	0,67	-1,71	0,17
	≥ 6	10	7	0,59	0,39	1,51	1,80	0,18
Лідерство	< 8	15	13	0,88	0,72	1,22	0,87	0,07
	≥ 8	2	5	0,12	0,28	0,42	-3,73	0,30
Залежність	< 6	9	4 ***	0,53	0,22	2,38	3,77	0,58
	≥ 6	8	14 ***	0,47	0,78	0,61	-2,18	0,34
Спонтанність	< 5	8	8	0,47	0,44	1,06	0,25	0,00
	≥ 5	9	10	0,53	0,56	0,95	-0,21	0,00
Тривожність	< 6	10	6	0,59	0,33	1,76	2,47	0,31
	≥ 6	7	12	0,41	0,67	0,62	-2,09	0,27
Агравация	< 1	11	9	0,65	0,50	1,29	1,12	0,08
	≥ 1	6	9	0,35	0,50	0,71	-1,51	0,11
Брехня	< 4	12	8	0,71	0,44	1,59	2,01	0,26
	≥ 4	5	10	0,29	0,56	0,53	-2,76	0,36

Примітки:
* - Границю діапазонів обрано за критерієм максимуму відмінностей поміж групами.
** - Дали згоду на обстеження лише 17 осіб з групи хворих і 18 осіб з групи здорових.
*** - Різниця з групою хворих достовірна (p<0,05; оцінено точним методом Фішера (ТМФ)).

Діагностична таблиця маркерів сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій

Маркери сприйнятливості-резистентності (подані у порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів)	ДК	J
Маркери сприйнятливості		
Висока особистісна тривога за Спілбергером-Ханінім (> 42 балів)	4,58	0,45
Висока реактивна тривога за Спілбергером-Ханінім (> 31 балів)	4,46	0,36
Високий рівень інтроверсії за ІТО (≥ 6 балів)	3,77	0,58
Низький рівень залежності за ІТО (< 6 балів)	3,77	0,58
Низький рівень конфліктності за ІТО (< 5 балів)	2,17	0,35
Низький рівень агресивності за ІТО (< 5 балів)	2,01	0,33
Маркери резистентності		
Низька особистісна тривога за Спілбергером-Ханінім (< 33 балів)	-7,18	0,76
Високий рівень агресивності за ІТО (≥ 5 балів)	-5,77	0,94
Високий рівень конфліктності за ІТО (≥ 5 балів)	-4,52	0,73
Низький рівень інтроверсії за ІТО (< 6 балів)	-2,18	0,34
Високий рівень залежності за ІТО (≥ 6 балів)	-2,18	0,34

В процесі дослідження встановлено також п'ять маркерів резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнав впливу екстремальних подій. Їхня загальна SДК = -21,83, що забезпечує достовірність висновку про зазначену резистентність на рівні не гірше $p < 0,01$.

Висновки

1. Найвпливовішими маркерами сприйнятливості до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій є: висока реактивна й особистісна тривога (за опитувальником Спілбергера-Ханіна); високий рівень інтроверсії та низькі рівні залежності конфліктності й агресивності (за індивідуально-типологічним опитувальником).

2. Найвпливовішими маркерами резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій є: низька особистісна тривога (за опитувальником Спілбергера-Ханіна), високі рівні агресивності конфліктності й залежності, а також низький рівень інтроверсії (за індивідуально-типологічним опитувальником).

3. Оцінено діагностичні коефіцієнти та міри інформативності зазначених маркерів, що дозволяє, шляхом використання послідовної процедури Вальда, на їх основі оцінювати індивідуальний рівень сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, які зазнали впливу екстремальних подій.

Е.М. Гриневиц

МАРКЕРЫ ВОСПРИИМЧИВОСТИ-РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ГОРНОСПАСАТЕЛЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВЛИЯНИЮ ТЕХНОГЕННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

В результате комплексного исследования установлено, что маркерами восприимчивости к формированию психических и поведенческих расстройств у горноспасателей являются: высокая реактивная и личностная тревога; высокий уровень интроверсии и низкие уровни зависимости конфликтности и агрессивности, а маркерами соответствующей резистентности - низкая личностная тревога и интроверсия, а также высокие уровни агрессивности конфликтности и зависимости. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 67-72).

MARKERS OF SUSCEPTIBILITY-RESISTENCY TO FORMATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS IN MINE-RESCUERS WHICH UNDERGONE OF INFLUENCE OF MAN-CAUSED EXTREME SITUATIONS

Ukrainian Scientific and Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of Ministry of Public Health of Ukraine

It is established as a result of complex research, that markers of a susceptibility to formation of mental and behavioral disorders in mine-rescuers are: high reactive and personal anxiety; a high level of introversion and low levels of the dependence, the conflictness and aggression; and markers of corresponding resistency are: low personal anxiety and introversion, and also high levels of the aggression, the conflictness and dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 67-72).

Література

1. Національна доповідь про стан техногенної та природної небезпеки в Україні в 2004 році // К.: Чорнобильінтерінформ. – 2004. – 435 с.
2. Табачніков С.І., Гриневич Є.Г., 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 // Архів психіатрії. – 2002. – № 1 (28). – С. 5-8.

3. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel // Киев, «Моріон», 2000 - 320 с.

4. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. - М., Медицина, 1978. - 294 с.

Поступила в редакцию 6.09.2006

УДК 616.89+616.83]-08:615.832.9

*И. Е. Гончарова***ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЛИКВОРОСОДЕРЖАЩИХ ПРОСТРАНСТВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: психические расстройства, дисциркуляторная энцефалопатия, краниocereбральная гипотермия, компьютерная томография

В структуре цереброваскулярных заболеваний в последнее время все больший удельный вес приобретают хронические формы, в том числе дисциркуляторная энцефалопатия. Прогрессирующее течение которой способствует развитию выраженных нервно-психических нарушений и приводит к инвалидизации больных.

Диапазон психических расстройств при гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии весьма широк – от астенических состояний до слабоумия [1].

Предпосылкой эффективности краниocereбральной гипотермии при психических нарушениях при ДЭ послужил тот факт, что в отличие от неврологических нарушений возникновение психических расстройств больше связано с общемозговыми, чем с локальными механизмами [2].

Комплексное лечение ДЭ должно предусматривать улучшение мозгового и коронарного кровообращения, нормализацию функций вегетативной нервной системы, коррекцию нарушений метаболизма мозга и уменьшение гипоксии нервной системы [3].

Краниocereбральная гипотермия как метод лечения, относится к группе так называемых «активных» методов. При применении КЦГ происходит стимуляция регуляторных механизмов в зависимости от состояния температурного гомеостаза, а реакция организма в ответ на КЦГ носит универсальный адаптивный характер. Вместе с тем КЦГ при частичном выключении терморегуляции приводит к существенному изменению функционального статуса организма, в частности центральной нервной и сердечно-сосудистой систем [4].

Применение КЦГ приводит к снижению

внутричерепного давления с нормализацией гемо- и ликвородинамики головного мозга, что особенно актуально при лечении хронической дисциркуляторной энцефалопатии. КЦГ сопровождается сужением сосудов головного мозга, увеличением сопротивления току крови, а снижение системного давления, что обычно отмечается при гипотермии, в еще большей степени способствует нормализации мозгового кровотока. Однако отмечено, что кровоснабжение мозга несмотря на это остается полноценным, поскольку обмен веществ и потребление кислорода мозговой тканью понижаются при гипотермии в большей степени, чем мозговой кровотока [5].

Применение краниocereбральной гипотермии в психиатрической практике показало терапевтическую эффективность данного метода лечения при широком спектре психической патологии [4,5].

Одной из наиболее адекватных методик для оценки морфофункционального состояния головного мозга, желудочковой системы, субарахноидальных пространств является метод компьютерной томографии [6].

Целью настоящего исследования является изучение изменений ликворосодержащих пространств головного мозга, выявленных при компьютерной томографии, в процессе лечения методом краниocereбральной гипотермии пациентов с психическими нарушениями, возникающими при хронической дисциркуляторной энцефалопатии, вследствие гипертонической болезни.

Оценка состояния ликворных пространств головного мозга проводилась визуально, а также вычислялись количественные показатели,

указывающие на степень расширения этих пространств, а именно: индекс передних рогов боковых желудочков, индекс центральных отделов боковых желудочков, линейные размеры боковых желудочков, индекс IV желудочка. Состояние субарахноидальных пространств характеризовалось максимальной шириной силвиевой щели и максимальной шириной передних отделов межполушарной щели [7].

Было изучено 76 больных с хронической дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадии, вследствие которой у них развились психические нарушения. Все больные женщины. Возраст больных от 42 до 63 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 10 лет.

Больным из основной группы (46 человек) проводились 1-2 сеанса краниocereбральной гипотермии. Перед проведением КЦГ все больные принимали медикаменты, показанные при их состоянии (сосудистые препараты, антидепрессанты, транквилизаторы или нейролептики). После проведения сеанса краниocereбральной гипотермии больные прекращали прием медикаментов, либо доза лекарств уменьшалась в два раза.

Больные из контрольной группы (30 человек) получали только медикаментозное лечение.

До лечения больным проводилась компьютерная томография, которая повторялась через 2 недели после проведения им краниocereбральной гипотермии (основная группа), либо завершения медикаментозной терапии.

При проведении компьютерной томографии у пациентов были выявлены следующие изменения: наружная гидроцефалия (в основной группе у 71,7% больных , в контрольной группе

у 70% больных), внутренняя гидроцефалия (в основной группе у 58,7%, в контрольной у 60% больных), кортикальная гипотрофия(у 19,6% больных в основной и у 20% в контрольной группах).

При оценке количественных показателей, выявлено, что индексы передних рогов боковых желудочков (основная группа – 27,48±0,45, контрольная – 26,75±0,7) и индексы IV желудочка (основная группа – 12,33±0,26, контрольная – 12,16±0,24), не превышают значительно возрастную норму.

Существенно увеличены: индекс тел боковых желудочков, который составил 25,18±0,5 в основной группе и 25,19±0,78 в контрольной группе, ширина центральных отделов боковых желудочков (основная группа левый желудочек – 11,5±0,63мм., правый желудочек – 11,3±0,56мм., контрольная группа левый желудочек – 11,3±0,7мм., правый – 11,4±0,76мм.). Также у больных отмечается расширение субарахноидальных пространств. Так максимальная ширина передних отделов межполушарной щели составила 6,24±0,46мм. в основной группе и 6,33±0,64мм. в контрольной группе, а максимальная ширина силвиевой борозды составила 5,88±0,42мм. в основной группе и 5,8±0,5мм. в контрольной группе.

После проведенного лечения положительная динамика отмечается у пациентов обеих групп, но у больных получавших лечение методом КЦГ она более значительна.

Изменение состояния ликворосодержащих пространств головного мозга представлено в табл.1

Таблица 1

Изменение состояния ликворосодержащих пространств у больных основной и контрольной групп до и после лечения

ПРИЗНАК	До лечения		После лечения	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Индекс тел желудочков	25,18±0,5	25,19±0,78	23,42±0,38 p<0,01, p1<0,05	24,15±0,61 p>0,05
Ширина тела левого желудочка, мм.	11,5±0,63	11,3±0,7	9,61±0,53 p<0,01, p1<0,05	10,39±0,52 p<0,05
Ширина тела правого желудочка, мм.	11,3±0,56	11,43±0,76	9,42±0,46 p<0,01, p1<0,01	10,53±0,58 p>0,05
Ширина межполушарной щели, мм.	6,24±0,45	6,33±0,64	4,92±0,31 p<0,01, p1<0,05	5,45±0,46 p<0,05
Ширина силвиевой борозды, мм.	5,88±0,42	5,8±0,5	4,77±0,32 p<0,01, p1<0,05	5,27±0,4 p>0,05

P – сравнение показателей больных до и после лечения в каждой группе; P1 – сравнение результатов лечения в основной и контрольной группе.

После проведенного лечения у пациентов основной группы наружная гидроцефалия полностью редуцировалась у 34,8% больных и частично редуцировалась у 41,3% больных. Внутренняя гидроцефалия полностью редуцировалась у 19,6% больных и частично у 39,2% больных. В контрольной группе полной редукции наружной гидроцефалии не отмечается, частичная наступила в 33,3% случаев. Признаки внутренней гидроцефалии полностью редуцировались у 3,3% больных контрольной группы и частично у 36,6% больных.

После проведенного лечения в группе больных, получавших КЦГ индекс тел желудочков уменьшился до $23,42 \pm 0,38$, линейные размеры тел желудочков уменьшились: левого до $9,61 \pm 0,53$ мм., правого до $9,42 \pm 0,46$ мм. Максимальная ширина передних отделов межполушарной щели составила после лечения $4,92 \pm 0,31$ мм., а максимальная ширина сильвиевой борозды $4,77 \pm 0,32$ мм.

В контрольной группе результаты лечения менее значительны: индекс тел желудочков $24,15 \pm 0,61$, ширина левого желудочка $10,39 \pm 0,52$ мм., ширина правого желудочка $10,53 \pm 0,58$ мм. Уменьшение ширины субарахноидальных пространств также менее значительно: максимальная ширина передних отделов межполушарной щели $5,45 \pm 0,46$ мм., а максимальная ширина сильвиевой борозды $5,27 \pm 0,4$ мм.

При статистической обработке данных достоверность результатов лечения больных основной группы выше чем контрольной.

Таким образом, результаты данного исследования показывают, что применение метода краниоцеребральной гипотермии в комплексном лечении больных с психическими нарушениями при хронической дисциркуляторной энцефалопатии, вследствие гипертонической болезни, способствует не только улучшению их психического состояния, но и уменьшает выраженность ликворной гипертензии.

І. Є. Гончарова

ЗМІНА СТАНУ ЛІКВОРОВМІСНИХ ПРОСТОРІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ, ОБУМОВЛЕНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ МЕТОДОМ КРАНІОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Метою наступного дослідження є вивчення зміни стану лікворовмісних просторів головного мозку, виявлених при комп'ютерній томографії, у процесі лікування методом КЦГ пацієнтів із психічними порушеннями, що виникають при хронічній ДЕ, внаслідок гіпертонічної хвороби. Хворим з основної групи (46 чоловік) проводилося лікування методом КЦГ. Хворі з контрольної групи (30 чоловік) одержували медикаментозне лікування. Оцінка стану лікворовмісних просторів проводилася візуально, а також обчислювалися кількісні показники. Проаналізовано зміну стану лікворовмісних просторів у процесі лікування. Обґрунтовано висновок про те, що застосування КЦГ у комплексному лікуванні хворих з даним захворюванням сприяє не тільки поліпшенню їхнього психічного стану, але і приводить до зниження внутрічерепного тиску, істотно поліпшує гемо- і ліквородинаміку головного мозку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 73-76).

I.E. Goncharova

CHANGE IN THE STATE OF THE LIQUOR-CONTAINING CEREBRUM SPACES ACCORDING TO THE DATA OF COMPUTER TOMOGRAPHY IN THE CCH-METHOD TREATED PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS CAUSED BY CHRONIC DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY THAT RESULTED FROM HYPERTENSION

Institute for Neurology, Psychiatry and Narcology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine

The purpose of this research is to study the changes that occur in the state of liquor-containing cerebral spaces. The changes were revealed through computer tomography during treatment based on the use of a method of craniocerebral hypothermia (CCH) for treatment of patients with mental disorders caused by the chronic disirculatory encephalopathy due to hypertension.

The patients from the basic group (46 persons) received treatment based on the use of CCH-method. The patients from the reference group (30 persons) received drug therapy. The state of liquor-containing spaces was evaluated visually and the quantitative characteristics have been computed.

The change in the state of liquor-containing spaces during treatment has been analyzed. The conclusion has been substantiated that the use of CCH-method for the combined treatment of patients suffering from this disease contributes not only to the improvement of their mental condition but also to the drop of their intracranial pressure considerably improving the cerebrum circulatory and liquor dynamics. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 73-76).

Литература

1. Ушаков Г. К. Пограничные психические расстройства.// М. Медицина. - 1987. 304 с.
2. Морозов Г. В. Руководство по психиатрии.// М. Медицина. - 1988. 640с. Т2. С.5-25.
3. Волошин П. В., Тайцлин В. И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. // М.:Знание-М.-3.:Знание,1999. 557с.
4. Ремяк В. И., Ремяк И. В. Краниocereбральная гипотермия в психиатрии.// Харків. Основа. - 1998. 200с.
5. Бабийчук Г. А., Марченко В. С., Ломакин И. И., Белостоцкий А. В. Нейрофизиологические процессы охлажденного мозга.// К.Наукова думка. - 1992. 208 с.
6. Кочуева Е. В. Компьютерно-томографические особенности ликворно-гипертензионных нарушений на разных этапах цереброваскулярной патологии, обусловленной гипертонической болезнью.// Укр.вісн. психоневрології. – 1994 – вып. 3. – С.111 – 113.
7. Верещагин Н. В., Брагина Л. К., Вавилов С. Б., Левина Г. Я. Компьютерная томография мозга.// М. Медицина. – 1986, 256с.

Поступила в редакцию 12.05.2006

УДК 616.895.8: 616.895.4-071-036: 615.214.3

О.В. Жиленков

О КОРРЕЛЯЦИИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: нейролептическая депрессия, нейролептический синдром

Проблема нейролептических депрессий остаётся актуальной по настоящее время, несмотря на все более широкое внедрение атипичных нейролептиков, депрессогенный эффект которых минимизирован. Стертые варианты нейролептической депрессии существенно затрудняют интерпретацию психического статуса пациентов и их лечение.

Нейролептические депрессии возникают в непосредственной связи с применением нейролептиков и гипотимические проявления нейролептической депрессии образуют общие симптомы с экстрапирамидными побочными эффектами, такими как акатизия, паркинсонизм, оральные гиперкинезы и другими проявлениями экстрапирамидного синдрома [1]. Острые нейролептические дистонии также могут являться составной частью нейролептической депрессии, очень часто сопровождаются состояниями страха и тревоги. В литературе описаны такие осложнения острых дистонических реакций, как тяжёлые случаи ларингоспазма, вывих височно-нижнечелюстного сустава, сломанные зубы, тяжёлые повреждения языка [2].

Нейролептические депрессии – дополнительный фактор риска смерти вследствие самоубийства при шизофрении. Если учесть, что 10% больных совершают самоубийство, это имеет

существенное значение [3]. Важно правильно определять и клинически оценивать такие симптомы, поскольку в настоящее время появляется всё больше объективных данных о возможности их успешного лечения.

Целью настоящего исследования явилось изучение депрессивных нарушений вследствие приёма нейролептиков у больных шизофренией с клиникой нейролептического синдрома.

Задачи исследования: изучить, при каких вариантах нейролептической депрессии (согласно МКБ-10 входит в состав постпсихотической депрессии, F 20.4) встречаются острые нейролептические дистонии, акатизия, паркинсонизм, их сочетание между собой и оценить степень их выраженности. Ранее были идентифицированы четыре варианта нейролептической депрессии – нейролептическая меланхолия, персеверирующая («назойливая»), акинетическая, нейролептическая дисфория [1]. Поэтому основная задача настоящего исследования заключалась в идентификации экстрапирамидных побочных эффектов вследствие терапии нейролептиками в непосредственной связи с ранее идентифицированными вариантами нейролептической депрессии, поскольку в доступной медицинской литературе такие сведения не выявлены [1, 3, 4, 5, 6, 7].

Материал и методы исследования

Для скринингового выявления аффективных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) у больных шизофренией с клиникой побочных экстрапирамидных эффектов психофармакотерапии (нейролептический синдром). В случае выявления признаков депрессии проводилось углублённое обследование пациентов. Основным в исследовании был клинико-психопатологический метод. Для объективизации данных и уточнения глубины депрессивных расстройств применялись

Шкала депрессии Гамильтона (HDRS), Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Нейролептический синдром выявлялся при неврологическом осмотре. Экстрапирамидные двигательные расстройства, связанные с приёмом нейролептиков, регистрировались в соответствии с критериями американской классификации DSM-IV (острая дистония, паркинсонизм, острая акатизия, поздняя дискинезия)[8].

Оценка степени тяжести экстрапирамидных двигательных расстройств производилась по шка-

ле: лёгкая, умеренная, выраженная. Основную группу составили 60 больных шизофренией (36 женщин и 24 мужчины) с клиническими проявлениями нейролептической депрессии в возрасте от 20 до 60 лет, с длительностью болезни от 1 до 32 лет (средняя длительность заболевания в группе – 17 лет). Обследование проводилось на фоне длительного приёма нейролептиков – более трёх месяцев. Из них 47 пациентов (78,33%) принимали традиционные (типичные) нейролептики в виде моно или сочетанной терапии в средних терапевтических дозировках; 8 пациентов (13,33%) получали сочетанную терапию в виде комбинаций типичных и атипичных нейролептиков; 5 пациентов (8,33%) принимали атипичные нейролептики на протяжении длительного времени.

В обследовании не участвовали больные шизофренией с явлениями резидуальной церебральной органической недостаточности, у которых даже невысокие дозы нейролептиков могут вызвать нейролептический синдром, а также больные с воспалительными заболеваниями головного мозга, метаболическими заболеваниями, делириозными расстройствами, с другой аффективной патологией, с другими психическими и неврологическими заболеваниями, а также пациенты с клиникой злокачественного нейролептического синдрома.

В группу сравнения включены 26 больных шизофренией без признаков аффективных расстройств, но с клиникой нейролептического синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные представлены в таблицах 1,2,3. Учитывая возможность наличия нескольких побочных явлений у од-

ного больного, количество экстрапирамидных синдромов, превышало количество больных.

Таблица 1

Психометрические характеристики нейролептической депрессии

	Нейролептическая меланхолия (n=3)	Персеверирующая («назойливая») депрессия (n=23)	Акинетическая депрессия (n=18)	Нейролептическая дисфория (n=16)
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) D - депрессия	17,66	11,20	10,94	11,46
Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS)	32,00	15,23	14,40	14,25
Шкала депрессии Гамильтона (HDRS)	30,00	16,44	15,94	16,10

Глубина депрессивных расстройств при персеверирующем, акинетическом и дисфорическом вариантах нейролептической депрессии соответствовала лёгкому депрессивному эпизоду (F32.0 по МКБ-10) и умеренному депрессивному эпизоду (F32.1 по МКБ-10) в случае нейролептической меланхолии. Признаки нейролептической депрессии появились вслед за редукцией позитивной психосимптоматики после 1-2 месяцев лечения нейролептиками или на более

поздних этапах лечения в период становления ремиссии после психотического приступа.

Острые дистонии были спровоцированы увеличением очередной дозы препаратов или эмоциональным стрессом на фоне стабильной дозы. Согласно приведенным в таблице 2 данным, острые дистонии нейролептического генеза встречаются при всех четырёх вариантах нейролептической депрессии и имеют свои клинические особенности.

Характеристика различных вариантов нейролептической депрессии

	Нейролептическая меланхолия (n=3)	Персеверирующая («назойливая») депрессия (n=23)	Акинетическая депрессия (n=18)	Нейролептическая дисфория (n=16)
Шкала акатизии Барнса (BAS)	8,00	5,83	1,60	6,10
Шкала Симпсон-Ангуса (SAS)	11,66	6,32	6,20	4,50
Шкала непроизвольных патологических движений (AIMS)	10,00	8,26	4,16	6,65

Таблица 3

Распределение пациентов с острой нейролептической дистонией и нейролептической депрессией

Симптомы острой дистонии по DSM-IV	Нейролептическая меланхолия (n=3)	Персеверирующая («назойливая») депрессия (n=23)	Акинетическая депрессия (n=18)	Нейролептическая дисфория (n=16)
ретроколлиз, тортиколлиз	-	2	1	-
тризм, зевание, гримасничанье	-	-	2	2
дисфагия, ларингофарингеальные спазмы, дисфония	-	-	5	1
дизартрия, макроглоссия	1	1	-	-
высовывание языка	2	1	-	-
окулогирные кризы	-	2	-	2

Пациенты с клиническими проявлениями нейролептической меланхолии с чертами психической анестезии (n=3) на протяжении нескольких месяцев получали терапию нейролептиками – алифатическими производными фенотиазина. Болезненные переживания характеризовались тяжёлой степенью выраженности по Шкале депрессии Гамильтона (30 баллов) и Монгомери-Асберга (32 балла), что является наиболее высокими показателями в сравнении с другими вариантами нейролептической депрессии. Нейролептическая меланхолия сопровождается преимущественно акатизией лёгкой-умеренной степени. У одного из трёх пациентов наблюдалась поздняя дискинезия, у двух других – спонтанные дискинезии. Шкала акатизии Барнс (8 баллов) и Шкала оценки экстрапирамидной симптоматики Симпсона-Ангуса (11,66 баллов) зафиксировали самые высокие показатели акати-

зии и паркинсонизма в сравнении с другими вариантами нейролептической депрессии. Шкала непроизвольных патологических движений (AIMS) отражает среднее значение спонтанных и поздней дискинезий, наиболее высокий в группе (10 баллов). Смазанная и затруднённая речь, обусловленная гипертонусом или увеличение языка (4 группа симптомов острой дистонии по DSM-IV) была выявлена у одного пациента с нейролептической меланхолией, а высывывание языка в виде синдрома Куленкампа-Тарнова (5 группа симптомов острой дистонии по DSM-IV) – у двух пациентов.

Пациенты с клиническими проявлениями нейролептической персеверирующей («назойливой») депрессии (n=23) в течение нескольких месяцев получали как классические, так и атипичные нейролептики в виде сочетанной или монотерапии. Депрессивные переживания по

Шкале депресії Гамільтона (HDRS) і Монтгомери-Асберг отражають лёгку ступень депресії (16,44 і 15,23 баллів відповідно). Кількість баллів сопоставимо з акинетичним варіантом нейролептичної депресії і нейролептичної дисфорії. Персеверуюча («назойлива») депресія супроводжується переважно акатизією лёгкої ступені (BAS – 5,38 баллів) в поєднанні з паркінсонізмом лёгкої ступені (SAS – 9,32 баллів). Поздня дискінезія набулася у 8 пацієнтів. Случаєв спонтанної дискінезії – два, остра дистонія у шести пацієнтів. Тортиколіс (1 група симптомів острай дистонії по DSM-IV) зареєстрований у двох пацієнтів (у одній пацієнтки поєднувався з острай дистонією в пальцях обох рук). Дизартрія, обумовлена гіпертонусом (4 група симптомів острай дистонії по DSM-IV) набулася у одного пацієнта; синдром Куленкампа-Тарнова (5 група симптомів острай дистонії по DSM-IV) – у одного пацієнта і у двох зареєстрований окулогірний криз (6 група симптомів острай дистонії по DSM-IV).

Пацієнти з клінікою акинетичного варіанта нейролептичної депресії (n=18) на протязі багатьох місяців приймали класичні і атипичні нейролептики в формі моно або поєднаної терапії. Рівень депресії відповідає лёгкій ступені (HDRS – 15,94 баллів і MADRS – 14,40 баллів). Акинетична депресія во всіх спостереженнях супроводжується переважно паркінсонізмом лёгкої ступені (SAS – 6,20 баллів). Акатизія лёгкої ступені малохарактерна (набулася у трьох пацієнтів, BAS – 1,60 баллів). Поздня дискінезія набулася у одного пацієнта (AIMS – 4,16 баллів). Острай дистонія набулася у 8 пацієнтів з акинетичною депресією (1 випадок тортиколіса, 2 випадки тризма, 5 випадків дисфагії). При цьому тортиколіс поєднувався з симптомом «пізанської вежі» вираженої ступені – у пацієнтки, приймалої галоперидол,

які мали місце тонічний вигин туловища з нахилом в бік і невеликим поворотом назад з нахилом голови і шиї в ту ж бік, т.е. набулася дистонія аксіальної мускулатури на фоні паркінсонізму лёгкої ступені.

Пацієнти з клінічними проявами нейролептичної дисфорії (n=16) на протязі тривалого часу приймали класичні і атипичні нейролептики. Депресивні переживання відповідають лёгкій ступені вираженості (HDRS – 16,11 баллів і MADRS – 14,25 баллів). Нейролептична дисфорія супроводжується переважно акатизією лёгкої ступені (BAS – 6,10 баллів) в поєднанні з паркінсонізмом лёгкої ступені (SAS – 4,50 баллів). У одного пацієнта – спонтанна дискінезія, у двох – поздня дискінезія (сумарно AIMS – 6,65 баллів). Случаєв острай дистонії – 5 (2 випадки тризма, 1 випадок дисфонії і 2 випадки окулогірних кризів).

Представлені дані свідчать про те, що клінічно нейролептична депресія проявляється переважно в формі афективних порушень лёгкої ступені вираженості, за винятком нейролептичної меланхолії. Незважаючи на це, приєднання екстрапірамідної симптоматики до клінічних проявів нейролептичної депресії значно ускладнює її перебіг, особливо в випадках острай дистонії нейролептичного генезу в структурі всіх чотирьох варіантів нейролептичної депресії. Отримані дані свідчать про те, що симптоми острай дистонії у хворих шизофренією не протекали ізольовано, а набулися на фоні акатизії переважно лёгкої ступені в поєднанні з паркінсонізмом лёгкої ступені.

В зв'язі з цим терапевтичні програми для хворих шизофренією з клінічними проявами нейролептичної депресії повинні будуватися з урахуванням формування і перебігу нейролептичного синдрому, що дозволить оптимізувати лікування.

О.В. Жилєнков

ПРО КОРЕЛЯЦІЇ НЕЙРОЛЕПТИЧНИХ ДЕПРЕСІЙ ТА НЕЙРОЛЕПТИЧНОГО СИНДРОМУ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

До післяпсихотичних депресій належить нейролептична депресія з рисами анестетичної меланхолії, персеверуюча депресія, акинетична депресія, нейролептична дисфорія. Вони зумовлені антипсихотичними засобами і комбінуються з екстрапірамідними розладами. Нейролептична депресія є важкою патологією. У статті надано опис клінічних особливостей нейролептичних депресій у хворих на шизофренію. Було обстежено 60 хворих на нейролептичну депресію. Показано, що розвиток нейролептичної депресії перебігає переважно у вигляді афективних порушень лёгкого ступеня вираженості. Незважаючи на це, приєднання екстрапірамідної симптоматики до клінічних проявів нейролептичної депресії значно пригнічує її перебіг. Клінічні особливості нейролептичних депресій повинні враховуватися при діагностиці та лікуванні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 77-81).

THE CORRELATION OF NEUROLEPTIC DEPRESSIONS AND NEUROLEPTIC SYNDROME

Institute for Neurology, Psychiatry and Narcology

The post-psychotic depressions us includes neuroleptic depression with features of anesthetic melancholia, persevering depression, akinetic depression, neuroleptic dysphoria. Its induced by antipsychotics and combine with extrapyramidal disorders. Neuroleptic depressive disorders are very difficult pathology. This article includes description clinical participations of neuroleptic depressions at patients with schizophrenia. 60 patients with neuroleptic depression were investigated. It was showed that the development of neuroleptic depression had passed mainly in affective disturbances of light stage of expressiveness. The adding extrapyramidal symptomatology to clinical manifestation of neuroleptic depression definitely appresses their tendency. Clinical particulars of depressions can be count during diagnostic and therapy this pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 77-81).

Литература

1. Смулевич А.Б. Депрессии и шизофрения// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, №4. – с.4-13.
2. Лис А.Дж.Тики. М.: Медицина, 1989. – 333 с.
3. Ciaran Mulholland & Stephen Cooper. The symptom of depression in schizophrenia and its management// Advances in Psychiatric Treatment 2000; vol.6, pp. 169-177.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. – 528 с.
5. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М.: Медицина, 1996.
6. Смулевич А.Б., Морозова М.А. Биологическая терапия. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999.
7. Чайка В.В. К типологии и динамике постшизофренических депрессий. Аффективные и шизоаффективные психозы. М.: Медицина, 1998.
8. Малин Д.И., Козырев В.В, Равилов С.С. Экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков: классификация и современные способы коррекции. //Психиатрия и психофармакотерапия 2001. – т.3, №6

Поступила в редакцию 6.06.2006

УДК 616.89-051:613.6

*А.К. Бурцев, Е.А. Кокотова, Р.А. Грачев***ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ РАБОТНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ, НЕ ОБНАРУЖИВАЮЩИХ ПРИЗНАКОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, социальный интеллект, межличностные отношения

Исследование проводилось с целью изучения роль такой личностной характеристики сотрудников психиатрических учреждений, как уровень социального интеллекта, а также ряда, связанных с ним, поведенческих характеристик, которые играют роль своеобразных факторов саногенеза, профилаксирующих эмоциональное выгорание.

Объектом настоящего исследования, послужила группа из 96 сотрудников психиатрических отделений без признаков психического выгорания.

Эмоциональное выгорание – пролонгированная реакция на стресс, вызванная воздействием на индивида хронических психогений профессионального содержания средней интенсивности, проявляющаяся снижением продуктивности в работе, усталостью, переживанием опустошенности и бессилия [1].

Социальный интеллект – способность правильно понимать и прогнозировать поведение людей, предвидеть последствия поведения, адекватно отображать вербальную и невербаль-

ную экспрессию, понимать внутренние мотивы поведения и логику развития сложных ситуаций межличностного взаимодействия.[2]

В исследовании использовались: методика эмоционального выгорания Бойко, шкала социального самоконтроля М. Снайдера, методика исследования личности «Hand-test», методика Салливена-Гилфорда, цветовой тест М. Люшера, опросник межличностных отношений В. Шутца.

Испытуемые были разделены на три группы. В первую группу вошли лица со стажем работы в психиатрическом отделении от 0,5 года до 8 лет (возраст от 23 лет до 46 лет), во вторую – со стажем от 9 лет до 15 лет (возраст от 30 лет до 50 лет) и в третью группу вошли лица со стажем работы свыше 15 лет (возраст от 38 лет до 64 лет).

Результаты были подвергнуты статистическому анализу с применением непараметрических методов: критерий Вилкоксона и коэффициент углового преобразования Фишера.

Результаты исследования по методике Салливена-Гилфорда приведены в таблице 1.

