

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

**Матеріали
Пленуму товариства неврологів, психіатрів та наркологів України**

№ 4 (14), 2004 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, Б.Б.Івнєв, В.М.Казаков, В.В.Кришталь, Б.В.Михайлов, В.Б.Первомайський, П.Т.Петрюк, 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.Кузнецов (Україна), І.І.Кутько (Україна), Н.О.Марута (Україна), О.М.Морозов (Україна), О.К.Напреєнко (Україна), Б.С.Положий (Росія), Н.Г.Пшук (Україна), В.П.Самохвалов (Україна), А.М.Скрипніков (Україна), Т.Т.Сонник (Україна), І.Д.Спіріна (Україна), С.І.Табачніков (Україна), О.О.Фільц (Україна), А.П.Чуприков (Україна), Л.М.Юр'єва (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію ДЦ № 947 від 12.05.1995р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 1999, №4)

Адреса редакції:

Україна, 83037, м.Донецьк, сел.Перемоги. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії та медичної психології Донецького державного медичного університету. *Тел./факс:* (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

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

Рекомендовано до друку Вченою радою ДонДМУ (протокол засідання № 5 від 16.06.2004р.)

УДК:616.89 – 08 – 035 – 028.79 (477)

*В.А. Абрамов, И.А. Бабюк, А.К. Бурцев, О.Г. Студзинский***ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – НОВЫЙ ЭТАП РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В УКРАИНЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: доказательная медицина, психиатрия, психотерапия

В течение ряда последних лет в мировой науке все чаще поднимается вопрос о разработке и внедрении в научную практику ведущих развитых стран Европы и Америки унифицированных критериев доказательности результатов научных исследований. Этому шагу способствовал ряд серьезных обстоятельств. Так, за последнее десятилетие мировая научная общественность столкнулась с выявленными фактами подтасовки и фальсификации научных данных рядом американских, английских и немецких ученых, которые рецензировались и публиковались в авторитетных международных журналах «Nature» и «Science». Можно указать, в частности, на скандал 1997 года, связанный с именами биомедиков Германа и Браха, и аферу 2002 года физика Яана Хендрика Шена. Причем в последнем случае научные результаты были разрекламированы известной фирмой «Белл Лабс», которая была прямо заинтересована в окупаемости этого проекта.

В центре широкой дискуссии западной прессы оказались структуры научной экспертизы и ее компетентности. Вне всякого сомнения, наука больше, чем остальные сферы современного общества, зависит от честности тех, кто ею занимается. Гарантом этой честности, объективности, корректности и принципиальности является система экспертных заключений. Именно эксперты – ведущие ученые в данной отрасли науки дают резолюцию, какие статьи носят новационный характер и должны быть опубликованы в профессиональных изданиях, и какие именно исследовательские проекты перспективны и могут финансироваться из бюджетных средств. При этом важно учитывать тот факт, что современные научные исследования специализированы на столь высоком уровне, что лишь небольшое число экспертов может реально представить и решить, насколько реалистичны и актуальны выдвигаемые проекты, насколько обо-

снованы выводы из полученных результатов, насколько перспективными для народного хозяйства являются эти результаты. Не секрет, что ведущие ученые-эксперты часто перегружены текущей работой и просто не в состоянии перепроверить все конкретные вычисления, промоделировать опыты, тщательно ознакомиться со всеми исходными данными. А отсюда, довольно часто им приходится достаточно поверхностно оценивать рецензируемые работы. Так, специальный анализ 2000 экспертных заключений для ряда европейских журналов за последние 6 лет наглядно показал, что эксперты гораздо снисходительнее относятся к работам коллег из известных университетов и научных исследовательских институтов, чем к авторам из академической провинции. Более того, институтом изучения науки и техники при университете Билефельда (Германия) был проведен эксперимент, в рамках которого в редакции профессиональных журналов по психологии были посланы уже опубликованные ранее статьи, но под другими названиями, подписанные другими именами и несущественными поверхностными изменениями в тексте. Девять из десяти подобных статей эксперты не распознали. Ряд других экспертов указали, что работы не представляют собой научной ценности, хотя однажды их уже признали ценными и допустили к публикации.

Что касается отечественной психиатрии, то благодаря социально-экономическим преобразованиям в Украине, стремительному развитию ряда медицинских направлений и значительному расширению фармацевтического рынка, она стала областью применения высоких технологий, оборудования мирового стандарта и новых лекарственных препаратов. По результатам исследований этих новационных разработок появился ощутимый рост научных публикаций в многочисленных научных и научно-популярных изданиях, которые отслеживать и сопоставлять экспертам,

ученым и практикующим врачам, даже по узкой специальности, достаточно трудно.

Поэтому не только в Украине, странах бывшего СНГ, но и передовых государствах Европы и Америки с особой остротой стала проблема выбора достоверных оптимальных медицинских вмешательств – с определением четкого соотношения их эффективности для больных и стоимости для системы государственного здравоохранения. По указанным причинам для ее всестороннего решения в мировой практике уже разрабатываются критерии доказательности результатов исследования различных новых методов диагностики, лечения и профилактики, в частности, психических заболеваний.

В соответствии с концепцией доказательной медицины, в психиатрии каждое клиническое решение специалиста должно базироваться на достоверных научных фактах. При этом значение каждого факта становится более важным и ценным при методически правильном подборе научного исследования.

Исходя из концепции доказательной медицины, теоретические представления о патогенезе болезни, мнения ученых, соображения приоритетности, личные наблюдения не считаются убедительными научными основаниями для широкого использования того или иного факта либо медицинского вмешательства. Например, теоретические представления о свойствах психотропных препаратов и психотерапевтических методах воздействия, применяемых в практике, безусловно, имеют свою значимость, однако их истинные терапевтические возможности можно выявить и определить только в результате специальных клинических испытаний, выполненных по четким регламентируемым правилам, разработанным, апробированным и принятым международным медицинским сообществом.

Понятие «научно-доказательная медицина» («evidence-based medicine») утвердилось в зарубежной (прежде всего американской практике) в неразрывной связи с такими направлениями научно-медицинских исследований, как эпидемиология и диагностика [1]. Именно эпидемиология и биология, биохимия, располагая огромными массивами данных непосредственного измерения частоты встречаемости определенных параметров или явлений, их вариативности стали своеобразными «входными воротами» методов математической статистики в медицину конца 60-начала 70х годов. С тех пор «на базе накопленных фактов исследуются количественные закономерности, создаются математические

модели исследуемых явлений и объектов» [2]. Авторы только что процитированной статьи отмечают, что в странах СНГ, несмотря на насущную необходимость идти в ногу с мировым научным сообществом, ученые-медики относительно мало и часто некорректно и безграмотно используют статистические методы. Отношение к математическим методам как к самоцели исследования, так же как и к формальному его «украшению» одинаково не верны. Современные методы математической обработки данных позволяют выделять качественные, а не только количественные стороны изучаемых явлений. Реальный выход на уровень доказательности в отечественной медицине требует, таким образом, радикальной переработки отношения к преподаванию методов статистической обработки, информатики, умению пользования Интернетом. Конкретные, разумные и всеобъемлющие рекомендации сформулированы в ряде современных публикаций [2, 3].

Применение статистических методов в психиатрии, претендующей не менее других клинических дисциплин на статус «доказательной» науки, так же необходимо как и неизбежно. Однако история и практика статистической обработки результатов в психиатрии имеют особую специфичность и сложность.

С одной стороны, методы математической статистики через родственных специалистов-клинических психологов проторили дорогу в психопатологические исследования едва ли не ранее, чем в другие отрасли медицины. (Тут, прежде всего, нужно вспомнить исследования возможности количественной оценки интеллекта Ф.Гальтоном еще в конце XIX в.). Однако, с другой – адекватный математический анализ столь сложного явления как психика (как в норме, так и в патологии) в рамках следования прежним биологически-ориентированным (или другим однобоким) парадигмам представляется маловероятным. Психика, как одно из «явлений, составляющих предмет гуманитарных наук, неизмеримо сложнее тех, которыми занимаются точные науки. Они гораздо труднее (если вообще) поддаются формализации. Вербальный способ построения исследования здесь, как ни парадоксально, оказывается точнее формально-логического» [4]. При этом приходят на ум шедевры психологических характеристик и феноменов у Ф.Достоевского, Л.Толстого, Ф.Стендаля, Г.Флобера, Ф.Сологуба и др. классиков. Однако, не следует забывать, что эти высочайшие достижения психологической культуры лежат в совершенно иной плоскости – плоскости искусства.

Психология (в том числе и аномальная) как наука не имеет возможности «развестись» с математикой и не использовать ее методы (в остроумнейшей метафоре Е.В.Сидоренко «психология – это невеста без приданого, у которой нет ни своих собственных единиц измерения, ни отчетливого представления о том, как заимствованные ею единицы измерения соотносятся с психическими феноменами. Эти единицы измерения она взяла напрокат у физики, как отчаявшаяся бедная невеста берет займы подвенечное платье, «лишь бы царственный старец взял ее к себе в младшие жены» [5]).

Какие же ограничения должно иметь применение математических методов в поистине «доказательных исследованиях в области психиатрии»? Возможно ли адекватное математическое моделирование в этой области?

Абсолютное отсутствие сомнений в этой области было бы весьма опрометчивым, если не опасным. Когда-то И.П.Павлов написал следующее: «грядет время – пусть отдаленное, – когда математический анализ, опираясь на естественнонаучный, охватит величественными формулами уравнений все ..., включая, наконец, и самого себя» [6]. Но какой же при этом видится участь человека, сущность которого не может быть сведена к одним только естественнонаучным (биологическим) закономерностям? Невольно возникают в памяти не только образы антиутопий Замятина и Оруэлла, но и реальные дела психиатров третьего рейха.