*Таблица 1***Средние показатели в стандартных баллах по методике Салливена-Гилфорда у лиц без признаков эмоционального выгорания**

субтест	I группа	II группа	III группа	p ₁	p ₂	p ₃
1	2,75±0,218	3,25±0,305	3,5±0,261	0,112	0,255	0,0497
2	2,97±0,284	3,07±0,283	3,76±0,279	0,469	0,091	0,0126
3	3,33±0,256	3,92±0,288	4,33±0,335	0,042	0,183	0,0103
4	3,50±0,195	4,0±0,275	5,42±0,229	0,068	0,112	0,017
К.О.	2,92±1,93	3,72±0,229	4,42±0,19	0,023	0,016	0,0012

p₁– уровень различий между I-II группой; p₂– уровень различий между II и III группой; p₃- между I-III гр.

По первому субтесту «Истории с завершением» во всех группах получены результаты, соответствующие среднему уровню оценок по фактору познания результатов поведения. Другими словами, имеет место средняя способность предугадывать поведение человека в той или иной ситуации, понимать, что, скорее всего, произойдет в дальнейшем. Испытуемые не обнаруживают слишком высокой способности понимать невербальные коммуникативные сигналы, исходящие от окружающих, «считывают» их намерения, чувства. Иногда их прогнозы могут оказаться и ошибочными.

По первому субтесту достоверных различий выраженности показателя между I и II группами не выявлено, хотя у работающих были продолжительное время средние значения его несколько выше; достоверные различия имеют место между I и III стажевой группой ($p=0,0497$). Можно предположить, что у устойчивых к эмоциональному выгоранию лиц со временем совершенствуются антиципационные способности, повышается внимание к поведению окружающих.

Второй субтест «Группы экспрессия» измеряющий фактор познания классов поведения, то есть, способность к обобщению на абстрактном уровне общих существенных признаков невербальных сигналов, реакций людей, также соответствует в сравниваемых стажевых группах средним значениям. Можно сказать, что имеет место недостаточное владение способностью классифицировать типы невербального поведения, часто вербальное содержание сообщений собеседников воспринимается буквально и истолковывается без учета сопутствующей мимики и жестикуляции.

По второму субтесту не выявлено достоверных различий между I и II стажевыми группами, а между I и III они имеют место ($p = 0,0126$). Вновь возможно предположить, что более длительная тренировка в структуре межличностного общения работников психиатрических стационаров, в рамках профессиональной деятельности, позволяет наработать определенный навык соотнесения и классификации вербальных и невербальных сигналов.

Третий субтест «Вербальная экспрессия» оценивает фактор познания преобразования поведения, а также способность к пониманию изменения значения сходных вербальных реакций людей в зависимости от конкретного контекста породивших их ситуаций. Другими словами, представители изучаемого контингента обнару-

живают среднюю способность понимать, как меняется смысл вербальной информации в зависимости от типа взаимоотношений между участниками общения. При этом можно предположить, что в ряде случаев слова собеседника могут быть истолкованы ошибочно, поэтому недостаточно быстро достигается правильное понимание того, что говорят люди.

Сравнение средних показателей по этому субтесту обнаруживает достоверные различия между I и II стажевыми группами, а также I и III ($p=0,0103$). Как при анализе описанных выше различий по другим субтестам, так и при анализе данного, можно предположить, что рост показателя в данном случае свидетельствует о том, что длительное участие в обусловленном характером профессиональной деятельности общении «оттачивает» навык понимания нюансов вербального общения с окружающими.

Субтест 4 «Истории с дополнением» измеряет фактор познания систем поведения, или, иначе говоря, способность постигать логику развития ситуаций, в которых происходит какое-то взаимодействие между людьми, опираясь на понимание значения поведения людей в таких ситуациях. Достаточно высокий (однако, остающийся, все же, в рамках значений среднего) уровень усредненных показателей в сравниваемых стажевых группах свидетельствует о способности в большинстве случаев понимать «к чему идет дело» в той или иной ситуации взаимодействия. Умение понимать значение поведения людей оказывается у представителей изучаемого контингента на достаточно удовлетворительном уровне. Испытуемые не обнаруживают особых трудностей при анализе ситуаций межличностного общения и взаимодействия; и достаточно правильно понимают внутренние мотивы поступков и поведения других. Вследствие этого они довольно удачно приспосабливаются к различным типам взаимоотношений между людьми.

Установлено достоверное различие между показателями по этому субтесту между I и III сравниваемыми группами ($p=0,017$). Другими словами, среди медработников, не обнаруживающих признаков эмоционального выгорания с максимальным стажем, по сравнению с начинающими, навык понимания причин того или иного поведения становится более удачно сформированным.

Уровень композитной оценки (КО) социального интеллекта по методике Салливена-Гилфорда [4] во всех сравниваемых группах соот-

ветствует среднему уровню, что указывает на отсутствие значительных трудностей в понимании и прогнозировании поведения людей. Это создает основу для отсутствия серьезных трудностей и сложностей во взаимоотношениях, как с пациентами, так и сотрудниками отделений. Не подвергшиеся эмоциональному выгоранию оказываются в достаточной мере способными к эффективному использованию информации, касающейся поведения людей, считывать невербальные сигналы, удачно прогнозировать поведение и эмоциональные реакции людей в различных житейских ситуациях. Достаточная способность к предвосхищению развития событий в общении, делает их довольно дальновидными в организации и построении межличностных отношений.

С нашей точки зрения заслуживает особого внимания то обстоятельство, что при сравнении выраженности признака по композитной оцен-

ке обнаруживаются достоверные различия между всеми стажевыми группами: I-II – $p=0,023$; II-III – $p=0,016$; I-III – $p=0,0012$.

Представляется возможным предположить, что отсутствие признаков психического выгорания было изначально связано с отсутствием низкого уровня социального интеллекта среди испытуемых, а в дальнейшем, профессионально обусловленное интенсивное общение с людьми повышает общую эффективность адаптации к трудовой деятельности.

Для изучения некоторых особенностей межличностных отношений испытуемых в разных стажевых группах сотрудников психиатрических больниц без признаков эмоционального выгорания была применена методика «Опросник межличностных отношений (ОМО)». Результаты, полученные с помощью этой методики, приведены в таблице 2.

Таблица 2

Средние показатели по шкалам методики ОМО у лиц без признаков эмоционального выгорания

шкалы	I группа	II группа	III группа	P ₁	P ₂	P ₃
I _e	4,25±0,552	3,42±0,57	2,02±0,379	0,178	0,136	0,0335
I _w	5,08±0,398	4,0±0,369	4,33±0,466	0,0249	0,154	0,145
C _e	4,33±0,772	3,42±0,468	5,33±0,396	0,194	0,0067	0,12
C _w	4,17±0,548	4,67±0,582	4,25±0,653	0,136	0,5	0,347
A _e	3,33±0,31	3,92±0,723	2,5±0,337	0,228	0,0437	0,0458
A _w	4,92±0,417	3,75±0,592	5,177±0,50	0,128	0,0431	0,362

I_e - тенденция находиться в обществе других людей; I_w- желание принятия другими, привлекать интерес; C_e- тенденция контролировать отношения с другими; C_w- желание подчиняться другим; A_e- тенденция устанавливать близкие отношения с другими; A_w- желание, чтобы другие устанавливали с ними глубокие эмоциональные отношения.

Шкала I_e методики отражает реальную степень включенности человека в контакт с людьми. Средний показатель по этой методике в группе с минимальным стажем находится в пределах пограничных баллов (т.е. не является ни явно высоким, ни явно низким), а во второй и третьей группах – относится к низким. Установлены достоверные различия выраженности признака по этой шкале между I и III группами ($p=0,335$). Можно констатировать, что испытуемые с наименьшим стажем работы сильнее всего стремятся к тому, чтобы быть включенными в общение с другими людьми, а у лиц с максимальным стажем эта тенденция выражена минимально. Это может быть связано с формированием более сдержанного поведения с возра-

том. Можно также предположить, что опыт профессиональной коммуникации делает их поведение менее навязчивым с подчеркиванием значимости своей персоны. Говорить о нездоровой изоляции от других при этом, скорее всего, не приходится, т.к. показатель по шкале I_w (желаемое поведение включения) остается в пределах средних уровней ($4,33±0,466$) и, даже несколько повышенный, показатель в группе II. Максимально же показатель по этой шкале выражен в группе I; где он оказывается достоверно более высоким, чем в группе II. Другими словами, в наибольшей степени быть интересными для других и включенными в общество хотят быть лица с минимальным стажем. В этом находит отражение желание профессионального признания,

приобщения к коллективу. В средней стажевой группе это желание минимизируется (скорее всего, в связи с достижением указанных выше целей), а в самой старшей вновь повышается, чтобы не потерять достигнутого статуса, оставаться интересным и привлекательным в общении для окружающих.

В показателе по шкале C_e отражается уровень поведения контроля, т.е. желания в большей или меньшей степени контролировать поведение других. Минимально выраженным (на уровне диапазона низких баллов методики) это поведение характеризуется у лиц, принадлежащих к средней стажевой группе. Они чувствуют себя в достаточной степени профессионально и жизненно опытными, чтобы отвечать за самих себя и, очевидно, проецируют это свойство и на окружающих, предоставляя им возможность самим проявлять инициативу. Такая тактика поведения отражает отсутствие проблем, связанных с профессиональной адаптацией, что характерно для всего изучаемого контингента. В самой старшей (III) стажевой группе показатель по шкале C_e достигает максимума. У испытуемых этой группы появляется достаточно оснований, чтобы усилить контроль над окружающими, как в силу наибольшей опытности, так и из желания не утратить свой статус заслуженного «авторитета». При этом следует отметить отсутствие достоверных отличий между сравниваемыми группами по шкале C_w - желаемое поведение контроля. Оно остается в среднем диапазоне баллов, практически на одном и том же уровне. Это значит, по всей вероятности, что отсутствие как выраженно-го желания быть всегда контролируемым, так и не быть контролируемым никогда, и является той оптимальной «золотой серединой» в поведении контроля, предохраняет человека от патогенного воздействия «организационного стресса», являющегося одним из главных внешних факторов, вызывающих профессиональное выгорание [3].

Показатель по шкале A_e (реальное поведение аффекта) отражает степень стремления человека вести себя так, чтобы завязывать эмоционально насыщенные, близкие отношения с другими. Средние показатели по этой шкале оказываются довольно низкими во всех сравниваемых группах; но особенно в III группе. Низкий уровень выраженности такого поведения в I группе, по нашему мнению, не свидетельствует о какой-либо черствости, низкой эмпатии. Скорее можно предположить наличие некоторой радости, неуверенности в себе, а также надежд на то, что они

и без специальных усилий в состоянии оказать «очаровывающее воздействие» на окружающих (что подтверждается, отчасти, довольно высоким показателем по шкале I_w - т.е. желание быть любимым, аффективно значимым). Минимально представлен показатель по шкале A_w у представителей III группы в связи с тем, что это люди более старшего возраста, лишённые в силу этого вести себя так, чтобы «влюбить» в себя. Сдержанность в этом отношении является следствием достаточного житейского и профессионального опыта, стабилизирующего поведенческую активность. Вместе с тем достаточно высокий показатель по шкале I_w в этой группе говорит о том, что ее представители не лишены желания быть любимыми окружающими, что отражает их объективно неоправданно достаточно высокую самооценку, свидетельствующую об отсутствии у них симптомов эмоционального выгорания. Показатели по шкале A_e в III группе достоверно ниже, чем во второй ($p=0,0437$) и в первой ($p=0,0458$), однако это не является свидетельством утраты любви к близким, очерствения, а отражают естественную динамику поведения, обусловленную возрастом и профессиональной адаптацией.

Показатель по шкале A_w во всех группах приближается к пограничным (средним значениям). В наибольшей степени поведения, отражающее желания, чтобы с ними устанавливали эмоционально насыщенные, глубокие отношения, желание искренности свойственно представителям III группы, умеющим отличать естественность от фальши в силу достаточно высокого социального интеллекта и обоснованных претензий на признание. В наименьшей степени желаемое поведение аффекта представлено во II группе (достоверно ниже, чем в III – $p=0,0431$). Вместе с тем в этой группе максимально представлено реальное поведение аффекта. Другими словами, испытуемые II группы в равной степени и сами стараются вести себя так, чтобы быть эмоционально привлекательными и хотели бы, чтобы другие вели себя по отношению к ним также. Это отражает оптимальную эмоциональную форму этого контингента, не затронутого проявлениями эмоционального выгорания.

Для суммарной оценки степени социальной обусловленности поведения лиц, изучаемого контингента, было проведено исследование по методике: «Шкала социального самоконтроля (ШСС)» М. Снайдерса. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Средние значения показателя по методике ШСС и индекса агрессивности по методике Hand-test

показатель	группы			P		
	I	II	III	P ₁	P ₂	P ₃
ШСС	4,170,366	7,080,26	8,420,389	0,0011	0,00083	0,0011
J	2,080,23	-0,8330,3	-3,670,64	0,0054	0,0421	0,0011

J – уровень агрессивности; ШСС – средние значения показателя социального самоконтроля.

Минимальный уровень социального самоконтроля выявлен в I группе. При относительно незначительном стаже работы обнаруживается, не слишком выраженная озабоченность адекватностью своего поведения и эмоциональной экспрессии; не все нюансы поведения окружающих учитываются. Собственная эмоциональность диктуется прежде всех их внутренним состоянием, а не требованиями ситуации.

Во II и III группах обнаружен высокий уровень показателя ШСС. Испытуемые этих групп умеют чутко воспринимать эмоциональные и поведенческие сигналы, исходящие от окружающих, что соответствует результатам исследования по методике Салливена-Гилфорда. В построении контура своего поведения они ориентированы на социальную ситуацию, гибко реагируют на ее изменения. Такая пластичность позволяет им успешно противостоять давлению «организационного стресса» и избегать профессионального выгорания. Такие лица эффективно контролируют свое поведение и без особого труда могут создать у окружающих желаемое впечатление о себе.

Между всеми сравниваемыми стажевыми группами выявлены достоверные различия в выраженности показателя шкалы субъективного самоконтроля: в III группе показатель выше, чем в I ($p=0,0011$) и во II ($p=0,00083$), а во II выше, чем в I ($p=0,0011$). Другими словами, подтверждается предположение, что у лиц, не обнаруживающих признаков эмоционального выгорания, длительное профессионально обусловленное взаимодействие с людьми приводит к совершенствованию навыков поведения, компетентности в общении. Происходит своеобразный тренинг стрессоустойчивости, разумного компромиссного поведения.

Дополнительным подтверждением возможности выработки в условия профессиональной деятельности работниками психиатрического стационара более взвешенной, адаптивной линии поведения является динамика среднего зна-

чения показателя выраженности готовности к открытому агрессивному поведению («индекс агрессивности» J) методики Hand-test [6], которая представлена в таблице 3.

У лиц, работающих в психиатрическом стационаре менее 9 лет (I группа), показатель достаточно высок, что указывает на возможность возникновения у них агрессивных реакций (вплоть до физической агрессии). Во второй стажевой группе уровень анализируемого показателя достоверно ниже ($p=0,0054$). Открытая агрессия при этом становится маловероятной, поведение приобретает более продуманный, менее импульсивный характер, агрессивные намерения проигрываются, главным образом, в мыслях.

Минимально показатель J выражен в группе с самым большим стажем (различия между II-III группой на уровне $p=0,0421$, а между I и III – на уровне $p=0,0011$). При этом можно прогнозировать практически полное отсутствие прямых агрессивных действий, стремление к разрешению конфликтных ситуаций, принятие компромиссных решений, предупреждение возможных осложнений во взаимоотношениях с окружающими. Таким образом, данные, полученные с помощью проективной методики Hand-test, подтверждают возможность формирования в ходе профессиональной деятельности стереотипов поведения и эмоционального реагирования, которые профилактируют возникновение эмоционального выгорания.

Для выявления типичных эмоциональных проблем в сравниваемых группах было проведено исследование с помощью методики Люшера [5]. Обобщение полученных результатов проводилось путем сравнения частот встречаемости цветов на первой-второй позициях (предпочтение) и на седьмой-восьмой (отвержение). Достоверность различий процентных долей определялась с помощью коэффициента углового преобразования Фишера. Далее анализируются достоверные различия ($p<0,05$).

При сравнении I и II групп было установле-

но, что испытуемые младшей стажевой группы достоверно чаще помещают на первые позиции фиолетовый цвет, что отражает большую склонность к эмоциональной неустойчивости, большее количество проблем с социальной адаптацией, связанных с превалированием субъективных пристрастий над рассудочностью. Навыки общепринятых норм поведения еще не до конца выработаны. Как уже указывалось выше, отсутствует стремление производить «очаровывающее» впечатление.

Коричневый цвет в сравниваемых группах достоверно чаще встречается в группе с самым маленьким стажем, как на первых, так и на последних позициях. Это может свидетельствовать о недостаточно удовлетворенной потребности в физиологическом комфорте, большей тревожности, большем ощущении усталости, перенапряжением, обусловленным трудностями первичной трудовой адаптации. Возможно наличие ощущения потребности в насильственном самоограничении, необходимом для самоутверждения. Другими словами, еще не выработана автоматичность поддержания социально одобряемой и приемлемой линии межличностного поведения, как во второй группе.

При сравнении II и III групп единственным достоверным отличием оказалось большая частота встречаемости синего цвета на первых позициях во второй группе, что отражает, по нашему мнению, большую конформность установок, дружелюбие, стремление к покою, умиротворенности в связи с профессиональной утвержденностью, отсутствием необходимости отстаивать перед кем-то достигнутый статус.

В I группе в сравнении с третьей достоверно чаще на первых позициях встречается желтый цвет, что отражает сильную потребность в действии, эмоциональную вовлеченность, оптимистичность, готовность вживаться в разные соци-

альные роли, демонстративность, зависимость от средовых воздействий, трудную переносимость регламентации поведения, стремление получать удовольствие от самого процесса деятельности. Можно сказать, что представители III группы относятся более сдержанно в эмоциональном отношении к окружающему, своему делу, более органично, без внутреннего самопонижения следуют социальным нормам, соглашаются с необходимостью социальной регламентации поведения. У испытуемых III группы по сравнению с I на последних позициях оказываются фиолетовый и коричневый цвета, что можно истолковать как их большую разборчивость в контактах, интеллектуальную и эстетическую чувственность.

Таким образом, проективное исследование с помощью методики Люшера в целом подтверждает динамику межличностных отношений и совершенствования социального интеллекта, выявленную с помощью других использованных методик.

Выводы:

1. Лица, не подвергшиеся эмоциональному выгоранию, не обнаруживают низкого уровня социального интеллекта.

2. В ходе профессионального взаимодействия с пациентами и коллегами по работе лица изученного контингента совершенствуют свои коммуникативные способности и демонстрируют рост композитной оценки социального интеллекта, которые можно рассматривать как факторы саногенеза в процессе предотвращения социального выгорания.

3. Полученные данные обосновывают необходимость включения тренингов, направленных на повышение коммуникативной эффективности и социального интеллекта в систему профилактики и коррекции профессионального выгорания у сотрудников психиатрических отделений.

О.К. Бурцев, О.О. Кокотова, Р.О. Грачов

**ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ ВІДНОСИН
СПІВРОБІТНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ СТАЦІОНАРІВ БЕЗ ОЗНАК ЕМОЦІЙНОГО
ВИГОРЯННЯ**

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

У співробітників психіатричних стаціонарів з різним стажем роботи без ознак емоційного вигорання вивчені показники соціального інтелекту та деякі аспекти міжособистісних відносин. Показана санагенетична роль достатнього рівня розвитку соціального інтелекту. Запропоновані напрями запобіжних та корекційних тренінгів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 82-88).

A.C. Burtsev, E.A. Kokotova, P.A. Grachov

**PECULIARITIES OF SOCIAL INTELLECT AND INTERPERSONAL RELATIONS IN
EMPLOYERS OF PSYCHIATRICS DEPARTMENTS WITHOUT SIGNS OF BURNOUT
SYNDROME**

Donetsk State Medical University

In employers of psychiatric departments with different experience of work without the signs of burnout syndrome the indexes of social intellect and some aspects of interpersonal relations were studied. Sanogenetic role of enough light level of social intellect was shown. Some directions of profligacy and correction were offered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 82-88).

Литература

1. Юрьева Л.Н., Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция. — К.: Сфера, 2004. — 272с.
2. Пиаже Ж., Психология интеллекта. — СПб.: Питер, 2003. — 192с.
3. Агеев В.С., Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы. - М.: Изд-во МГУ, 1990. — 240с.
4. Метод диагностики социального интеллекта Дж. Гилфорда

и М. Салливена, практическое руководство. - ГП «Иматон», Питер, 2001. — 60с.

5. Цветовой тест М. Люшера, методическое руководство. - ГП «Иматон», Санкт-Петербург, 2002.

6. Проективная методика исследования личности «Тест - руки», руководство по использованию, под Ред. Курбатова Т.Н., Муляра О.И., ГП «Иматон», Питер, 1997. — 43с.

Поступила в редакцию 17.07.2006

*М.В. Маркова***ПРОБЛЕМА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ЙОГО ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: порушення функціонування сім'ї, студентська молодь

Сім'я і проблеми її життєдіяльності служать об'єктом дослідження з глибокої давнини. Ще античні мислителі Платон, Аристотель та Овідій у своїх працях критикували типи родини, що існували за їх часів і висували проекти її перетворення.

Нинішня ситуація в Україні, що переживає процес не тільки економічної і політичної кризи, але і духовно-морального розвалу, викликає глибокі зміни в родині, її соціальних функціях і ролях. Залучення до сім'ї перестало бути чинником духовного і фізичного виживання. Особистість одержала відносно незалежність від родини, змінився характер сприйняття сімейних відносин. На зміну тисячолітньому принципу — «людина для родини» прийшло діаметрально протилежне — «родина для людини». Поряд зі споконвічними функціями сім'ї — продовженням роду, організацією побуту, веденням домашнього господарства, формуванням і задоволенням духовних потреб, з'являються і затверджують себе нові функції родини, серед яких сьогодні визнана всіма функція психологічного захисту, моральної підтримки і стабільності. Найбільш значущими стали не родинні, об'єктивно значимі, а подружні, засновані на вільному виборі. Спостерігаються стійкі тенденції до зміни в сімейно-шлюбних відносинах — зменшення розмірів родини, демократизація сімейних відносин, вирівнювання розподілу домашніх обов'язків подружжя, підвищення значимості емоційних зв'язків. В кризовому соціумі перехідного періоду переважно сім'я і родинна взаємодопомога забезпечують виживання і збереження здоров'я. Відповідно до цього міняється склад, рольова структура і соціальні функції сім'ї.

У результаті зниження народжуваності і «нуклеаризації» родини, вона, особливо в місті, стає менш кількісною. По мірі того, як деякі старі функції родини відмирають чи стають менш значимими, відбувається психологізація і інтиміза-

ція сімейних відносин, більш велике значення надається її психологічній та міжособистісній близькості. Це підвищує автономію і значимість кожного окремого члена родини з паралельним підвищенням індивідуальної вибірковості шлюбу. Інститут шлюбу стає більш інтимним, але одночасно більш тендітним. Звідси — збільшення кількості розлучень. В суспільстві з'явилася установка на можливу тимчасовість шлюбного союзу — «серійна моногамія». Звертає на себе увагу також зростання числа одинаків, які по тим чи іншим причинам взагалі не вступають у зареєстрований шлюб.

Крім того, сексуальна революція, що почалась в нашій країні близько кінця 80-х років, істотно змінила сексуальні погляди суспільства та породила нові проблеми адаптації в шлюбі. Лібералізація статевої моралі зумовила зниження віку початку статевого життя, одночасно зі зростанням віку вступу до шлюбних відносин, збільшилась кількість дошлюбних зв'язків, з'явилися нові форми подружніх стосунків, так звані «неповний», «частковий» шлюб, коли подружжя фактично мешкають окремо, під приводом творчої або ділової зайнятості (іноді в різних містах та країнах), або в батьківських сім'ях, зустрічаючись на вихідних та проводячи разом відпустку. Істотних змін зазнали патріархальні погляди на традиційну зайнятість жінок сімейно-побутовими проблемами та вихованням дітей. Багато нинішніх бізнес-жінок використовують можливість мати чисельний штат хатніх працівниць, а дітей віддавати у закриті приватні цілодобові пансіони. З'явилась багаточисельна категорія пар із різницею у віці 25–30 років, що претендують на збереження високої сексуальної активності, але не готових до народження дитини. Серед порівняльно молодих пар зі стажем сумісного життя 5-7 років різко зросла питома вага партнерів, практично припиняючих сексуальну активність через повну втрату інтересу один до одного. В соціологічній та психологічній

літературі позашлюбні зв'язки практично припинили категоризуватися як подружня зрада, перетворившись у нормальний елемент сімейного побуту.

Таким чином, сексуальні стандарти нового суспільства з його ідеалами облігатної сексапільності, високої чутливості та необтяженості побутовими аспектами шлюбу дуже ускладнили традиційне існування інституту сім'ї.

Треба зазначити, що на сьогоднішній день питання підтримки родини привертає увагу і з боку нашої держави. Так, прийняття ряду нормативно-правових актів (Указу Президента України «Про соціально-економічну підтримку становлення та розвитку студентської сім'ї» від 04.08.2000 № 958/2000, Закону України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» від 23.03.2000 № 1613–III,

Розпорядження Кабінету Міністрів «Про заходи щодо підтримки становлення та розвитку студентської сім'ї» від 14.03.2001 № 92-р та ін.) свідчить про існування намірів щодо підтримки інституту сім'ї, насамперед, розвитку студентської родини.

З іншого боку, вищезазначена проблема вивчається і науковцями. Існує значна кількість робіт, в яких мова йде про дослідження феномену внутрішньосімейної адаптації (ВА), функціонування сім'ї (ФС) та його порушень (ПФС), однак, роботи, в яких аналізуються закономірності становлення молоді, зокрема, студентської сім'ї, до цього часу є досить поодинокими та такими, що не можуть повністю висвітлити усі аспекти проблеми та запропонувати напрями її вирішення. Усе вищеперелічене й визначило актуальність нашої роботи.

Матеріал і методи дослідження

Методом випадкової вибірки за умови інформованої згоди на протязі 2001 – 2002 рр. нами було обстежено 450 осіб – студентів віком від 16 до 21 років, які навчалися на I курсі різних вузів м. Києва (150 – у Київському політехнічному університеті «КПІ», 150 – в Київському Національному університеті культури і мистецтва, 150 – в Національному медичному університеті ім. О.О.Богомольця). Середній вік досліджених складав $17,8 \pm 2,7\%$, з них 54% (243 особи) жінки; кількість юнаків складала 46% (207 осіб).

В результаті проведення дослідження у 306 осіб було виявлено наявність чинників ризику формування порушення сексуального здоров'я та функціонування майбутньої сім'ї (інші 144 особи увійшли до групи порівняння). За умови інформованої згоди 155 осіб з вищезазначеного контингенту брали участь в профілактичних заходах щодо превенції формування порушення функціонування сім'ї (основна група). 151 особа, які відмовились від участі в профілактичних заходах, склали групу контролю. Протягом 2005 р. вибірка була обстежена повторно для оцінки ефективності розроблених психопрофілактичних заходів.

Так як на час повторного обстеження переважна кількість студентів складала партнерські пари (ПП), а саме, були вже одружені, або жили у громадянському союзі та у найближчому майбутньому збиралися скласти шлюб (82% (127 пар) основної, 75% (114 пар) контрольної та 73% (105 пар) порівняльної груп), метою нашого дос-

лідження було вивчення успішності функціонування створених ПП. Давнина життя в парі у переважній більшості обстежених не перевищувала $2,1 \pm 0,9$ років.

Для вивчення особливостей ФС та виконання її функцій кожним з ПП нами використовувалась методика, розроблена В.В.Кришталем, І.А.Семенкіною (2000) [2]. Ця методика дозволяє провести оцінку стану реалізації наступних функцій сім'ї, а також визначити роль їх порушення у виникненні ПФС: емоційної, духовної, сексуально-еротичної, репродуктивної, господарчо-побутової, виховної, захисної, функцій соціалізації та соціального інтегрування, збереження здоров'я, психотерапевтичної, реабілітаційної, рольової, персоналістичної. Характеризуючи кожну з них, треба зазначити, що: а) емоційна функція — це задоволення потреби членів ПП в симпатії, повазі, визнанні, любові, емоційній підтримці, емпатії; б) духовна (функція культурного спілкування) полягає у задоволенні потреби в спільному проведенні дозвілля, взаємному духовному збагаченні, духовному розвитку членів ПП; в) сексуально-еротична функція — задоволення сексуально-еротичних потреб ПП; г) репродуктивна функція — задоволення потреби мати дітей; д) господарсько-побутова функція — задоволення матеріальних і побутових потреб ПП; е) виховна функція — задоволення індивідуальних потреб у батьківстві, материнстві, контакті з дітьми; ж) функція соціалізації (первинної, вторинної, професійної) — розвиток у членів ПП соціаль-

ності, засвоєння й активне відтворення індивідуумом соціального досвіду, здійснюваного в спілкуванні і діяльності; з) функція соціального інтегрування — турбота ПП про знаходження її членами місця в (професійної) спільності; і) рольова функція — задоволення рольової потреби в ПП; к) захисна функція — задоволення потреби в захищеності, включаючи психологічний, фізичний і матеріальний захист; л) функція збереження здоров'я — забезпечення збереження соматичного, психічного і сексуального здоров'я членів родини і необхідної допомоги при захворюванні; м) функція персоналізації — забезпечення представленості в життєдіяльності членів ПП і можливості виявляти себе в суспільному житті як особистість; н) психотерапевтична функція — забезпечення психотерапевтичної допомоги членам ПП у важких ситуаціях; о) реабілітаційна функція (первинного соціального контролю) — забезпечення можливості реалізації сімейної і сприяння соціальної реабілітації, виконання соціальних норм у випадку захворювання.

Успішність функціонування ПП визначається тим, як задовольняються потреби кожного з її членів — соціальні (забезпечення харчуван-

ням, одягом, житлом); соціально-психологічні (потреба і можливість займати визначене місце в суспільстві, користатися прихильністю, захищеністю, увагою оточуючих, бути об'єктом поваги і любові); психологічні (потреба в персоналізації, самовираженні, потреба бути особистістю, а також духовні, культурні, інформаційні, естетичні потреби); біологічні (потреба в соматичному, психічному і репродуктивному здоров'ї).

Процедура дослідження складалась з двох етапів: на першому проводилась оцінка значущості функцій сім'ї для кожного з пари, на другому – ступінь виконання кожним вищезазначених функцій. Оцінка проводилась за 5-бальною шкалою від -2 до +2, отримані дані підраховувались в балах (норма 0,8 – 1).

Крім того, рівень ВА вивчали за допомогою методики D.H.Sprenkle, B.L.Fisher [4], ФС та його порушення визначали за допомогою тесту задоволеності шлюбом, який розроблений В.В.Століним, Т.Л.Романовою, Г.П.Бутенко [1] та містить шкали: абсолютно неблагополучна сім'я, неблагополучна сім'я, скоріше неблагополучна, перехідна, скоріше благополучна, благополучна, абсолютно благополучна сім'я.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами вивчення значущості функцій сім'ї для кожного з обстежених різних груп виявлені значні розбіжності, насамперед, у порівнянні між основної та контрольною групами (табл. 1 – 6). Максимально конгруентними та адекватними виявились погляди на ієрархічну значущість сімейних функцій у пар основної групи (табл. 1, 2), на відміну від осіб контрольної групи (табл. 3, 4) та молодих людей з групи порівняння (табл. 5, 6).

Аналогічні результати отримані нами при аналізі самооцінки виконання функцій сім'ї обстеженими різних груп (табл. 7 – 12). Так, серед ПП основної групи (табл. 7, 8) діагностовано однотайність оцінки стану виконання сімейних функцій, які були нормальними або вище норми. Особами контрольної групи виконання питомої ваги функцій сім'ї оцінено переважно як «дуже погане -2», «погане -1» або «невизначене 0» (табл. 9, 10), а серед ПП групи порівняння (табл. 11, 2) переважали оцінки від -1 («погане») до +1 («задовільне»).

Наступним кроком нашої роботи було дослідження порушення закономірностей формування ПП, що мало місце серед осіб контрольної

групи. Для цього ми керувались теорією щодо етапності та стадійності формування ПП, які послідовно обґрунтовані в роботах В.В.Кришталю [2, 3].

Перша стадія — створення ПП. Ця стадія проходить три етапи: романтичний і етапи психологічної і сексуальної адаптації. Романтичний етап характеризується великою захопленістю чоловіка і жінки один одним, поклонінням обранцю, зачарованістю, закоханістю. Партнери бачать тільки достоїнства один одного, дивляться «крізь рожеві окуляри», реальне сприйняття один одного знижено чи взагалі відсутнє. Етап психологічної адаптації обумовлюється реалізацією подібних придбаних і різних вроджених рис особистості, повагою ПП один одному, чесністю, толерантністю, єдністю домінуючої мотивації, ціннісних орієнтації, проведенням дозвілля, збігом інтересів, духовних цінностей, умінням чоловіка і жінки конструктивно спілкуватися при виникненні проблем. Етап сексуальної адаптації характеризується збігом сексуальної активності, відповідністю статевої ролі і сексуально-еротичної поведінки ПП. На цій стадії важливу роль грають рольові позиції обох з ПП.

Самооцінка виконання функцій сім'ї дівчатами основної групи, n = 127

Функція сім'ї	Ступінь виконання функції сім'ї														
	Дуже погане, - 2			Погане, - 1			Не могу визначити, 0			Задовільне, + 1			Добре, + 2		
	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m
Емоційна	-			-			-	0,0	0,0	101	79,5	4,0	26	20,5	4,0
Духовна	-			-			-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	127	100,0	0,0
Сексуально-еротична	-			-			-	0,0	0,0	23	18,1	3,9	104	81,9	3,9
Репродуктивна	-			-			88	69,3	4,6	39	30,7	4,6	-	0,0	0,0
Господарчо-побутова	-			-			-	0,0	0,0	94	74,0	4,4	33	26,0	4,4
Виховна	-			-			88	69,3	4,6	39	30,7	4,6	-	0,0	0,0
Соціалізації	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Соціального інтегрування	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Рольова	-			-			-	0,0	0,0	79	62,2	4,8	48	37,8	4,8
Захисна	-			-			-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	127	100,0	0,0
Збереження здоров'я	-			-			56	44,1	5,0	49	38,6	4,9	22	17,3	3,8
Персоналізації	-			-			-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	127	100,0	0,0
Психотерапевтична	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Реабілітаційна	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0

Таблиця 8

Самооцінка виконання функцій сім'ї юнаками основної групи, n = 127

Функція сім'ї	Ступінь виконання функції сім'ї														
	Дуже погане, - 2			Погане, - 1			Не могу визначити, 0			Задовільне, + 1			Добре, + 2		
	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m
Емоційна	-			-			-	0,0	0,0	101	79,5	4,0	26	20,5	4,0
Духовна	-			-			-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	127	100,0	0,0
Сексуально-еротична	-			-			-	0,0	0,0	23	18,1	3,9	104	81,9	3,9
Репродуктивна	-			-			88	69,3	4,6	39	30,7	4,6	-	0,0	0,0
Господарчо-побутова	-			-			-	0,0	0,0	94	74,0	4,4	33	26,0	4,4
Виховна	-			-			88	69,3	4,6	39	30,7	4,6	-	0,0	0,0
Соціалізації	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Соціального інтегрування	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Рольова	-			-			-	0,0	0,0	79	62,2	4,8	48	37,8	4,8
Захисна	-			-			-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	127	100,0	0,0
Збереження здоров'я	-			-			56	44,1	5,0	49	38,6	4,9	22	17,3	3,8
Персоналізації	-			-			-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	127	100,0	0,0
Психотерапевтична	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Реабілітаційна	-			-			-	0,0	0,0	127	100,0	0,0	-	0,0	0,0

Таблиця 9

Самооцінка виконання функцій сім'ї дівчатами контрольної групи, n = 114

Функція сім'ї	Ступінь виконання функції сім'ї														
	Дуже погане, - 2			Погане, - 1			Не могу визначити, 0			Задовільне, + 1			Добре, + 2		
	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Емоційна	38	33,3	4,7	40	35,1	4,8	11	2,7	1,6	25	21,9	4,1	-	0,0	0,0
Духовна	32	28,1	4,5	78	68,4	4,6	4	1,0	1,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Сексуально-еротична	27	23,7	4,3	30	26,3	4,4	-	0,0	0,0	51	44,7	5,0	6	5,3	2,2
Репродуктивна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	92	22,3	4,2	-	0,0	0,0	22	19,3	3,9
Господарчо-побутова	28	24,6	4,3	29	25,4	4,4	-	0,0	0,0	44	38,6	4,9	13	11,4	3,2
Виховна	-	0,0	0,0	12	10,5	3,1	92	22,3	4,2	10	8,8	2,8	-	0,0	0,0
Соціалізації	-	0,0	0,0	34	29,8	4,6	45	10,9	3,1	35	30,7	4,6	-	0,0	0,0
Соціального інтегрування	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	68	16,5	3,7	46	40,4	4,9	-	0,0	0,0
Рольова	58	50,9	5,0	24	21,1	4,1	-	0,0	0,0	32	28,1	4,5	-	0,0	0,0
Захисна	48	42,1	4,9	17	14,9	3,6	20	4,8	2,1	29	25,4	4,4	-	0,0	0,0
Збереження здоров'я	-	0,0	0,0	39	34,2	4,7	55	13,3	3,4	20	17,5	3,8	-	0,0	0,0
Персоналізації	26	22,8	4,2	34	29,8	4,6	14	3,4	1,8	40	35,1	4,8	-	0,0	0,0
Психотерапевтична	29	25,4	4,4	69	60,5	4,9	-	0,0	0,0	16	14,0	3,5	-	0,0	0,0
Реабілітаційна	14	12,3	3,3	73	64,0	4,8	12	2,9	1,7	15	13,2	3,4	-	0,0	0,0

Таблиця 10

Самооцінка виконання функцій сім'ї юнаками контрольної групи, n = 114

Функція сім'ї	Ступінь виконання функції сім'ї														
	Дуже погане, - 2			Погане, - 1			Не могу визначити, 0			Задовільне, + 1			Добре, + 2		
	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Емоційна	23	20,2	4,0	19	16,7	3,7	39	8,5	2,8	18	14,2	3,5	15	11,8	3,2
Духовна	56	49,1	5,0	47	41,2	4,9	11	2,4	1,5	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Сексуально-еротична	9	7,9	2,7	24	21,1	4,1	-	0,0	0,0	68	53,5	5,0	13	10,2	3,0
Репродуктивна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	92	20,1	4,0	11	8,7	2,8	11	8,7	2,8
Господарчо-побутова	11	9,6	3,0	28	24,6	4,3	-	0,0	0,0	63	49,6	5,0	12	9,4	2,9
Виховна	-	0,0	0,0	9	7,9	2,7	92	20,1	4,0	13	10,2	3,0	-	0,0	0,0
Соціалізації	-	0,0	0,0	77	67,5	4,7	19	4,1	2,0	18	14,2	3,5	-	0,0	0,0
Соціального інтегрування	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	48	10,5	3,1	66	52,0	5,0	-	0,0	0,0
Рольова	21	18,4	3,9	19	16,7	3,7	27	5,9	2,4	45	35,4	4,8	2	1,6	1,2
Захисна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	114	89,8	3,0	-	0,0	0,0
Збереження здоров'я	-	0,0	0,0	58	50,9	5,0	49	10,7	3,1	7	5,5	2,3	-	0,0	0,0
Персоналізації	17	14,9	3,6	13	11,4	3,2	33	7,2	2,6	51	40,2	4,9	-	0,0	0,0
Психотерапевтична	37	32,5	4,7	12	10,5	3,1	28	6,1	2,4	37	29,1	4,5	-	0,0	0,0
Реабілітаційна	-	0,0	0,0	67	58,8	4,9	20	4,4	2,0	27	21,3	4,1	-	0,0	0,0

Самооцінка виконання функцій сім'ї дівчатами порівняльної групи, n = 105

Функція сім'ї	Ступінь виконання функції сім'ї														
	Дуже погане, - 2			Погане, - 1			Не можу визначити, 0			Задовільне, + 1			Добре, + 2		
	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Емоційна	8	7,6	2,7	11	10,5	3,1	-	0,0	0,0	86	81,9	3,8	-	0,0	0,0
Духовна	3	2,9	1,7	9	8,6	2,8	21	20,0	4,0	72	68,6	4,6	-	0,0	0,0
Сексуально-еротична	3	2,9	1,7	21	20,0	4,0	-	0,0	0,0	69	65,7	4,7	12	11,4	3,2
Репродуктивна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	99	94,3	2,3	6	5,7	2,3	-	0,0	0,0
Господарчо-побутова	8	7,6	2,7	21	20,0	4,0	-	0,0	0,0	70	66,7	4,7	6	5,7	2,3
Виховна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	99	94,3	2,3	6	5,7	2,3	-	0,0	0,0
Соціалізації	-	0,0	0,0	32	30,5	4,6	28	26,7	4,4	25	23,8	4,3	20	19,0	3,9
Соціального інтегрування	-	0,0	0,0	41	39,0	4,9	27	25,7	4,4	37	35,2	4,8	-	0,0	0,0
Рольова	23	21,9	4,1	17	16,2	3,7	-	0,0	0,0	30	28,6	4,5	35	33,3	4,7
Захисна	16	15,2	3,6	9	8,6	2,8	6	5,7	2,3	64	61,0	4,9	10	9,5	2,9
Збереження здоров'я	-	0,0	0,0	30	28,6	4,5	32	30,5	4,6	23	21,9	4,1	20	19,0	3,9
Персоналізації	18	17,1	3,8	12	11,4	3,2	9	8,6	2,8	56	53,3	5,0	10	9,5	2,9
Психотерапевтична	-	0,0	0,0	27	25,7	4,4	28	26,7	4,4	50	47,6	5,0	-	0,0	0,0
Реабілітаційна	-	0,0	0,0	16	15,2	3,6	27	25,7	4,4	58	55,2	5,0	4	3,8	1,9

Таблиця 12

Самооцінка виконання функцій сім'ї юнаками порівняльної групи, n = 105

Функція сім'ї	Ступінь виконання функції сім'ї														
	Дуже погане, - 2			Погане, - 1			Не можу визначити, 0			Задовільне, + 1			Добре, + 2		
	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс. ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Емоційна	-	0,0	0,0	9	8,6	2,8	23	21,9	4,1	70	66,7	4,7	3	2,9	1,7
Духовна	-	0,0	0,0	31	29,5	4,6	-	0,0	0,0	68	64,8	4,8	6	5,7	2,3
Сексуально-еротична	5	4,8	2,1	51	48,6	5,0	-	0,0	0,0	43	41,0	4,9	6	5,7	2,3
Репродуктивна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	99	94,3	2,3	6	5,7	2,3	-	0,0	0,0
Господарчо-побутова	2	1,9	1,4	16	15,2	3,6	-	0,0	0,0	81	77,1	4,2	6	5,7	2,3
Виховна	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	99	94,3	2,3	6	5,7	2,3	-	0,0	0,0
Соціалізації	-	0,0	0,0	14	13,3	3,4	39	37,1	4,8	50	47,6	5,0	2	1,9	1,4
Соціального інтегрування	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	105	100,0	0,0	-	0,0	0,0
Рольова	-	0,0	0,0	32	30,5	4,6	-	0,0	0,0	40	38,1	4,9	33	31,4	4,6
Захисна	-	0,0	0,0	23	21,9	4,1	29	27,6	4,5	53	50,5	5,0	-	0,0	0,0
Збереження здоров'я	3	2,9	1,7	17	16,2	3,7	23	21,9	4,1	62	59,0	4,9	-	0,0	0,0
Персоналізації	-	0,0	0,0	3	2,9	1,7	44	41,9	4,9	50	47,6	5,0	8	7,6	2,7
Психотерапевтична	-	0,0	0,0	5	4,8	2,1	22	21,0	4,1	60	57,1	4,9	18	17,1	3,8
Реабілітаційна	-	0,0	0,0	8	7,6	2,7	11	10,5	3,1	86	81,9	3,8	-	0,0	0,0

Друга стадія — аксіологічна, на цій стадії відбувається вироблення установки і визначаються рольові позиції чоловіка — як особистості, чоловіка, хазяїна, батька, працівника (професіонала) і жінки — як особистості, жінки, дружини, господарки, матері, робітниці. Далі здійснюється формування стереотипу поведінки ПП, виконання ними функцій сім'ї.

Третя стадія — стадія особистісного росту кожного, що виявляється у формуванні соціально-психологічної компетентності — здатності членів ПП ефективно взаємодіяти в системі парних міжособистісних відносин. У цю систему входить уміння орієнтуватися в сімейних ситуаціях, правильно визначати особистісні особли-

вості й емоційний стан членів ПП, вибирати конструктивні способи спілкування з ними і реалізувати ці способи в процесі взаємодії. Для досягнення соціально-психологічної компетентності необхідне адекватне місце «Я» у системі цінностей, перевага конструктивної мотивації, високий ступінь розвитку когнітивних структур (мислення, інтелекту), висока оцінка значимості кожного члена родини як особистості.

Четверта стадія — утворення погодженого образу родини, поява в кожного з пари почуття «Ми».

Вивчення порушення стадійності та етапності становлення ПП серед осіб контрольної групи представлено у табл. 13.

Таблиця 13

Порушення стадійності та етапності становлення партнерської пари у обстежених контрольній групі, n = 114 пар

Стадія, етап	Контрольна група, n = 114					
	1 підгрупа, n = 69			2 підгрупа, n = 45		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Стадія первинної адаптації, етапи						
романтичний	38	55,1	5,0	24	53,3	5,0
психологічної адаптації	59	85,5	3,5	-	0,0	0,0
сексуальної адаптації	-	0,0	0,0	42	93,3	2,5
Стадія становлення рольових позицій подружжя, функцій сім'ї, етапи						
- аксіологічний						
відношення жінки до чоловіка як до						
особистості	54	78,3	4,1	3	6,7	2,5
чоловіка	-	0,0	0,0	40	88,9	3,1
мужу	51	73,9	4,4	45	100,0	0,0
господарю	42	60,9	4,9	9	20,0	4,0
батьку	2	2,9	1,7	-	0,0	0,0
робітнику	37	53,6	5,0	-	0,0	0,0
відношення чоловіка до жінки як до						
особистості	65	94,2	2,3	-	0,0	0,0
жінці	-	0,0	0,0	6	13,3	3,4
дружині	52	75,4	4,3	-	0,0	0,0
господарці	44	63,8	4,8	-	0,0	0,0
матері	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0
робітниці	35	50,7	5,0	-	0,0	0,0
- виконання функцій сім'ї	69	100,0	0,0	45	100,0	0,0
Стадія особистісного росту						
соціально-психологічна компетентність	69	100,0	0,0	21	46,7	5,0
адекватність в системі цінностей	69	100,0	0,0	45	100,0	0,0
конструктивна мотивація	69	100,0	0,0	34	75,6	4,3
оцінка значущості кожного члена сім'ї як особистості	69	100,0	0,0	31	68,9	4,6
Стадія формування погодженої уяви про родину, почуття «ми»						
Стадія формування погодженої уяви про родину, почуття «ми»	69	100,0	0,0	28	62,2	4,8

Отримані дані дозволили виділити серед обстежених 2 підгрупи, які відрізнялись за механізмом розвитку порушення становлення ПП та формування ПФС. До 1-ої підгрупи увійшло 69 ПП із клінічно вираженим соціально-психолог-

ічним варіантом ПФС, до 2-ої підгрупи – 45 ПП з сексуальним варіантом розвитку ПФС.

Дослідження ступеня ВА дозволило виділити чотири варіанти адаптивності шлюбу (табл. 14).

Розподіл обстежених партнерських пар в залежності від типів ВА

Тип ПП	Основна група, n = 127 пар			Контрольна група, n = 114 пар			Група порівняння, n = 105		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Адаптований	101	79,5	4,0	-	0,0	0,0	11	10,5	3,1
Відносно адаптований	26	20,5	4,0	-	0,0	0,0	28	26,7	4,4
Неузгоджений	-	0,0	0,0	69	60,5	4,9	60	57,1	4,9
Деадаптивний	-	0,0	0,0	45	39,5	4,9	6	5,7	2,3

Адаптований тип ПП (показники ВА перевищували 10 балів) переважав у основній групі – $79 \pm 4,0$ %; в групі порівняння він зустрічався у $10,5 \pm 3,1$ % випадків, в контрольній – в жодній ПП. Відносно адаптований тип ПП (показники ВА знаходились в межах 6–10 балів) був характерний для $20,5 \pm 4,0$ % основної та $26,7 \pm 4,4$ % порівняльної груп. Узгоджений тип ПП характеризувався високими показниками ВА в одного з досить низкими в іншого з ПП – цей варіант мав місце у $60,5 \pm 4,9$ % ПП контрольної та $57,1 \pm 4,9$ % порівняльної груп. Деадаптований тип ПП (показники ВА не перевищували 6 балів) виявлений серед $39,5 \pm 4,9$ % ПП контрольної і

$5,7 \pm 2,3$ % порівняльної груп – явища комплементарності не спостерігалися зовсім.

За результатами вивчення ФС ПП розподілилися наступним чином (табл. 15).

Серед ПП контрольної групи благополучних не було. Питому вагу в цій групі становили неблагополучні ($31,6 \pm 4,6$ %), скоріше неблагополучні ($36,0 \pm 4,8$ %) та перехідні ($24,6 \pm 4,3$ %) ПП. Для групи порівняння характерними виявились перехідні ($61,9 \pm 4,9$ %) та скоріше благополучні ($30,5 \pm 4,6$ %) ПП. Серед ПП контрольної групи рівномірно зустрічалися скоріше благополучні ($37,0 \pm 4,8$ %), благополучні ($30,7 \pm 4,6$ %) та абсолютно благополучні ($32,3 \pm 4,7$ %).

Таблиця 15

Розподіл партнерських пар за результатами вивчення задоволеності шлюбом

Тип ПП	Основна група, n = 127 пар			Контрольна група, n = 114 пар			Група порівняння, n = 105		
	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m	Абс.ч	%	±m
Абсолютно неблагополучний	-	0,0	0,0	9	7,9	2,7	-	0,0	0,0
Неблагополучний	-	0,0	0,0	36	31,6	4,6	-	0,0	0,0
Скоріше неблагополучний	-	0,0	0,0	41	36,0	4,8	8	7,6	2,7
Перехідний	-	0,0	0,0	28	24,6	4,3	65	61,9	4,9
Скоріше благополучний	47	37,0	4,8	-	0,0	0,0	32	30,5	4,6
Благополучний	39	30,7	4,6	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Абсолютно благополучний	41	32,3	4,7	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0

Наступним кроком роботи було визначення ступеню поразки та взаємовпливу різних чинників, які беруть участь у розвитку ПФС. Так,

при здійсненні системно-структурного аналізу ПФС серед ПП контрольної групи, нами було отримано наступні результати (табл. 16).

Таблиця 16

Системно-структурний аналіз соматогенних, психогенних і соціогенних чинників в розвитку ПФС у ПП контрольної групи

Компоненти та складові		1 підгрупа, n= 69		2 підгрупа, n= 45	
		Абс. число	%± m	Абс. число	%± m
Соціальний	інформаційно-оціночний	12	17,4 ± 3,8	45	100,0 ± 0,0
	соціокультурний	9	13,0 ± 3,4	45	100,0 ± 0,0
Психологічний		39	56,5 ± 5,0	6	13,3 ± 3,4
Соціально-психологічний		69	100,0 ± 0,0	22	48,9 ± 5,0
Біологічний	психічний	3	4,3 ± 2,0	2	4,4 ± 2,1
	нейрогуморальний	16	23,2 ± 4,2	28	62,2 ± 4,8
	генітальний	2	2,9 ± 1,7	11	24,4 ± 4,3

Серед осіб першої підгрупи максимально втраченим виявився соціально-психологічний компонент ФС. У результаті відсутності взаємного бажання порозумітися, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідності спрямованості особистості і рольових позицій ПП, невідповідності рівня домагань, а також невідповідності кожного бажаному образу в представленні іншого, цей компонент виявився порушеним в $100,0 \pm 0,0$ % випадків.

В другій підгрупі обстежуваних максимально ураженим виявився соціальний компонент ФС. Порушення соціалізації сексуальності обох з ПП, невідповідність типів їхньої сексуальної культури й етнічних особливостей сексуальності обумовило дисфункцію соціокультурної складової в $100,0 \pm 0,0$ % випадків. Інформаційно-оціночна складова соціального компоненту також виявилась порушеною у всіх ПП, що належать 2-ої підгрупи. Психологічний компонент серед ПП 2-ої групи виявився порушеним у $13,3 \pm 3,4$ % у результаті наявності в обох з ПП сексуальних комплексів, наявності негативного впливу на сексуальну поведінку особистісних особливостей, невідповідності їхніх сексуальних установок і мотивацій до вступу до сексуальних стосунків.

В результаті структурного аналізу ПФС, було виявлено, що серед ПП 1-ої підгрупи стрижневою (III ступеня) виявилися поразка соціально-психологічного компоненту ФС, а для ПП 2-ої підгрупи – соціального його компоненту, тоді як порушення інших компонентів (II ступеня) лише потенціювали виникнення та перебіг ПФС.

Аналіз результатів проведеного дослідження дав змогу виділити два варіанти (соціально-психологічний та сексуальний) розвитку ПФС серед студентських ПП.

Перший варіант — розвивається як результат невиконання наступних сімейних функцій: емоційної, духовної, рольової, захисної, психотерапевтичної, а також функцій персоналізації, соціалізації та соціального інтегрування. При цьому варіанті стрижневим є ураження соціально-психологічного компонентів ФС.

Другий варіант — зумовлений невиконанням емоційної, сексуально-еротичної та рольової функцій, відбувається за рахунок стрижневого ураження соціального компоненту ФС.

Перший варіант виникає через деякий час з прогресуванням міжособистісного конфлікту внаслідок комунікативної дезадаптації та третьому етапі формування ПП. Такі ПП в більшості випадків мають дезадаптований чи неузгодже-

ний типи ПП за рівнем ВА та абсолютно і просто неблагополучні варіанти партнерських відносин згідно ступеню задоволеності. Т.Б.Дмітрієва, Б.С.Положий (2001) характеризують такий тип ПП як «фронтна зона» [5]. Така ПП характеризується наявністю деструктивних міжособистісних відносин, що доходять до постійних скандалів, конфліктів, взаємних принижень. Між членами ПП існує виражена напруженість, несприйняття один одного, відсутня функція соціальної підтримки. Такі взаємини є факторами психічної дезадаптації, сприяють невротизації особистості. У підсумку даний тип ПП є патогенним у відношенні психічного здоров'я.

Роль пускового механізму в розвитку такого варіанту ПФС грають психогенні і соціогенні фактори. Центральною ланкою в змінах, що відбуваються, є особистість. У залежності від особистісних характеристик і механізму психологічного захисту особистість або успішно переборює стрес, або відбувається трансформація психосоматичних співвідношень — виникають невротичні, вегетативно-судинні, ендокринні реакції, що сприяють розвитку соматичної патології. Ці порушення підтримують дисстрес і самі по собі стають психотравмою, замикаючи, таким чином, порочне коло.

За другого варіанту ПФС виникає розвивається спочатку створення ПП на першому етапі формування ПП за рахунок, в першу чергу, дискомплементарності реалізації сексуальності партнерів. За рівнем ВА для таких ПП більш характерні відносно адаптовані або неузгоджені типи стосунків, а за ступенем задоволеності серед таких ПП переважають скоріше неблагополучні чи перехідні варіанти. За класифікацією Т.Б.Дмітрієвої, Б.С.Положего (2001) такий тип ПП має умовну назву «нейтральна смуга» [5]. Дефіцит в емоційній та сексуальній сферах в ПП даного типу також є факторами ризику у відношенні порушень психічного здоров'я.

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про те, що до успішного сімейного життя молодь потрібно готувати. Так, особи основної групи, у яких на початку дослідження були виявлені чинники ризику розвитку порушення сексуальної поведінки та функціонування майбутньої сім'ї, з якими на протязі 2003 – 2004 рр. проводилась психопрофілактична робота, виявились максимально успішними щодо створення партнерських стосунків на всіх рівнях взаємодії. Молодь контрольної групи, у яких також були виявлені фак-

тори ризику щодо виникнення ПФС, але які не брали участь у превентивних психопрофілактичних заходах, показали найбільшу неспроможність сформувати гармонійні партнерські стосунки. Особам з групи порівняння, у яких на

початку проведення дослідження не було виявлено ризиків формування ПФС, ці ризики з часом виявились частково притаманними, що заважало успішному функціонуванню створених ними ПП.

М.В. Маркова

ПРОБЛЕМА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И ЕГО НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины

Представлены результаты исследования студенческой молодежи на протяжении 2002 – 2005 гг. Сделан вывод о необходимости психопрофилактической подготовки молодых людей к созданию успешных партнерских семейных отношений. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 89-104).

M. V. Markova

THE PROBLEM OF FAMILY'S FUNCTIONING AND ITS INFRINGEMENTS AT STUDENT YOUNG PEOPLE

Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Substance Abuse

The results of research of student young people are presented during 2002 – 2005 years conclusion about the necessity of psychoprophilactic preparation of young people to creation of successful partner domestic relations is done. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 89-104).

Література

1. Діденко С.В. Психологія сексуальності і сексуальних стосунків: Навчальний посібник К.: Інститут післядипломної освіти Київського національного університету ім.Тараса Шевченка, 2003. – С. 318-320.
2. Кришталь В.В., Семенкина И.А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // Международный медицинский журнал. –

Харьков, 2000. – №1. – Т.6. – С.11-15.

3. Кришталь В.В., Григорян С.Ф. Сексология. Учебное пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.

4. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.

5. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

Поступила в редакцию 1.06.2006

УДК: (616.89+616.1/9): 616-008.9

*О.О. Хаустова***ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З
МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології

Ключові слова: метаболічний синдром Х, психосоматика, психосоціальні фактори, діагностика

На думку фахівців, більше 35% населення західних країн страждає від метаболічного синдрому, а серед тих, хто переступив 60-літній рубіж частка хворих складає вже 43,5% [5,7-9, 19,20]. До різкого зростання за останні десятиліття цієї «хвороби занадто розвинутої цивілізації» привели порушення в обміні речовин сучасної людини. Вважається, що головна причина виникнення цього синдрому — «сите життя». Назва цього захворювання походить від слова «метаболізм», що є синонімом такого поняття, як «обмін речовин». Характерними ознаками захворювання є наявність таких факторів, як ожиріння, артеріальна гіпертензія і гіперліпідемія. Всі ці фактори практично завжди бувають сполучені з наявністю в хворого інсулінорезистентності тканин, тобто зниженням дії інсуліну, що відповідає за процес утилізації глюкози тканинами при нормальній концентрації інсуліну. Про початок захворювання свідчать: надлишок ваги (окружність живота перевищує у жінок та чоловіків європейської раси відповідно 80 см та 94 см); постійне почуття втоми і виснаження; неясні спалахи сильного голоду і періодично виникаюче бажання з'їсти що-небудь солодке; явні емоційні розлади – дратівливість, приступи гніву, люті і панічного страху, що переходять у стан слізливості [7,21]. Виявлено наявність залежних співвідносин між метаболічним синдромом Х та такими хворобливими станами, як: ендормні психічні розлади; розлади хронобіології; енцефало- та вісцеропатії; тривожні та депресивні розлади [3,6,10-14]. Крім того, у захворілих відбувається ослаблення імунітету, через це знижується стійкість до інфекцій, виникає ризик розвитку онкологічних захворювань, настає передчасна старість.

З точки зору психосоматичної медицини, за механізмом формування метаболічного синдрому Х є хворобою тривоги і страху, прихованої агресії й алекситимії. У підсвідомості хворого під

впливом реальних або уявних фактів формується застійна тривога. Це явище описане в психологічній літературі як катастрофічне мислення. У відповідь підсвідомі механізми включають еволюційно виправдану реакцію забезпечення майбутнього за допомогою складування енергії, починається формування соматичних складових метаболічного синдрому Х. Реакція страху у відповідь на стрес запускає активацію симпатoadреналової системи, тим самим стимулює розвиток серцево-судинної патології. Особлива роль у формуванні метаболічного синдрому Х приділяється підвищеній ворожості та прихованим формам агресії, втраті почуття екзистенціальної безпеки [7,10,11,17,19,21].

Останнім часом спостерігається зближення психоаналітичного психосоматичного напрямку з соматичною медициною і патофізіологією з врахуванням мультифакторної обумовленості виникнення психосоматичних захворювань: приймають до уваги генетичні, гормональні і інші фактори, переглядають деякі концепції [1,2,5,7,22]. Це може дати пояснення тому, що майже всі психосоматичні теорії опираються на фактори ре- і десоматизації, тобто на пожвавлення онто- або філогенетично більш ранніх поведінкових структур, що викликає потім відносно стійкі шаблони реакцій («поведінка в ситуації страху», «агресія», «захист», «ригідні форми поведінки»). Як вважає П.К. Анохін [1], психосоматичні розлади є способом «компенсації» патологічної зміни біологічної матриці емоції тривоги, що виявляється психічними, вегетативними і соматичними (органными) порушеннями. У сучасній культурі існують досить специфічні психологічні фактори, що сприяють росту загальної кількості пережитих негативних емоцій у виді туги, страху, агресії й одночасно утрудняють їхню психологічну переробку. Ці особливі цінності й установки заохочуються в соціумі і культивуються в багатьох родинах як відображення більш широкого соціуму. Вони стають

надбанням індивідуальної свідомості, створюючи психологічну схильність або уразливість до розладів психіки. Можна сказати, що емоційні порушення тісно зв'язані з культом успіху і досягнень, культом сили і конкурентності, культом раціональності і стриманості, характерними для нашої сучасної культури. Ці цінності переломлюються потім у сімейних та інтерперсональних відносинах, в індивідуальній свідомості, визначаючи стиль мислення людини і хворобливі симптоми. Більше того, існує феномен ефекту зворотної дії надцінної установки: культ успіху і досягнення, при його завищеній значимості, веде до депресивної пасивності, культ сили – до тривожного уникання і відчуття безпорадності, культ раціо – до нагромадження емоцій і розростання їхнього фізіологічного компонента.

Найбільш впливовими етапами формування актуальних життєвих стратегій людини виявляються дитинство і юність як періоди збільшеної мозкової пластичності. Патологічна активація системи відповіді на стрес протягом цих критичних періодів може мати глибокий ефект на її функцію, приводячи до нахилу до патологічних станів [7,12,19]. У цих стадіях розвитку, психосоціальні травми спричиняють ряд ментальних змін, що часто закінчуються віддаленою схильністю до тривоги, депресії або до інших реакцій психіки, пов'язаних зі стресом. Хронічна активація системи відповіді на стрес сприяє збільшенню гіперглікемії, гіперхолестеринемії і потреб в інсуліні, що надалі може клінічно проявитися у вигляді метаболічного синдрому Х [21,22]. Потрібність у безпеці зберігається на протязі всього життя, а отримані в дитинстві психосоціальні травми стають підґрунтям для хвороби. Утрата, або навіть потенційна втрата любові, звичайно сприймається мозком як погроза й активізує ті ж самі механізми, як при реакції на інші стресорні фактори з подальшим формуванням метаболічного синдрому Х.

При психосоматичних захворюваннях також спостерігається алекситимія. Особливо часто вона зустрічається в осіб, що мають надлишкову масу тіла [13]. Алекситимія розглядається як фактор, що не тільки сприяє ожирінню, але й утруднює можливість втрати зайвої ваги. У пацієнтів з діагнозом ішемічної хвороби серця алекситимія зустрічається в 31-49 % випадків [3,6]. Гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, гиперурікемія, паління, зловживання алкоголем частіше зустрічаються саме в алекситимічних хворих на ішемічну хворобу серця, у зв'язку з

чим алекситимія розглядається як один з факторів ризику розвитку цих захворювань [6, 18]. При проведенні лікувальних заходів у цих випадках необхідно враховувати характерні для пацієнтів з високим рівнем алекситимії низькі показники якості життя, високий рівень тривожності [16, 18].

В безпечному навколишньому середовищі існує менша ймовірність виникнення стресорних розладів. А в сучасному стресогенному суспільстві є нагальна необхідність в навчанні схильних до стресу пацієнтів поліпшувати їхні навички подолання стресу, мінімізуючи їхню реактивність до майбутнього стресу. Страх у людей нині перетворився в тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, що набагато гірше небезпеки реальної. До цього приєднується неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. Глибоке розуміння нейроендокринології стресу має забезпечити нові інструменти для керування гіперфункцією системи реакції на стрес. Існує також певний зв'язок між ворожістю та серцево-судинними захворюваннями. Так, рівень артеріального тиску корелює з ворожістю при тривалих соціальних взаємодіях, в той час як людина є наодинці - тиск залишається в межах норми. Позитивні соціальні взаємодії також стабілізують рівень артеріального тиску в робочий час [11,14]. Агресивність, за даними дослідників, також зв'язана з ожирінням і інсулінорезистентністю - складовими метаболічного синдрому Х [10,11,17]. Так, агресивні люди схильні вести менш здоровий спосіб життя, що сприяє підвищеному ризику розвитку метаболічного синдрому. Причому, агресивність вище в соціально-економічних групах з більш низьким статусом. Автори вважають, що у людей, що сприймають світ як зону стресу, агресивність розвивається у відповідь на навколишню дійсність, а це, в свою чергу, вказує на ступінь впливу соціального середовища на людину. За даними трьохрічного обстеження дітей, високі результати при тестуванні на агресивність позитивно корелюють з вищою ймовірністю розвитку метаболічного синдрому Х [19].

Таким чином в сучасному суспільстві в умовах перманентного стресу формується психосоматична патологія. За Е.Бруннером, стресова ситуація впливає на нервову систему й активізує синтез «гормонів стресу», що, у свою чергу, є причиною розвитку метаболічного синдрому [цит.за 22]. Постійно стресована людина одночасно відчуває незахищеність перед агресив-

ним оточуючим світом та власну внутрішню нестійкість. Тобто вона тривожна, недовірлива, піддана страхам з одного боку, а з іншого боку – у неї вичерпана криза співчуття, вона тотально байдужа і повна страхів і агресії. Разом з тим, синдром Х, у всякому разі на ранніх його стаді-

ях, цілком виліковний. Лікування повинне бути комплексним (психотерапія, психогігієна, адекватна медикаментозна терапія, низькокалорійна дієта, фізичні навантаження, активний спосіб життя і т.д.) та мати на меті зміну актуальної життєвої стратегії особистості.

Матеріали та методи дослідження

Нами проводилось обстеження 316 пацієнтів в діабетологічному відділенні Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України; в ендокринологічному, кардіологічному та психоневрологічному відділеннях ДКЛ №1 та ДКЛ №2 ст. Київ. Було проаналізовано психосоціальні фактори з анамнезу життя хворих на метаболічний синдром Х за допомогою розробленої «Мульти-модальної карти обстеження психосоматичного пацієнта» з блоком тестових методик. Також були використані: шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна; шкала Зунга для самооцінки депресії; Торонтська алекситимічна

шкала; методика діагностики показників та форм агресії А.Басса і А.Даркі; опитувальник Шмішека; методика незакінчених речень Сакса-Сіднея, модифікована для психосоматичних пацієнтів; малюночний проєктивний тест [4]. Соматична діагностика метаболічного синдрому Х проводилась за рекомендаціями ВООЗ згідно з АТР III (Adult Treatment Panel) 2001 (США) та доповнень консенсусу експертів Міжнародної Діабетичної Федерації (2005) [9]. Сполучення до 3-х факторів свідчило про неповний метаболічний синдром Х (НМСХ), більше 3-х факторів – про повний метаболічний синдром Х (МСХ) (табл.1).