Адекватное применение в доказательной медицине (и особенно в психиатрии) метода математического моделирования является возможным при условии соблюдения двух обстоятельств:

1) действительный, а не декларативный переход к мультифакторной парадигме психической патологии, отказ от редукционистского (биологически-центрированного) подхода;

2) унификация и стандартизация процедуры клинической оценки.

Соблюдение этих условий взаимосвязано и реальный переход к доказательному типу психиатрии предполагает одновременное следование им обоим.

Теоретические обоснования необходимости перехода к био-психо-социальной или, например, - социодинамической модели психических расстройств, - содержатся в многочисленных публикациях [7,8]. В фундаментальных современных руководствах по клинической и аномальной психологии мультимодальность одно-

значно определяется как основной принцип диагностики [9, 10, 11, 12].

Таким образом, переход к доказательной психиатрии не может быть просто провозглашенным; ему должны предшествовать радикальная перестройка подготовки специалистов в области клинической психологии, психиатрии и социальной работы в вузах, обучение работающих специалистов методам стандартизированной оценки в биологической, психологической социальной и экологической областях и статистической обработке полученных данных.

Первым «полигоном» для апробации методологии и перехода к реальной практике доказательной медицины естественным образом становятся исследования в области оценки эффективности различных методов терапии (прежде всего медикаментозной).

Это касается, в частности, не только сравнительно новых на отечественном рынке фармацевтических препаратов, но и тех, которые уже применяются на протяжении ряда лет, но не подвергались строгому изучению и оценке из-за сложности методических подходов и отсутствия международных унифицированных исследовательских программ по данному вопросу. Подобное состояние дел при их экспертизе с учетом указанных требований предполагает также высокую долю возможной вероятности непредсказуемой клинической эффективности и сопутствующих реакций, например, оригинальных лекарственных препаратов и их аналогов, изготавливаемых другими фирмами-производителями.

Несколько проще, на первый взгляд, обстоят дела, когда речь идет о заместительной терапии, когда теоретические представления врача о причинах нарушения функций организма пациента совпадают с объективными патофизиологическими фактами и поэтому подтверждаются клинической практикой. И гораздо сложнее выглядит механизм медикаментозных воздействий на патологический процесс (особенно- острый), когда взаимосвязанные биохимические реакции стремительно развиваются в клетках организма, окружающих их структурах, определяют весь путь от начала патологического процесса и к его завершению, но в силу определенных причин часто остаются для специалиста неизвестными. В результате этого целостное представление о динамической системе патологического процесса сводится к «тезисному» рассмотрению отдельных фрагментов и звеньев биохимических и патофизиологических реакций, на которые, в конечном счете, и направлены в таких случаях

фармакологические влияния. То есть, определяются изменения физиологических, биохимических, иммунологических и других показателей имеющимися в наличии данного медицинского учреждения лабораторными и инструментальными методами исследования. В итоге, результаты экспертизы являются зачастую неполными, а внедрение результатов в практику может принести, в лучшем случае, незначительный клинический эффект.

Современное положение в отечественной психиатрии таково, что психотропные препараты и другие методы лечения, поступающие на рынок, проходят многочисленные исследования в рамках фаз клинических испытаний, которые обязательны для того, чтобы препарат или метод был зарегистрирован уполномоченными национальными учреждениями.

Исследование эффективности проходит на всех фазах клинических испытаний, однако, она может изучаться в исследованиях с разной степенью организации, т.е. описанием определенных серий случаев, одномоментных исследований, ретроспективных исследований, проспективных рандомизированных двойных слепых контролируемых исследованиях, методов диагностики, лечения, профилактики патологических процессов. Тогда как согласно современным западным стандартам надежная оценка эффективности лекарственных препаратов и методов терапии может быть получена только в ходе рандомизированных контролируемых испытаний, как наиболее доказательных и объективных. При этом по окончании исследования сопоставляется, прежде всего, частота наступления клинически важных исходов – выздоровления, осложнений, смерти и отдаленные результаты – клинические эффекты, установленные в качестве конечных точек исследования.

За рубежом доказательная медицина в настоящее время получила распространение не только среди исследователей в области клинической медицины, но и среди практических врачей, которым существенную помощь оказывает всемирное Кокрановское Сотрудничество врачей (названо в честь английского эпидемиолога А.Кокрана, впервые сформулировавшего концепцию доказательной медицины), общество Макса Планка, немецкое научно-исследовательское общество и др. подобные организации. К работе этих профессиональных врачебных ассоциаций подключены группы экспертов, которые совместно разрабатывают научно-обоснованные клинические рекомендации, формируют реферативную базу дан-

ных и подготавливают систематические обзоры по определенным проблемам медицины.

Достижения доказательной медицины ощути-мо влияют на политику в области научных исследований и образования. В ведущих западных научных лабораториях проводится регистрация клинических испытаний до начала их выполнения. Многие медицинские университеты ввели дисциплину – клиническую эпидемиологию, как основу концепции доказательной медицины, в обязательный образовательный курс для студентов. Фармацевтические компании используют результаты систематических обзоров в качестве аргументов для включения своих препаратов в государственные формуляры, а крупнейшие международные медицинские журналы пересматривают свои требования в соответствии с концепцией доказательной медицины.

В России уже работают организованные Российское Отделение Кокрановского Сотрудничества, содействующее ученым в получении информации по проблемам доказательной медицины, и Центр доказательной медицины при Московском государственном университете, где предоставляется необходимая литература, проводятся консультации, семинары, лекции по данному вопросу.

На наш взгляд, на первом этапе развитие доказательной медицины в отечественной психиатрии, прежде всего, научит практических врачей и молодых ученых умению отличать доказательную информацию об эффективности психофармакологических средств и психотерапевтических методик от описательной информации, а также скрытой коммерческой рекламы. Конечно, препараты, пока не получившие требуемого подтверждения своей эффективности, но реализуемые в аптечной сети, не должны исключаться из практики. Однако если имеется надежная, доказательная информация по определенному методу лечения, то ей следует отдавать предпочтение.

С другой стороны, внедрение концепции доказательной медицины в общую практику, а также среди медицинских менеджеров фармакологических компаний позволит обеспечивать наиболее эффективное распределение пока еще ограниченных на сегодняшний день ресурсов отечественного здравоохранения.

Наконец, научно-исследовательская работа профильных институтов, кафедр и лабораторий поднимется на более высокий уровень, что, несомненно, найдет свое отражение и в научных публикациях, и в диссертационных работах, которые, в свою очередь, обогатят отечественную и мировую теоретическую и практическую медицину.

ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА – НОВИЙ ЕТАП РЕФОРМУВАННЯ ПСИХІАТРІЇ В УКРАЇНІ

Донецький медичний університет, Обласна психіатрична лікарня

Втілення концепції доказової медицини, зокрема, в психіатрію і психотерапію, в наукові дослідження в цьому напрямі, в університетську освіту дозволить підняти на новий якісний і міжнародний рівень роботу наукових і практичних українських фахівців у цій галузі. При цьому використання доказових критеріїв сприяє вибору найбільш оптимальних методів діагностики, лікування, профілактики психічних хвороб і впровадження їх в широку медичну практику. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 3-7)

V.A. Abramov, J.O. Babyuk, A.C. Burtsev, O.G. Studzinsky

EVIDENCE-BASED MEDICINE – THE NEW STAGE OF PSYCHIATRY REFORMING IN UKRAINE

Donetsk state medical university, Regional Psychiatric Hospital, Donetsk

The article is dedicated to contemporary condition of problems of evidence-based medicine in psychiatry and psychotherapy. The looks and approaches to this problems are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 3-7)

Литература

1. Международный журнал медицинской практики: Цели и задачи. – 1996. – Вып.1. – С.3-4.
2. Леонов В.П., Ижевский П.В. Применение статистики в медицине и биологии: Анализ публикаций 1990-1997 гг. – Вісник асоціації психіатрів України. - №3, 1999. – С.98-129.
3. Бова А., Виноградов О. Статистичний аналіз даних біомедичних та соціальних досліджень. – Вісник асоціації психіатрів України. - №3, 1999. – С.130-137.
4. Грекова И. Методологические особенности прикладной математики на современном этапе ее развития // Вопр. философии, 1976, №6. – С.104-114.
5. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. Изд-во “Социально-психологический центр”. – СПб, 1996, 349 с.
6. Павлов И.П. Естествознание и мозг. Избранные произведения. – М.: Медгиз, 1951. – С.192.
7. Короленко Ц.Т., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: “Академический проект”, 2000. – 460 с.
8. Дернер К., Плог У. Заблуждаются свойственно человеку. Изд-во СПб НИПНИ им.В.М.Бехтерева, 1997. – 519 с.
9. Холмс Д. Аномальная психология. – СПб: Питер, 2003. – 304 с.
10. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.
11. Клиническая психология / Под ред. И.Перре, У.Баманна. – СПб, Питер, 2002. – 1312 с.
12. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Аномальная психология. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.

Поступила в редакцию 18.05.2004

УДК 616.89-008.072.8-02:616.1/4

*С.И. Табачников, И.А. Марценковский, Я.Б. Бикишева***ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: соматоформные расстройства, подростки, дифференцированная терапия

Для обозначения соматических по форме, психических по сути клинических феноменов DSM-III (1980) впервые было введено понятие соматоформного расстройства. В основу этой категории были положены проявления заново описанного и реструктурированного группой Гуце синдрома Брике [1]. Позднее рубрика соматоформных расстройств появилась в используемой в Украине, в качестве национальной МКБ 10, в которой эти расстройства выделены в рубрику F 45 раздела «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Категория соматоформных расстройств объединяет нарушения, которые рассматриваются, как проявления соматизации в узком смысле слова: так называемая первичная соматизация [2,3]. В качестве главного признака соматоформных расстройств описывают повторяющееся предъявление пациентом соматических жалоб наряду с постоянными требованиями повторных медицинских обследований вопреки ранее полученным отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии органической основы страдания. Обязательным условием для диагностики является также исключение синдромально очерченных тревожных и депрессивных нарушений, которые по своей выраженности и представленности в клинической картине должны быть не достаточными для постановки диагнозов тревожных (F40, 41, 43, 48) или депрессивных (F32-38) расстройств.