Таблиця 1

Діагностичні критерії метаболічного синдрому Х

Фактор ризику	Діагностичний рівень
Абдомінальне ожиріння	Розмір талії: чол. > 94 см, жін.> 80 см (для європейської раси)
Тригліцеріди	> 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
ХС-ЛВЩ	Чоловіки < 1,04 ммоль/л (< 40 мг/дл) Жінки < 1,29 ммоль/л (< 50 мг/дл)
Артеріальний тиск	> 130/85 мм рт. ст.
Глікемія	≥ 5,6 ммоль/л (> 100 мг/дл), або наявність в анамнезі діабету чи порушення толерантності до глюкози

Результати дослідження та їх обговорення

Обстеження 316 пацієнтів з різним ступенем розвитку захворювання дозволило отримати низку даних, що свідчать про відмінність в рівні психічного напруження у пацієнтів з неповним метаболічним синдромом (НМСХ) та повним ме-

таболічним синдромом (МСХ).

Так, при скрінінгу рівня депресії за шкалою Зунга найвищий середній показник, який виявився в групі МСХ (68,7 бали), відповідає рівню маскованої депресії (табл.2).

Таблиця 2

Рівень депресії за шкалою Зунга (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень депресії						
Без депресії (< 50 балів)	41	78,88	37	27,21	24	18,75
Ситуативна легка депресія (50-59 балів)	9	17,31	70	51,47	36	28,12
Маскована депресія (60-69 балів)	2	3,84	25	18,38	61	47,66
Депресія (> 70 балів)	-	-	4	2,94	7	5,47
Середній рівень депресії в групі (бали)	47,2		56,3		68,7	

Група НМСХ посідає рівень ситуативної легкої депресії (56,3 бали), а контрольна група (47,2) – без депресії. Клінічно окреслені депресії були зафіксовані в групі НМСХ (4 особи, 2,94%) та в групі МСХ (7 осіб, 5,47%). Отже, за даними обстеження, депресивні прояви є присутніми в психопатологічній палітрі пацієнтів з метаболічним синдромом Х, але вони є комплементарними, а не визначальними.

Результати обстеження за шкалою Спілбергера-Ханіна також продемонстрували відмінність показників різних груп. Так, відсоткова кількість осіб з високим рівнем реактивної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна вірогідно більша у групі НМСХ (78 осіб, 57,35%) в порівнянні з групою МСХ (34 особи, 26,36%). В свою чергу, група МСХ за цим показником майже вдвічі перевищує контрольну групу (7 осіб, 13,36%) (табл.3).

Таблиця 3

Рівень реактивної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень реактивної тривоги						
Низький рівень (< 30 балів)	13	25,00	8	5,89	12	9,37
Помірний рівень (31-45 балів)	32	61,54	50	36,76	82	64,06
Високий рівень (> 45 балів)	7	13,46	78	57,35	34	26,36

За шкалою Спілбергера-Ханіна переважна кількість осіб з контрольної групи має низький рівень особистісної тривоги (44 особи, 84,61%), з

групи НМСХ - переважно середній рівень (66 осіб, 48,53%), а з групи МСХ – переважно високий рівень особистісної тривоги (55 осіб, 42,97%) (табл. 4).

Таблиця 4

Рівень особистісної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень особистісної тривоги						
Низький рівень (< 30 балів)	44	84,61	51	37,50	28	21,85
Помірний рівень (31-45 балів)	6	11,54	66	48,53	45	35,16
Високий рівень (> 45 балів)	2	3,85	19	13,97	55	42,97

Середній рівень реактивної та особистісної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна виявився найменшим в контрольній групі (відповідно 35,4 та 26,3 бала). Пацієнти з групи НМСХ продемонстрували найвищий середній рівень реактивної тривоги (51,2 бала) та підвищення рівня особистісної тривоги (37,5 бала). В групі МСХ виявився найвищий рівень особистісної тривоги (48,1 бала), а рівень реактивної тривоги (42,6 бали) знизився в порівнянні з групою НМСХ, але залишився вище, ніж у контрольній групі (табл.5). Такий розподіл показників тривоги в досліджуваних групах свідчить про те, що в процесі формування метаболічного синдрому Х за відсутності чітко окресленої соматичної патології (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця і т.і.) існує

високий рівень психологічного дискомфорту на реактивному, а не особистісному рівні. Реактивна тривожність є результатом суб'єктивного реагування емоціями напруження, занепокоєння, заклопотаності з відповідною активацією симпатoadреналової системи. Отже, її високий рівень сприяє подальшому розвитку метаболічного синдрому Х. Особистісна тривожність свідчить про сталу диспозицію тривожного реагування суб'єкта в ситуаціях, що потребують оцінки компетентності, підготовленості та сприймаються як погрожуючі. Наявність у пацієнта нозологічно окресленої складової метаболічного синдрому Х активує особистісну тривогу (побоювання щодо стану здоров'я, майбутнього), але частково дезактуалізує плінні події в його уяві.

Таблиця 5

Середній рівень реактивної та особистісної тривоги за шкалою Спілбергера-Ханіна (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)	НМСХ (n=136)	МСХ (n=128)
Середній рівень тривоги	бали	бали	бали
Реактивна тривога	35,4	51,2	42,6
Особистісна тривога	26,3	37,5	48,1

При емоційних порушеннях у пацієнтів часто спостерігається поєднання психопатологічних феноменів. З відчуттям тривоги тісно пов'язано існування страхів у уяві пацієнта. Пацієнти з неповним метаболічним синдромом Х найчастіше вказують на наявність страху самотності, некомпетентності, зради близьких людей, тяжкої хвороби. Для пацієнтів з повним метаболічним синдромом притаманні страх самотності, безпорадності, тяжкої хвороби, смерті. Отже, при неповному метаболічному синдромі страхи в основному відносяться до сфери інтерперсональних відносин, в той час як при повному метаболічному синдромі вони стосуються безпосередньо стану здоров'я.

Дослідження останніх років стверджують, що в основі ворожості та агресії лежать насамперед страх за свою безпеку, побоювання щодо свого виживання, загальна непевність [10,11]. За нашими даними, у пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому Х спостерігається достовірне підвищення індексу ворожості (12,30 в групі НМСХ та 11,36 в групі МСХ в порівнянні з 9,96 в контрольній групі) на тлі більш стабільного індексу агресивності (в межах 17,15-17,94 по

всіх групах). Зростання індексу ворожості у пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому відбувалося за рахунок як підозрливості, так і образи (табл.6). Крім того, ми виявили перерозподіл форм агресії у вигляді зменшення показників фізичної та вербальної агресії в групах МСХ та НМСХ в порівнянні з контрольною групою. Відповідно показник фізичної агресії у групі НМСХ є найменшим (3,78), а у контрольній групі – найбільшим (5,32). Група МСХ демонструє середній результат (4,92). Аналогічні тенденції спостерігаються відносно рівня вербальної агресії (відповідно 6,26 в групі НМСХ; 7,51 в контрольній групі; 6,78 в групі МСХ). Розподіл рівнів показника опосередкованої агресії має зворотню тенденцію: найвищий в групі НМСХ (7,11), дещо менший в групі МСХ (6,24), найнижчий в контрольній групі (4,86). Отже, пацієнти з ознаками метаболічного синдрому Х реалізують агресивні почуття опосередковано, не дозволяючи собі проявів фізичної агресії та обмежуючи прояви вербальної агресії. Блокування емоційних проявів, в свою чергу, підтримує підозрливість та образу, складові підвищеного у цих пацієнтів індексу ворожості.

Таблиця 6

Показники тесту Басса-Даркі по окремих групах пацієнтів (n=316)

Показники	Контрольна (n=52)	НМСХ (n=136)	МСХ (n=128)
Фізична агресія	5,32	3,78	4,92
Вербальна агресія	7,51	6,26	6,78
Опосередкована агресія	4,86	7,11	6,24
Негативізм	2,54	3,84	3,89
Дратівливість	4,18	6,54	5,68
Підозрливість	5,68	6,63	6,12
Образа	4,27	5,67	5,24
Почуття провини	5,13	6,72	6,51
Індекс ворожості	9,96	12,30	11, 36
Індекс агресивності	17,67	17,15	17,94

Звертає на себе увагу той факт, що винайдені психопатологічні феномени у переважній кількості пацієнтів існують у вигляді емоційних реакцій, а не особистісних порушень (табл.7).

Так, за тестом Шмішека серед пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому Х ми виявили більшу відсоткову кількість осіб з тривожними рисами особистості (13,24 % в групі НМСХ, 13,28 % в групі МСХ в порівнянні з 5,77% в контрольній групі), з застріванням (11,03% в групі НМСХ, 14,06% в групі МСХ в порівнянні з 3,85 % в контрольній групі) та збудливістю (4,42% в групі НМСХ, 3,91% в групі МСХ в порівнянні з

1,92% в контрольній групі). Але у нас немає підстави стверджувати про типові зміни особистості під впливом МСХ. Навпаки, ми вважаємо, що пацієнти з тривожними, застріваними та збудливими рисами особистості преморбідно виявилися більш схильними до формування метаболічного синдрому Х .

Більшість пацієнтів з контрольної групи (28 осіб, 53,85%) демонструють відсутність алекситимії, але її середній рівень в групі відповідає зоні ризику (65,3 бали), що є відображенням утрудненості вербалізації емоційних проявів людини під впливом сучасного суспільства. В групі

НМСХ ми виявили найбільшу кількість осіб з алекситимією (76 осіб, 55,88 %), а в групі МСХ їх кількість дещо менша (54 особи, 42,19 %). Найвищий середній рівень алекситимії ми зафіксували в групі МСХ (78,1 бала). Загалом в групах пацієнтів з метаболічним синдромом кількість пацієнтів без проявів алекситимії приблизно в п'ять разів менше в порівнянні з контрольною групою (табл.8). Отримані нами дані співпадають з думкою багатьох дослідників про

те, що алекситимія виступає облігатним симптомом низки психосоматичних захворювань [12]. Тенденція до зменшення позитивних емоцій, позитивної оцінки подій життя й одночасно виразність таких почуттів, як гнів, сум і ворожість, що відображають наші дані, характеризують алекситимічних пацієнтів з метаболічним синдромом Х. В свою чергу, наявність алекситимії сприяє резистентності пацієнтів до стандартної терапії.

Таблиця 7

Чисельність осіб з рисами акцентуації особистості за тестом Шмішека (n=316)

Показники	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гіпертимність	2	3,85	3	2,21	2	1,56
Емоційність	-	-	-	-	2	1,56
Тривожність	3	5,77	18	13,24	17	13,28
Демонстративність	1	1,92	-	-	-	-
Дистимічність	-	-	2	1,47	3	2,34
Застрівання	2	3,85	15	11,03	18	14,06
Педантичність	1	1,92	-	-	-	-
Циклотимність	2	3,85	3	2,21	2	1,56
Збудливість	1	1,92	6	4,42	5	3,91
Екзальтованість	-	-	-	-	-	-

Таблиця 8

Рівень алекситимії за Торонтською алекситимічною шкалою (n=316)

Групи обстежених осіб	Контрольна (n=52)		НМСХ (n=136)		МСХ (n=128)	
	абс	%	абс	%	Абс	%
Рівень алекситимії						
Без алекситимії (< 62 балів)	28	53,85	12	8,83	15	11,72
Зона ризику (63-73 бала)	18	34,61	48	35,29	59	46,09
Наявність алекситимії (> 74 балів)	6	11,54	76	55,88	54	42,19
Середній рівень алекситимії в групі (бали)	65,3		76,4		78,1	

Ми також визначили рівень конфліктогенності системи відносин особистості пацієнтів з метаболічним синдромом Х за допомогою методики незакінчених речень Сакса-Сіднея, модифікованої для психосоматичних пацієнтів (табл.9).

Найвищий загальний рівень проблемності виявився у пацієнтів з групи НМСХ (20,59). На тлі високого рівня страхів та побоювань (1,82), відчуття провини (1,37) вони невпевнені в собі (1,46) та в майбутньому (1,48), утрудняються в його плануванні (1,34). Також вони переважно з конфліктної точки зору оцінюють відношення до батьківської (1,68; 1,47) та власної (1,39) родини, керівників (1,48) та товаришів (1,15), до минулого у цілому (1,63). У пацієнтів з групи МСХ за рахунок наявності клінічно вираженої соматичної патології, яка потребує контролю стану

здоров'я та медикаментозного лікування (серцево-судинна патологія, цукровий діабет) відбувається зниження загального рівня проблемності до 15,21 бала. У цих пацієнтів зберігається високий рівень рівня страхів та побоювань (1,38), невпевненість в майбутньому (1,32) та утруднення в його плануванні (1,43). Вони більш адаптовані до свого минулого (0,84) без відчуття провини (0,75), демонструють більш адаптивний (менш конфліктний) рівень міжособистісних та внутрішньоособистісних відносин в порівнянні з групою НМСХ. Самими адаптованими до системи відносин виявилися особи з контрольною групою. Максимальний рівень конфліктності відносин в контрольній групі не перевищує 0,85 бала (відношення до керівників) при загальному рівні проблемності 8,24 бала.

Оцінка проблемності відносин за методикою незакінчених речень Сакса-Сіднея, модифікованої для психосоматичних пацієнтів (n=316)

Показники (бали)	Контрольна (n=52)	НМСХ (n=136)	МСХ (n=128)
Середній рівень проблемності	0,52	1,29	0,95
Відношення до матері	0,53	1,47	1,18
Відношення до батька	0,74	1,68	1,29
Відношення до родини	0,45	1,36	0,87
Відношення до чоловіка (жінки)	0,37	1,39	1,02
Відношення до статевого життя	0,34	1,28	1,04
Відношення до товаришів та знайомих	0,43	1,15	0,67
Відношення до керівників	0,85	1,48	1,24
Відношення до підлеглих	0,26	0,41	0,29
Відношення до співробітників	0,59	0,62	0,64
Страхи та побоювання	0,67	1,82	1,38
Відчуття провини	0,33	1,37	0,75
Відношення до себе	0,37	1,46	1,23
Відношення до проблем у минулому	0,61	1,63	0,84
Відношення до майбутнього	0,62	1,48	1,32
Плани та цілі	0,52	1,34	1,43
Відношення до хвороби	0,27	0,65	1,12
Загальний рівень проблемності	8,24	20,59	15,21

Таблиця 10

Психосоматичні «мішені» та терапевтичний зміст комплексної програми лікування метаболічного синдрому «Сана»

СТРАХ	Ожиріння	С	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Стандартна соматична терапія ∅ Психофармакотерапія ∅ Індивідуальна психотерапія ∅ Групова психотерапія
АГРЕСІЯ	Серцево-судинні захворювання	А	
НЕБЕЗПЕКИ відчуття	Цукровий діабет 2 типу	Н	
АЛЕКСИТИМІЯ		А	

Інформативним для нас виявився також малюночний проективний тест зі створенням пацієнтами «психофізичного» портрету на основі уявлень про своє тіло. Для пацієнтів з ознаками метаболічного синдрому Х притаманий підвищений рівень стереотипізації в представленні «образу себе». При малюванні було зроблено акцент на фрагментах обличчя (очах) без відображення емоційних проявів або з гротескною усмішкою. Фігури переважно стоять в одній позі (в анфас), статичні, обтяжені, с укороченими тулубом та кінцівками або з ігноруванням кінцівок (пальці рук). Для чоловіків та жінок відмічений різний характер естетичної орієн-

тації. Жінки більш детально промальовують обличчя (очі, губи) та одягу, а чоловічі малюнки орієнтовані на демонстрацію тіла та сили. Звертає на себе увагу також низький рівень усвідомлення тілесної конгруентності пацієнтами з метаболічним синдромом, про що свідчить неврівноваженість пропорцій та розмірів малюнка. Зображення найчастіше мало позаособистісний характер, що підкреслювало низький рівень рефлексії. Пацієнти більше зорієнтовані на існуючі норми сприймання себе, ніж на відображення свого внутрішнього світу. Тому в малюнках переважають зовнішні ознаки (деталі одягу, зачіска, прикраси), а не відлуння рис характеру.

При аналізі малюнків за стилем зображення та характером промальовування окремих деталей ми відстежували зони «напруження» в окремих ділянках тіла, як прояви психосоматичних дисфункцій (статична напружена поза, приклеєна усмішка, обрублені кінцівки і т. і.).

Отримані дані дозволяють об'єктивізувати існування психопатологічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х та підтвердити важ-

ливість таких психічних феноменів, як страх, агресивність, алекситимія та відчуття відсутності екзистенціальної безпеки (тривога) в етіопатогенезі метаболічного синдрому. Надалі це було рокладено в основу комплексної програми «Сана» (табл.10), що поєднує різні тактики терапевтичної інтервенції щодо хворих на метаболічний синдром Х в якості «мішеней» психотерапевтичної і психофармакотерапевтичної інтервенції.

О.О. Хаустова

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Х

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии

Образ жизни современного человека непосредственно определяет рост заболеваемости метаболіческим синдромом Х (МСХ). Психосоматический аспект диагностики МСХ предполагает поиск диагностических маркеров, сопряженных в течение жизни с актуальной жизненной стратегией пациента. В рамках многоосевого метода диагностики мы обследовали 316 человек. Полученные данные указывают на значимость тревоги, страха, агрессии и алекситимии как диагностических маркеров метаболіческого синдрома Х, что позволило нам сформировать комплексную лечебную программу «Сана» с конкретными психотерапевтическими «мишенями». (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 105-112).

О.О. Khaustova

PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS' FAIR INVESTIGATION ON PATIENTS HAVING METABOLIC SYNDROME X

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Substance Abuse

The Lifestyle of modern person directly defines the growing such disease as metabolic syndrome X (MSX). The Psychosomatic aspect of diagnostics MSX expects searching for of diagnostic markers associate during lifes with actual life strategy of patient. Within the framework of multiaxial method of diagnostics we examine 316 persons. Our data points to importance of anxiety, fear, hostility and alexithymia as diagnostic markers of metabolic syndrome X, that has allowed us to form the complex medical program «Sana» with concrete psychotherapeutic «targets». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 105-112).

Література

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. - М., 1980. - 197 с.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств// МПЖ.- 1996.- №3.- С.112-140.
3. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца// Клини. мед. — 1997. - №11. — С.32-34.
4. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
5. Михайлов Б. В., Табачников С. И и др. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии соматоформных расстройств // Проблемы медичної науки та освіти. — 2001. - №2. - С.22-26.
6. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии// Российск. Мед. Журн. — 1998. - № 6. — С.45-47.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування.- К.: ТОВ "ДСГ Лтд", 2004.- 96 с.
8. Bao W, Srinivasan SR, Wattigney WA, Berenson GS. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood // Arch Intern Med.- 1994. - Vol.154. - P.1842-1847.
9. Barclay L. New Definition of the Metabolic Syndrome: A Newsmaker Interview With Sir George Alberti, MA, DPhil, BMCh // [http:// www.medscape.com/viewarticle/503419](http://www.medscape.com/viewarticle/503419)
10. Barefoot JC, Larsen S, von der Lieth L, Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // Am J Epidemiol. - 1995. - Vol.142. - P.477-484.
11. Brondolo E., Rieppi R., Erickson S.A. et al. Hostility, interpersonal interactions, and ambulatory blood pressure// Psychosom. Med.- 2003. - Vol.65 (6). - P.1003-1011.
12. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // Psychol. Rep. - 1994. - Vol.75. - P. 835-838.
13. Jimerson D.C., Wolfe B.E., Franko D.L. et al. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates// Psychosom. Med. — 1994. — Vol.56 (2). — P. 90-93.
14. Karlin W.A., Brondolo E., Schwartz J. Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York City traffic agents// Psychosom. Med.- 2003. - Vol.65 (2). - P.167-176.
15. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. J Psychosom Res 1996; 41: 6: 541-549.
16. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. - 1996. - Vol. 13. - P. 1.
17. Niaura R., Todaro J.F., Stroud L.et al. Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease// Health Psychology. — 2002. — Vol. 21(6). — P. 588-593.
18. Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm// Jpn. Cir. J. — 1998. — Vol.62 (6). — P.409- 413.
19. Raeikkoenen K., Matthews K.A., Salomon K. Hostility predicts metabolic syndrome risk factors in children and adolescents// Health Psychology. — 2003. — Vol. 22(3). — P.279-286.
20. Ravaja N, Keltikangas-Jdrvinen L, Keskivaara P. Type A factors as predictors of changes in the metabolic syndrome: precursors in adolescents and young adults. A 3-year follow-up study. //Health Psychol.- 1996.- Vol.15. -P.18-29.
21. Vitaliano PP, Scanlan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults// Psychosom Med.-1996. - Vol.58. - P. 489-499.
22. Wolff H. Life stress and bodily disease//Life stress and bodily disease / H. Wolff et al. (Eds.). - Baltimore: Williams, WHO. 1996.

Об'єктивізація психопатологічних расстройств у пацієнтів з метаболіческим синдромом Х

Поступила в редакцию 5.07.2006

УДК: 613.88-053.6+616.831:616.89-02

*И.Б. Даценко***ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ФОРМИРОВАНИЕМ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ВОЗБУДИМОГО КРУГА**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, формирование органического расстройства личности возбудимого типа, нарушение полового развития

Половое развитие человека тесно связано с формированием личности, и нарушение одного из этих процессов не может не сказываться на протекании второго, а значит, и на становлении психического и сексуального здоровья [1 – 6]. Однако эта важная проблема разработана недостаточно, несмотря на ее бесспорную актуальность. Не исследована, в частности, зависимость между нарушениями полового развития и типом формирующегося органического расстройства личности (возбудимого или тормозного), и отсутствие сведений о механизмах и клинических проявлениях этой зависимости резко ограничивает возможности оказания помощи больным.

В настоящем сообщении рассматривается половое развитие подростков с мозговой дисфункцией и формированием органического расстройства личности по разным типам возбудимого круга и особенности становления сексуальности при каждом из этих типов.

Под нашим наблюдением было 175 пациентов мужского пола в возрасте от 10 до 19 лет, у которых имела место мозговая дисфункция различной этиологии (хроническая внутриутробная гипоксия, асфиксия разной степени при рождении, внутричерепная родовая травма) с формированием перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга. 30 подростков такого же возраста, перенесших подобные перинатальные травмы, но без признаков нарушения формирования личности, составили группу контроля.

В соответствии с классификацией П.А.Ганнушкина – О.В.Кербикова [7], среди подростков были выделены пациенты с нарушением формирования личности по следующим типам: агрессивному (41 человек), расторможенному (15), неустойчивому (24), лабильному (69), истероидному (5) и сексуальному (21). Для этих подростков были характерны повышенная импульсив-

ность, раздражительность, частые колебания настроения с оттенком гневливости, состояния аффекта и злобы.

Всем подросткам было проведено комплексное обследование: клиническое, клинико-неврологическое; психопатологическое, направленное на выявление особенностей личности; сексологическое (изучение сомато- и психосексуального развития); психодиагностическое.

У всех больных была выявлена легкая резидуальная органическая микросимптоматика с различными сочетаниями клинических симптомов. У 67±3% обследованных было отмечено нарушение акта конвергенции (преимущественно с двух сторон); горизонтальный мелкокоразмашистый постоянный или непостоянный нистагм в обе стороны (иногда с элементами тоничности и монокулярности) был выявлен у 83±3% обследованных. У 50±3% из них наблюдалась недостаточность функции седьмой и двенадцатой пар черепных нервов по центральному типу, у 88±3% – повышение сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенных зон или анизорефлексия по продольной оси тела, легкая асимметрия брюшных рефлексов, наличие двусторонних патологических стопных знаков (преимущественно экстензорной группы).

У 50±3% пациентов определялись изменения мышечного тонуса по типу диффузной мышечной гипотонии и легкой асимметрии мышечного тонуса. У большинства обследованных (71±3%) имели место вестибуло-атактические явления в виде нарушения статики и координации – интенционный тремор и мимопопадание при выполнении координаторных проб, пошатывание в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук.

При исследовании нарушений полового развития пациентов мы исходили из концепции психосексуального дизонтогенеза. Для комплексной

клинической оценки уровня полового созревания использовали индекс маскулинизации, предложенный А.Н.Демченко с соавт., в сопоставлении с нормативными показателями полового развития подростков Северо-Восточного региона Украины [8, 9]. Стадии развития гениталий и лобкового оволосения определяли по классификации W.F.Marshal, J.M.Tanner [10]. Для изучения полоролевого поведения подростков использовали полоролевою шкалу Dur-Moll L.Szondi [11] и полоролевою шкалу ACL A.V.Heilbrun [12]. Первую применяли для определения мас-

кулинности на биогенном уровне, вторую – для характеристики маскулинных и фемининных черт личности на уровне Я-концепции (социогенном).

Полученные в исследованиях данные были обработаны методом математической статистики критериев знаков по таблицам процентов и их ошибок.

Результаты изучения полового развития подростков с мозговой дисфункцией при разных типах нарушения формирования личности возбудимого круга представлены в таблице.

Таблица 1

Характеристика полового развития подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности возбудимого круга (данные в %)

Критерии полового развития	Типы нарушения формирования личности					
	Агрессивный, n=41	Расторможенный, n=15	Неустойчивый, n=24	лабильный, n=69	истероидный, n=5	сексуальный, n=21
Соматосексуальное развитие						
ускоренное	46±8	60±13	38±10	26±5	20±20	67±10
замедленное	7±4	–	42±10	28±5	80±20	–
своевременное	46±8	40±13	21±9	46±6	–	33±10
Психосексуальное развитие						
преждевременное	44±8	7±7	29±10	23±5	20±20	57±11
ретардация	–	7±7	8±6	17±4	80±20	–
своевременное	56±8	87±9	62±10	59±6	–	43±11
Асинхронии полового развития						
простые	32±8	–	33±10	10±4	–	–
сочетанные	–	7±7	62±10	17±4	80±20	–
Полоролевое поведение						
гиперролевое	93±4	80±11	83±8	55±6	40±24	100-5
трансформированное	–	20±11	17±8	20±5	60±24	–
Психосексуальная ориентация						
гетеросексуальная	100-2	100-7	100-4	100-1	100-20	57±11
нарушенная	–	–	–	–	–	43±11

Из приведенных данных следует, что темп полового созревания был нарушен у большинства обследованных, причем наблюдалась достаточно четкая зависимость характера имеющегося нарушения от типа нарушения формирования расстройства личности. Так, ускоренное соматосексуальное развитие преобладало при агрессивном, расторможенном и сексуальном типах, замедленное – при неустойчивом и особенно при истеричном типе, а при лабильном то и другое нарушение отмечалось почти одинаково часто. Нормальное (своевременное) соматосексуальное развитие, наблюдавшееся примерно у 1/3 всех обследованных, чаще имело место при агрессивном, расторможенном и лабильном, реже при сексуальном и неустойчивом и не встречалось при истероидном типе нарушения формирования личности.

Психосексуальное развитие было преждевре-

менным более чем у половины подростков с сексуальным, а ретардация его – у подавляющего большинства – с истероидным типом нарушения формирования личности. При агрессивном, расторможенном неустойчивом и лабильном типах оно в большинстве случаев было своевременным.

У обследованных с ускоренным темпом соматосексуального развития вторичные половые признаки появлялись с некоторым опережением – на 1,5-2 года раньше по сравнению со сверстниками, а при замедленном развитии появление их запаздывало примерно на такое же время. Характерным для подростков с ретардацией пубертата было то, что в 14-15-летнем возрасте размеры яичек и пениса у них не изменялись по сравнению с препубертатом, в то время как в норме они в этот период увеличиваются.

У подростков с замедленным развитием были

слабо выражены вторичные половые признаки, тогда как у их здоровых сверстников обнаруживалось отчетливое оволосение лобка, часто и подмышечных впадин, увеличивался щитовидный хрящ, мутировал голос и появлялись на коже *acne vulgaris*. Позднее у пациентов с замедленным половым созреванием оволосение лобка происходило преимущественно по женскому типу или имела тенденция к горизонтальной линии оволосения. Спонтанные эрекции у них бывали редко и с незначительным увеличением пещеристых тел, поллюции или отсутствовали, или возникали крайне редко. У некоторых пациентов определялось нарушение пропорций тела за счет уменьшения поперечных размеров по отношению к росту, чаще формировался инфантильный тип телосложения.

Половое самосознание у всех обследованных было правильным.

Полоролевое поведение в основном на социальном уровне почти у всех подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по органическому типу было нарушено. Из той же таблицы видно, что у большинства из них, а именно у подростков с агрессивным, расторможенным, неустойчивым, лабильным и сексуальными типами нарушения формирования личности, отмечались признаки гиперролевого (гипермаскулинного) поведения, а при истероидном типе преобладала трансформация, т.е. феминное полоролевое поведение. Характерными проявлениями гиперролевого поведения были гипервозбудимость, упрямство, агрессивность, отмечавшиеся у обследованных подростков уже с раннего возраста. С 6-7 лет у них отчетливо проявлялись аффективная взрывчатость, склонность к дисфориям, когда они агрессивно вели себя по отношению к лицу, причастному к ситуации, которая вызвала дискомфорт. Такой способ разрядки психического напряжения приносил ребенку облегчение и положительные эмоции, и впоследствии, постепенно закрепляясь, становясь стереотипом, мог способствовать формированию садистических наклонностей.

Агрессивные черты личности, вязкость, тугоподвижность всех проявлений психики, сосуществующие со стремлением к лидерству, приводили к нарушению процесса социализации подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности возбудимого круга. Они отличались выраженной конфликтностью, завышенным уровнем притязаний, стремлением к властвованию, лидерству через подавление и немедленному удовлетворению любых

потребностей и желаний, отсутствием навыков эффективной коммуникации, упрощенными схемами поведения. Эти личностные особенности способствовали формированию у мальчиков-подростков не только гипермаскулинного, но, возможно, и патологического гипермаскулинного поведения.

Психосексуальная ориентация была гетеросексуальной у всех обследованных, за исключением $43 \pm 11\%$ подростков с сексуальным типом нарушения формирования личности, у которых можно было отметить тенденцию к гомосексуализму либо элементы зоофилии.

Осведомленность в области секса была недостаточной или неправильной даже с учетом возраста обследованных. Лишь несколько подростков 17 – 19 лет с лабильным и расторможенным типом нарушения формирования личности более или менее правильно ориентировались в вопросах секса.

Для подростков с нарушением формирования личности по агрессивному типу были характерны необычайно сильная эмоциональная возбудимость, взрывчатость (эксплозивность). Уже с детского возраста они проявляли нетерпимость к любым запретам и ограничениям, которая выражалась в виде взрывов гнева, протеста, нередко с агрессией. Эта склонность к грубым аффективным реакциям делала их «очень тяжелыми» в семье, школе, среди сверстников. Эмоциональные всплески возникали у этих детей по любому ничтожному поводу, но гнев, брань очень легко переходили в слезы, а агрессия в отношении других – в самоповреждения. Обычно после такого взрыва гнева они сожалели о случившемся, однако вскоре подобный эпизод повторялся снова. У подростков этой группы периодически возникали дисфории длительностью от нескольких часов до нескольких суток, когда они пытались «на ком-то сорвать зло». Некоторые из них провоцировали себе боль порезами или ожогами от зажженных сигарет. В целом они были эгоистичны, обидчивы, неуживчивы, конфликтны, слишком требовательны к окружающим, отличались вязкостью мышления, злопамятностью, навязчивостью и часто жестокостью, а большинство из них с детства – неряшливостью, болтливостью, непоседливостью. Достаточно характерна была тенденция обижать слабых, беззащитных, в том числе и животных.

Указанные личностные особенности и изменения поведения подростков с нарушением формирования личности по агрессивному типу проявлялись и в сексуальном поведении. У боль-

шинства из них отмечалась гиперсексуальность. При агрессивных чертах и тугоподвижности, инертности всех проявлений психики, сочетающихся с сенситивностью и стремлением к лидерству, нарушение процесса социализации приводило к становлению гиперролевого поведения у 93±4% обследованных с данным типом нарушения формирования личности.

На этапе формирования психосексуальной ориентации у большинства из них редуцировалась платоническая стадия либидо. Первый половой акт они совершали в возрасте 13-14 лет, часто с лицами из асоциальных групп. При анализе темпов сомато- и психосексуального развития у них выявлялись преимущественно протые асинхронии полового развития.

У подростков с нарушением формирования личности по расторможенному типу наблюдалась расторможенность потребностей и влечений, они не учитывали возможных последствий своих поступков и не принимали во внимание социальные нормы, что могло приводить к асоциальному поведению. В этой группе преимущественно (87±9%) наблюдалось нормальное психосексуальное развитие, а его ретардацию или преждевременное развитие мы отметили лишь у двух пациентов. Этапы формирования у них полового самосознания и стереотипа полоролевого поведения протекали без нарушений темпа. В то же время склонность к аффективным действиям, неспособность предвидеть последствия своих поступков и сниженная критичность обуславливали у подростков частичное и формальное усвоение половой роли. Чаще всего (80±11%) у них формировался гипермаскулинный стереотип полоролевого поведения, который способствовал микросоциальной и социальной дезадаптации больных и приводил к усвоению неадекватных способов коммуникации, особенно с лицами противоположного пола. На этапе формирования психосексуальной ориентации в результате расторможенности влечений, импульсивности, незавершенности действий, нереалистичности мотивов, слабости волевых задержек, сочетающихся с идеализацией и искаженным восприятием себя и окружающего мира, у подростков возникали неадекватные фантазии в отношении объекта платонической увлеченности.

В психосексуальном развитии при расторможенном типе нарушения формирования личности наблюдаются дисгармоничность, проявляющаяся в нарушении стадийности, этапности и фазности развития; преобладание у больных этой группы сочетанных асинхроний полового разви-

тия; полифакторная обусловленность ретардации полового развития при ведущем психогенном факторе, которая приводит к незавершенности всего процесса становления сексуальности.

Подростки с неустойчивым типом формирования органического расстройства личности отличались изменениями эмоционального состояния и поведения в виде их выраженной неустойчивости, неадекватного веселья, эйфории и резкими перепадами настроения, аффективной взрывчатостью и неудержимостью в гневе, тягой к асоциальным подростковым компаниям, нежеланием трудиться, жадой развлечений, отсутствием реальных планов на будущее, склонностью к азартным играм. У этих подростков была ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях своих поступков, у них полностью отсутствовал контроль за своими «поведенческими взрывами». Характерными были сварливость, склонность вступать в конфликты, особенно при возникновении препятствий к импульсивным действиям и порицаниях со стороны окружающих. У части подростков этой группы поведенческие расстройства характеризовались преимущественно импульсивностью и эмоциональной неустойчивостью, тогда как у другой части клинические проявления дополнялись нарушением образа своего «Я», неопределенностью целей, намерений и внутренних предпочтений, чувством внутреннего напряжения и опустошенности.

При нарушении формирования личности по неустойчивому типу у подростков с мозговой дисфункцией с раннего детства проявлялась гиперактивность – непоседливость, дефицит внимания, сочетавшиеся с определенными трудностями в усвоении навыков самообслуживания. Так, они позже своих сверстников овладевали умением держать ложку, застегивать пуговицы, шнуровать обувь и т.п., что определяет синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Школьное обучение было тяжелым испытанием и даже мучением как для ребенка, так и для его семьи. Гиперактивные дети не в состоянии были выси- деть за партой в течение всего урока. Они шумели, вскакивали, отвлекали окружающих их детей. Обычно были очень неряшливы. В пубертатный период такие дети становились сдержанней, их непоседливость и шумливость становились менее выраженными. Однако детская моторная расторможенность сменялась в подростковом возрасте поведенческой неустойчивостью, появлялись частые школьные прогулы, тяга к асоциальным молодежным компаниям. Как правило, они

искали только легких развлечений и не желали трудиться. Характерны были отсутствие планов на будущее, непереносимость дисциплины и режима, жажда шумных сборищ, неумение занять себя делом. Значительно снижена была у пациентов этой группы способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно если она требовала длительного времени и не приводила к быстрому успеху.

Психосексуальное развитие подростков с нарушением формирования личности по неустойчивому типу в большинстве случаев ($62\pm 10\%$) было нормальным, реже преждевременным ($29\pm 10\%$). При преждевременном развитии на этапе формирования психосексуальной ориентации, отличавшемся у этих подростков структурной сложностью, чаще всего редуцировалась стадия развития либидо. Первый половой акт они, как правило, совершали в подростковом возрасте (13-14 лет), часто со старшими по возрасту женщинами. Ранние половые связи были для них типичны так же, как и ранний тип мастурбации, а эротические фантазии, ласки и игры через минимальные сроки трансформировались в сексуальные. У всех подростков данной группы было нарушено полоролевое поведение, в основном оно было маскулинным, а у $17\pm 8\%$ отмечалась трансформация полоролевого поведения, т.е. фемининное поведение.

Подросткам с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по лабильному типу была свойственна крайняя неустойчивость настроения, проявлявшаяся в непредсказуемых его изменениях и колебаниях. Настроение этих подростков менялось слишком часто и слишком резко, хотя поводы для подобных коренных перемен настроения были ничтожными. Эти перемены оказывались достаточно глубокими, и от сиюминутного настроения зависели и общее самочувствие, и сон, и аппетит, и трудоспособность пациентов, желание учиться, общаться в шумной компании или уединяться. Отношение к окружающим также зависело от настроения: одни и те же люди воспринимались то как милые и удивительные, то как скучные, некрасивые с массой недостатков. В то же время эти подростки способны на глубокие чувства, на большую и преданную дружбу, искреннюю привязанность к родным. Истинные неприятности и утраты они переносили очень тяжело, у них возникали острые аффективные реакции, реактивные депрессии, тяжелые невротические срывы. При таких нарушениях формирования личности сама эмоциональная лабильность может достигать такой сте-

пени, что становится аффективной взрывчатостью. Мы наблюдали у этих пациентов подобные эмоциональные вспышки, иногда с неспособностью их контролировать.

У подростков с нарушением формирования личности по лабильному типу в большинстве случаев ($59\pm 6\%$) психосексуальное развитие было своевременным, у $23\pm 5\%$ – преждевременным, у остальных ($17\pm 4\%$) отмечалась ретардация психосексуального развития. Сексуальная активность их обычно ограничивалась легким многонаправленным флиртом и яркими ухаживаниями. Сексуальные эксцессы не наблюдались, а влечение чаще всего оставалось мало дифференцированным, что вообще способствует такому отклонению, как транзиторный подростковый гомосексуализм. Однако среди подростков, находившихся под нашим наблюдением, нарушений психосексуальной ориентации мы не выявили. В ряде случаев наблюдались простые или сочетанные асинхронии полового развития (соответственно в 10 ± 4 и $17\pm 4\%$).

Характерными чертами поведения обследованных нами подростков с нарушением формирования личности по истероидному типу являлись поверхностность и лабильность эмоций, яркие демонстративные аффекты, повышенная внушаемость, выраженный эгоцентризм, потворство своим желаниям и потакание слабостям. В поведении таких подростков ярко проявлялись склонность к самодраматизации, театральности, постоянное стремление быть объектом внимания, восхищения, одобрения. Истериические реакции у этих пациентов могли возникнуть при столкновении с малейшими трудностями, при обиде на близких людей, а истероидный эгоцентризм всегда отличался примитивностью проявлений, банальностью и неправдоподобностью фантазий. Эти подростки были неутомымы в поиске возбуждающих впечатлений и крайне озабочены своей внешней привлекательностью. Достаточно сильно была выражена у них реакция эмансипации.

Сексуальное влечение подростков с истероидным типом нарушения формирования личности не отличалось ни напряженностью, ни силой. При этом для них были характерны неадекватное обстоятельству сексуально провоцирующее поведение и выраженная яркая театральность. Однако они не афишировали своих сексуальных переживаний и уклонялись от бесед на эту тему из-за боязни оказаться на «самом престижном месте».

У подростков рассматриваемой группы выяв-

лялась, как было показано выше, преимущественно задержка темпов сексуального развития, иногда преждевременное развитие. Этап формирования стереотипа полоролевого поведения оказался у них значительно растянутым во времени, запаздывая в среднем на 3-4 года. В этот период происходило структурирование и формирующегося расстройства личности, и его патогенное влияние отчетливо проявлялось. Эгоцентризм, демонстративные формы самовыражения и самоутверждения, склонность к аффективным действиям, неспособность предвидеть последствия своих поступков и сниженная критичность обуславливали частичное или формальное усвоение подростками половой роли. Чаще всего у них формировался гиперролевой стереотип поведения, подростки вели себя подчеркнуто гипермаскулинно. Это способствовало дезадаптации в микросоциуме и приводило к усвоению неадекватных способов коммуникации с лицами противоположного пола, блокаде фаз реализации, что проявлялось уже на этапе платонических установок.

Следующий этап полового развития – этап формирования психосексуальной ориентации – отличался при данном типе нарушения формирования личности структурной сложностью, а влияние последнего было особенно выраженным. Такие личностные качества подростков, как импульсивность, незавершенность действий, слабость волевых задержек в сочетании с идеализацией и искаженным восприятием себя и окружающего мира формировали у них неадекватные фантазии в отношении объекта платонической увлеченности. Все их попытки реализовать платонические установки на основе собственных нереалистических переживаний и ожиданий без учета интересов потенциальной партнерши и реальных условий чаще всего приводили к неудаче, отказу от продолжения ухаживания, демонстративной смене объекта влюбленности, а затем нередко установлению платонических отношений одновременно с несколькими сверстницами или женщиной старшего возраста. Неудачи и следующие за ними разочарования после подобных контактов зачастую формировали избегающее поведение, которое в свою очередь способствовало остановке развития сексуальности на уровне платонического фантазирования, которое со временем могло обогащаться эротическими и сексуальными элементами.

У подавляющего большинства истероидных подростков ($80\pm 20\%$) имели место преимущественно сочетанные асинхронии полового развития, обусловленные психогенными и социо-

генными факторами.

Задержка психосексуального развития в фазе формирования эротического либидо приводила у этих подростков к закреплению незрелых форм удовлетворения сексуальных потребностей и нарастанию диссоциации между отдельными компонентами либидо. Диссоциативность структуры либидо была одним из признаков психосексуального инфантилизма и проявлялась в невозможности объединить «идеальный» образ любимой и сексуальную ситуацию. В момент возможного сексуального общения подростки, не умея правильно программировать свое поведение с потенциальной партнершей, испытывали страх, проявляли неадекватные эмоции, могли неожиданно рассмеяться или повести себя агрессивно. Сексуальный компонент либидо оказался у обследованных нами пациентов фактически несформированным.

Отдельную группу среди наших пациентов составили подростки с нарушенным сексуальным поведением в виде гиперсексуальности или изменения сексуального предпочтения. Эти отклонения мы классифицировали как нарушение формирования личности по сексуальному типу. Проявлением повышенного сексуального влечения в допубертатном возрасте у находившихся под нашим наблюдением подростков данной группы была гетеросексуальная влюбленность. Мальчики старались прикоснуться или прижаться к телу родственниц или посторонних женщин. Наиболее ярко гиперсексуальность проявлялась у них в подростковом периоде, когда инстинктивная жизнь подростка становится наиболее напряженной. Половое влечение пробуждалось у них с большой силой. Повышенное сексуальное влечение сопровождалось гомо- или гетеросексуальным фантазированием и эротическими переживаниями. В пубертатном возрасте проявлением этой формы сексуального расстройства были мастурбация с эротическим фантазированием, взаимный онанизм, рассматривание картинок эротического содержания, определенные жесты и высказывания, стремление наблюдать половые отношения взрослых.

Соматосексуальное развитие этой части подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по сексуальному типу было преимущественно ($67\pm 10\%$ случаев) ускоренным, у остальных – нормальным. Психосексуальное развитие также в большинстве случаев ($57\pm 11\%$) было преждевременным, у остальных нормальным. Полоролевое поведение у всех было гипермаскулинным.

У 43±11% подростков с нарушением формирования личности по сексуальному типу отмечались нарушения психосексуальной ориентации в виде гомосексуальных тенденций и других форм нарушения направленности либидо и его реализации.

У пациентов этой группы на фоне преждевременного психосексуального развития становление психосексуальной ориентации перемещалось на более ранние возрастные периоды (препубертатный и парапубертатный), что и приводило к искажению сексуальных проявлений, свойственных возрасту. Поэтому в этой группе подростков не всегда наблюдалась четкая гетеросексуальная ориентация. Помимо наблюдавшихся у этих пациентов тенденций к гомосексуализму, эксгибиционизму, зоофилии, у них отмечалось увлечение порнофильмами и порнографическими изображениями. Нарушение на-

правленности либидо и фиксация неадекватных форм его реализации было обусловлено переносом условных полоролевых игр на более поздние сроки при качественно ином уровне.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать заключение, что у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности по разным типам возбудимого круга в большинстве случаев имеют место нарушения полового развития, причем наблюдается зависимость характера этих нарушений от типа нарушения формирования личности. Возможность такого психопатологизирующего развития необходимо учитывать при организации диспансерного наблюдения и психологического сопровождения детей с перинатальными факторами риска и разработке системы психокоррекции, направленной на реабилитацию больных и их адаптацию в семье и обществе.

І.Б. Даценко

СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ І ФОРМУВАННЯМ ОРГАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ ЗБУДЛИВОГО ТИПУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Під час обстеження 175 підлітків з мозковою дисфункцією і формуванням органічного розладу особистості збудливого типу виявлено порушення статевого розвитку, переважно передчасний розвиток. Зроблено висновок про необхідність організації диспансерного спостереження підлітків з перинатальними чинниками ризику розвитку вказаної патології та розробки системи психокорекції, спрямованої на реабілітацію хворих та їх адаптацію у сім'ї й суспільстві. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 113-119).

I.B. Datzenko

SEXUAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS WITH A BRAIN DYSFUNCTION AND WITH FORMING AN ORGANIC EXCITABLE DISTRESS OF PERSONALITY

Kharkov medical academy of a postgraduate study

At the investigation of 175 adolescents with a brain dysfunction and with forming an organic excitable distress of personality there was revealed a disorder of sexual development – the premature development mainly. The conclusion was drawn that it is necessary to organize a clinic supervision on adolescents with prenatal risk factors of pointed pathology development and to work out the system of psychocorrection directed to rehabilitation the patients and their adaptation in family and society. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 113-119).

Литература

1. Маслов В.М., Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология: Ручов. для врачей / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т.2. – С.27-115.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.
3. Нарушения полового развития / А.М.Жуковский, Н.Б.Лебедев, Т.В.Семичева и др. / Под ред. М.А.Жуковского. – М.: Медицина, 1989. – 272с.
4. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 319с.
5. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: Феникс+, 2001. – 208с.
6. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Психогигиена пола у детей: Ручов. для врачей. – Л.: Медицина, 1986. – 214с.

7. Кербиков О.В., Фелинская Н.И. Судебная психиатрия / Под ред. Г.В.Морозова. – М.: Медицина, 1965. – С.327-347.
8. Демченко А.Н., Черкасов И.А. Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата: Метод. рекомендации. – Харьков: НИИ эндокринологии и химии гормонов. – 1978. – 23с.
9. К вопросу о недостаточности мужского пубертата / А.Н.Демченко, В.А.Бондаренко, Т.Е.Бурма и др. // Врачебная практика. – 2000. – №3. – С.76-79.
10. Marshall W.A., Tanner J.M. Variations in the pattern of pubertat changes in boys // Arch. Dis. Child. – 1970. – V.45, N13.
11. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. – Stuttgart: H.Huber, 1960. – 269s.
12. Heilbrun A.B. Human sex-role behavior. – N.Y.: Pergamon Press, 1981. – 2045p.

Поступила в редакцию 17.10.2006

УДК: 618.17-009-06:343.543

*Н.А. Шаповалова***СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН КАК ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗНАСИЛОВАНИЯ**

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины

Ключевые слова: изнасилование, отдаленные последствия, сексуальные расстройства

Сексуальное насилие представляет собой тяжелую психическую травму, которая не проходит бесследно и оставляет свои последствия на долгие годы, а иногда и на всю жизнь человека [1, 2]. Одним их наиболее частых из них является нарушение сексуального здоровья пострадавших. Статистических данных о распространенности сексуальных расстройств у жертв изнасилования в литературе нет, однако наш клинический опыт свидетельствует о том, что они имеют место у подавляющего большинства женщин, в детстве или в подростковом возрасте подвергшихся сексуальному насилию.

Сексуальная дисфункция и дезадаптация, как известно, тяжело переживаются личностью, негативно отражаются на демографических показателях, подрывают прочность брака, а нередко и приводят к разрушению семьи [3 – 5]. Это определяет большое медицинское, медико-психологическое и социальное значение данной проблемы и необходимость ее исследования.

Под нашим наблюдением в Харьковском областном психоневрологическом диспансере находились 150 женщин в возрасте от 25 до 40 лет. Все они состояли в браке и обратились за помощью в связи с сексуальной дисфункцией и супружеской дезадаптацией. Помимо сексуальных расстройств, у большинства женщин (57±3%) были диагностированы различные специфические расстройства личности (демонстративное, диссоциальное, тревожное и др.). В зависимости от характера перенесенного сексуального насилия среди них были выделены три группы, по 50 человек в каждой: первая – жертвы педофилов, вторая – жертвы эфебофилов и третья – жертвы инцеста. Следует отметить при этом, что больше половины из пострадавших (53±3%) были знакомы с насильниками.

При обследовании женщин методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [6] у них были выявлены разные клинические формы его расстройства. Полученные результаты представлены в приводимой таблице.

Таблица 1

Сексуальные расстройства у жертв насилия

Формы сексуального расстройства	Группа обследованных			Всего, n=150
	вторая, n=50	третья, n=50	четвертая, n=50	
Преимущественно навязчивые мысли и размышления (невроз ожидания неудачи), F42.0	20±6	24±6	16±5	20±3
Специфическая изолированная фобия (коитофобия), F40.2	18±5	6±3	12±5	12±3
Диспареуния, F52.6	2±2	–	6±3	4±3
Сексуальная аверсия, F52.10	6±3	8±4	6±3	7±3
Вагинизм, F52.5	4±3	12±5	8±4	8±3
Дезадаптивные формы				
сексуально-эротическая	38±7	44±7	22±6	34±3
полоролевая	4±3	2±2	14±5	7±3
социокультурная	8±4	4±3	16±5	9±3

Чаще всего, как можно видеть из представленных данных, из форм сексуальной дисфунк-

ции наблюдался невроз ожидания неудачи. Реже встречались коитофобия, вагинизм, сексуальная

аверсия и в единичных случаях – диспареуния (психогенные генитальгии). Кроме того, у всех обследованных имела место оргазмическая дисфункция, F52.3.

Статистически достоверной зависимости формы сексуального расстройства от характера перенесенного насилия (педофилия, эфебофилия, инцест) мы не выявили.

Невроз ожидания неудачи проявлялся у наших пациенток в постоянно переживаемом навязчивом опасении неудачи в половом акте. Женщины постоянно испытывали дистресс, вызванный бесконечными мыслями о неудачном сексе и рассмотрением альтернатив, причем прослеживалась связь между тягостными для личности навязчивыми размышлениями и депрессией. Женщины с тревогой ждали оргазма и боялись, что он не наступит. Перед половым актом и в начале его они испытывали нормальное сексуальное возбуждение и сексуальные ощущения, но при одной мысли об оргазме возбуждение и сексуальные ощущения исчезали. При эротических сновидениях пациентки испытывали нормальный оргазм. Больные безуспешно пытались противостоять навязчивым мыслям, понимая их необоснованность, но при длительном течении расстройства это сопротивление ослабевало.

При сексологическом обследовании женщин с неврозом ожидания было установлено, что в ряде случаев у них отмечались ретардация психосексуального развития и сочетанные асинхронии полового созревания. Тип сексуальной мотивации у большинства больных был шаблонно-регламентированным, мотив полового акта чаще всего – желание проверить себя, с этой целью женщины часто меняли позы при половом акте. Половая конституция женщин большей частью была слабой или средней. Либи́до в основном не нарушено, сексуальные ощущения, как указывалось, сохранены, но исчезали при мысли об оргазме, что приводило к аноргазмии. Тип сексуальной культуры больных – невротический. При неврозе ожидания чаще всего были нарушены психологический компонент сексуального здоровья и у всех женщин – психическая составляющая анатомо-физиологического его компонента. Характерной была активная обращаемость женщин с неврозом ожидания за лечебной помощью.

Заболевание развивалось остро, причем при анамнестическом анализе можно было установить в его генезе четкую связь с действием патогенного фактора – с перенесенным задолго до начала половой жизни сексуальным насилием.

Настоятельное желание больных провести удачный половой акт и испытать оргазм еще более дезавтоматизировало сексуальные реакции и усугубляло неудачу. При многократном повторении этой ситуации формировался патологический условный рефлекс и возникало невротическое расстройство, как личностная реакция на сексуальные затруднения.

Сексуальный фобический невроз протекал у наших пациенток в форме коитофобии. Коитофобия представляет собой страх перед половым актом, который обострялся при попытке и даже при одной мысли о половом акте, что делало невозможным его осуществление. Коитофобия, мучительная для женщин, очень тяжело переживалась ими. Для коитофобии, как и для невроза ожидания, были характерны критическое отношение к страху, чуждость его, борьба со страхом при невозможности его преодоления.

Причиной коитофобии у наших пациенток следует считать связанную с изнасилованием сексуальную психотравму, которая более чем у половины из них протекала по осознаваемым механизмам.

При обследовании методом системно-структурного анализа сексуального здоровья оказалось, что почти у половины женщин было нарушено (чаще замедлено) соматосексуальное и у подавляющего большинства имела место ретардация психосексуального развития. Наблюдались также асинхронии полового созревания, в основном сочетанные. Нередко у женщин с коитофобией отмечалось и гиперролевое поведение. Осведомленность в области секса в большинстве случаев была достаточной. Половая конституция слабая или, несколько реже, средняя, либи́до чаще слабо выражено. Сексуальные ощущения при половом акте были притуплены, иногда отсутствовали, и вследствие страха имела место аноргазмия, в то же время при петтинге сексуальные ощущения были нормальными и наступал оргазм. Как и при неврозе ожидания, у женщин наблюдались шаблонно-регламентированный (иногда гомеостабилизирующий) тип сексуальной мотивации, мотив полового акта чаще всего – желание проверить себя, и в большинстве случаев невротический тип сексуальной культуры.

У всех женщин с данной формой сексуальной дисфункции выявлялось поражение психологического компонента сексуального здоровья наряду с поражением психической составляющей анатомо-физиологического компонента и в большинстве случаев – с нарушением информа-

ционно-оценочной составляющей социального компонента.

В клинической картине коитофобии у обследованных женщин на первый план выступали эмоциональные нарушения, проявляющиеся сильным аффектом с переживанием чувства витальной угрозы, тревоги, беспокойства, которые приводили к избеганию половых контактов. Страх доминировал над любыми доводами рассудка. Критика резко снижалась при попытке совершить половой акт, вне такой попытки напряжение спадало, но отмечалось снижение настроения. В результате женщины уклонялись от попыток к половому акту, находя для этого различные причины, и, как правило, полностью отказывались от половой жизни.

На вступление в брак коитофобия у женщин влияния не оказывала, но и не ослабляла это страдание.

Диспареуния (психогенные генитальгии) у большинства женщин возникает вследствие патологической фиксации болезненных ощущений при первом половом акте, внушения болезненности дефлорации и фиксации на ожидании боли, при отсутствии готовности к половому акту, lubricации, при грубости или неопытности мужа, но у наших пациенток эта патология была следствием насильственного полового акта.

Способствовали развитию психогенных генитальгий имевшиеся у обследованных акцентуации характера (такие их типы, как эмотивный, тревожный, дистимический, застревающий), а также внушаемость и самовнушаемость, склонность к ипохондрии, вегетативная лабильность и низкий порог болевой чувствительности.

В соматосексуальном и психосексуальном развитии женщин с данной формой сексуальной дисфункции отмечалась ретардация, половая конституция была ослабленной. Наблюдался низкий уровень информированности в области секса и невротический тип сексуальной культуры.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявляет при денной патологии стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента, нарушение информационно-оценочной составляющей социального компонента, ослабление социально-психологического компонента.

Сексуальная аверсия – крайне негативное отношение женщин к половой жизни – развивалась у наших пациенток как отдаленное последствие связанной с перенесенным насилием пси-

хотравмы, причем у 2/3 из них к сексуальной аверсии присоединялась аверсия психологическая.

Приведенные в литературе результаты изучения проявлений и течения аверсии у женщин показали, что она проходит в своем развитии три фазы [7].

В первой фазе между супругами устанавливаются формальные сексуальные отношения, когда мотивом полового акта является выполнение супружеского долга. При этом отмечаются снижение сексуальной активности, сужение диапазона приемлемости и пассивное поведение женщины во время полового акта, игнорирование его предварительного периода, и жена не испытывает психосексуального удовлетворения. Во второй фазе сексуальные отношения приобретают негативный характер. Жена под любым предлогом уклоняется и даже полностью отказывается от половых актов. У нее развиваются алибидемия, сексуальная гипестезия или анестезия и аноргазмия, иногда формируется коитофобия. В первой и второй фазе развития сексуальная аверсия имеет относительный характер. В третьей фазе у женщины появляется отвращение к половой жизни вообще, презрение, отрицательное отношение к противоположному полу. Супруги полностью отказываются от интимной близости. У жены наблюдается алибидемия и аноргазмия. Сексуальная аверсия носит абсолютный характер.

Аверсия может развиваться по осознаваемым и неосознаваемым механизмам психической деятельности. выраженность сексуальной аверсии зависит от фазы развития и от того, насколько в ее формирование вовлечены психологические факторы.

Обычно присоединение сексуальной аверсии к психологической не наблюдается у супругов с высоким уровнем психологической адаптации и малой значимостью сексуальной функции для личности. Значительно чаще происходит распространение психологической аверсии на сексуальную сферу, особенно у супругов с низким уровнем общей и сексуальной культуры, снижением или полным отсутствием платонического и эротического либидо.

У большинства находившихся под нашим наблюдением женщин наблюдалась вторая, у остальных – третья фаза сексуальной аверсии и, как правило, женщины не осознавали ее связи с перенесенным в детстве или подростковом возрасте изнасилованием.

Системно-структурный анализ сексуального

здоровья показал, что у женщин с данной формой его нарушения было замедлено или ускорено соматосексуальное развитие, но чаще имели место нарушение психосексуального развития, особенно его ретардация, и сочетанные асинхронии, обусловленные психогенными и социогенными факторами. У 1/3 женщин отмечалось маскулинное полоролевое поведение. Половая конституция в большинстве случаев была слабой, хотя встречалась и средняя, и сильная. Сексуальное либидо нередко было слабо выражено, сексуальные ощущения – притуплены, что вело к гипо- и аноргазмии. В сексуальных фантазиях превалировала замена партнера. Тип сексуальной мотивации у всех женщин был агрессивно-аверсионный, мотив полового акта только выполнение супружеского долга, иногда достижение несексуальных целей, тип сексуальной культуры – невротический, примитивный, реже либеральный.

Почти у всех женщин был поражен социально-психологический компонент сексуального здоровья, несколько реже нарушены психологический компонент и психологическая составляющая анатомо-физиологического компонента.

Лишь у трех супружеских пар, несмотря на наличие сексуальной аверсии у жены, благодаря соответствию направленности личности супругов, их ролевых позиций, благоприятному сочетанию характерологических черт, носящему взаимодополняющий характер и чувству взаимной любви, сохранялся достаточно высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации.

Рассматривая механизмы формирования сексуальной аверсии, следует также отметить, что ему способствовали отмечавшиеся у мужчин, по отношению к которым жены испытывали аверсию, тревожно-мнительные и астенические черты личности.

Деадаптивные формы нарушения сексуального здоровья, как видно из данных приведенной выше таблицы, отмечались у половины обследованных нами женщин с отдаленными последствиями изнасилования. Деадаптация, естественно, является общей для жены и для мужа, хотя в ее генезе играют роль особенности личности и сексуальности каждого из них. В изучаемой нами ситуации деадаптация супругов была следствием нарушения сексуального поведения женщин, обусловленного перенесенной сексуальной психотравмой.

Сексуально-эротическая форма деадаптации развилась из-за неправильного поведения жен-

щин в предварительный период и во время самого полового акта, что было связано с отмечавшимися у них узким диапазоном приемлемости, го-меостабилизирующим или генитальным типом сексуальной мотивации, дисгармонирующим мотивом полового акта (получение оргазма) и примитивным типом сексуальной культуры.

В половом (и сомато-, и психосексуальном) развитии более чем у половины женщин с данной формой деадаптации имели место ретардация и сочетанные асинхронии, примерно у 1/3 женщин наблюдалась трансформация полоролевого поведения.

Половая конституция женщин большей частью была средней, реже слабой, сексуальное либидо нередко слабо выраженным, сексуальные ощущения притуплены или отсутствовали, у всех отмечалась аноргазмия. Тип сексуальной культуры был невротическим или примитивным.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья показал, что при данной форме сексуальной деадаптации у всех женщин поражены обе составляющие социального компонента, нарушены психологический компонент и психическая составляющая анатомо-физиологического компонента; социально-психологический компонент нередко ослаблен в результате межличностного конфликта. В некоторых случаях в результате сексуально-эротической деадаптации у женщин возникали невротические расстройства, сексуальная и психологическая аверсия.

Сексуально-эротическая деадаптация, как правило, начиналась с первых же половых актов. При этом у женщины вначале развивались сексуальная гипестезия и аноргазмия, к которым затем присоединилось снижение либидо вплоть до алибидемии. Появлялись отрицательное отношение к половой активности мужа и снижение настроения после полового сношения.

У женщин с более сильной половой конституцией деадаптация сексуального поведения дольше не приводила к формированию сексуальной деадаптации. Вместе с тем отсутствие оптимального уровня сексуального поведения способствовало возникновению дискомфорта, что изменяло их отношение к половой жизни.

Полоролевая форма сексуальной деадаптации развивается при нарушении полоролевого поведения женщин и может существовать в двух формах: трансформации полоролевого поведения, т.е. маскулинного поведения у женщин, и гиперролевого – гиперфемининного их поведения. Среди наших пациенток преобладали женщины с трансформацией полоролевого поведе-

ния, для которых были характерны самостоятельность, агрессивность, решительность, мужской стиль поведения, активность, энергичность, отсутствие кокетства, женственности.

Половая жизнь при трансформации полоролевого поведения у наших обследованных протекала неоднозначно. В одних случаях возникали трудности, особенно в начале половой жизни, имели место позднее начало половой жизни, отсутствие петтинга, игнорирование предварительного периода полового акта, узкий диапазон приемлемости, поздний возраст первого оргазма, генитальный или шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, слабый тип половой конституции. В других случаях (у женщин со средним или сильным типом половой конституции), напротив, наблюдались раннее начало половой жизни, беспорядочные связи, нередко садистические элементы в сексуальном поведении.

Гиперфемининное поведение характеризуется заострением женских черт характера и проявляется пассивностью, подчиняемостью, непомерной заботливостью по отношению к окружающим, конформностью, способностью жить интересами другого и при этом испытывать радость. В интимных отношениях для таких женщин характерна самоотдача. У наших пациентов все поведение было направлено на удовлетворение мужа, отсутствие оргазма не беспокоило их, они испытывали психосексуальное удовлетворение от того, что доставили наслаждение мужчине. Диапазон приемлемости зависел у них от требования или желания мужа. Иногда в их сексуальном поведении отмечались мазохистские проявления.

Гиперролевое поведение одного или обоих супругов может стать причиной нарушения сексуальной гармонии или усугублять его, в зависимости от сочетания девиаций полоролевого поведения в паре. Сочетание гипермаскулинного и гиперфемининного поведения в паре может приводить к псевдогармоничному супружеству. Гипермаскулинное поведение мужа в сочетании с фемининным или маскулинным поведением жены приводит к дисгармоничному браку, так же как и гиперфемининное поведение жены в сочетании с нормальным или фемининным полоролевым поведением мужа.

Почти у всех женщин с данной формой дезадаптации выявлялись задержки полового развития и очень часто – сочетанные асинхронии. Тип сексуальной мотивации был большей частью генитальный, а мотив полового акта – снятие

полового напряжения, половая конституция чаще слабая или средняя, сексуальное либидо часто слабо выражено. У 1/3 женщин с сексуально-эротической дезадаптацией отсутствовали сексуальные ощущения и у всех отмечалась гипо- или аноргазмия. Тип сексуальной культуры был большей частью невротический, реже гиперролевой.

Системно-структурный анализ позволил установить при этой форме сексуальной дезадаптации у всех женщин поражение социокультурной составляющей социального компонента сексуального здоровья, психологического его компонента и психической составляющей анатомо-физиологического компонента; в подавляющем большинстве случаев был нарушен также социально-психологический компонент.

Социокультурная форма сексуальной дезадаптации развивается вследствие расхождения типов сексуальной культуры у жены и мужа, чаще при дисгармоничном и девиантном ее вариантах у женщин. Дезадаптация у наших пациенток развивалась даже в тех случаях, когда у мужа отмечался гармоничный вариант сексуальной культуры (аполлоновский или мистический тип).

Половое развитие женщин с данной формой сексуальной дезадаптации в большинстве случаев было нарушено, причем наблюдались и ретардация, и преждевременное психосексуальное развитие, нередко также сочетанные асинхронии. Характерны недостаточная информированность в области секса, шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, мотив полового акта – получение оргазма. Половая конституция женщин была слабой или средней, сексуальное либидо у половины из них слабо выражено, сексуальные ощущения ослаблены, и у всех женщин с самого начала половой жизни отмечались низкий процент оргастичности, гипо- или аноргазмия.

При системно-структурном анализе сексуального здоровья женщин с социокультурной формой дезадаптации выявлялось стержневое поражение социокультурной составляющей его социального компонента и психической составляющей анатомо-физиологического компонента. Несоответствие типов сексуальной культуры приводило к конфликту, обуславливавшему также нарушение социально-психологического компонента сексуального здоровья.

В целом результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что у всех женщин, подвергшихся в детстве или подростковом возрасте

сексуальному насилью, имеются нарушения сексуального здоровья, проявляющиеся в первичных формах сексуальной дисфункции и сексуальной дезадаптации. В генезе этих нарушений прослеживается четкая связь с перенесенной

психотравмой, что необходимо учитывать при проведении психотерапевтической коррекции психического состояния и сексуального поведения женщин в отдаленный период после изнасилования.

Н.О. Шаповалова

СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК ЯК ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ЗГВАЛТУВАННЯ

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України

На основі обстеження 150 жінок, які зазнали у дитячому чи підлітковому віці сексуального насильства, виявлено наявні у них первинні порушення сексуального здоров'я у формі сексуальної дисфункції та дезадаптації. Описано клінічні прояви цих форм, показано роль у їх генезі психотравми, отриманої у результаті насильства. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 120-125).

N.A.Shapovalova

SEXUAL DISORDERS IN WOMEN AS RAPE REMOTE CONSEQUENCES

The institute of children and adolescents healthcare of Ukrainian AMS

On the basis of study 150 women violated in childhood or in youth the primary sexual health disorders as sexual dysfunction and desadaptation are revealed. The clinical manifestation of these forms are described and there is shown their role in genesis of psychotrauma got as a consequence of rape. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 120-125).

Литература

1. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 416с.
2. Гульман Б.Л. Сексуальные преступления. – Харьков: Рубикон, 1994. – 270с.
3. Чуприков А.П., Цупрык Б.М. Общая и криминальная сексология: Учебное пособие. – Киев: МАУП, 2002. – 245с.
4. Семенкина И.А. Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психотерапевтическая коррекция: Автореф.