В последние годы отмечено возрастание числа подростков с соматоформными расстройства-

ми. Согласно результатам эпидемиологических исследований частота расстройства варьирует от 10% [4] до 52% [5] пациентов, обслуженных в первичной медицинской сети. Значительные различия показателей болезненности могут быть объяснены использованием разных диагностических критериев и наличием этно-культуральных, половых и возрастных различий между исследуемыми контингентами.

В подростковом возрасте особенно актуальна проблема функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, коморбидных с невротическими: тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами. Большинство таких пациентов проходят длительный и сложный путь соматического обследования, в ходе которого, как правило, органическая патология со стороны сердечно-сосудистой системы не выявляется, психическое расстройство не диагностируется, а подростки не получают адекватную терапию. Как врачи общей практики, так и кардиологи, неврологи, психиатры для лечения таких пациентов достаточно бессистемно используют разнообразную кардиотропную терапию, бензодиазепины, антидепрессанты и даже нейролептики. Крайне редко, для лечения подростков с соматоформными расстройствами, применяется психотерапия.

Целью исследования было изучение сравнительной эффективности психотерапии, кардиотропной терапии и дифференцированной психофармакотерапии, как традиционных для Украины терапевтических подходов, при лечении соматоформных расстройств у подростков.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 подростков в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст – 14,7±0,7 лет) с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, у которых, в соответ-

ствии с критериям МКБ –10, были диагностированы соматоформные расстройства (F. 45).

Выборка испытуемых формировалась в соответствии, с предварительно разработанными,

критериями рандомизации.

Критериями включения были: 1) непрерывные или повторяющиеся в течение не менее 6 месяцев жалобы на нарушения сердечно-сосудистой системы (неприятные ощущения или боли в области сердца, жалобы на изменение силы и частоты сердечных сокращений – «усиленное сердцебиение», тахикардию, экстрасистолию); 2) возраст от 12 до 17 лет; 3) функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, не объясняющие тяжесть клинического состояния и/или социальной дезадаптации; 4) информированное согласие подростков и их родителей на участие в исследовании, получение курса индивидуальной и семейной психотерапии, а в случае ее недостаточной эффективности - психофармакотерапии.

Критерии исключения учитывали наличие у пациентов: 1) подтвержденной клиническими и инструментальными методами исследования органической кардиоваскулярной патологии; 2) орга-

нического поражения ЦНС; 3) иных коморбидных психических и поведенческих расстройств, в соответствие критериями МКБ – 10; 4) дизморфных нарушений, выражающихся преимущественно в неврологических симптомах.

В таблице 1 представлено распределение отобранных больных по полу, возрасту и диагностическим категориям МКБ-10.

Первую группу сравнения, в дальнейшем группу 1А, составили 60 подростков, получавших кардиотропную терапию – некардиоселективные бета-адреноблокаторы (анаприлин) в дозе 40 –80 мг в сутки, в течение 8-ми недель. Выбор анаприлина, в качестве терапии функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, был обусловлен эффективностью бета-адреноблокаторов при терапии вегетативных дисфункций, функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. Считается доказанным влияние анаприлина на оптимизацию вегетативной деятельности при психоэмоциональных и физических нагрузках [6].

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов сформированных групп

Критерии рандомизации	Количество больных	
	Кардиотропная терапия (группа 1А) N =60	Психотерапия (группа 1Б) N =60
Пол подростка:		
• женский	29	33
• мужской	31	27
Возраст подростка:		
• 12 – 14 лет	19	22
• 15 – 17 лет	41	38
Вариант расстройства в соответствии с критериями МКБ - 10:		
• F 45.0. Соматизированное расстройство	13	16
• F 45.1. Недифференцированное соматоформное расстройство	5	7
• F 45.2. Ипохондрическое расстройство	7	5
• F 45.3. Соматоформная вегетативная дисфункция	19	17
• F 45.4. Хроническое соматоформное болевое расстройство	16	15
Уровень соматизации по клинической шкале самоотчета SCL-90-R-R		
• Низкий уровень (1 - 2 балла)	12	11
• Средний уровень (3 балла)	32	35
• Высокий уровень (4 - 5 баллов)	16	14

Вторую группу сравнения, в дальнейшем группу 1Б, составили 60 подростков, получавших в течение 8-ми недель комплексную психотерапевтическую помощь.

Через 8 недель исследования, после повторной рандомизации, были сформированы 5 групп сравнения. Две группы 2А и 2Б включали пациентов, которые продолжали, ранее назначенную и признанную эффективной, кардиотропную терапию или психотерапию. Группы 3А, 3Б и 3В составили подростки – нонреспондеры к ранее назначенному лечению и переключенные с кардиотропной терапии или психотерапии на прием сертралина, ламотриджина или инстенона.

При разработке модели комплексной психотерапии, нами использовались концептуально-методические подходы к психотерапии соматоформных расстройств, предложенные представителями Московской психотерапевтической школы А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян [7]. Психотерапевтическое вмешательство должно было в максимальной степени учитывать подростковый возраст пациентов, психогенез расстройств (роль семьи, нарушений психологического развития, особенностей формирования межличностных объектных отношений), быть максимально формализованным и стандартизированным, нивелируя психологические различия между подростками в возрасте 12-14 и 15-17 лет.

Психотерапевтическая помощь оказывалась в форме семейной психотерапии, интегрирующей когнитивные, когнитивно-бихевиоральные и психодинамические техники. Основные принципы психотерапевтического подхода подробно изложены ранее [8].

Особенности протокола исследования. При планировании схемы исследования учитывали:

1) Необходимость проведения достаточно продолжительного (не менее 4-х месяцев) контролируемого исследования сравнительной эффективности психофармакотерапии, психотерапии и кардиотропного лечения;

2) Наличие этических ограничений: а) невозможности формирования плацебо группы, б) невозможности назначения психотропных препаратов в качестве терапии первой очереди выбора, в) сложности получения информированного согласия родственников ребенка на лекарственную терапию до того времени, как будет доказана неэффективность кардиотропного лечения и психотерапии, г) предубежденности родителей ребенка в отношении отдельных классов лекар-

ственных препаратов, например, антидепрессантов или противосудорожных средств.

Нами был предложен протокол исследования, предполагавший проведение его в 2-е фазы.

Первая фаза представляла собой 8-ми недельное открытое сравнительное контролируемое исследование эффективности психотерапии и кардиотропного лечения. В конце исследования выделяли группы респондеров и нонреспондеров к терапии. Под респондерами понимали подростков с редуцией интегрального показателя субшкалы соматизации клинической шкалы самоотчета SCL-90-R более чем на 50 %.

Вторая фаза включала два 8-ми недельных, независимых друг от друга параллельно проводимых, открытых сравнительных контролируемых исследования:

- влияния психотерапии и кардиотропного лечения на динамику психического статуса у подростков - респондеров к терапевтическим вмешательствам во время первого этапа исследования;

- влияния психофармакотерапии ангиопротектором с вегетостабилизирующим эффектом (инстенонем), антидепрессантом – ингибитором обратного захвата серотонина (сертралином), тимоизолептиком (ламотриджином) на динамику психического статуса у подростков - респондеров к терапевтическим воздействиям в течение первого этапа исследования;

Обследование испытуемых проводилось перед лечением, через 8 и 16 недель терапии и включало: 1) оценку психических расстройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10 и DSM – IV;

2) квалификацию психических нарушений с использованием стандартной шкалы самоотчета SCL-90-R [9].

Для определения границ нормы по SCL-90-R использовались нормативные данные, полученные в Институте психологии в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Российской Академии Наук в рамках совместного Российско-Американского проекта.

Для статистической обработки полученных данных использовалась оценка распределения признаков по категориям. В качестве критерия достоверности использовался Т-критерий Стьюдента. Уровень значимости во всех расчетах был принят за 0,05. Все переменные были представлены как среднее со среднеквадратичным отклонением. На втором этапе статистической обработки применялся метод корреляционного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Влияние 8-ми недельной психотерапии и кардиотропного лечения на психический статус подростков с соматоформными расстройствами.

Перед началом исследования в группах сравнения средние значения показателей по всем шкалам SCL-90-R превышали показатели нормативного ряда. Наиболее выраженные различия наблюдаются по шкалам соматизации, депрессии и тревоги. Относительно высоким был и показатель по шкале фобической тревоги, что на наш взгляд отражало формирование у подростков опасений и страхов, связанных с состоянием здоровья. Длительное существование болезненных соматических проявлений, не получавших каких-либо подтверждений и объяснений врачей-интернистов, приводило к формированию фобических нарушений, выявляемых при тестировании SCL-90-R. Статистический анализ продемонстрировал высокую степень корреляции шкал соматизации, тревоги и депрессии. Эти данные являются под-

тверждением высокой степени коморбидности соматоформных тревожных и депрессивных расстройств определяющей трудности, связанные с их дифференциальной диагностикой.

По окончании первой фазы исследования в группе 1Б, получавшей курс 8-ми недельной психотерапии, наблюдалась менее выраженная (15,79%) редукция симптоматики по подшкале соматизации, чем в группе 1А – (33,33%). После 8-ми недельного курса психотерапии наиболее выраженная положительная динамика отмечалась по подшкалам враждебности (27,3%) и межличностной чувствительности (33,3%). В тоже время, в группе 1Б отмечалось усиление выраженности симптоматики, оцениваемой по подшкалам фобической тревоги (37,5%), тревоги (33,3%) и психотизма (22,2%). После кардиотропной терапии симптоматика по подшкалам фобической тревоги и тревоги наоборот существенно редуцировалась соответственно на (20,0%) и (42,1%) (табл.2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика динамики психического состояния подростков с соматоформными расстройствами по подшкалам клинической шкалы самоотчета SCL-90-R под влиянием 8-ми недельных курсов комплексной психотерапии и кардиотропной терапии

Подшкалы шкалы DEROGATIS (SCL-90-R)	Группы 1А и 1Б								Уровень различия между группами 1 и 2 (Т-сравнения)	Нормативные данные Московского НИИ МЗ РФ (M _n)
	Психотерапия (группа 1Б; N=60)				Кардиотропная терапия (группа 1А; N=60)					
	До лечения X ₁ ± д	Через 8 недель терапии X ₂ ± д	Динамика симптоматики (%)	Уровень различий Т-критерии	До лечения X ₁ ± д	Через 8 недель терапии X ₂ ± д	Динамика симптоматики (%)	Уровень различий Т-критерии		
Соматизация (SOM)	1,90±0,64	1,60±0,58	-15,79	8,05	1,80±0,58	1,20±0,64	-33,33	1,79	2,37	0,80
Обсессивно-компульсивные нарушения (OC)	1,50±0,61	1,40±0,60	-6,67	0,91	1,20±0,66	1,30±0,61	+8,33	0,86	1,38	0,75
Межличностная чувствительность (INT)	1,20±0,58	0,80±0,52	-33,33	3,98	1,00±0,69	0,90±0,56	-10,00	0,26	4,58	0,90
Депрессия (DEP)	1,60±0,72	1,20±0,51	-25,00	3,51	1,40±0,75	1,30±0,62	-7,14	0,80	1,64	0,75
Тревога (ANX)	1,50±0,62	2,00±0,50	+33,33	4,86	1,90±0,69	1,10±0,81	-42,11	5,82	6,95	0,65
Враждебность (NOS)	1,10±0,58	0,80±0,38	-27,27	3,35	1,20±0,61	1,10±0,60	-8,33	0,91	1,74	0,70
Фобическая тревога (PHOB)	1,20±0,68	1,65±0,41	+37,50	4,39	1,50±0,66	1,20±0,64	-20,00	2,53	5,29	0,35
Параноидное мышление (PAR)	1,10±0,58	1,10±0,58	0	0	0,75±0,58	0,75±0,58	0	0	0	0,70
Психотизм (PSY)	0,90±0,55	1,10±0,58	+22,22	1,94	1,10±0,55	1,10±0,55	0	0	2,05	0,40

Примечание «+» - усиление симптоматики; «-» - редукция симптоматики.

Среди подростков с функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдалась высокая вариативность реакций на психотерапию, чего не наблюдалось в группе больных, получавших кардиотропную терапию. Это позволило нам выделить группы

респондеров и нонреспондеров к психотерапии. Изучение клинической картины заболевания у подростков с высокой и низкой чувствительностью к психотерапевтическим интервенциям позволило выявить значимые клинические различия между группами.

Различия в клинической динамике в группах сравнения, получавших комплексную психотерапию и кардиотропное лечение может быть объяснено различиями в механизмах редукции симптоматики.

Первая фаза 8-ми недельного исследования, когда проводилось сравнение эффективности психотерапии и кардиотропного лечения, заканчивалась на этапе первичных изменений, который соответствовал началу психотерапевтического воздействия. Этап первичных изменений мы наблюдали в ходе процесса осознания пациентами дисфункциональности взаимоотношений в семье. Цели этапа становились достижимыми, когда эмоциональное напряжение максимально актуализировалось под воздействием перехода неосознаваемых переживаний в сферу сознательного восприятия, как самим подростком, так и членами его семьи. Очевидно, двигателем психических изменений, на этом этапе психотерапии, являлись экзистенциально-глубинные ощущения подростком агрессии и состояние внутреннего дискомфорта и тревоги. Чувство внутреннего дискомфорта и тревоги, становились мотивирующим фактором, побуждающим пациентов к продуктивным действиям.

Терапевтическая динамика на данном этапе терапии демонстрировала членам «соматизированной семьи» наличие глубинных конфликтов, которые возникают между собственными желаниями, чувствами и мотивациями и общественными требованиями, которые были сформированы и приняты за аксиомы еще в детстве. Это позволяло родителям больного подростка пересмотреть свои жизненные позиции и отношение к запретам, поставленным обществом.

При клинко-психопатологическом анализе психического статуса таких пациентов, мы регистрировали закономерное усиление тревожной симптоматики, но не за счет соматизированной, а за счет психической тревоги. Происходила своеобразная трансформация дисморфных нарушений в психические. Такая динамика служила хорошей предпосылкой для дальнейшей психотерапии. В группе сравнения, которая получала кардиотропное лечение, терапевтическая динамика была иной: наблюдалась гармоничная редукция тревожно-фобической симптоматики. Таким образом, в обеих группах мы наблюдали положительную терапевтическую динамику, которая проявлялась в уменьшении уровня соматизации.

У нонреспондеров к психотерапии удалось обнаружить наличие скрытых внутрисемейных

механизмов, направленных на сохранение заболевания у подростка и стабильное выполнения ритуала оказания ему медицинской помощи в семье. Эти механизмы всегда, в той или иной форме, направлены на стабилизацию внутрисемейных отношений, но приводят к дезадаптации семьи в целом. Именно в таких семьях, как правило, не удавалось избежать этапа попытки возвращения к симптому, что в дальнейшем являлось обоснованием для отказа от психотерапии.

Повышение показателя по подшкале психотизма у соматоформных больных, обусловлено позитивными ответами по пункту 87 («Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке»), которые имеют наибольший удельный вес среди ответов на все вопросы этой подшкалы. Если при обработке исключить этот вопрос, то среднее значение подшкалы психотизма у подростков группы 1А и 1Б не будет иметь значимых различий.

Жалобы пациентов с низкой чувствительностью к психотерапии отражали, преимущественно, соматические симптомы (учащенное сердцебиение, перебои в области сердца, боли в области сердца и грудной области, чувство замирания за грудиной); у них наблюдались полисистемные жалобы со стороны других органов и систем (тошнота, изжога, затруднение глотания, боли, неприятные ощущения и чувство дискомфорта в области желудка и кишечника, боли в различных частях тела), при этом обращало на себя внимание отсутствие у них упоминания о каких-либо психологических проблемах. Для нонреспондеров было характерно предъявление жалоб в драматической форме. Дискомфортные и болезненные ощущения в области сердца у них нередко носили более яркий, обильный характер. Лишь при тщательном расспросе, такие пациенты неохотно признавали наличие нарушений внутрисемейного функционирования. При этом, для них была характерна неуверенность в себе, недоверчивость, чувство обиды по отношению к членам семьи. Такие проблемы подростки не связывали с состоянием своего здоровья, не рассматривали как основание для обращения за помощью к психиатру или психотерапевту. При малейших колебаниях вегетативного тонуса или соматогенных вредностях у подростков развивались повторные ухудшения самочувствия, с которыми пациенты, игнорируя предшествующий терапевтический опыт, в первую очередь, обращались к врачам общей практики и в очередной раз проходили длительный путь консультаций и обследований.

Выборка респондеров к психотерапии, в целом, характеризовалась более низким уровнем соматизации, но более высоким удельным весом во внутренней картине болезни психологических проблем и трудностей в межличностных отношениях с пиками по субшкалам межличностной чувствительности ($1,5 \pm 0,8$) и враждебности ($1,3 \pm 0,5$).

Фобическая симптоматика у респондеров к психотерапии была в большей степени представлена социофобическими опасениями у нонреспондеров – агарофобическими жалобами и рудиментарными голотимными идеями. При описании своего состояния респондеры к психотерапии активно использовали такие понятия как страх, раздражительность, тревога, тоска, апатия, безволие, неуверенность в себе.

Приведенные данные позволяют предположить, что группа подростков, чувствительных к психотерапии менее алекситимична, чем группа нонреспондеров к терапии.

Влияние курса 16-ти недельной психотерапии и кардиотропного лечения на психический статус подростков с соматоформными расстройствами.

По окончании 2-ой фазы исследования в группе подростков, получавших комплексную психотерапию психотерапию наблюдалась значительная, более 50%, редукция симптоматики по подшкалам соматизации (72,2%), межличностной чувствительности (60,0%), враждебности (69,2%) и фобической тревоги (58,3%). Менее

выраженная редукция симптоматики отмечалась по подшкалам депрессии (44,4%), тревоги (42,9%) и психотизма (40,0%) (табл.3).

Обращает на себя внимание то, что профили средних значений шкал SCL-90-R нормативного ряда и группы 2Б после лечения, имели сходную конфигурацию, но различались по выраженности всех показателей, кроме подшкал тревоги и фобической тревоги, которые превышали показатели нормативного ряда. Выраженность всех остальных показателей в исследуемой группе, после курса терапии, было ниже показателей нормативного ряда что, возможно, указывало на определенный уровень невротизации и соматизации у подростков, включенных в нормативный ряд.