- дис. ... канд. психол. наук. – Харьков, 2001. – 16с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 656с.
6. Крипаль В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.
7. Агишева А.К. Психологическая и сексуальная аверсия супругов и ее психотерапевтическая коррекция // Современные проблемы практической психотерапии: Тез. докл. Всес. конф. психотерапевтов. – Харьков, 1991. – С.4-6.

Поступила в редакцию 18.10.2006

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 615.8:616-006-08-059

*А.Ю. Васильева***ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: больные злокачественными новообразованиями, психотерапевтический подход, особенности эмоционального состояния

Согласно данным последних сессий ВОЗ вопрос онкологических заболеваний в мире признан приоритетным в силу стремительного роста заболеваемости во всем мире. Так, по данным ВОЗ, в 2000 году количество онкологических больных в мире достигло 10 миллионов, а к 2020 году эксперты предсказывают рост количества онкологических больных до 20 млн. ежегодных случаев [1].

Пациент, впервые услышавший от врача о вероятном наличии онкологического заболевания, уже на этом этапе попадает в острейшую психотравмирующую ситуацию, заключающуюся в угрозе тяжелой операции, длительного изнурительного лечения, потери важного органа, неопределенности прогноза. Известие об обнаружении опухоли резко меняет всю жизнь больного и его близких. N. Peseschkian [2], отмечая интенсивность эмоционального напряжения при постановке диагноза «рак», пишет, что заболевший воспринимает его как «послание смерти». Другие авторы говорят о «психологическом кризисе» онкологических больных, который характеризуется тревогой, чувством безнадежности, неопределенности, одиночества, пессимистичной оценкой будущего [3]. По данным Е.Ф. Бажина и А.В. Гнездилова [4], от 92 до 100% больных злокачественными новообразованиями страдают различными психическими расстройствами. Согласно N.C. Lovejoy и M. Matteis [5], только депрессия обнаруживается у трети онкологических больных. Онкологическое заболевание нередко рассматривается больными как не только физическая патология, но и как эмоциональная катастрофа, тотально нарушающая функционирование человека как личности. Результаты проведенных L.R. Degoratis [6] исследований показали, что пациенты онкологического профиля подвергаются значитель-

ному психологическому дистрессу и психическим заболеваниям, показатель распространенности которых колеблется в пределах 23-47%. Аналогичные данные были получены в исследовании, проведенном S. Greer [7]. Было наглядно продемонстрировано, что дистресс можно смягчить, а риск развития тревожного состояния или депрессивного расстройства свести к минимуму, если во время беседы с пациентом анализировать, в какой именно информации он нуждается, более тонко и избирательно сообщать плохое известие и оказывать психологическую поддержку пациентам и членам их семей, начиная с момента установления диагноза [8,9].

Детальное изучение психического и психологического состояния больных со злокачественными новообразованиями выявило наличие различных по клиническим проявлениям и степени выраженности психогенных реакций, смешанных психогенно-соматогенных и преимущественно соматогенных расстройств. Степень выраженности психогенных реакций может отличаться не только у разных больных, но и варьировать у одного и того же пациента на определенных этапах заболевания. Наиболее эмоционально насыщенными для пациентов являются момент постановки и верификации диагноза, начало лечения и обнаружение пролонгации заболевания. Еще В.Н. Герасименко [10-14] отмечал особенности психологического состояния онкологически больного в зависимости от периодов заболевания. Первый из них – поликлинический или диагностический, который начинается от момента первого контакта больного с онкологической службой: направление на консультативный осмотр онкологом, решение вопроса о необходимости специализированного противоопухолевого лечения в стационарных условиях. Этот этап является для пациентов наи-

более психотравмирующим. Типичным является общее беспокойство, выраженная тревога, ощущение полной безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. Иногда наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, сопровождающиеся агрессией, направленной на ближайшее окружение. Как правило, на этом этапе проведение психотерапевтических мероприятий затруднительно в виду состояния пациентов – они практически недоступны какому-либо виду психотерапевтического вмешательства.

Второй этап – поступление в онкологический стационар – заключается в адаптации пациента в отделении, знакомство с условиями пребывания, режимом отделения, медицинским персоналом и другими пациентами. На этом этапе наблюдается некоторое снижение интенсивности переживаний. Это, прежде всего, связано с формированием у пациентов психологической защиты: пациент допускает мысль о наличии у себя тяжелого соматического заболевания, возможно даже онкологического, успокаивая себя тем, что находится в специализированном стационаре под наблюдением квалифицированных специалистов, которые сделают все, чтобы помочь. Формирование таких установок, их стимулирование и поддержание является на этом этапе важнейшим моментом психотерапевтического воздействия. Большую роль играют беседы разъяснительного характера лечащего врача с пациентом, осмотры, назначение и проведение различных исследований, консультативные осмотры другими специалистами. Это создает у пациента впечатление активного, тщательного, многостороннего, а главное интенсивного изучения состояния его здоровья, что в свою очередь является важнейшей предпосылкой успешности проводимой терапии. В случае, когда пациент какое-то время предоставлен сам себе и не задействован в диагностическом процессе, ухудшается психическое состояние, утяжеляется степень имеющейся психогении. Это связано, главным образом, с изменившимся содержанием переживаний: страх неизбежной и тяжелой смерти сменяется нетерпением, желанием как можно скорее подвергнуться радикальному лечению, и пролонгация диагностического этапа кажется пациенту «преступной тратой драгоценного времени», так как может быть упущен уникальный момент – время, когда опухоль может быть радикально удалена. Самыми тяжелыми для пациента являются первые дни пребывания в стационаре, когда происходит адаптация

к изменившимся условиям.

Третий этап – предоперационный или предтерапевтический – охватывает период от момента информирования пациента о дне начала противоопухолевой терапии (дне оперативного вмешательства, начала химиотерапии и лучевой терапии) до наступления собственно этого дня. При получении информации о дате операции у некоторых больных возникает негативное к ней отношение: появляются мысли о недостаточно реализованных других видах противоопухолевой терапии. Подобные переживания невольно провоцируются уже прооперированными пациентами, имеющими калечащие последствия от подобного рода терапии. Основной задачей психотерапевтического воздействия на данном этапе является успокоение пациентов путем индивидуальной рациональной психотерапии, направленной на коррекцию жизненных установок.

Четвертый этап – послеоперационный (у пациентов, которым проводилось оперативное вмешательство) – от момента завершения операции до восстановления способности к самообслуживанию. Характерной особенностью данного этапа является редукция выраженности всех негативно окрашенных эмоциональных переживаний пациентов. Для большинства пациентов операция является временным психологическим облегчением состояния – своего рода переломным моментом, после которого пациента ждет выздоровление. Психотерапевтическая коррекция на этом этапе направлена на формирование и поддержание позитивных психологических установок пациента.

Пятый этап – выписка – от момента подготовки пациента к выписке и охватывает дальнейшее пребывание дома. Этот этап производит обманчивое впечатление самого легкого из всех этапов пребывания пациентов в онкологическом стационаре, поскольку пациенты испытывают чувство облегчения, когда после стольких эмоциональных потрясений они выписываются домой. Однако большинство пациентов также испытывают неуверенность в своем будущем, сомнительным представляется возобновление прежней трудовой деятельности, тревожна перспектива возвращения домой в качестве инвалида. В высшей степени психотравмирующими являются предположения пациентов о неполном, частичном выздоровлении, об отсутствии эффективных радикальных средств лечения, необходимость дальнейшего наблюдения онкологами и продолжения противоопухолевой терапии пу-

тем адьювантной химио- и лучевой терапии. Подобная информация должна преподноситься пациенту максимально щадяще с соблюдением психотерапевтической направленности беседы лечащим врачом.

Общей чертой выделенных периодов является неопределенность исхода ситуации и тревожное ожидание личностью грядущих событий [15]. Такую ситуацию пациент не может сам разрешить, поскольку ее исход ему неподвластен.

На любом этапе лечения у больного имеются психологические защитные ресурсы, помогающие адаптироваться к сложившейся ситуации, и они должны быть использованы в психотерапевтической работе с этими пациентами. Факторы, которые помогают психологической адаптации или препятствуют ей, были изучены и оценены в исследованиях Р. Maguire, А. Howell [16]. Среди них – факторы адаптации, обусловленные болезнью, больным человеком, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации. К факторам адаптации, обусловленным болезнью, относятся, прежде всего, стадия заболевания, локализация опухоли, основные клинические симптомы и прогноз заболевания; требуемое лечение, побочные эффекты терапии и возможные осложнения; изменение структуры и функции тела. К факторам адаптации, обусловленным самим больным человеком, можно выделить следующие: интраперсональные (эмоциональные, философские, религиозные влияния и убеждения); социальные (человек в обществе, общественное положение, семейный статус, наличие детей); интерперсональные (семья и внутрисемейные взаимоотношения, друзья, социальная поддержка); психологические взаимоотношения с медицинским персоналом. К факторам адаптации, обусловленным обществом, относятся следующие: открытое обсуждение диагноза или его секретность; знание возможности и вариантов лечения и прогноза. Среди факторов, препятствующих адаптации, необходимо отметить социальную изоляцию, низкий социально-экономический статус, пессимизм в отношении к жизни, отсутствие надежды на выздоровление, недавние потери, стрессы, психологические травмы, ригидность приспособляемости, сопутствующие психические заболевания, употребление психоактивных веществ.

По наблюдениям Е. Кьблер-Росс [17] в поведении онкологических больных можно выделить несколько этапов психологической переработки той жизненной ситуации, в которой они оказались. Установлено, что большинство больных

проходит через пять основных стадий психологической реакции: отрицание или шок; гнев; «торговля»; депрессия и принятие.

Первая стадия (отрицание или шок) очень типична. Пациент не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Отрицание действует как психологический защитный механизм, предохраняющий сознание от невыносимых мыслей и переживаний. Пациент начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте пациент может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу.

В.А. Ромасенко и К.А. Скворцов [18] связывают анозогнозию у онкологических больных с токсическим влиянием далеко зашедшей болезни. По мнению J. Bronner-Husar [19], У. Fleigenberg [20], А. Peck [21], механизмом, обеспечивающим психологическую защиту больного, является вытеснение, понимаемое с позиций психоанализа.

Вторая стадия (гнев) характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращенной на врачей, общество, родственников. Больного охватывает гнев: он может вылиться в ярость, возмущение или зависть к тем, кто здоров.

Третья стадия — это попытки «выторговать» как можно больше дней жизни у самых разных инстанций, попытка заключить сделку с судьбой.

На четвертой стадии пациент понимает всю тяжесть своей ситуации. Как правило, наступает депрессия: впадает в отчаяние и ужас, у него опускаются руки, перестает бороться, теряет интерес к житейским проблемам, оставляет свои обычные дела, отдаляется от людей, закрывается дома и оплакивает свою судьбу.

Пятая стадия — это наиболее рациональная психологическая реакция, но до неё далеко не каждый доходит. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких. Лишь немногим больным удается дожить до заключительной стадии - принятия.

Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Таким образом, знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической и психотерапевтической коррекции на всех эта-

пах лечебно-диагностического процесса [22].

Получены убедительные данные многочисленных научных исследований, подтверждающие эффективность психосоциальных вмешательств у больных онкологического профиля, о чем свидетельствуют некоторые оценки исходов заболевания [23,24].

Большинство предлагаемых методов психологического воздействия как вспомогательного средства в дополнение к специальной врачебной помощи пациентам с недавно установленным диагнозом онкологического заболевания направлены на то, чтобы предотвратить дистресс и улучшить способы совладания с ним. Доказано, что пациенты, у которых преобладающий стиль совладания характеризуется “тревожной поглощенностью” или “беспомощностью”, часто плохо адаптируются. Кроме того, они подвержены более высокому риску развития психического заболевания, чем пациенты, которые способны позитивно переоценить свое затруднительное положение и в процессе преодоления дистресса демонстрируют “бойцовский дух” [25]. Такие бихевиоральные техники как, например, специальная релаксация и управляемое воображение, положительно влияют на настроение и качество жизни во время лечения [26]. Клиническая полезность (например, меньшее количество жалоб на боли, реже наблюдаемая тошнота, вызываемая химиотерапией, меньшее количество случаев отказа от лечения, уменьшение количества консультаций у врачей общей практики и консультантов) и терапевтическая эффективность (например, стойкая психологическая адаптация) таких психологических вмешательств уже не вызывают сомнений [27, 8].

К эффективным методам психологического воздействия относятся также и краткосрочное ориентированное на информацию, психологическое консультирование, когнитивная психотерапия для пациентов с более тяжелой депрессией и групповая психотерапия в качестве более долгосрочного метода лечения [1].

Конечно, готовых и пригодных для всех рекомендаций не существует. В каждом случае психотерапевтический подход индивидуален, но основа выздоровления у всех одинаковая – это не пассивное ожидание излечения, а активная, совместно с врачами, борьба за свое здоровье.

Исследователями была выявлена зависимость между продолжительностью жизни онкологического больного и его отношением к болезни. Так, S. Greer [27] показал, что у пациентов реагирующих на онкологическое заболевание «от-

рицанием», готовых «сопротивляться» болезни на всех этапах лечения, продолжительность жизни выше, чем у пациентов с противоположным стереотипом поведения, т.е. неспособных адаптироваться к жизни после установления диагноза и пассивно подчиняющихся обстоятельствам.

Значение психотерапии в комплексном лечении больных с онкологическими заболеваниями всё более возрастает. Применение психотерапевтических методов в лечении злокачественных новообразований позволяет, прежде всего, повысить качество жизни пациентов, оптимизировать проведение лечебно-реабилитационного процесса и улучшить их социально-психологическую адаптированность к семейному, бытовому и производственному окружению [28, 29], хотя имеется ряд работ, в которых высказывается предположение о возможном непосредственном влиянии психотерапевтических воздействий на механизмы саногенеза при опухолевых процессах посредством активизации иммунной системы, впервые описанными К. Саймонтоном, С. Саймонтоном [30], чья онкопсихотерапевтическая программа является в онкологии наиболее известной и признанной. Она помогает активизировать самоисцеляющий потенциал пациента, способствует увеличению эффективности проводимой противоопухолевой терапии. Значительно уменьшает побочные эффекты во время лечения, чем, безусловно, улучшает психологическое и физическое состояние пациентов.

Проведение больным онкологического профиля различных видов психотерапевтического воздействия (сознательная саморегуляция, терапия прослушиванием специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации (метод Natura Sound Therapy – NST), релаксация, креативная визуализация, медитация, биологически обратная связь, аутосуггестивная терапия и т.д.) является предпосылкой обретения больными необходимого для борьбы с болезнью психологического комфорта.

Особое внимание в работе с пациентами должно уделяться объяснению больным, проходящим противоопухолевое лечение, положительных и необходимых для выздоровления механизмов воздействия полихимиотерапии или лучевой терапии, с последующим ориентированием пациентов на позитивное принятие указанного лечения.

В проводившихся исследованиях [31] была доказана связь между пониманием и мотивированностью больного к позитивному принятию

противоопухолевого лечения, и эффективность проведения этого лечения, а также уменьшением побочных негативных эффектов.

Как отмечает Д.С. Чернавский [32], положительный успех психотерапии возможен при соблюдении следующих обязательных условий: во-первых, пациент должен знать о своем состоянии; во-вторых, у пациента должна возникать уверенность, что ему повезло (например, как раз найдено новое лекарство и именно этим препаратом проводится противоопухолевое лечение); в-третьих, уровень ожидания положительного эффекта не должен быть слишком высоким, а время ожидания должно быть достаточно большим (в противном случае стимул исчезает, наступает разочарование, надежда уменьшается) и даже в случае несовпадения положительного прогноза с реальностью должна оставаться надежда на то, что в будущем ожидаемый результат наступит. Выполнение первого условия зависит в основном от врача, второго и третьего – в большей степени от пациента и его социального окружения. Перечисленные условия дополнительные (в смысле принципа дополнительности Бора). Так, второе означает, что пациент должен смириться со своим положением, не ожидать скорейшего выздоровления и не предпри-

нимать для этого активных шагов, а терпеливо продолжать назначенное лечение. Третье условие означает, что смирение не должно привести к пассивному ожиданию конца и жажда жизни должна сохраняться на достаточно высоком уровне. Существуют и дополнительные условия, которые в отдельных случаях становятся необходимыми: концентрация энергии в виде гнева, необходимая для работы с визуализированным образом опухоли (с возможным в дальнейшем «уточнением» гнева до чувства терпения – обязательное третье условие); в случае, когда у пациента есть высоко значимая проблема потери близкого человека, работы, веры, необходим возврат надежды на полноценную жизнь без потерян (или возврат потерянного); умение принимать жизнь в любом ее виде, смирение.

Исходя из вышеизложенного, очевидна необходимость использования различных психотерапевтических методов в комплексном лечении больных злокачественными новообразованиями, что в свою очередь не только повысит эффективность противоопухолевой терапии, но и будет способствовать формированию адаптивных механизмов психологической защиты, и, в конечном итоге, повысит качество жизни онкологических пациентов.

Г.Ю. Васильева

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведено загальні особливості психологічного та емоційного стану хворих на онкологічну патологію відповідно до різних етапів лікувально-діагностичного процесу, основні напрямки та методи психотерапевтичного підходу у комплексному лікуванні цього контингенту хворих, обґрунтовано необхідність застосування різних методів психотерапевтичного втручання задля підвищення ефективності протипухлинного лікування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 126-131).

A.Yu. Vasylyeva

PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPUTIC WAY IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE ONKOLOGICAL PATIENTS

Donetsk state medical university by M.Gorky

The general peculiarities of the psychological and emotional conditions of the ontological patients depend of the different stage of the diagnostic and treatment; the general ways and methods psychotherapy of these patients are in the article. Necessity of the using various methods of the psychotherapy for decreasing effects of the antitumour therapy is ground. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 126-131).

Литература

1. Montgomery C. Psycho-oncology: a coming of age? // Psychiatric Bulletin 1999. – N 23. - P. 431-435
2. Peseschkian N. Психосоматика и позитивная психотерапия // М.: Медицина, 1996. – 464 с.
3. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1996. – Т. 42. - № 5. – С.86-89.
4. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Цейтин Г.П. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях // Методические рекомендации. – Ленинград, 1987. – 21 с.
5. Lovejoy N.C., Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives // Cancer Nurs. – 1997. – V. 20. - N 3. – P. 155-167.
6. Degoratis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence

- of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of the American Medical Association*. - 1983. - N 249. - P. 751-757.
7. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // *Psycho-oncology*. - 1994. - N 3. - P. 87-102.
8. Fallowfield L., Ford S., Lewis S. No news is not good for news: information preferences of patients with cancer // *Psycho-oncology*. - 1995. - N 4. - P. 197-202.
9. Butow P.N., Kazemi J.N., Beeneey L.J. et al. When the diagnosis is cancer // *Cancer*. - 1996. - N 77. - P. 2630-2637.
10. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. - М.: Медицина, 1977. - 144 с.
11. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Дорогова Е.В. Организация реабилитации онкологических больных. // *Вопр. онколог.* - 1981. - № 7. - С. 9-13.
12. 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.
13. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Артюшенко Ю.В. К вопросу о психологической реабилитации онкологических больных // *Вестн. АМН СССР*. - 1981. - № 8. - С. 90-92.
14. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. - М.: Медицина, 1988. - 272 с.
15. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Дис. ... канд. психол. наук - М., 1980. - 18 с.
16. Maguire P., Howell A. Improving the psychological care of cancer patients. // *Psychiatric Aspects of Physical Disease* (eds A. House, R. Mayou, C. Mallinson). London: Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. - 1995. - 238 p.
17. Кьблер-Росс Е. Interviews mit Sterbender Kreuz-Verlad. Berlin, 1986. - 256 p.
18. Ромасенко В.А., Скворцов С.А. Нервно-психические нарушения при раке. М. 1966. - 371 с.
19. Bronner-Husar J. Cancer rehabilitation // *Psychosomatics*. - 1971. - V. 12. - P. 133-138.
20. Fleigenberg Y. *Psicologica sumunker pa cancervas dew.* - Stockolm, 1963. - 214 p.
21. Peck A. Emotional reactions to having cancer // *Cancer (Philad.)*. - 1972. - V. 22. - P. 284-295.
22. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психологические и психосоматические проблемы онкологии // *Клиническая медицина*. - 2003. - № 8. - С. 57-59.
23. Stein S., Hermanson K., Spiegel D. et al New directions in psycho-oncology // *Current Opinion in Psychiatry*. - 1993. - N 6. - P. 838-846.
24. Fawzy F.I., Arndt L.A. et al. Critical review of psychosocial interventions in cancer care // *Archives of General Psychiatry*. - 1995. - N 52. - P. 100-113.
25. Greer S., Moorey S.A., Watson M. et al. Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs. clinical ratings // *Journal of Psychosomatic Research*. - 1989. - N 33. - P. 373-377.
26. Walker L.G., Walker M.B., Ogston K. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy // *British Journal of Cancer*. - 1999. - N 80. - P. 262-268.
27. Greer S., Baruch J.D.R. et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial // *British Medical Journal*. - 1992. - N 304. - P. 675-680.
28. Стукалова Л.А., Кравец Б.Б., Боков С.Н. О типологии отношения к психотерапевтическому лечению больных с онкологическими заболеваниями // *Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи)* / Под общ. ред. И. И. Кузько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 354–356.
29. 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. 46-47.
30. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб.: Питер, 2001. — 288 с.
31. Spigel D. Cancer and depression // *British Journal of Psychiatry*. - 1996. - N 168 (suppl. 30). - P. 109-116.
32. Чернавский Д.С., Воронов М.В., Гримблат С.О., Родштат И.В. Психотерапия в комплексном лечении онкологической патологии // *Международный медицинский журнал*. - 2003. - № 4. - С.27-32.

Поступила в редакцию 12.09.2006

УДК: 616.895.4-036.12-077

*В. І. Пришляк, О. О. Фільц***ПРОБЛЕМА ХРОНІФІКОВАНИХ ДЕПРЕСІЙ У ПСИХІАТРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ
ЧАСТИНА І**

Львівський державний медичний університет ім. Д.Галицького

Ключові слова: депресивні розлади, хронічні депресії, хроніфікація, терапевтично резистентні депресії.

Вивчення клініки депресивних станів залишається й до сьогодні одним із головних напрямків психіатричних досліджень. Це пов'язано не лише із введенням у клінічну практику щораз новіших антидепресантів, але й зі значною поширеністю депресії в загальній популяції. За даними дослідників на різні види депресій страждає від 3 до 6 % від усього населення [8, 9, 33, 34, 36, 37, 47, 84], кожна восьма людина у світі хоча би раз протягом життя потребує проведення спеціальної тимоаналептичної терапії [33, 44], 18 – 25 % жінок і 7 – 12 % чоловіків, принаймні, один раз за життя перенесли чіткий депресивний епізод, 6 % жінок і 3 % чоловіків при цьому лікувались стаціонарно, у 70 % випадків після першого депресивного епізоду спостерігаються рецидиви захворювання, 15 % депресивних хворих завершують життя самогубством [33], а у 60 % людей що загинули внаслідок самогубства було виявлено депресивні розлади [34, 38]. Згідно з прогнозом ВООЗ до 2020 року депресія буде посідати друге місце після ішемічної хвороби серця серед причин інвалідності [26, 47].

Частота депресій серед населення продовжує зростати: від 0,2 % загальної популяції на початку століття до 4 % у 1990-х роках [36]. Така ж тенденція спостерігається і по Україні: в період з 1973 по 2000 роки кількість зареєстрованих депресивних розладів зросла з 2,27 % до 3,8 % від загальної популяції [38]. В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка пов'язують таке стрімке зростання депресивної патології із трансформацією культури суспільства з індустріальної в постмодерністську, руйнуванням традиційного стилю життя, витісненням людства з реального спілкування у віртуальний світ, що, на думку авторів, сприяє формуванню депресивного світогляду [38]. А. Б. Смулевич [47] вказує, що факторами, які спричиняють таке зростання частоти депресій є процеси урбанізації, стресогенні події, зростання середньої тривалості життя (відомо,

що депресії становлять 40 – 60 % від усієї психічної патології похилого віку [18, 46, 54, 66, 72]), міграція, більш якісне виявлення депресивних розладів, у тому числі – у пацієнтів загальноомедичної мережі. Депресія є одним з найпоширеніших розладів не лише в психіатричній, але і в загальносоматичній практиці, де її частота сягає 22 – 33 % і переважає частоту такого поширеного захворювання, як артеріальна гіпертензія [47]. Все це має наслідком зростання затрат, пов'язаних із лікуванням, реабілітацією, госпіталізацією, непрацездатністю хворих на депресії. У США протягом останніх 10 років витрати на лікування депресій становили по 30 – 45 мільярдів доларів на рік, а антидепресанти займають перше місце серед новостворюваних фармпрепаратів [34, 38].

Зрозуміло, що при такій тенденції поширення депресивних розладів особливої гостроти набуває проблема хронічних депресій, у якій всі вказані соціальні, економічні та демографічні аспекти виявляють себе у найбільшій мірі. Нижче ми розглянемо сучасний стан цієї проблеми з різних клінічних позицій.

1) Епідеміологія затяжних депресій

Незважаючи на очевидний прогрес в психофармакотерапії, за останні десятиліття дослідники відмічають зростання частоти затяжних депресій саме з хронічним перебігом, а в багатьох випадках – і з резистентністю до тимоаналептичної терапії [1, 2, 6, 8, 9, 12, 13, 28, 39, 47, 55, 76, 91]. Згідно даних Н. S. Akiskal та співавторів [56], від початку ХХ століття несприятливий перебіг депресії почастишав від 5 до 15-28 %. Близько 10 – 15 % депресій, незалежно від інтенсивності та адекватності проведеної терапії, набувають хронічного перебігу і тривають понад 2 роки [33]. За даними А. Б. Смулевича у 40 % випадків депресивна фаза триває понад 1 рік, у 20 % - понад 2 роки, у 17 % - протягом цілого життя [47]. Згідно досліджень проведених R. Kessler, у 90-х роках в США поширеність

хронічних депресій серед населення становила 3 – 5 %, а їх частка від усіх випадків депресій – 30 – 35 % (цит. за А. Б. Смулевичем [47]). Депресії набувають хронічного перебігу у 30% жінок та 10% чоловіків [91]. Депресія триває понад 5 років у 24 % випадків при уніполярному і у 11% - при біполярному перебігу [69]. Згідно спостережень В. Краснова саме такі затяжні депресії посідають перше місце за тривалістю зниження працездатності серед психічних розладів і четверте – серед загальномедичних захворювань [26]. Хроніфіковані депресії пов'язані зі значними витратами на лікування і реабілітацію та потребують сьогодні розробки спеціальних терапевтичних підходів.

2) Тенденції сучасного патоморфозу депресій

Одним із чинників, що сприяють підвищенню частоти хронічних депресій у загальній популяції, вважається сучасний патоморфоз депресивних розладів. Більшість дослідників відмічають появу великої кількості “стертих”, субклінічних, “маскованих” депресій з атиповою клінікою, дисгармонійністю депресивного синдрому, висуненням на перший план невротичних, соматизованих, вегетативних розладів, які приховують власне тимопатичний компонент депресії [2, 3, 10, 24, 28, 34, 49, 61 – 63, 85, 86, 103]. Дедалі частіше спостерігається затягування фаз і хроніфікація депресій з формуванням “депресивного стилю життя” [38]. Більшість авторів [1 - 3, 12, 14, 31, 33, 38, 41, 76] головною причиною несприятливих тенденцій патоморфозу, в тому числі і хроніфікації депресій, вважають непослідовне, неадекватне і недостатньо інтенсивне лікування. На думку Г. Я. Авруцко-го, найбільш типові картини депресій із нудогою, загальмованістю, почуттям провини, добовими коливаннями та іншими вітальними проявами, які мають чітко фазний перебіг, характерні для “свіжих”, ще не лікованих депресій, тоді як тимоаналептична терапія призводить до пом'якшення вітальних проявів афекту, видозмінює клінічну картину в бік атиповості і підвищує ризик хроніфікації [1 – 3, 19]. Разом з тим, слід зазначити, що тенденцію до хроніфікації депресій неможливо звести лише до тимоаналептичного патоморфозу. Адже затяжні депресії з хронічним перебігом були описані ще задовго до впровадження в клінічну практику перших антидепресантів, а значна частина депресій і в наш час набуває хронічного перебігу без використання в терапевтичному процесі тимоаналептиків. Популяційні ж і культуральні чинники патоморфозу [38] описані в літературі досить

поверхнево і розглядаються радше як другорядні. Очевидно, що ці чинники тісно пов'язані із особистісними, психологічними та світоглядними факторами, які, на жаль, не знаходять належного висвітлення в літературі і рідко бувають об'єктом спеціальних досліджень [81].

Аналіз літератури, присвяченої хроніфікованим депресіям, дозволяє умовно виділити наступні головні проблемні питання у дослідженні таких станів: I. Визначення критеріїв хроніфікованих депресій; II. З'ясування передумов і факторів хроніфікації; III. Клінічна предикція хроніфікованих депресій; IV. Вивчення механізмів хроніфікації; V. Розробка адекватної терапевтичної тактики щодо депресій, в тому числі, напрацювання способів подолання терапевтичної резистентності.

У подальшому викладі пропонуємо детальніше розглянути перших чотири проблемні питання, у зв'язку з тим, що п'яте, через велике число присвячених йому праць і більш прикладний характер, на нашу думку, потребує окремого огляду. Таким чином, у першій частині огляду ми розглянемо критерії та передумови хроніфікації депресій, а у другій – питання предикції хроніфікованих депресій, їх типологію та механізми формування.

I. Критерії хроніфікованих депресій

Попри велику зацікавленість дослідників проблемою хроніфікованих депресій доводиться констатувати, що на сьогоднішній день немає універсального визначення хронічного чи затяжного перебігу депресій та загальноприйнятих діагностичних критеріїв таких станів. Це, очевидно, є наслідком відсутності єдиної концепції, яка б пояснювала, що являють собою хроніфіковані депресії (зауважимо також, що і в загальній медицині до сьогодні не існує достатньо чітких критеріїв розмежування хронічних і гострих захворювань). Тому розглянемо насамперед дані, що стосуються критеріїв хроніфікованих депресій.

1. Критерій тривалості

Якщо нелікована депресивна фаза триває в середньому 6 – 8 місяців [33] і у 90 % хворих завершується в межах одного року [8, 9, 38], то найбільш визнаним критерієм хронічного перебігу депресій є 2 роки безремісійної наявності депресивної симптоматики [33, 47]. Щоправда, зустрічаються і варіації: багато авторів вважають затяжними депресії, що тривають понад 1 рік [7 – 9, 31], 1, 5 – 2 роки [20], крім того, пропонують розрізняти гострий (до 6 місяців), підгострий (від півроку до року), затяжний (від року

до 2 років) і хронічний перебіг депресій (2 – 5 і більше років) [38], хоч здебільшого поняття затяжного та хронічного перебігу вживаються як синоніми [8, 9].

Враховуючи вказані суперечності, варто з'ясувати критерії хронічного перебігу депресій у офіційних сучасних класифікаціях захворювань. Зокрема, в американській класифікації DSM – 4 [58] виділено наступні критерії, пов'язані з перебігом депресивних розладів: хронічний перебіг – критерії великого депресивного розладу реєструються постійно протягом останніх 2 років; часткова ремісія – наявність окремих симптомів великого депресивного епізоду, що не відповідають повністю його критеріям, або період без суттєвих симптомів тривалістю менше 2 місяців після закінчення останнього епізоду; повна ремісія – відсутність симптомів розладу протягом останніх 2 місяців. Особливо виділяється дистимія - субклінічна депресія з безремісійною тривалістю симптоматики не менше 2 років для дорослих і не менше 1 року для дітей та підлітків. Розглядається також можливість накладання симптомів великого депресивного розладу на дистимію. При цьому необхідно виставляти обидва діагнози. Також виділяється рекурентний перебіг великого депресивного розладу без повної ремісії між епізодами.

Діагностичні можливості стосовно хронічних депресій у МКХ – 10 [51, 71] є значно скромнішими. Хоча і передбачено окрему рубрику F34 “Хронічні афективні розлади”, вона включає лише F34.0 “Циклотимія” та F34.1 “Дистимія” з критерієм тривалості не менше 2-х років, та F34.8 “Інші хронічні афективні розлади”, які, однак, мають дуже розмиті діагностичні критерії (недостатня важкість і тривалість для діагностики дистимії). Хронічний перебіг інших депресивних розладів у МКХ – 10 не передбачається, отже, більшість депресій із затяжним перебігом не знаходять свого відображення в МКХ – 10.

Таким чином, попри всі актуальні розбіжності, критерієм хронічного перебігу депресій безперечно можна вважати критерій часу. Разом з тим, значна “розмитість” даного критерію не дозволяє вважати його ні абсолютним, ні навіть задовільно достатнім. Адже завжди залишається питання: чому саме 2 або 5 років тривалості депресивної фази є ознакою її хронічності, якщо така депресія все ж завершується [97], нехай навіть через тривалий час?

2. Терапевтична резистентність

Значний розвиток і широке використання в

наш час тимоаналептичної терапії робить часовий критерій хроніфікації ще і відносним. Адже тривалість депресії може скорочуватись при адекватному застосуванні препаратів і затягуватись при неправильному лікуванні. З клінічної практики відомо, що більшість хворих на затяжні депресії мають тривалий досвід безуспішного лікування, тому закономірно постає питання про терапевтичну резистентність таких депресій, яка розглядається більшістю дослідників як важливий критерій хроніфікації, а хроніфіковані депресії у багатьох дослідженнях розглядаються в контексті їх терапевтичної резистентності [5, 8, 9, 29, 55, 78, 82, 89, 94].