По окончании 16-ти недельного курса комплексной психотерапии, у подростков - респондеров к лечению, наблюдалась более выраженная редукция симптоматики по подшкалам соматизации (72,2%), враждебности (69,2%), межличностной чувствительности (60,0%) по сравнению с группой, получавшей кардиотропную терапию, где эти показатели составляли соответственно (61,9%), (20,0%) и (18,2%). В группе 2А наблюдалась более выраженная редукция симптоматики по подшкалам тревоги (73,3%), депрессии (57,1%) и фобической тревоги (70,6%), чем в группе 2Б. По подшкалам обсессивно-компульсивных нарушений и психотизма степень редукции в группах сравнения 2А и 2Б была сопоставимой (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная характеристика динамики психического состояния подростков с соматоформными расстройствами по подшкалам клинической шкалы самоотчета SCL-90-R под влиянием 16-ти недельных курсов комплексной психотерапии и кардиотропной терапии

Подшкалы шкалы DEROGATIS (SCL-90-R)	Группы 2А и 2Б								Уровень различия между группами 1 и 2 (Т-сравнения)	Нормативные данные Московского НИИ МЗ РФ (M _n)
	Психотерапия (группа 2Б; N=24)				Кардиотропная терапия (группа 2А; N=26)					
	До начала 2-ой фазы лечения X ₁ ± δ	Через 16 недель терапии X ₂ ± δ	Степень редукции (%)	Уровень различий Т-критерии	До начала 2-ой фазы лечения X ₁ ± δ	Через 16 недель терапии X ₂ ± δ	Степень редукции (%)	Уровень различий Т-критерии		
Соматизация (SOM)	1,8±0,2	0,5±0,3	72,2	17,7	2,1±0,4	0,8±0,3	61,9	12,5	1,6	0,80
Обсессивно-компульсивные нарушения (OC)	0,7±0,4	0,5±0,3	28,6	2,0	0,9±0,3	0,6±0,2	33,3	4,0	0,7	0,75
Межличностная чувствительность (INT)	1,5±0,8	0,6±0,4	60,0	4,9	1,1±0,6	0,9±0,5	18,2	1,2	6,4	0,90
Депрессия (DEP)	0,9±0,5	0,5±0,4	44,4	3,1	1,4±0,75	0,6±0,4	57,1	6,0	1,9	0,75
Тревога (ANX)	1,4±0,5	0,8±0,5	42,9	4,2	1,5±0,6	0,4±0,3	73,3	7,9	4,7	0,65
Враждебность (NOS)	1,3±0,5	0,4±0,2	69,2	8,2	1,0±0,5	0,8±0,4	20,0	1,5	7,5	0,70
Фобическая тревога (PHOB)	1,2±0,6	0,5±0,4	58,3	4,8	1,7±0,6	0,5±0,3	70,6	8,6	1,9	0,35
Параноидное мышление (PAR)	0,5±0,4	0,5±0,4	0	0	0,6±0,3	0,5±0,3	16,7	1,1	2,5	0,70
Психотизм (PSY)	0,5±0,3	0,3±0,2	40,0	2,7	0,8 ±0,4	0,5±0,3	37,5	2,9	0,4	0,40

Клиническая эффективность психофармакотерапии соматоформных расстройств у подростков не чувствительных к психотерапии и кардиотропному лечению.

По окончании 8-ми недельной фазы исследования в группе подростков, получавших сертралин (группа 3А), наблюдалась существенно более выраженная редукция симптоматики по подшкалам соматизации (66,7%), обсессивно-компульсивных нарушений (77,8%), депрессии (77,8%), тревоги (66,7%), фобической тревоги (83,3%) и психотизма (54,6%) по сравнению с группами сравнения (табл.4).

В группе подростков, получавших ламотриджин (группа 3Б) значительная, более 50%, редукция симптоматики наблюдалась

только по трем подшкалам: соматизации (59,1%), депрессии (53,3%) и тревоги (54,6%), хотя степень выраженности редукции существенно уступала аналогичным показателям в группе 3А.

В группе подростков, принимавших инстенон (группа 3В), наблюдалась наименее выраженная редукция симптоматики по подшкалам соматизации (57,9%), депрессии (47,1%) и тревоги (52,4%) по сравнению с соответствующими подшкалами двух других групп сравнения. Необходимо отметить, что в этой группе подростков степень редукция фобической тревоги составила (58,8%) что было значительно ниже аналогичного показателя в группе 3А (83,3%), но выше, чем в группе 3Б (46,7%).

Таблица 4

Влияние дифференцированной психофармакотерапии на психическое состояние подростков с соматоформными расстройствами по подшкалам клинической шкалы самоочета SCL-90-R у нонреспондеров к психотерапии и кардиотропной терапии

Подшкалы шкалы DEROGATIS (SCL-90-R)	Группы 3А, 3Б, 3В									Уровень различий (χ^2)	Нормативные данные Московского НИИ МЗ РФ (M_n)
	Сертралин (группа 3А; N=23)			Ламотриджин (группа 3Б; N=21)			Инстенон (группа 3В; N=23)				
	До лечения ($X_N \pm \delta$)	После лечения ($X_N \pm \delta$)	Степень редукции (% δ)	До лечения ($X_I \pm \delta$)	После лечения ($X_I \pm \delta$)	Степень редукции (%I)	До лечения ($X_i \pm \delta$)	После лечения ($X_i \pm \delta$)	Степень редукции (%i)		
Соматизация (SOM)	2,1±0,5	0,7±0,2	66,67	2,2±0,5	0,9±0,4	59,09	1,9±0,5	0,8±0,3	57,89	22,50	0,80
Обсессивно-компульсивные нарушения (OC)	1,8±0,6	0,4±0,3	77,78	1,4±0,6	0,8±0,5	42,86	1,6±0,7	1,1±0,7	31,25	14,91	0,75
Межличностная чувствительность (INT)	1,4±0,8	1,0±0,6	28,57	1,3±0,8	0,7±0,4	46,15	1,1±0,6	0,8±0,5	27,27	4,50	0,90
Депрессия (DEP)	1,8±0,7	0,4±0,2	77,78	1,5±0,7	0,7±0,4	53,33	1,7±0,5	0,9±0,5	47,06	18,52	0,75
Тревога (ANX)	2,1±0,8	0,7±0,5	66,67	2,2±0,5	1,0±0,6	54,55	2,1±0,7	1,0±0,4	52,38	20,71	0,65
Враждебность (NOS)	1,5±0,7	0,8±0,4	46,67	1,2±0,6	0,7±0,4	41,67	1,3±0,6	0,9±0,5	30,77	6,17	0,70
Фобическая тревога (PHOV)	1,2±0,6	0,2±0,1	83,33	1,5±0,6	0,8±0,5	46,67	1,7±0,6	0,7±0,4	58,82	17,26	0,35
Параноидное мышление (PAR)	1,1±0,6	1,1±0,4	0	1,1±0,6	1,1±0,6	0	0,7±0,4	0,7±0,3	0	0	0,70
Психотизм (PSY)	1,1±0,6	0,5±0,4	54,55	1,1±0,6	1,1±0,6	0	0,5±0,3	0,5±0,3	0	2,86	0,40

Психофармакотерапия продемонстрировала высокую эффективность при лечении соматоформных расстройств у подростков, резистентных к комплексной психотерапии и лечению кардиотропными препаратами.

Спектр психотропной активности сертралина, ламотриджина и инстенона был различным.

Сравнительный анализ особенностей редукции психопатологической симптоматики при различных вариантах психофармакотерапии, показал, что в группе подростков, принимавших инстенон, наблюдалась опережающая, статистически достоверная относительно групп сравнения, редукция собственно вегетативных нарушений: лабильности артериального давления, респираторных нарушений (одышки, гипервентиляции), тахикардии, астенических головных болей, кардиалгий.

Результаты факторного анализа продемонстрировали наличие тесной корреляционной связи между указанными признаками, что давало основание для объединения их в интегральный фактор, названный нами «психовегетативный симптомокомплекс». Вышеуказанный симптомокомплекс проявлял афинитет к терапии инстеконом и сертралином.

Математический анализ показал, что позитивное влияние инстенона на соматоформные расстройства у подростков в 84,6% случаев связано с ускоренной редукцией симптомов, включенных в вышеуказанный интегральный фактор.

В группе подростков, принимавших сертралин, наблюдалась опережающая, статистически достоверная, относительно групп сравнения, редукция с одной стороны соматических эквивалентов гипотимии и тревоги в виде: тяжести в

конечностях, спине или голове, мышечных болей; сухости кожных прокровов, метеоризма, сухости во рту, склонности к запорам, пресомнических, интрасомнических и постсомнических нарушений; витальноастенической симптоматики, ипохондрических; деперсонализационных и дереализационных нарушений, с другой стороны – собственно гипотимических проявлений в виде: чувства подавленности, безнадежности, беспомощности; заниженной самооценки; суточной периодики жизненного тонуса.

Указанные выше расстройства, на основании математического анализа, объединены нами в рамках интегрального фактора «гипотимия с соматическим синдромом».

Наибольшее влияние на редукцию признаков, включенных в фактор оказывал, по нашим данным, сертралин. При терапии сертралином позитивное влияние на соматоформные расстройства у подростков в 18,3% случаев было связано с ускоренной редукцией интегрального фактора «психовегетативный синдром», 70,2% - «гипотимии с соматическим синдромом».

У подростков, принимавших ламотриджин, наблюдалась опережающая, статистически достоверная относительно групп сравнения редукция: двигательных диссоциативных нарушений, нарушений кожной чувствительности, аффективной лабильности, раздражительности, чувства беспокойства, сенсорной гиперестезии. Указанные выше расстройства входят в понятие раздражительной слабости и соматической конверсии.

На основании математического анализа, данные расстройства объединены нами в рамках интегрального фактора «органического дизонтогенеза».

Наибольшее влияние на редукцию вышеуказанного фактора оказывали, по нашим данным, сертралин и ламотриджин. Сертралин эффективно купировал гиперестетические нарушения: раннюю инсомнию, аффективную лабильность,

раздражительность, чувство беспокойства, напряженности, сенсорную гиперестезию, уступая ламотриджину по эффективности в купировании диссоциативных симптомов: диссоциативных двигательных нарушений; нарушений кожной чувствительности. При терапии ламотриджином наблюдалась статистически достоверная редукция алгических симптомов: мышечных болей; кардиалгий.

Математический анализ показывает, что позитивное влияние препарата ламотриджина на соматоформные расстройства у подростков в 72,3% случаев было связано с ускоренной редукцией выделенного интегрального фактора «органического дизонтогенеза» и различной алгической симптоматики.

Таким образом, настоящее исследование продемонстрировало обоснованность и эффективность дифференцированного применения у подростков с соматоформными расстройствами психотерапии и медикаментозного лечения. Доказана эффективность применения некардиоселективных бета-адреноблокаторов, вегетостабилизаторов, ингибиторов обратного захвата серотонина и современных тимостабилизаторов.