Варто, однак, зауважити, що більшість авторів застерігають від ототожнення хронічного перебігу депресії та її терапевтичної резистентності, оскільки ці поняття характеризують різні грані патологічного процесу і не обов'язково корелюють одне з одним [8, 9, 33]. Так, описуються депресивні фази, що тривають до 3 місяців, але при цьому абсолютно “не реагують” на терапію [8]. З іншого боку, висловлюється ідея, що більшість хронічних депресій добре піддаються адекватному лікуванню [33, 55]. Разом із тим, у багатьох публікаціях вживається словосполучення “хронічні депресії, резистентні до лікування”, а хронічний перебіг безпосередньо пов'язується з тією чи іншою формою терапевтичної резистентності [5, 8, 9, 55, 78, 83, 89, 94, 101].

В літературі існує багато варіантів визначення терапевтичної резистентності при депресіях. Деякі автори схильні вважати головним критерієм резистентності сам термін тривалості депресії (від півроку до кількох років) [78, 89], не конкретизуючи особливостей проведеної терапії. В такому варіанті поняття резистентності фактично збігається з поняттям хронічного перебігу депресії. Є думка і про те, що до резистентних слід зараховувати часто рецидивуючі депресії (понад 3-4 рази на рік) [79, 96]. Разом з тим, багато дослідників вказують на необхідність паралельно враховувати і проведене лікування. Так, ознаками резистентності називають неефективність курсу терапії середніми дозами трициклічних антидепресантів протягом 3-6 тижнів [23, 64, 74, 93], відсутність ознак покращення стану пацієнта після кількох курсів адекватної терапії загальною тривалістю не менше 10 – 12 тижнів [47], після двох послідовних курсів лікування двома різними антидепресантами, з тривалістю кожного курсу лікування протягом одного місяця [48]. Р. Я. Вовін і співав-

тори [8, 9] пропонують вважати депресію терапевтично резистентною, якщо вона, незважаючи на достатньо активну, адекватну терапію антидепресантами чи їх поєднанням з нейролептиками, триває довше, ніж один рік. Як бачимо, немає єдиної думки щодо стандартної терапевтичної схеми, неефективність якої визначала б резистентність. Багато дослідників взагалі не описують конкретної схеми, обмежуючись термінами “адекватне” чи “достатньо активне” лікування [8, 9, 78] або вказують на терапію лише в загальних рисах. У цьому плані найбільш повним і чітким можна вважати визначення терапевтичної резистентності депресій, наведене С. Н. Мосоловим: депресія вважається резистентною, якщо протягом двох послідовних курсів адекватної монотерапії різними за хімічною будовою та біохімічною дією антидепресантами (6 – 8 тижнів) не спостерігається достатнього клінічного ефекту. Уточнюється, що недостатньою є така реакція на терапію, яка призводить до редукції депресивної симптоматики менше, ніж на 50 % за шкалою Гамільтона; тривалість лікування кожним антидепресантом повинна становити не менше 3 – 4 тижнів; адекватність призначення антидепресантів передбачає врахування їх спектру дії, використання відповідних доз препарату з нарощуванням при неефективності за 2 тижні до максимальних або з переходом до парентерального введення [33].

Дослідники виділяють різні типи терапевтичної резистентності: первинну (обумовлену генетично) і вторинну (обумовлену вживанням алкоголю чи медикаментів, які змінюють активність ферментних систем [92] або пов’язану з феноменом адаптації до тривалої психофармакотерапії [27]). Інші автори виділяють абсолютну та відносну резистентність, залежно від того, наскільки змінюється стан хворого в процесі лікування [2, 8, 9, 48, 64, 73]. До випадків відносної резистентності зачисляють і стани, що визначаються наявністю резидуальних симптомів [8]. За класифікацією В. В. Громової [11] існує три види терапевтичної резистентності: 1) справжня (нечутливість до адекватної тимоаналептичної терапії), 2) відносна (синоніми – інтолерантність або “від’ємна” резистентність [27]), як наслідок непереносимості достатніх доз препарату або нечутливості до певної групи антидепресантів і 3) несправжня (псевдорезистентність, обумовлена неадекватним лікуванням). Псевдорезистентність описується і багатьма іншими авторами [1, 2, 8, 9, 14, 27, 33, 47, 79, 90, 93], а деякі з них взагалі вважають неадекватне ліку-

вання головною причиною нечутливості до лікування. Зокрема, Ю. Л. Нуллер, І. Н. Михаленко вважають, що абсолютно резистентних депресій не існує взагалі, а всі терапевтичні невдачі слід пов’язувати лише з неправильною тактикою лікування [35]. Неадекватна терапія не лише затягує перебіг депресії, але і знижує ефективність лікувальної стратегії в цілому [8, 14, 32, 40, 59, 96]. Найтипovішими помилками у лікуванні депресій вважаються: несвоєчасний початок лікування антидепресантами (через довгий час після маніфестації депресії) [14, 33, 48, 95], лікування недостатніми дозами тимоаналептиків та повільні темпи нарощування доз [1, 2, 14, 33], необґрунтована передчасна заміна препарату та передчасне припинення тимоаналептичної терапії [1, 2, 33, 38, 47], використання препаратів невідповідного спектру дії, надмірне використання у лікуванні депресії нейролептиків [1, 2, 14, 37, 48]. Деякі дослідники висловлюють думку про те, що неадекватному лікуванню часто сприяє атипична клініка деяких депресій, які внаслідок цього невчасно розпізнаються і лікуються, а також легковажне ставлення до лікування самих пацієнтів, які часто прагнуть обмежити тривалість лікування і припиняють прийом медикаментів при перших ознаках покращення (включно з дисимуляцією) [8, 14]. На проблему комплаєнсу як фактора неадекватного лікування вказують і інші автори [27, 103].

Справжню резистентність поділяють за ступенями важкості, залежно від того, наскільки активний терапевтичний вплив “витримує” депресія: 1) резистентність до одного препарату, або до групи близьких за хімічною структурою і механізмом дії препаратів, 2) до двох і більше антидепресантів різної структури і механізму дії, 3) до специфічних засобів, що підвищують активність антидепресантів (літій, карбамазепін, триодтиронін, попередники нейромедіаторів), 4) до поєднання двох антидепресантів (політимоаналепсії), 5) до поєднання антидепресанта з немедикаментозними методами терапії (плазмаферез, лазерофототерапія, депривація сну та ін.) 6) до ЕКТ, 7) до всіх видів терапії [23, 27, 33]. Р.Я. Вовін та співавтори [8, 9] виділяють 3 умовних функціональних рівня істинної резистентності при депресіях. 1) Перший визначається індивідуальним характером фармакокінетики і пов’язаний з концентрацією психотропних речовин в біологічних рідинах. 2) Другий рівень пов’язаний з сутністю самого патологічного процесу, а саме з формою перебігу і клінічною картиною. 3) Терапевтична резистентність третьо-

го рівня пов'язана з високоорганізованими формами психічної діяльності і полягає у фіксації психопатологічних проявів, спричиненій несприятливими впливами оточуючого середовища, психотравмуючими обставинами, наявністю невирішених конфліктів, скрутною соціально-побутовою ситуацією. Тобто, фактично, йдеться про фіксацію психопатологічних проявів, обумовлену особистісними та конституційними механізмами.

Подібну, але більш повну, класифікацію факторів резистентності депресій пропонують В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка [38], які виділяють 4 групи таких факторів:

1. Резистентність, пов'язана з процесом лікування (як наслідок генетично детермінованої толерантності до певних антидепресантів, недостатньої концентрації препарату в плазмі крові, „конкуренції” з іншими медикаментами).

2. Резистентність, пов'язана з патопластичними факторами (інтеркурентними захворюваннями, несприятливими психогенними факторами, інволюційним періодом, наявністю органічного церебрального фону, гетерогенною спадковою обтяженістю і нециклоїдною конституцією).

3. Резистентність, пов'язана з перебігом самого патологічного процесу (обумовлена формуванням „негативної” симптоматики, змін особистості, хронічним перебігом, резистентністю гетерономних синдромів: обсессивного, іпохондричного, деперсоналізаційного).

4. Резистентність, пов'язана з популяційними закономірностями: глобальною фазністю в перебігу психічної патології, культуральними факторами.

Як бачимо, терапевтична резистентність є одним із важливих критеріїв хроніфікованих депресій – фактором, який підтримує тривале існування депресивної симптоматики в умовах широкого використання тимоаналептичної терапії. Разом із тим, виводити хроніфікацію депресій лише з їх терапевтичної резистентності неможливо. Це підтверджується тим, що, поперше, терапевтична резистентність не завжди виявляється при хронічному перебігу депресій, а по-друге, хроніфіковані депресії були описані ще у дофармакотерапевтичну еру, коли адекватного в сучасному розумінні лікування депресій взагалі не існувало. В цьому контексті варто згадати припущення N. Petrilowitsch (1971), який вважає, що “зростаюча ефективність сучасних психотропних препаратів більше відбивається на інтенсивності проявів, ніж на тривалості психічних розладів” (цитовано за А. Л. Пчеліною

[42]). Таким чином, адекватність і успішність терапії є далеко не єдиними факторами, які сприяють затягуванню і хроніфікації депресій.

II. Передумови хроніфікації депресій.

Дослідниками описується ціла група факторів, які, імовірно, спричиняють зміну перебігу депресій в бік їх хроніфікації. Крім неадекватності лікування і розвитку терапевтичної резистентності до них відносять вік початку розладу, наявність коморбідних психічних розладів, соматичну, органічну обтяженість, специфіку спадковості та преморбідної особистості.

1. Вік маніфестації

Хоча деякі автори вказують на схильність до хронічного перебігу депресій, які маніфестували в дитячому та підлітковому віці [20, 41, 47], все ж, більшість дослідників вказують на зростання частоти таких депресій в інволюційному та похилому віці [4, 6, 45, 54, 66, 72, 98]. За спостереженнями різних авторів хронічні депресії найчастіше зустрічаються у віці 50 – 59 років [45], 45 – 55 років [20], понад 55 років [54]. Згідно даних Overall (1974), схильність до хронічного перебігу і терапевтичної резистентності у жінок частіше спостерігається в молодому віці, а в чоловіків – у похилому. Разом з тим, К. Nahunek (1973) вважає, що вік взагалі не впливає на тривалість перебігу депресій (цитовано за Р. Я. Вовнім, І. О. Аксеновою [8]). Висловлюється і думка про те, що затяжні депресії можуть розвиватися у будь-якому віці [20].

Як бачимо, попри виявлення певних тенденцій, дані про вплив вікового фактора на хроніфікацію депресій залишаються досить суперечливими. Р. Я. Вовін та співавтори вважають, що вік хворих впливає на хроніфікацію головним чином в контексті пов'язаних із ним біосоціальних змін. Несприятливому перебігу пізніх депресій сприяють зниження активності, соціальна ізоляція, психічні зміни, характерні для старечого віку (посилення тривожності, надумливості, загострення преморбідних рис особистості, психастенічних проявів) [9]. Тобто, припускається, що дія вікового фактора є не прямою, а опосередкованою через особистісні механізми (патопластичною за К. Birnbaum [65]).

2. Коморбідні розлади

Другою великою групою факторів, що пов'язуються із затягуванням депресивних фаз вважається наявність у таких хворих різноманітних коморбідних депресій розладів, як психічних, так і соматичних, ендокринних та неврологічних.

2.1 Органічна патологія головного мозку

Наявність органічного ураження головного

мозку, на думку деяких дослідників, спричиняє несприятливі зміни у структурі та перебігу афективного розладу, перешкоджає закономірному завершенню фази, зменшує чутливість хвороби до тимоаналептичної терапії та призводить до стійких астено-абулічних станів [8, 9, 38, 77, 78, 90]. Органічний фактор вважається відповідальним і за вже згадану хроніфікацію та терапевтичну резистентність депресій похилого віку [90]. Серед органічної патології мозку у хворих на затяжні депресії виявляли судинні захворювання мозку, паркінсонізм, розсіяний склероз, епілепсію, початкові стадії ослаблюючих процесів старечого віку [9, 33, 47]. Припускається також, що в деяких випадках причиною затяжного перебігу є прихована психоорганічна недостатність, що не виявляється ні клінічно, ні за допомогою спеціальних тестів [64]. Тенденцію до хронічного перебігу мають також депресії у осіб з розумовою відсталістю, для яких депресія стає “способом існування” [102]. Разом з тим, наводяться результати спеціальних досліджень М. Engelmeier (1964), який не виявляв затяжного перебігу депресій у хворих з органічною патологією мозку і досягав у них гарного терапевтичного ефекту (цитовано за Р. Я. Вовіним та співавторами [9]).

Отже, наявність органічних уражень головного мозку, так званий “органічний ґрунт” (“Hintergrund” за К. Schneider [53]), визнається більшістю дослідників безперечною передумовою несприятливих тенденцій в перебігу депресивних розладів. Зрозуміло, що депресії на фоні неврологічної патології потребують модифікації лікувальних підходів з урахуванням можливих побічних ефектів, використання ноотропних, вазоактивних препаратів, засобів симптоматичної терапії, тощо [33, 38, 47, 48]. Разом з тим, з клініки добре відомо, що у багатьох хворих з хроніфікованими і резистентними депресіями не виявляється органічної обтяженості, тоді як багато органічних депресій добре піддаються адекватному комбінованому лікуванню [9, 33, 48]. Таким чином, органічний фактор не може бути достатнім поясненням хроніфікації депресій. Крім того, є припущення, що депресії на фоні органічних уражень мозку затягуються через те, що терапія адекватними дозами антидепресантів у цієї групи пацієнтів часто є неможливою через значні побічні ефекти та відмову хворих від лікування [34].

2.2 Соматичні захворювання

Коморбідні з депресією соматичні захворювання також розглядаються як передумова хроніфі-

кації емоційного розладу. За спостереженнями Р. Я. Вовіна, І. О. Аксенової у 36,2 % хворих на затяжні депресії спостерігалась соматична обтяженість (найчастіше серцево-судинні захворювання), що певною мірою перешкоджало використанню активної терапії [8]. Вважається, що багато соматичних захворювань, чинячи токсичний та виснажуючий вплив на нервову систему, утворюють спільні з депресією симптоми [19, 33, 47, 77, 83]. Депресивні прояви є характерними для клінічної картини ендокринних розладів (гіпотиреоз, синдром Кушинга, цукровий діабет), анемії, авітамінозів, онкологічних, серцево-судинних, інфекційних захворювань, гепатитів, ниркової недостатності [33]. Тривалі соматичні захворювання, перенесені в преморбідному періоді (ревматизм, сепсис, захворювання нирок, печінки, ендокринних залоз та ін.), також змінюють клінічну картину депресій і сприяють їх затягуванню [19]. Крім того, важкі і тривалі захворювання внутрішніх органів, особливо онкологічні захворювання, інфаркт, операції, травми можуть бути психічною травмою, яка провокує депресивну реакцію [47, 83], тобто має місце нозогенний ефект [22, 50].

Оскільки пацієнти із супутньою патологією, як правило, крім антидепресантів отримують і препарати для лікування цих інτερкурентних захворювань, то в контексті коморбідності слід згадати і такий фактор, як здатність деяких медикаментів індукувати депресію. Ґрунтовний перелік таких препаратів наводить А. Б. Смулевич: симпатолітики, стимулятори центральних α_2 -адренорецепторів, β -адреноблокатори, блокатори кальцієвих каналів, серцеві глікозиди, гормони (АКТГ, глюкокортикоїди, стероїди, оральні контрацептиви з естрогеном та прогестероном), гіполіпідемічні засоби, хіміотерапевтичні препарати, інтерферони, блокатори гістамінових H_2 -рецепторів, деякі антибіотики та протиаритмічні препарати [47]. С. Н. Мосолов додає до цього списку нестероїдні протизапальні та барбітурати [33], Г. Я. Авруцкий – нейролептики [2]. Разом з тим, відмічається, що дані про депресогенність багатьох з перелічених препаратів є суперечливими [47].

Очевидно, що несприятливий вплив соматичного фактора на загальну реактивність організму та пов'язана із соматичним станом неможливість активної терапії більшою мірою відповідальні за терапевтичну резистентність і лише опосередковано – за хроніфікацію. Таким чином, соматичний фактор може бути причетним до хроніфікації радше не сам по собі, а у складі

комплексу несприятливих життєвих обставин, які ведуть до фіксації депресивних переживань, тобто його патогенний вплив також значною мірою реалізується через особистісні механізми, серед яких у літературі побіжно згадується лише нозогенія.

2.3 Коморбідні психічні розлади

Ще одним важливим фактором хроніфікації вважається наявність у депресивних хворих супутньої психічної патології. Причинами патогенного впливу на перебіг депресії коморбідних психічних розладів вважається те, що вони вимагають особливого терапевтичного підходу, а також те, що такі розлади часто і самі є схильними до хронічного перебігу та терапевтичної резистентності. Серед них найчастіше називають obsесивно-компульсивні, тривожні, панічні розлади, розлади особистості, тривалу реакцію горя, розлади адаптації, соціальну фобію, шизофренію та шизоафективні психози, початкові прояви старечих деменцій, алкоголізм, токсикота наркоманії [33, 59, 60, 88]. А. Б. Смулевич наголошує, що фактором хроніфікації депресій є їх коморбідність саме з неафективними психічними розладами (симптомокомплекси іпохондричного, деперсоналізаційного, тривожно-фобічного, obsесивно-компульсивного кола, розлади потягів з формуванням залежності від психоактивних речовин, малопрогредієнтна шизофренія), а серед розладів особистості виділяє саме гетерономні конституційні аномалії афективного кола (межовий, шизоїдний, шизотипальний розлади особистості) [47]. Виходячи з цього, можна припустити, що хроніфіковані депресії частіше розвиваються в осіб, конституція яких не є “циклоїдною”, характерною для депресій з класичним перебігом. Це підтверджується і результатами дослідження спадковості та особистісної структури хворих [75, 99, 104, 105].

3. Конституційно-особистісні фактори

3.1 Спадковість

Описані в літературі результати дослідження спадковості хворих на затяжні депресії головним чином зводяться до констатації її гетерогенності стосовно афективних розладів. Вважається, що серед родичів хворих на затяжні депресії частіше зустрічаються такі психічні розлади як шизофренія, маячні психози, психопатії, органічні захворювання головного мозку, алкоголізм [8, 42, 43, 67, 100, 105]. Разом з тим, Р. Я. Вовін., І. О. Аксенова у власному дослідженні в групах хворих з затяжним і дискретним перебігом депресій не виявляли суттєвої відмінності у частоті гетерогенної спадковості, натомість,

всередині групи затяжних депресивних хворих гетерогенна спадковість виявлялася частіше за гомогенну, тоді як в контрольній групі ці показники достовірно не відрізнялися [8]. На думку Е. Я. Штернберга, в спадковості хронічних депресивних хворих переважають емоційно-лабільні психопатії [54], А. А. Пуховський вважає, що для хронічних депресій характерне поєднання гіперстенічно-гіпертимних та тривожно-надумливих рис характеру як в спадковості, так і в преморбіді [41].

3.3.2 Особистісна структура

Дослідження преморбідної структури особистості хворих на хроніфіковані депресії також здебільшого виявляють гетерогенну стосовно хвороби нециклоїдну конституцію пацієнтів [8, 9, 15, 105]. Але і тут висновки далеко не однозначні. Так, для прикладу, в преморбідному періоді цих хворих виявляються такі риси, як ригідність, скрупульозність, тривожність, сенситивність, схильність до формування obsесій [15, 18], інтравертованість [42, 54], гіпаранояльність, іпохондричність [8, 54], істеричні, епілептоїдні риси, прояви тривожної надумливості [8, 9, 15, 100, 105], невротичні, шизоїдні, соціопатичні риси [33, 56, 57], поєднання гіперстенічно-гіпертимних та тривожно-надумливих [41], шизоїдних та істеричних, психастенічних і гіпертимних [42] рис характеру. Як бачимо, спектр виявлених особистісних рис і структур є надто широкий, аби визначити хоча б якісь закономірності, окрім вже названої “гетерогенності”. Р. Я. Вовін, І. О. Аксенова у власному дослідженні спостерігали кореляцію затяжного перебігу депресії лише з істеричними рисами особистості і вважають їх відповідальними за формування конфліктних ситуацій, що затягують перебіг депресій [8, 9]. З іншого боку, відомо, що істеро-депресії можуть набувати як гострого, так і хронічного перебігу [16, 25]. С. Н. Мосолов пов'язує зі специфікою особистості хворих такий, сприяючий затягуванню депресій, фактор, як недотримання режиму терапії (небажання отримувати допомогу, страх побічних ефектів та залежності від препаратів, відмова від лікування) [33]. Тобто, йдеться про те, що не самі риси характеру чи особистісні структури грають роль у хроніфікації, а те, наскільки пацієнт з тими чи іншими рисами характеру здатний справлятися з конфліктними ситуаціями та кооперувати в процесі лікування. Висловлюється і думка про те, що особливості преморбідного характеру не впливають на затягування перебігу депресій та їх резистентність до терапії [67].

Отже, дані про значення особистісної структури пацієнтів для хроніфікації депресій також є досить суперечливими. Разом з тим, описані в літературі результати досліджень психічної коморбідності, спадковості, особистісної структури хворих на хроніфіковані депресії мають спільною рисою виявлення гетерогенних щодо депресії “нециклоїдних” рис. Очевидно, що в основі згаданої гетерогенності лежить конституційно-особистісний фактор, описаний Е. Кречмером (1921) [87].

3.3 Психотравмуючі обставини

Вважається, що під впливом повторних стресів первинно зворотні афективні фази можуть набувати ознак депресивного розвитку [47, 53, 80]. Серед таких психогенних впливів називають проблемні відносини з мікросоціальним оточенням, повсякденні соціально-побутові, професійні конфлікти, зміну звичних умов середовища [9, 14]. Реактивна спровокованість також традиційно вважається причетною до хроніфікації депресій [21, 41, 42, 68, 92, 102]. При співставленні клінічної картини та перебігу автохтонних та психогенно спровокованих фаз у того самого хворого виявляється чітка тенденція до хроніфікації саме у другому випадку. Головним фактором, що гальмує закономірне завершення фази є при цьому невирішені психогенні ситуації, які мають для пацієнта індивідуальне патогенне значення, пов’язане з його

структурою особистості та індивідуальною життєвою історією [9, 10], що “виводить” проблему до тієї ж особистісно-конституційної площини. Отже, психотравмуючі ситуації та невирішені життєві проблеми грають роль у хроніфікації депресій накладаючись на певні властивості особистості, та індивідуальні способи реагування на них таких хворих.

Аналізуючи всю сукупність передумов, що вважаються відповідальними за хроніфікацію депресій, слід констатувати їх суперечливість і можна прийти до висновку, що майже всі вони діють у безпосередньому зв’язку з конституційно-особистісними механізмами. Тобто ці передумови значною мірою співпадають з поняттями “підґрунтя” і “фону” за К. Шнайдером [53]. Дослідженню ж особистісного фактора хроніфікації депресій, тим не менше, приділяється надто мало уваги. Наведені ж результати вивчення особистісної структури пацієнтів є доволі суперечливими і, фактично, зводяться до припущення ряду авторів про гетерогенну, “нециклоїдну” особистісну структуру хворих на хронічні депресії, переважання тих чи інших рис особистості, значення для затягування депресій повторних психотравмуючих обставин і нозогенних реакцій. Варто звернути увагу й на те, що самостійних досліджень особистісного фактора хроніфікації депресій існує дуже мало, тому саме цей аспект заслуговує подальшого вивчення.

В. И. Пришляк, А.О. Фильц

ПРОБЛЕММА ХРОНИФИЦИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ. ЧАСТЬ 1

Львовский государственный медицинский университет

В первой части статьи рассматривается феномен возрастания частоты хронических депрессий в общей популяции в контексте современного патоморфоза депрессивных расстройств. На основании анализа литературы выделены главные проблемные вопросы в изучении хронических депрессий. В частности, изучен вопрос о критериях хронического течения депрессий, проанализированы факторы и предпосылки, обуславливающие хронификацию депрессий (возраст манифестации, сопутствующие психические и соматические расстройства, личностные и конституционные факторы). Выдвигается предположение, что описанные факторы влияют на течение депрессии посредством недостаточно изученных личностных и психологических механизмов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 1 (16). — С. 132-141).

THE PROBLEM OF CHRONIC DEPRESSIONS IN PSYCHIATRICAL INVESTIGATIONS. PART I

State medical university by D. Galitsky. Lviv

In the first part of article we submitted for consideration the increasing of frequency of chronic depressions in general population in the context of modern pathomorphosis of depressive disorders. We pointed out the most problematic questions in studying of the chronic depressions based on the literature's analysis. We paid special attention to the problem of criteria of the chronic depressions and analyzed factors and pre-conditions, that lead to the chronification of depression (age of manifestation, comorbide psychical and somatic disorders, factors of constitution and personality). We make an assumption that described factors influence over the course of depression indirectly through personal psychological mechanisms, which are not enough studied. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 132-141).

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. Авруцкий Г. Я., Райский В. А. Соматические маски депрессий // Терапевтический архив. - 1988. - №10. - С. 48 - 51.
4. Ангст Й., Бааструп Х., Гроф Р. О течении аффективных психозов // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. - М.: Базель, 1970. - С. 17 - 27.
5. Бондарь В. В. клинические особенности и типологическое деление резистентных к терапии эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1992. - Т.92, №1. - С. 84 - 88.
6. Буйков В. А., Колмогорова В. В., Атаманов А. А. Характеристика рефрактерных депрессивных состояний в позднем возрасте и методы терапии // Актуальные вопросы терапии психических заболеваний. - Челябинск, 2000. - С. 32 - 38.
7. Вертоградова О. П. Общие принципы терапии и прогноза депрессий // Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. - М., 1985. - С. 5 - 10.
8. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. - Л.: Медицина, 1982. - 191 с.
9. Вовин Р. Я., Аксенова И. О., Кюне Г. Е. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. - М.: Медицина, 1989. - С. 151 - 182.
10. Воробьев М. И., Винникова И. М., Смирнова О. Ю. Ранняя диагностика и прогноз депрессий. - М., 1990. - 19 с.
11. Громова В. В. К вопросу о резистентности к антидепрессантам // Вопросы психофармакологии. - М., 1976. - С. 95 - 105.
12. 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.
13. 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.
14. Дмитриева Т. Б., Харитоновна Н. К. О факторах, обуславливающих затяжное течение психогенных депрессий // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1986. - С. 68 - 75.
15. Днепровская С. В. Групповая психотерапия больных затяжными депрессиями // Восстановительная терапия психически больных. - Л., 1977. - С. 80 - 89.
16. Дубницкая Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения с преобладанием истерических расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1979.
17. Дубницкая Э. Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. - Т. 2, №2. - С. 14 - 19.
18. Ефименко В. Л. Депрессии в пожилом возрасте. - Л.: Медицина, 1975. - 184 с.
19. Жислин С. Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении некоторых форм психозов. - М., 1956. - 226 с.
20. Затяжные депрессии при эндогенных психозах / Шаманина В. М., Ромель Т. Э., Концевой В. А., Аюпова И. Л. // Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. - М.: Базель, 1970. - С. 59 - 73.
21. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журн. невропатол. и психиатр. - 1996. - №6. - С. 23 - 27.
22. 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.
23. Кильгольд П. Лечение резистентных депрессий путем внутривенного введения антидепрессантов // Журн. невропатол. и психиатр. - 1990. - Т.90, №4. - С. 53 - 56.
24. Комплексна терапія затяжних депрессивних 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.
25. Корнетов Н. А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез). - Томск: Изд-во Томского ун-та, 1993. - 238 с.
26. Краснов В. Депрессия как обшемедицинская проблема // Наше здоровье. - 2000. - Т. 8, №2. - С. 19 - 23.
27. Кутько И. И., Мишиев В. Д., Згурская К. Т. Резистентные состояния при психофармакотерапии аффективных расстройств: предпосылки формирования, классификация, терапия // Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10, №1 (31). - С. 196 - 199.
28. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. вісн. Психоневрології. - 2001. - Т. 9, №29. - С. 79 - 82.
29. Механизм возникновения терапевтической резистентности при затяжных депрессивных состояниях / Сонник Г. Т., Шульга А. И., Ивашенко Г. Е., Ковачев В. И. // Журн. невропатол. и психиатр. - 1990. - Т.90, №10. - С. 71 - 73.
30. Михайлов Б. В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной психиатрии // Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10, №1 (31). - С. 182 - 187.
31. 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.
32. Мороз С. М. Некоторые закономерности формирования резистентности депрессий // Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10, №1 (36). - С. 105 - 108.
33. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. - 568 с.
34. Напресенко О. К., Процик В. О. Особливості клініки та фармакотерапії депресій з урахуванням сучасних патофізіологічних факторів // Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10, №1 (31). - С. 9 - 10.
35. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. - Л.: Медицина, 1988. - 264 с.
36. Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств. - М., 1996. - 133 с.
37. Пишо П. Эпидемиология депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1990. - Т.90, №12. - С. 82 - 84.
38. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. - Харьков: Торнадо, 2003. - 352 с.
39. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Резистентность депрессивных расстройств // Архів психіатрії. - 2004. - Т. 10. - №1 (36). - С. 138 - 141.
40. Принципы и практика психофармакотерапии / Яничак Ф. Дж., Дэвис Д. М., Прескорн Ш. Х., Айд Ф. Дж.: Пер. с англ. - К.: Ника-Центр, 1999. - 694 с.
41. Пуховский А. А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1993. - Т.93, №2. - С. 68 - 73.
42. Пчелина А. Л. Вопросы клиники депрессивных и депрессивно-параноидных состояний // Журн. невропатол. и психиатр. - 1980. - №9. - С. 1371 - 1376.
43. Пчелина А. Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1979. - №12. - С. 1708 - 1712.
44. Ротштейн В. Г. Эпидемиология депрессий // Депрессии и коморбидные расстройства. - М.: РАМН НЦПЗ, 1997. - С. 138 - 164.
45. Рохлина М. Л. Некоторые особенности течения и клиники

- маниакально-депрессивного психоза в позднем возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. – 1965. – Т.65, №4. – С. 567-574.
46. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния. – К., 1986. – 273 с.
47. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 429 с.
48. Темков И., Киров К. Клиническая психофармакотерапия. – М.: Медицина, 1971. – 356 с.
49. Тенденції патоморфозу афективних психозів / Скрипніков А. М., Сонник Г. Т., Ісаков Р. І., Казаков О. А. // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (31). – С. 160 - 161.
50. Фильц О. О., Лобас Ю. М. Проблема нозогенії: аналіз концепції та нові аспекти // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – V. 8, № 3. – С. 92 – 97.
51. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Триада-Х, 2000. – 232 с.
52. Шаманина В. М. К типологии депрессий при эндогенных психозах // Журн. невропатол. и психиатр. – 1965. – Т.65, №3. – С. 389 - 397.
53. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Пер. с нем. – К.: Сфера, 1999. – 236 с.
54. Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977. – 216 с.
55. Akiskal H. S. A proposed clinical approach to chronic and "resistant" depressions. Evaluation and treatment // J. Clin. Psychiat. – 1985. – V. 46. – P. 32 – 36.
56. Akiskal H. S., Dong King, Rosenthal T. L. Chronic Depressions // J. Affect. Dis. – 1981. – №3. – P. 183 – 192.
57. Akiskal H. S., Hirschfeld R. M. A., Yerevanian B. I. The relationship of personality to affective disorders: A critical review // Arch. Gen. Psychiat. – 1983. – V. 40. – P. 801 - 810.
58. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed. 4 (DSM-IV). – Washington DC: APA Press, 1994.
59. Andrews G. et al. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment // Bull. WHO. – 2000. – V. 78, №4. – P. 446 – 454.
60. Angst J. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal perspective study // Br. J. Psychiatry. – 1996. – V. 30. – P. 31 – 37.
61. Antidepressant specificity in atypical depression / Liebowitz M. R., Quitkin F. M., Steward J. W. et al. // Arch. Gen. Psychiat. – 1988. – V.45. – P. 129 – 137.
62. 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.
63. 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.
64. Berner P., Kryspin-Exner K., Poldinger W. Therapy possibilities for therapy-resistant depression // Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharmacol.(Stuttg.). – 1974. – №7. – P. 189 – 193.
65. Birnbaum K. Der Aufbau der Psychose // Allg. Z. f. P. – 1919. – Bd. 75.
66. Bonner D., Howard R. Clinical characteristics of resistant depression in the elderly // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 1995. – V. 10. – P. 1023 – 1027.
67. Bratfos O., Haug J. The course of manic-depressive psychosis // Acta Psychiat. Scand. – 1968. – V. 44, №1. – P. 89 – 111.
68. Clayton, P. J., Halicas, J. A., Maurice, W. L. The depression of widowhood // Br. J. Psychiatry. – 1972. – V. 120. – P. 71.
69. Coryell W., Endicott J., Keller M. B. Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population // Am. J. Psychiatry. – 1991. – V. 148. – P. 1353 - 1358.
70. 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.
71. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ISD – 10, chapter V, primary care version. – Hogrefe and Huber Publisher, 1996.
72. Does growing old increase the risk for depression? / Roberts R. E., Kaplan G. A., Shema S. J., Strawbridge W. J. // Am. J. Psychiatry. – 1997. – V. 154. – P. 1575 – 1579.
73. Fawcett J., Kravitz H. M. Treatment refractory depression // Common treatment problems in depression (A. F. Schatzberg, editor). – Washington, D. C., 1985. – P. 2 – 27.
74. Gineset D. Limites d'efficacite et de tolerance des medicaments antidepressifs // Encephale. – 1975. – №1. – P. 203 – 210.
75. Goodwin F. K., Jamison K. R. Manic-depressive illness. – New York, Oxford. – 1990. – 938 p.
76. Guscott R., Grof P. The clinical meaning of refractory depression: A review for the clinician // Am. J. Psychiatry. – 1991. – V. 148. – P. 695 – 704.
77. Hall R. C. W., Gardne E. R., Stickney S. K. Physical illness manifesting as psychiatric disease // Arch. Gen. Psychiat. – 1980. – V. 37. – P. 989 – 995.
78. Helmchen H. Symptomatology of therapy-resistant depressions // Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. – 1974. – №7. – P. 156 – 159.
79. Helmchen H. Therapy resistance in depression // Problems of psychiatry in general practice (M. Gastpar, P. Kielholz, editors). – 1991. – P. 97 – 106.
80. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 9 Aufl. Springer. – Berlin – Heidelberg – New York, 1975. – 738 S.
81. Katz M. M. On the classification of depression: Normal, clinical and ethnocultural variations // Depression in the 1970's (R. Fieve, editor). – New York. – 1970. – P. 31.
82. 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.
83. Keshavan M. S. Jatrogenic depression // Depression and physical illness. – 1997. – P. 537 – 550.
84. Kielholz P. Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder // Schweiz. med. Wschr. – 1957. – Bd.87. – S. 87 – 107.
85. Kielholz P. Masked Depression. – Huber. – Berne, Stuttgart, Vienna, 1973.
86. Klein D. F. The treatment of atypical depression // Europ. Psychiatry. – 1993. – V. 8, №5. – P. 251 – 255.
87. Kretschmer E. Koerperbau und Character. – Berlin, 1921.
88. Laage T. A. Recognizing the Drug-Resistant Patient in Anxiety and Depression // Medical Clinics of North America. – 1988. – V.72, №4. – P. 897 – 909.
89. Lehmann H. E. Depression. Somatic treatment methods, complications, failures // Depression. Clinical, biological and physiological perspectives (Usdind G., editor). – N.Y., 1977. – P. 235 – 270.
90. Lehmann H.E. Therapy-resistant depressions. A clinical classification // Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharmacol.(Stuttg.). – 1974. – Jg. 7, H.3. – S. 165 – 163.
91. Levine S. The management of resistant depression // Acta psychiat. belg. – 1986. – V. 86, №2. – P. 141 – 151.
92. Liebowitz M. R., Klein D. F. Hysteroid dysphoria // Psychiat. Clin. N. Amer. – 1979. – №2. – P. 555 – 575.
93. Moller H. J., Kissling W., Baumann W. Non-response to antidepressants: Risk factors and therapeutic possibilities // Pharmacopsychiatry. – 1988. – V.21, №6. – P. 285 – 287.
94. Olie J. - P. Chronicisation des depressions et depressions resistantes // Epsilon, Dacoour. – 1987. - №7. – P. 28 – 35.
95. Petrilowitsch N. Psychiatrische Krankheitslehre und psychiatrische Pharmakotherapie. – 2Aufl. – Basel, 1968. – 132 S.
96. Pichot P. Therapy resistant depressions. Methodological problems // Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharmacol.(Stuttg.). – 1974. – Jg.7, H.2. – S. 80 – 84.
97. Recovery after five years of unremitting major depressive disorder / Mueller T. I., Keller M. B., Leon A. C., Solomon D. A., Shea M. T., Coryell W., Endicott J. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – V. 3. – P. 794 – 799.
98. Roose S. P. The effectiveness of antidepressants in the treatment of late-life depression // CNS disorders in primary care. – 1997. – V. 1, №3. – P. 2 – 4.
99. Rosenthal T. L., Akiskal H. S., Scott-Strauss A., Rosenthal R. H., David M. Familial and developmental factors in characterological depressions. J. Affect. Disord. 1981; 3: 183-192.
100. Walcher W. Influence possibilities on therapy-resistant late depression // Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharmacol.(Stuttg.). – 1974. – Jg.7, H.4. – S. 207 - 210.
101. Weissman M. Acute and chronic depressions and depressive personality // Clinical depressions: diagnostic and therapeutic challenges (J. Frank, editor). – Baltimore, 1980.
102. Weitbrecht H. J. Die chronische Depression // Wien. Zschr. Nervenheilk. – 1967. – Bd.24, №4. – S. 265 – 272.
103. Winokur G. New Results in Depression Research. – Berlin, 1986. – P. 238.
104. Winokur G. Unipolar depression // The Medical Basis of Psychiatry, 2nd ed. (G. Winokur, editor). – Philadelphia, W. B. Saunders, 1994. – P. 69 – 86.
105. Woodruff R. A., Goodwin D. W., Guze S. B. Psychiatric diagnosis. – London: Oxford University Press, 1974.