Лечение подростков с соматоформными расстройствами целесообразно начинать с комплексной психотерапии и кардиотропного лечения. О неэффективности психотерапии можно судить не ранее, чем через 16 недель лечения. После 8-ми недель терапии, при недостаточной эффективности психотерапии, целесообразно подключение психофармакотерапии. Препаратами выбора, при медикаментозном лечении подростков с невротическими нарушениями сердечно-сосудистой системы могут быть сертралин, инстенон или ламотриджин. Выбор препарата целесообразно проводить на основании этиопатогенетической идентификации актуальных психических и соматовегетативных расстройств.

С.І. Табачников, І.А. Марценковський, Я.Б. Бикинаєва

ТЕРАПІЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ЇХНЯ ЕФЕКТИВНІСТЬ

Українській НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Аналізується терапевтична ефективність психотерапії і медикаментозного лікування у підлітків із соматоформними розладами. Обґрунтовується доцільність диференційованого застосування психотерапії, кардіологічних ліків, інстенона, сертралина, ламотриджина. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 8-16)

**THERAPY SOMATOFORM DISORDER AT TEENAGERS: THERAPEUTIC APPROACHES
AND THEIR EFFICIENCY**

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology

Therapeutic efficiency of psychotherapy and medicamentous treatment at teenagers with somatoform disorders is analyzing. The expediency of the selectively proved application of psychotherapy, cardiological medicines, instenon, sertralin, lamotrigin is proved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 8-16)

Литература

1. Briquet P. Traite clinic et therapeutique de hysterie. - Paris. - 1859. - 256 p.
2. Escobar J.I., Canino G. Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates // Brit. J. Psychiatr. - 1980. - Vol. 154. - P. 24-27.
3. Escobar J.I., Burnam M.A., Karno M. et al. Somatization in the community // Arch. Gen. Psychiatr. - 1987. - Vol. 44. -P. 713-718.
4. Kellner R. Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis. - 1990. - Vol. 3. - P. 150-160.
5. Van Hemert A.M., Hengeveld M.W., Bolk J.H. et al. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic // Psychol. Med. - 1993. -Vol. 23. - P. 167-173.
6. Белоконь Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1987. - Т. 1. - 448с.
7. Гаранян П.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Часть II: Практическая реализация подхода // МПЖ. - 1996. - № 1. - С. 59-71
8. Бикшаева Я.Б. Семейная психотерапия подростков с соматоформными расстройствами: интеграция когнитивных, бихевиоральных и психодинамических концептуально-методических подходов // Архів психіатрії. - 2003. - Т.9, № 4 (35) . - С.123-130.
9. Franke G.H. Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90) als Forschungsinstrument. Diagnostica. - 1992. - Vol. 38. -P. 160-167.

Поступила в редакцию 5.07.2004

УДК 616.89 + 615.851] – 08.006.85

В.А. Абрамов, А.К. Бурцев

О СТАНДАРТАХ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: качество, стандарт, психиатрическая помощь, психотерапия.

Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что использование новых лечебно-диагностических технологий обеспечивает ощутимый выигрыш только в тех случаях, когда решены проблемы управленческого характера и, в первую очередь, реализуются основы новой философии управления, ориентированной на проблемы качества медицинской помощи [1].

Качество является одним из важнейших нормативов психиатрической и психотерапевтической помощи [2, 3, 4]. При оценке качества психиатрической помощи (КПП) обычно учитывается три компонента: структура, собственно лечебно-диагностический процесс и результат. Структура обеспечивается уровнем финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов, необходимыми организационными формами, профессиональным уровнем медицинского персонала и т.д. К собственно лечебно-диагностическому процессу относятся правильный выбор и соблюдение адекватных технологий лечебно-диагностической помощи на всех ее этапах с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного больного. К результатам оказания психиатрической помощи относятся степень достижения лечебных и реабилитационных целей, а также уровень удовлетворенности пациента КПП. С этой точки зрения, качество психиатрической помощи можно рассматривать как фактор, оказывающий существенное влияние на качество жизни пациента.

Качество психиатрической помощи определяется как степень ее соответствия стандарту. Стандарт психиатрической помощи – это нормативно-технологический документ, устанавливающий определенные научно-обоснованные требования к объекту стандартизации. Стандарты качества психиатрической помощи могут быть разных видов в зависимости от объекта стандартизации, целей и задач, обуславливающих их создание. Классический подход предполагает выделение трех видов стандартов,

отражающих различные составляющие качества психиатрической помощи:

- стандарты структуры;
- технологические стандарты диагностики и лечения;
- стандарты результата лечения.

1. Стандарты структуры психиатрической помощи включают:

а) стандарты ресурсов психиатрической помощи:

- требования к квалификации специалистов; профессионализм и ответственность медицинского персонала являются важнейшими элементами и необходимыми условиями по внедрению системы качества и обеспечения качественного функционирования всех механизмов медико-социальных гарантий, предусмотренных действующим законодательством (согласно статье 3 Закона Украины «О защите прав потребителей», потребители медицинской помощи имеют право на надлежащее качество и безопасность услуг, необходимую, доступную и своевременную информацию о предоставляемой помощи и ее качестве);

- требования к материальной базе и оснащению психиатрического учреждения; эти требования должны предусматривать полное соответствие функционального назначения помещения санитарно-гигиеническим и правовым нормативам, направленным на удовлетворение законных интересов и потребностей населения;

- требования к используемым медикаментозным препаратам и условиям их применения; предусматривается, что при конкретных психических расстройствах могут использоваться только те препараты, которые оказались наиболее эффективными при проведении рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований. Назначение при этих состояниях других препаратов может рассматриваться как ошибочный выбор неэффективной в данном случае терапии или как недоброкаче-

ственная клиническая практика (неоказание необходимой медицинской помощи).

б) стандарты организации работы психиатрического учреждения:

• стандарты системы управления психиатрической службой (психиатрическим учреждением); для их создания необходимо выявить факторы, отрицательно влияющие на качество психиатрической помощи. Среди огромного количества таких факторов можно выделить следующие:

- крайне недостаточное использование в различных сферах организации и оказания психиатрической помощи принципов доказательной медицины (evidence medicine), научно обоснованных подходов к диагностике и осуществлению лечебно-диагностических мероприятий;

- произвольное использование Международной классификации психических и поведенческих расстройств не опирающееся на международные схемы клинического исследования, принципы алгоритмической и многоосевой диагностики;

- низкий уровень информационного обеспечения медицинского персонала и пациентов об их правах при оказании психиатрической помощи и способах их защиты;

- преимущественная ориентация психиатрических служб на патерналистские формы обслуживания населения с преобладанием институциональных форм психиатрической помощи;

- отсутствие в сети психиатрических учреждений системного анализа эффективности лечебно-диагностической помощи (затраты – результат);

- ригидная система медико-социальной экспертизы, не опирающаяся на принципы функциональной диагностики психических расстройств, определение уровня жизнедеятельности пациентов, составление и контроль за реализацией индивидуальных реабилитационных программ.

• стандарты организации лечебно-диагностического процесса; считается, что система обеспечения качества медицинской, в т.ч. психиатрической, помощи должна соответствовать трем важным критериям: 1) быть непрерывной; 2) иметь разные методы оценки качества; 3) иметь внутренний и внешний контроль за качеством медицинской помощи.

Непрерывность процесса обеспечения качества медицинской помощи достигается :

- установлением критериев, позволяющих оценить качество медицинской помощи;

- установлением стандарта качества, уровень которого реально можно достичь;

- оценкой реально достигнутого уровня медицинской помощи, установленного стандартом;

- корригированием стандарта: повышением – с целью улучшения качества медицинской помощи или снижением – в связи с нереальностью достижения при наличии объективных причин; поиск путей преодоления причин недостижения стандарта с последующим его повышением.

Традиционное использование количественных (валовых) показателей при оценке уровня психиатрической помощи оставляет в стороне вопросы качества и эффективности обслуживания населения и совершенствования используемых лечебно-диагностических и реабилитационных технологий. Основной критерий оценки качества психиатрической помощи – ее конечный результат или позитивные изменения в состоянии психического здоровья пациента. Для контроля КПП должен использоваться как внутренний (ведомственный) контроль, так и контроль, осуществляемый независимыми экспертами.

2. Лечебно-диагностические (технологические) стандарты. Диагностические стандарты должны базироваться на принципах международной диагностической системы (МКБ), включающей не только диагностические критерии, но и технологию диагностического исследования, и постановку многоосевого или полного клинического диагноза. Лечебно-реабилитационные, постоянно совершенствуемые стандарты должны, как уже отмечалось, разрабатываться на основе научно обоснованной (доказательной) медицинской практики с ориентацией на благополучие и безопасность пациента. Стандарты этико-правовых норм предусматривают защиту прав и комфортное обслуживание пациента.

3. Стандарты результатов лечения – предусматривают систему оценок удовлетворенности пациента медицинской помощью и объективных изменений состояния его здоровья. Удовлетворенность медицинской помощью включает такие аспекты как своевременность и длительность, безопасность, профессионализм и отношение медицинских работников, бытовые условия в психиатрическом учреждении, информированность пациентов о различных аспектах заболевания и оказываемой медицинской помощи, соблюдение прав и интересов пациента и т.п. Непосредственные результаты лечения могут оцениваться как: 1) позитивные изменения состояния здоровья (выздоровление, значительное или незначительное улучшение); 2) без изменений и 3) негативные изменения (ухудшение состояния здоровья или смерть).