Поступила в редакцию 16.11.2006

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

УДК: 356.33.001.6(09)

*А.В. Абрамов², Н.А. Семенюк¹, В.Л. Олефиренко²***ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ, СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (ДО НАЧАЛА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ)**Центральная военно-врачебная комиссия МВД Украины¹, ГУ МВД Украины в Донецкой области²

Ключевые слова: военно-врачебная экспертиза, история военной медицины

История военно-врачебной экспертизы, как одной из составляющих частей медицинского обеспечения военнослужащих, является весьма узкой проблемой. Тем не менее, историческая справка по этому вопросу представляет значительный интерес для врачей работающих в этой области и интересующихся историей медицины.

Первые упоминания о попытках проведения военно-врачебной экспертизы (ВВЭ) относятся к I тысячелетию до н.э. Постепенный рост могущества Ассирии создал внутри этого государства политические условия, идеальные для появления военного врача. Во время царствования царя Тиглат-Пилезера III (745—727 гг., до н. э.) в государстве поддерживалась постоянно существующая армия и по всей империи были учреждены многочисленные гарнизоны для укрепления военного влияния Ассирии в мире. Придворные врачи становятся высоко почитаемыми должностными лицами. Они имеют прямой доступ к царю и не являются более гражданскими врачами. Их зачисляют в категорию военных врачей ассирийской армии; они отвечают за здоровье царя, его приближенных и поддерживают боеготовность войск, наблюдая за состоянием здоровья своих военнослужащих и пленников [8].

Однако, в связи с полным упадком Ассирийского царства и уничтожением великолепной библиотеки царя Ассурбанипала (612 г. до н. э.), содержавшей многочисленные труды военных врачей, сильно пострадало медицинское образование. Таким образом, первое успешное появление военного врача на исторической сцене не имело устойчивого влияния на развитие военной медицины и военно-медицинской экспертизы в последующей мировой истории.

Следующее упоминание о военно-медицинской экспертизе связано с созданием на Западе Римской империи военных легионов. Поначалу

медицинская помощь в этих войсках была минимальной: примитивные терапевтические и хирургические меры солдаты легионов применяли в порядке само- и взаимопомощи. Однако после завоевания Египта и Греции римляне оказались под влиянием греческой цивилизации, и вскоре римлянина на поле боя стал сопровождать его личный врач. Таким образом, в I веке до н. э. в римских легионах появился официальный медицинский помощник полководца «медикус» (исцеляющий), обеспечивающий оказание медицинской помощи легионерам.

В дальнейшем, при анализе исторической литературы, мы не нашли каких-либо ссылок на работу военных медиков. Вплоть до XVI века военная медицина пребывала в состоянии крайнего упадка. На военную службу призывали неумелых и неопытных врачей, обеспечение войск лечебными учреждениями фактически отсутствовало. В основном, только церковь пыталась каким-то образом облегчить участь пострадавших, снабжая их лекарствами и обеспечивая уход, но служители церкви не могли справиться с большим числом раненых на поле боя. Чума в Европе и Столетняя война между Францией и Англией в XIV веке привели к еще большему застою в области медицины: вместо истинно научных медицинских знаний процветали алхимия и черная магия.

С началом применения пороха в боевых действиях необходимость в компетентных военных врачах для лечения раненых становится еще более острой, однако только в 1645 г. были обеспечены подходящие условия для службы практикующих врачей в «английской парламентской армии нового образца», организатором и главнокомандующим которой был Кромвель. Военные врачи (офицеры медицинской службы) придавались теперь этой постоянной армии на неограниченный срок и получали за свою службу

соответствующее денежное вознаграждение. В их обязанности входило не только лечение больных и раненных, но и принятие решения о годности выздоравливающих продолжать военную службу.

История становления и развития военно-врачебной экспертизы как самостоятельного раздела медицинского обеспечения войск и составной части государственной системы медицинской экспертизы в России тесно связана с развитием государства. Деятельность ВВЭ в той или иной степени всегда регулировалась законодательными актами. Первым таким актом было Соборное Уложение царя Алексея Михайловича (1646 г.), согласно которому врачи Аптекарского Приказа должны были давать заключения по вопросу освидетельствования стрельцов и служивых людей «можно ль от тех ран и увечий излечитца и впредь Великого Государя службу служить» [7].

Необходимость в военно-врачебной экспертизе появилась еще до появления первых, т.н. «временных военно-лечебных учреждений». Особое внимание уделялось экспертизе душевнобольных и слабоумных.

В Санкт-Петербургском Адмиралтейском госпитале в 1727 г. было развернуто 300 коек. В госпитале имелись 4 отделения, каждое из которых предназначалось для той или иной категории заболевших. Первый старший лекарь госпиталя Матвей Минят, помимо лечебной работы, по указанию Адмиралтейств-коллегии производил освидетельствование всех морских офицеров, «которые по долговременной службе за старостью також и за болезнями просят об отставке из службы вечно».

Первое исследование, посвященное врачебной экспертизе рекрутов в России, принадлежит И.В. Протасову. В своей работе «Начертание врачебного осмотра рекрутов, притворных и утаиваемых недугов и их обнаружение», изданной в 1801г., даны сведения по военно-экспертной работе, рекомендации по порядку обследования рекрутов, изложены некоторые методы «приобретения» ими искусственных болезней и основные признаки отличия их от действительных заболеваний.

С образованием в 1802 году министерства внутренних дел Российской Империи это крупнейшее и многофункциональное ведомство не только обеспечивало медицинский контроль и обслуживание сотрудников своей системы, но и управляло медицинским делом всей страны. Ранее, в XVI-XVII вв., эту задачу в России вы-

полняли сначала Аптекарский приказ, затем Медицинская канцелярия (1725-63 гг.) и далее уже Медицинская коллегия (1763-1802гг.).

В составе МВД России для управления медицинским делом государства были последовательно созданы Экспедиция государственной медицинской управы, затем Департамент медицинский и Управление главного врачебного инспектора. Одновременно в МВД действовали Медицинский совет и Департамент врачебных заготовлений.

В 1806 г. было издано разработанное Главным по Военной Сухопутной Медицинской части инспектором лейб-хирургом, придворным врачом Яковом Виллие первое «Наставление» с «Расписанием болезней», согласно которому впервые врачей стали привлекать к отбору новобранцев.

К первым теоретикам военно-врачебной экспертизы в России с полным основанием следует отнести Р.С. Четыркина (1097-1865). В трудах «Опыт военно-медицинской помощи, или правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе» (1834) и «Наставления по части практической военно-медицинской полиции» (1850) изложены идеи, явившиеся первоосновой многих современных положений военно-врачебной экспертизы и не потерявшие своего практического значения в настоящее время [1].

В «Наставлении по части практической военно-медицинской полиции» излагаются обязанности медицинских чинов различного ранга в решении экспертных вопросов. Р.С. Четыркин [3] впервые разработал классификацию степеней годности к военной службе, предусматривающую четыре группы:

1. Способные к военной службе.
2. Сомнительные, которые должны быть отдаваемы для наблюдения в госпитали, лазареты или больницы.
3. Временно неспособные, то есть такие, которые настоящему набору подлежать не могут.
4. Совершенно неспособные или не подающие надежд когда-либо быть к военной службе способными.

К началу XX столетия русская армия имела наиболее разработанную систему санитарной тактики среди всех армий Европы.

Поражения России в Крымской и Японской войнах заставили командование русской армией и военно-медицинское руководство предпринять срочное исследование проблемы призыва в армию и медицинских и антропологических

определений пригодности к военной службе.

Вопрос о призывниках ставился не просто в плоскости их пригодности к строевой подготовке (по принципу «годен – не годен»). Главным в медицинском отношении было обнаружение типа новобранца, годного для армии, а также дальнейшее определение, согласование и участие в реализации специальных мер по профилактике здоровья, воспитанию и культивированию здорового образа жизни в среде молодежи в соответствии с требованиями военной службы [6].

В 1874 году был введен в действие «Устав о воинской повинности», который регламентировал новый порядок комплектования русской армии, основанный на «всесословной воинской повинности». На основании требований ст. 43 Устава в этом же году были разработаны и объявлены приказом по военному ведомству № 153 «Наставление присутствиям по воинской повинности для руководства при освидетельствовании телосложения и здоровья лиц, призванных к исполнению сей повинности», «Расписание болезней и физических недостатков» и «Инструкция врачам для руководства при измерении грудной клетки и взвешивании лиц, свидетельствуемых в способности к военной службе» [3].

«Наставление присутствиям по воинской повинности» определяло порядок медицинского освидетельствования призываемых к выполнению воинской повинности. Врачам, привлекаемым для медицинского осмотра, предоставлялось право высказывать свое мнение. Практически неограниченные права имел председатель присутствия. В случае разногласия членов присутствия он самостоятельно, по своему усмотрению, принимал решение о годности или негодности к военной службе. При этом мнение врачей не являлось для него обязательным.

В дореволюционной России экспертизой рекрутов и военнообязанных занималось Министерство внутренних дел, а военнослужащих – военно-санитарная служба. Требования к состоянию здоровья новобранцев и военнослужащих, нормы по их медицинскому освидетельствованию разрабатывались департаментами Министерства внутренних дел. В армии они вводились приказами по военному ведомству. Переосвидетельствование по протестам осуществляла нештатная Высшая центральная врачебная комиссия при Главном военно-санитарном управлении [3].

В Справочной книжке для офицеров, датированной 1902г. в разделе «освобождение от

службы, отсрочки призыва» говорится следующее: «совершенно освобождаются от службы: а) по причинам физическим (рост должен быть не менее 2 аршин 2,5 вершков). Расписание телесных недостатков, которые должно иметь в виду при приеме на службу — см. Пр. 83–271 и Ц. 86–169» (эти приказы нам найти не удалось). В этом же документе предусматривается предоставление отсрочки от призыва по состоянию здоровья «по причинам физическим на 1 год, а затем отсрочка может быть продолжена еще на 1 год; если и после этого призываемый окажется неспособным к службе, то он освобождается от службы в мирное время и зачисляется в ополчение» [5].

Рассмотрением сложных случаев, связанных с уклонением от призыва на военную службу и саботажем, занималась нештатная врачебная комиссия ВЧК.

Вместе с тем все более очевидной становилась необходимость выделения ВВЭ в самостоятельный раздел медицинской службы, создания ее органов для руководства экспертизой военнослужащих и военнообязанных.

Совместным приказом РВСР и Наркомздрава от 4 апреля 1921г. № 761 были введены в действие Положения о военно-врачебных комиссиях и штаты Центральной врачебной комиссии, фронтовой постоянной врачебной комиссии и постоянных врачебных комиссий при санитарных частях командующих войсками Сибири и Украины, госпитальных врачебных, постоянных врачебных и гарнизонных врачебных комиссий.

На госпитальную военно-врачебную комиссию возлагалось освидетельствование больных и раненных военнослужащих на предмет увольнения в отпуск по болезни или для определения годности к военной службе и эвакуации [4].

Новое положение существенно расширило права и обязанности гарнизонных и госпитальных военно-врачебных комиссий. Так, решения их о праве на отпуск по болезни или лечение (кроме санаторного) являлись окончательными не только в отношении красноармейцев, но и в отношении командного, административного состава и медицинского персонала. Утверждению в окружной военной комиссии подлежали лишь свидетельства о болезни на командный состав и медицинский персонал в случае признания их госпитальными (гарнизонными) врачебными комиссиями негодными или ограниченно годными к военной службе [4].

Таким образом, 4 апреля 1921г. ВВЭ впервые получила организационное оформление с соот-

ветствующими органами и структурой. По существу, это явилось началом ее формирования как самостоятельного раздела медицинского обеспечения войск и создания системы военно-врачебной экспертизы [3].

В 1926г. приказом РВСР № 285 было объявлено постановлении ЦИК и СНК СССР от 19 марта 1926г. «О введении в действие Положения о государственном обеспечении кадрового начальствующего состава РККА». Постановлением обязывало органы ВВЭ давать заключения о связи заболеваний и повреждений военнослужащих с условиями прохождения ими военной службы.

В 1927 году при НКВД была создана Центральная врачебно-контрольная комиссия (ЦВКК), которая являлась государственным экспертно-диагностическим медицинским учреждением, на которое возлагалось проведение военно-врачебной экспертизы в органах внутренних дел и внутренних войсках МВД России в мирное и военное время.

Для более качественного отбора призывников и улучшения комплектования армии, флота и милиции, по заданию ГВСУ, на военно-врачебных комиссиях Москвы была впервые предпринята попытка «психотехнического испытания». Методика обследования была разработана Центральной психофизиологической комиссией при ВСУ РККА. По результатам решения задач (тестов) предлагалось определять степень развития памяти, внимания, быстроты выполнения поручений, здравого смысла и некоторые другие качества, необходимые для красноармейца. Тогда же была создана окружная психофизиологическая лаборатория со штатом 3 человека. По своему целевому назначению и установкам она рассматривалась как «научно-практическое учреждение» [4].

В 1931 году Главным управлением рабоче-крестьянской милиции (РКМ) НКВД РСФСР было объявлено «Расписание болезней и физических недостатков, препятствующих работе в милиции, а также порядок медицинского освидетельствования сотрудников органов внутренних дел». Освидетельствование при приеме и увольнении на местах возлагалось на врачебные комиссии, действующие при управлениях РКМ автономных республик, краев и областей, а при их отсутствии – на местные врачебные комиссии органов здравоохранения. В особо сложных случаях вопросы о пригодности к работе в милиции, а также о причинной связи заболеваний и повреждений в условиях службы решала Цен-

тральная врачебно-контрольная комиссия при Главном управлении РКМ. Заключение, вынесенное специалистами ЦВКК, считалось окончательным. В 1939 году ЦВКК была переименована в Центральную военно-врачебную комиссию (ЦВВК) при НКВД СССР, в последствии - МВД СССР.

21 декабря 1938 г. под грифом «сов.секретно» был издан приказ НКВД СССР № 00310 которым утверждалась «Инструкция об основных критериях при отборе кадров для прохождения службы в органах НКВД СССР». Этим приказом, подписанным народным комиссаром Л.П. Берией и инструкцией предусматривалось недопущение призыва в органы НКВД лиц с явно выраженным комплексом неполноценности и признаками дегенерации.

В инструкции выделены основные признаки дегенерации личности, являющиеся, по мнению ее авторов, критериями абсолютной непригодности для службы в органах НКВД. В контексте современных представлений о принципах определения профпригодности человека для работы в экстремальных условиях эти признаки (как и само понятие дегенерации) выглядят псевдонаучными и дискриминационными. В то же время представляется целесообразным цитирование основных положений этого документа, который, с одной стороны, отражает господствовавшую в свое время идеологию и уровень развития общественного сознания, в сфере прав человека, с другой - использовался для решения конкретных практических вопросов профессионального отбора для службы в правоохранительных органах (далее по тексту сохраняется язык оригинала).

Основные негативные критерии. В этом разделе рекомендуется обращать внимание на многодетные семьи: «У дегенеративных матерей часто случается так, что чем больше они грешат, тем больше плодят детей. Это, в свою очередь, отображается на детях, а хуже всех бывает последний ребенок».

Основные видимые признаки дегенерации. К ним причисляются нервный тик или судороги лица, косоглазие и прочие деформации глаз, дефекты речи, хронические мигрени, лошадиные зубы, родимые пятна (черного и красного цвета – печать дьявола).

Особое внимание рекомендуется уделять лицам рожденным от смешанных браков: «Очень опасными в социальном плане по своей психогенетической сущности являются люди произошедшие от смешанных браков. Для кадрового

отбора в НКВД важно отсекают, в основном, лиц у которых присутствует еврейская кровь. Вплоть до пятого колена необходимо интересоваться национальной принадлежностью близких родственников».

Склонность к самоубийству считается наследственным заболеванием передающимся из поколения в поколение. «Не обязательно должно быть так, что каждый в наследственной цепи должен покончить жизнь самоубийством. Но если это произошло однажды, то обязательно повториться, даже если пройдет несколько поколений».

При медицинском осмотре и проведении психофизиологического обследования в «Инструкции» рекомендуется выявлять признаки «вырождения и дегенерации путем их рассмотрения по системам тела». Отдельно учитываются «план строения и формы тела, члены и части тела, общие покровы, голова, органы зрения, органы слуха, кишечный канал, мочеполовой аппарат, система кровообращения и внутренние органы, аномалии телосложения». Для решения вопроса об отнесении анатомических особенностей к патологическим, предлагается использовать статистический подсчет частоты исследуемых признаков. При этом приводится пример: «оттопыренные уши среди здорового населения составляют 15,5%, а в психиатрических лечебницах 45-50%. Это обстоятельство показывает, что носители оттопыренных ушей имеют больше шансов заболеть психозом. Следовательно, этот признак является показателем скрытого невропатического предрасположения».

Физиологические признаки вырождения и дегенерации. К ним относят функциональную диссимметрию двух половин тела, наклонность к мозговым гиперемиям, неспособность управлять некоторыми, хорошо подчиняемыми воле, сложными рефлекторными актами (недержание мочи, неудержимое покраснение, боязнь покраснения), идиосинкразии («наибольшая, превышающая всякие нормы возбудимость какого-либо нервного центра или какой-либо функции»), болезни речи (заикание, шепелявость, картавость). Отдельно рассматриваются общие биологические особенности, отличающие дегенеративные семьи от здоровых (бесплодные браки, большая рождаемость, большая детская смертность и т.п.).

Наклонность к мозговым гиперемиям. В основе «наклонности к мозговым гиперемиям и зависящему от этого возбуждения мозговой (особенно психической) деятельности лежит ненормальная возбудимость вазомоторных аппаратов

в центре или периферии. Такая физиологическая особенность замечается у детей и потомков многих душевно больных или дегенеративных субъектов. Это резко выражено в ближайшем поколении пьяниц (алкоголиков), и служит вырождением наследственного изменения того самого аппарата, который является наиболее чувствительным к токсическому действию этилового спирта... Таким образом, следует предположить, что употребление алкоголя нормальными людьми, не подверженными вырождению и дегенерации, ... свойственно усвояемости алкоголя и его переработки внутренними органами без последующих аномальных явлений в поведении здорового субъекта. ... Дегенераты и вырожденцы, после употребления дозы спиртного, во-первых, не могут остановиться, а во вторых, напиваясь до скотского состояния, впадают в состояние агрессии, хулиганят, не отдают отчет своим действиям, теряют контроль над собой... Наследственное действие алкоголя выражается в том, что вазомоторная система у потомков алкоголика является болезненно возбудимой ко всякого рода воздействиям, будто паралич сосудов, приобретенный алкоголиком, передается сплошь и полностью к потомкам в качестве прирожденного физиологического недостатка. Таким образом, на этом примере алкогольной наследственности следует генетическая связь явлений. Прослеживается ход болезненной передачи и вызываемого ею функционального вырождения. Поэтому задачей медицинского обследования при прохождении комиссии является выявление у кандидатов близких родственников, страдающих хроническим алкоголизмом. Призыв на службу таких кандидатов, естественно, является недопустимым».

Психическими признаками вырождения и дегенерации в этой «Инструкции» считаются «душевные качества (гермафродитизм, феминизм, маскулинизм, инфантилизм и сенилизм), мимика и физиогномика (могут быть составными частями сложных симптомов вырождения), половые аномалии (эротомания, нимфомания, педерастия, содомия, зоофилия и пр.), *obsessiones* или фобии, демонические черты (олицетворенное зло проявляющееся в отношении ума, чувств и воли)».

В заключении «Инструкции» обращается внимание на то, что «процесс вырождения и дегенерации с его этапами, проявлениями, направлениями и исходами может быть весьма нередко прослежен не только психологически и физиологически но и анатомически. В этом широ-

ком вопросе, как и во всей научной задаче, касающейся человека, необходимо руководствоваться всею сложностью физиологических, физических и психических данных».

Таким образом, история развития военно-врачебной экспертизы в период до Великой отечественной войны представляла собой череду организационных преобразований и не всегда научно обоснованных подходов к определению профпригодности сотрудников милиции. В дальнейшем, цели и задачи экспертизы, права и обязанности органов ВВЭ всегда зависели от состояния социально-политической и экономической обстановки в стране, принципов комплектования военных подразделений, наличия людских ресурсов, степени демократизации общества и других условий. В первой половине XX века вопросы военно-врачебной экспертизы приобрели большой общественный резонанс и впервые в истории страны военно-врачебная экспертиза была широко представлена в законодательных актах.

В современных условиях военно-врачебная экспертиза является сложной комплексной сферой деятельности медицинской службы, которая объединяет три основные тесно связанные и взаимодействующие между собой составные части:

1) военно-медицинскую науку, призванную разрабатывать теорию военно-врачебной экспертизы, критерии, конкретные формы и методы

медицинского отбора, освидетельствования принимаемых на службу, военнослужащих, военно-обязанных и других лиц применительно к различным условиям их деятельности в мирное и военное время, а также оценку и методы анализа состояния ВВЭ и деятельности ее органов;

2) военно-медицинскую организацию, представляющую собой стройную систему использования сил и средств медицинской службы МВД в интересах военно-врачебной экспертизы, объединенных в регламентированную и оформившуюся составную часть медицинской службы - штатные и нештатные военно-врачебные комиссии, действующие на основе определенных научных принципов и правил;

3) врачебно-экспертную практику, т.е. повседневную работу по реализации задач, стоящих перед ВВЭ в условиях мирного и военного времени, в полном соответствии с меняющейся обстановкой, включая социальные критерии определения трудоспособности.

Таким образом, ВВЭ регулирует ряд правовых отношений между государством и гражданами, на которых возложена воинская обязанность. Все это требует высокого врачебного профессионализма, знания правовых и нормативных документов, наиболее полного соответствия врачебно-экспертных подходов интересам сохранения здоровья граждан и укрепления правоохранительных органов нашего государства.

О.В. Абрамов², М.О. Семенюк¹, В.Л. Олефіренко²

ІСТОРІЯ ЗАРОДЖЕННЯ, СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВО-ЛІКАРСЬКОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДО ПОЧАТКУ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ (ІСТОРИЧНА ДОВІДКА)

Центральна військово-лікарська комісія МВС України¹, ГУ МВС України в Донецькій області²

Стаття присвячена історії виникнення і розвитку військово-лікарської експертизи. Докладно описані періоди створення законодавчої бази медичного добору в органи внутрішніх справ у період до початку Великої вітчизняної війни. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 142-148).

A.V. Abramov², N.A. Semenyuk¹, V.L. Olefirenko²

HISTORY OF ORIGIN, BECOMING AND DEVELOPMENT OF MILITARY-MEDICAL EXAMINATION PRIOR TO THE BEGINNING OF GREAT DOMESTIC WAR (THE HISTORICAL INFORMATION)

The central military-medical commission of Ministry of Internal Affairs Ukraine¹, central administrative board of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine in Donetsk area²

Article is devoted to history of occurrence and development of military-medical examination. The periods of creation of legislative base of medical selection in law-enforcement bodies during the period prior to the beginning of great domestic war are in detail described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 142-148).

Литература

1. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Основы военно-врачебной экспертизы при психических расстройствах - Военная психиатрия. Санкт-Петербург. 2001.
2. Будко А.А., Шабунин А.В. Начальный этап развития военно-медицинской службы России // Военно-медицинский журнал – 2000 - № 7. – Стр. 8-12.
3. Каменсков Н.Н., Красников В.Н. К истории военно-врачебной экспертизы в России // Военно-медицинский журнал – 2001 - № 3. – Стр. 90-93.
4. Громов Е.В., Рыбаков О.А. К развитию военно-врачебной экспертизы в московском военном округе // Военно-медицинский журнал – 2002 - № 2. – Стр. 64-68.
5. Малинко В., Голосов В. Справочная книжка для офицеров. Часть I, -М. 1902 г.
6. Захаров Н. Материалы по военно-медицинской статистике. Неспособность к службе и смертность нижних чинов армии призыва 1905 года. Диссертация. СПб., 1912.
7. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Основы военно-врачебной экспертизы при психических расстройствах – Военная психиатрия. Санкт-Петербург. 2001.
8. Гладких П.Ф., Шелепов А.М. Развитие системы подготовки медицинских кадров для сухопутных войск России (конец XVII в. - первая половина XX в.) Учебное пособие Санкт-Петербург. 1997 г.

Поступила в редакцию 15.10.2006

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

- Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В., Абрамов А.В., Путятин Г.Г.** Основные сферы и критерии оценки эффективности медико-социальной реабилитации больных с психическими расстройствами **3**
- Abramov V., Ryapolova T., Zhygulina I., Abramov A., Putiatin G.** The basic spheres and criteria of the assessment of the effectiveness of the medical and social rehabilitation
- Подкорытов В.С.** Проблемы депрессий у больных общесоматических стационаров **8**
- Pidkorytov V.S.** The problems of depression at patients of general somatic in-patient department

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Загуровский В.М.** Неотложные состояния психосоматических нарушений как способ реагирования личности **12**
- Zagurovskij V.M.** Urgent condition of psychosomatic violations as the mode of reacting of the person
- Романова А.А.** Динамика психопатологической симптоматики у больных параноидной шизофренией с терапевтической резистентностью в процессе лечения методом криоцеребральной гипотермии **18**
- Romanova A.A.** Dynamics of psychopathological symptoms of resistant paranoid schizophrenia patients treated with craniocerebral hypothermia method
- Пріб Г.А.** Професійний критерій обмеження життєдіяльності у психіатричній практиці **23**
- Prib G.** Occupational criterion of disability in psychiatric practice
- Осокина О.И.** Эмоциональное выгорание у музыкантов-педагогов **29**
- Osokina O.I.** Emotional burning out at the musicians - teachers
- Абрамов В.А., Жигулина И.В., Левчук И.Н., Грачов Р.А., Лыков А.А.** Сравнительная оценка терапевтической эффективности нейриспина и рисполепта при шизофрении **34**
- Abramov V.A., Zhygulina I.V., Levchuk I.N., Grachov R.A., Likov A.A.** Comparative estimation of the therapeutic efficiency of the neyrispin and rispolept at schizophrenia
- Мосієнко Г.П.** Особливості характеру і темпераменту осіб молодого віку з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту **40**
- Mosiyenko G.P.** Particularities of a personality and a temperament of the yang men with functional diseases of the gastrointestinal tract
- Шинкарь О.В., Грищенко С.В.** Распространенность умственной отсталости среди потомства лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения (последствия Чернобыльской аварии) **44**
- Shinkar O.V., Grishenko S.V.** Widspreal of mental retardation among persons born after failure on Ch AES who had injured by influense of radiation
- Пирков С.Г., Виговська О.М.** Порівняльний аналіз схильності до відхиленої поведінки підлітків із соціалізованим та несоціалізованим типом розладу поведінки **48**
- Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M.** Comparative analysis of propensity to the deviating conduct of teenagers with the socialized and unsocialized type conduct disorder
- Денисов Е.М.** Социальное функционирование больных параноидной шизофренией с различным типом течения **54**
- Denisov E.M.** Social functioning of the patients on paranoid schizophrenia with different type of the course
- Колядко С. П.** Роль пароксизмальных состояний в структуре агорафобии **62**
- Kolyadko S.** Role of the paroxysmal states in the structure of agoraphobia
- Гриневич Є.Г.** Маркери сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу техногенних екстремальних подій **67**
- Grinevich E.G.** Markers of susceptibility-resistency to formation of mental and behavioural disorders in mine-rescuers which undergone of influence of man-caused extreme situations

- Гончарова И. Е.** Изменение состояния ликворосодержащих пространств головного мозга по данным компьютерной томографии у больных с психическими нарушениями вследствие хронической дисциркуляторной энцефалопатии, обусловленной гипертонической болезнью, в процессе лечения методом краниocereбральной гипотермии **73**
- Goncharova I.E.** Change in the state of the liquor-containing cerebrum spaces according to the data of computer tomography in the cch-method treated patients with mental disorders caused by chronic dyscirculatory encephalopathy that resulted from hypertension
- Жиленков О.В.** О корреляции нейролептических депрессий и нейролептического синдрома **77**
- Zhilentov O.V.** The correlation of neuroleptic depressions and neuroleptic syndrome
- Бурцев А.К., Кокотова Е.А., Грачев Р.А.** Особенности социального интеллекта и межличностных отношений работников психиатрических стационаров, не обнаруживающих признаков эмоционального выгорания **82**
- Burtsev A.C., Kokotova E.A., Grachov P.A.** Peculiarities of social intellect and interpersonal relations in employers of psychiatrics departments without signs of burnout syndrome
- Маркова М.В.** Проблема функціонування сім'ї та його порушень у студентської молоді **89**
- Markova M.V.** The problem of family's functioning and its infringements at student young people
- Хаустова О.О.** Об'єктивізація психопатологічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом X **105**
- Khaustova O.O.** Psychopathological disorders' fair investigation on patients having metabolic syndrome X
- Даценко И.Б.** Половое развитие подростков с мозговой дисфункцией и формированием органического расстройства личности возбуждимого круга **113**
- Datzenko I.B.** Sexual development of adolescents with a brain dysfunction and with forming an organic excitable distress of personality
- Шаповалова Н.А.** Сексуальные расстройства у женщин как отдаленные последствия изнасилования **120**
- Shapovalova N.A.** Sexual disorders in women as rape remote consequences

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

- Васильева А.Ю.** Особенности психотерапевтического подхода в комплексном лечении пациентов онкологического профиля **126**
- Vasylyeva A.Yu.** Peculiarityties of psychotherapeutic way in the complex treatment of the onkological patients
- Пришляк В.І., Фільц О.О.** Проблема хроніфікованих депресій у психіатричних дослідженнях. Частина I **132**
- Pryshlyak V.I., Filz O.O.** The problem of chronic depressions in psychiatric investigations. Part I

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

PAGES OF HISTORY

- Абрамов А.В., Семенюк Н.А., Олефиренко В.Л.** История зарождения, становления и развития военно-врачебной экспертизы (до начала Великой Отечественной войны) **142**
- Abramov A.V., Semenyuk N.A., Olefirenko V.L.** History of origin, becoming and development of military-medical examination prior (to the beginning of great domestic war)

СОДЕРЖАНИЕ

149 CONTENTS

К сведению авторов

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

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

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

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

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

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

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

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика

исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редколлегия журнала