Особое значение для разработки в перспективе конкретных программ повышения качества психиатрической помощи имеет опыт развитых стран, которые на несколько десятилетий раньше подошли вплотную к разрешению этой задачи. Реформирование западной психиатрии в 70-80-х гг. прошлого века привело за счет структурных целевых изменений к повышению качества психиатрической помощи, что, однако, не исключает возможность его дальнейшего повышения. Путь к повышению качества жизни психически больных лежал и через совершенствование профессиональной реабилитации, и более качественное разрешение проблем пациентов-хроников, лиц с ограниченными возможностями и через изменение неоднозначного отношения населения к данному контингенту больных [8].

Любые изменения, усовершенствования существующих систем оказания помощи возможны после оценки ситуации и выработки целей изменений. Состояние психиатрического обслуживания определяется в демократических странах законодательно, оговаривается в нормативных документах. Нормативы могут касаться, например, стационарных койко-мест на 1000 жителей для психически больных разного профиля, дополнительных услуг на 1000 жителей (количество мест проживания в лечебных учреждениях, услуги дневных стационаров и т.п.). Такие нормативы не являются незыблемыми, и число стационарных койко-мест может при сохранении общего качества помощи сокращаться при укреплении амбулаторного, полустационарного звена, дополнительных служб (жилищная сфера, рабочая сфера, места отдыха, клубы и т.п.).

Важнейшим для повышения качества современной медицинской помощи (и, в первую очередь, психиатрической) является утверждение адекватных психологических концепций здравоохранения. Целый ряд стран Западной Европы, Америки на уровне федераций психологов и психиатров сформулировал рекомендации в отношении роли психологии в психотерапии, гигиене и профилактике. Например, Федерация швейцарских психологов (1994) указывает на то, что эффективность и необходимость психотерапии в наше время является доказанным фактом; в роли психотерапевтов могут выступать специалисты-психологи, получившие соответствующее образование и практическую подготовку; имеет место гарантия качества обслуживания пациентов за счет постоянного совершенствования обслуживания, внедрения результатов самых новых исследований; отношение к психологам-психотерапевтам долж-

но быть лишенным любых признаков дискриминации, в том числе и в уровне оплаты услуг.

Говоря о совершенствовании качества психиатрической помощи было бы естественным коснуться ряда понятий медицинской социологии, центральным из которых является «больное поведение». Под «больным поведением» понимаются поступки и способ поведения соответствующего лица, связанные с ощущением наличия у него определенных симптомов [9, 10]. В качестве синонима этого понятия иногда используют выражение «поиск помощи». В «больном поведении» можно выделить ряд стадий, не всегда следующих четко друг за другом: первая – это самостоятельное восприятие симптомов и попытки их преодоления (другими словами, попытки «совладания» копинга; имеет место более или менее интенсивное переживание «тяжести страдания», начинается поиск информации о проблеме, попытки самолечения доступными медикаментами, поиск альтернативных официальной медицине мер). Вторая стадия характеризуется постановкой пациентом в известность о своих симптомах «значимых других» (significant others), то есть людей, пользующихся особым доверием; хорошо, если эти лица из, как правило, микросоциального окружения будут давать адекватные советы, но вполне возможны и деструктивные влияния: советы скрывать болезнь от специалистов, обращаться к представителям альтернативных форм целительства. Описанные стадии свойственны и соматической и психической патологии, однако (особенно во втором случае), они так и не возникают, если констатация симптомов раньше происходит внешним наблюдателем. Тогда можно сразу говорить о стадии решения проблемы за счет привлечения помощи со стороны. Помощь эта может оказываться в разных форматах: оптимальной будет профессиональная (медицинская, психологическая) помощь – специализированная психиатрическая, психотерапевтическая или, хотя бы, оказываемая врачами общего профиля или психологами без специальной клинической подготовки. Профессиональная помощь безусловно должна рассматриваться как системообразующий сегмент, особенно когда речь идет о хронических пациентах с выраженной психопатологической симптоматикой. Для психосоматических, невротических пациентов, лиц с расстройствами личности не меньшее значение имеют и другие форматы оказания помощи, например, непрофессиональная система, т.е. это помощь, исходящая от близких, соседей, коллег, представителей общественных организаций и пр.; предполагается, что они не имеют специальной подго-

товки и могут работать в сети социальной поддержки. Выделяют также и полупрофессиональную помощь, которая оказывается вне лечебных учреждений лицами, профессионально не связанными работой с больными, но, тем не менее, часто с ними контактирующие – это педагоги, священнослужители. Особого упоминания заслуживает и такой формат оказания помощи как парамедицинская система; речь идет о практиках целительства, свойственных определенным культурологическим группам, имеющим иногда очень высокую эффективность по отношению и этноспецифическим синдромам*. К парамедицинской системе относятся и явные шарлатаны, мошенники, представители опасных харизматических сект, лжеучений.

Уже случившаяся в ряде стран деинституализация психиатрической помощи, как известно, кроме позитивных результатов, породила и ряд специфических новых проблем, с учетом которых особого внимания заслуживают непрофессиональная, полупрофессиональная и даже парамедицинские системы. Поэтому анализ механизмов оптимизации качества психиатрической помощи неизбежно должен быть связан и с оптимизацией этих систем в отдельности, и взаимодействием их друг с другом. Видоизменение к лучшему «больного поведения» реально позволит сделать помощь своевременной и доступной, противодействовать хронизации. Компоненты качества психиатрической помощи, связанные со «срабатыванием» непрофессиональной, полупрофессиональных и парамедицинских систем зависят от социальных, политических, экономических обстоятельств и требуют «заботы государства» в целом.

Профессиональная система в большей степени связана с конкретными институциональными условиями. Общепринятым является выделение амбулаторных, полустационарных и стационарных служб. Их функции, преимущества и недостатки описывались и в руководствах советского периода, и в отечественных, и зарубежных руководствах.

Отличия современных описаний этих служб, например, в германоязычных странах [12] заключаются в констатации возрастающей роли дополнительных служб, которые «берут на себя главные функции здравоохранения». Прежде всего помощь оказывается лицам, стойко или временно неспособным решать свои проблемы с функционированием в обществе, работой, жи-

льем. Дополнительные службы в общежитиях для, главным образом, хронических пациентов ухаживают за ними, решая не только гигиенические, но и социальные проблемы. Основные реабилитационные задачи выполняют и в «переходных» общежитиях, где пациенты пребывают 2-3 года, а также в так называемых «защищенных» группах совместно проживающих, а также в отношении отдельно проживающих больных. Наиболее предпочтительными считаются небольшие децентрализованные приюты.

В сфере трудовой реабилитации дополнительные службы осуществляют первичную профессиональную подготовку лиц, ее не имеющих, переквалификацию, переобучение, повышающее вероятность трудоустройства, гарантированную занятость в специальных профессиональных условиях, а также обслуживание пациентов, занятых в обычном трудовом процессе. Дополнительные службы используют в своей работе специальные тренинговые центры, располагают гарантированными рабочими местами и т.д., причем, чем неблагоприятнее ситуация на рынке труда, тем лучше должны быть организованы дополнительные службы, которые дают лицам с психическими расстройствами длительную перспективу относительно работы.

К дополнительным службам и таким, которые обеспечивают контакты пациентов с обществом, структурируют бытовую активность (покупки, приготовление еды, организация свободного времени), относятся «клубы пациентов», «центры контактов».

Отечественная практика оказания психиатрической помощи в прошлом выработала весьма эффективные для своего времени методы диспансеризации, патронажа, трудовой реабилитации. Сейчас, когда эти традиции оказались практически полностью разрушенными, утраченными, о реальной качественности психиатрической помощи можно говорить в случае создания аналогов описанных дополнительных служб с широчайшим привлечением к их деятельности клинических психологов и социальных работников.

Гарантия качества (quality assurance) в здравоохранении сегодня стала центральным понятием в исследованиях, механизмах оценки и коррекции, позволяющих улучшить качество обслуживания. Установление стандартов качества, как правило, определяется как величины, кото-

* «...психологическая теория, предполагающая существование одержимости, вряд ли адекватна при интерпретации проблем, относящихся к среднему классу еврейских интеллектуалов Нью-Йорка... С другой стороны, психоанализ вряд ли пригоден для адекватной интерпретации проблем идентичности в деревнях Гаити, тогда как некая вудуистская психология может представлять здесь схемы интерпретации большой эмпирической точности» [11].

рых необходимо достичь. Подобного рода стандарты идеально подходят для оценки качества фармакотерапии, но не совсем адекватно учитывают психотерапевтические подходы. Нередко стандарты вырабатываются по принципу «от противного». Например, количество самовольных прерываний терапии должно быть меньше некоего $n\%$. Подобным же образом формируются представления о «пороговых значениях» – еще приемлемых нижних и верхних значениях для стандартов (например, больше, чем $n + 10\%$ прерываний терапии недопустимо). Конечно, иногда критерии формируются и прямо (например, в среднем 40-50 часов терапии на пациента). Под «нормой», когда речь идет о гарантии качества, понимают среднестатистическое значение какого-либо воздействия (дозировка, длительность терапии).

Мониторинг качества возможен при установлении адекватных индикаторов. Практически во всех исследованиях относительно мониторинга качества психиатрической помощи подчеркивается необходимость мультимодального подхода – анализ биологических жидкостей, данных медицинской документации (в том числе и стандартизированных оценок психического состояния), а иногда данные аудио- и видеозаписей, отчеты супервизоров (когда речь идет о психотерапии). Одновременное использование различного происхождения данных предопределяет необходимость обобщения на основе метаанализа.

Управление качеством оказания помощи предполагает систематическое сравнение данных мониторинга (эмпирических данных) со стандартами: при отсутствии резких различий можно говорить о соблюдении гарантии качества; при наличии различий – необходимо улучшение качества.

Качество структуры помощи охватывает возможности (условия), делающие возможным то или иное вмешательство. К ним можно отнести: политические условия (законодательная база, модель оказания помощи), организационные (план работы), финансовые (бюджет, объем затрат на медикаменты, психотерапию), архитектурные (обеспеченность площадями), оснащение, кадровый потенциал, терапевтические (спектр психотерапевтических услуг, научная обоснованность). Важнейшим элементом повышения качества помощи психически больным является управление качеством обучения персонала как на додипломном, так и последипломном уровне, регламентация широкого доступа к профессиональной деятельности в психиатрических учреждениях специалистов психологов и социальных работников.

Переход в научной психиатрии от преимущественно биологической парадигмы этиопатогенеза психических расстройств к более адекватным социобиологическим, социобиопсиходинамическим закладывает основы для значительного расширения поля психотерапевтических подходов при оказании помощи психически больным. Психотерапевтические вмешательства отличаются от медикаментозных, хирургических, физических и других применением психологических средств. Клинико-психологические интервенции применяются в целях коррекции, лечения, реабилитации, вторичной профилактики психических и психосоматических расстройств, в то время как психолого-педагогические – решают как свои специфические задачи, так и могут быть включены в программы первичной профилактики. В рамках рассмотрения вопроса о качестве психиатрической помощи акцент должен быть сделан именно на клинико-психологических вмешательствах.

Весьма разнообразные и многочисленные формы клинико-психологических интервенций имеют, вместе с тем, ряд общих черт. Центральным моментом любой психотерапии, тренинга, консультирования является специфическое социальное взаимодействие между психотерапевтом и пациентом. Средства, используемые специалистом, могут быть весьма различными в зависимости от конкретной культуральной, политической, исторической ситуации оказания помощи. В связи с этим, естественно, не может быть речи о строго универсальных, международных стандартах психотерапевтической помощи, что особенно усложняет управление качеством помощи.

В тесной связи с вопросом о средствах психотерапии находится вопрос о теоретическом обосновании клинико-психологических интервенций. Известно, что научное знание по многим критериям отличается от обыденного знания, частного знания и от мнений; его рациональное обоснование выходит за рамки частного опыта. Включение его в рациональное содержание какой-либо дисциплины зависит, в частности, от его валидации путем интерсубъективного опыта, приобретенного по правилам научной методологии. То, что в заданном отрезке времени признано «научным сообществом» в качестве составляющей рационального содержания, зависит не только от социологических феноменов, но и от фактических научных достижений, причем постоянно пересматриваемых [13]. Таким же образом не приходится говорить о научном обосновании клинико-психологического вмешательства «раз и навсегда», равно как и о незыблемом

стандарте «научности» при оценке качества помощи психически больным.

Цели психотерапевтической помощи могут быть разделены на ближайшие (например, тренинг эмпатических возможностей, овладение техникой релаксации и др.) и отдаленные, более тесно связанные с теоретическими концепциями (осознание психотравм детского возраста, замена неконструктивного интеллектуального или поведенческого паттерна более подходящим; разблокировка, «ускорение личностного роста»). В любом случае, используемые средства должны быть релевантны целям вмешательства.

Профессиональность действий в ходе психотерапевтического вмешательства гарантируется получением адекватного образования и непрерывным последипломным образованием. Необходима однозначная и строгая система допуска специалистов к работе с пациентами. Вряд ли стоит говорить, что на современном этапе эти важнейшие компоненты стандарта качества психиатрической помощи в Украине находятся, в лучшем случае, лишь на стадии разработки.

В понятной зависимости от всех перечисленных выше характеристик психотерапевтического вмешательства находится его эффективность, которая мо-

жет быть по-разному оценена с позиций рентабельности, редукации симптоматики, общего ощущения качества жизни. Представляется необходимым подчеркнуть невозможность создания единого для всех видов вмешательства стандарта эффективности, учитывая значительную его многоплановость.

Важнейшей задачей клинической психиатрии и психотерапии является разработка основных этических принципов и стандартов осуществления психиатрической помощи (уважение автономии пациента при оказании помощи, справедливость и т.д.), что является неотъемлемым и важнейшим компонентом высококачественной психиатрической помощи.

Таким образом, достижение высокого уровня качества помощи психически больным возможно лишь путем постоянного системного управления качеством, охватывающим не только сферу общемедицинских показателей, соблюдения стандартов медикаментозного лечения и коррекции, но и практику мониторинга психотерапевтических воздействий и соблюдения этических нормативов. Областью приоритетных исследований и разработок должна стать гуманитарно-правовая составляющая системы повышения качества помощи психически больным.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев

ПРО СТАНДАРТИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

В статті розкрито сутність стандартів психіатричної та психотерапевтичної допомоги, технології діагностики та лікування, структури та результатів надання психіатричної та психотерапевтичної допомоги. За даними літератури проаналізовані напрямки поліпшення якості допомоги пацієнтам з психічними розладами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С.17-22)

V.A. Abramov, A.K. Burtsev

ABOUT THE STANDARDS OF PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC HELP

Donetsk State Medical University

In the article the essence of diagnostic's, treating's, structure's and result's standarts of psychiatric and psychotherapeutic help rendering are revealed. Accordind to the up-to-date literary data the directions of improvement of help to patients with mental disorders were analized. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P.17-22)

Литература

1. Танигин В.Н. Основы стандартизации и управления качеством. — М., 1989. — С.207-209.
2. Абрамов В.А. Паттерны качества психиатрической помощи // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2003, №1 (10). — С.3-7.
3. Гебель В. Качество психиатрической помощи: опыт Германии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996, 6, 1. — С.37-41.
4. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Шмуклер В.Б. К введению стандартов качества диагностики и лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999, 1. — С.85-88.
5. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed. JAMA. — 1988, 263, 32. — P.174-348.
6. Black N. Research, audit and education. — Br.Med.J., 1992, №34. — P.698-700.
7. Гук А.П. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги // Стратегічні напрямки розвитку охорони

- здоров'я в Україні. — Київ, 2001. — С.119-134.
8. Russler W., Salize H.J., Biechele U. & Riecher-Russler. Stand und Entwicklung der Psychiatrischen Versorgung. Ein Europäischer Vergleich. Nervenarzt 65. - 1994. — P.427-437.
9. Siegrist J. Medizinische Soziologie (4 tufel). Munchen: Urban & Schwarzenberg, 1988.
10. Зигрист И. Социальные аспекты // Клиническая психология. Под ред.И.Перре и У.Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С.342-358.
11. Бергер П., Лукман Г. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. — М.: «Медиум», 1995. — С.285.
12. Бауманн У. Здравоохранение // Клиническая психология / Под ред. М.Перре и У.Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С.407-440.
13. Перре М. Научно-теоретические основы клинико-психологической интервенции // Клиническая психология / Под ред. И.Перре и У.Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. — С.81-98.

И.К. Сосин, С.О. Гримблат, Д.В. Сайков

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский институт Межрегиональной академии управления персоналом

Ключевые слова: алкогольная депрессия, клинико-психопатологические особенности, качество жизни.

Эпидемический характер распространения и глобальные масштабы депрессий среди населения всех стран мира, огромный моральный и экономический ущерб, роль социальных факторов в их генезе дают основание рассматривать эту проблему не только с точки зрения медицинских аспектов, но и как актуальную социальную патологию, значительно снижающую качество жизни [1,2,3,4,5,6,7].

Среди причин и факторов риска, обусловивших интенсивное распространение депрессивных расстройств, существенное место занимает феномен массового тимогенного потребления психоактивных веществ в изменившихся стандартах функционирования и выживания личности. Естественно, что эпидемическое распространение алкогольной зависимости решающим образом повлияло на интенсивный рост алкогольной депрессии. Распространенность депрессии среди контингента больных алкогольной зависимостью значительно выше, чем среди общей популяции населения. Качество жизни при этом снижается не только у злоупотребляющих алкоголем. Каждый субъект с алкогольной или

наркотической зависимостью, с депрессивно-дисфорическим асоциальным поведением, создавая повседневную психотравмирующую ситуацию в ближайшем окружении, способствует формированию депрессивных расстройств пограничного спектра и снижению качества жизни в микросоциальном ареале у 8–9 созависимых [8].

Свидетельством высокой распространенности алкогольной депрессии среди наркологических контингентов украинской популяции являются данные медицинской статистики и службы фармации о том, что антидепрессанты относятся к группе препаратов, которые наиболее широко назначаются пациентам наркологического профиля в комплексной терапии зависимостей.

Настоящее исследование посвящено актуальной проблематике современности – изучению факторов, снижающих качество жизни у алкогользависимых пациентов на основе анализа стандартных социально-демографических показателей и клинико-психопатологических маркеров депрессивных расстройств алкогольного генеза.

Материал и методы исследований

В качестве методической основы исследований нами была избрана комплексная оценка и анализ алкогольной депрессии с использованием следующих подходов: 1) Метод стандартного клинико-психопатологического исследования больных алкогольной зависимостью, включавшего глоссарий и критерии МКБ-10; 2) Клинико-психопатологический скрининг депрессивных состояний по специально разработанной в соответствии с программой исследования «Карте компьютерного мониторинга алкогольной депрессии»; 3) Психометрическая оценка депрессивных расстройств с применением шкал Гамильтона, Спилберга-Ханина, САН.

Научные публикации свидетельствуют о том, что понятие «качества жизни», в позитивной его смысловой сущности, применимо к депрессивному индивидууму с проблемами алкогольной аддикции весьма условно.

Депрессивные расстройства встречаются на всех этапах и стадиях формирования, развития и резидуальных финалов алкогольной зависимости, а также в структуре практически всех основных клинических ситуаций, встречающихся в практике врача-нарколога. «Депрессивную патологию» «депрессивные расстройства», «депрессивные состояния», «депрессивные эпизоды», различной продолжительности и степени

выраженности, можно выявить практически у каждого алкогользависимого пациента, в связи с чем современная наркология и психиатрия рассматривают «алкогольную депрессию» как патогномоничное состояние в рамках алкогольной нозологической проблематики [9; 10; 11].

В последнее десятилетие наблюдается выраженный клинический патоморфоз алкогольной аффективной патологии в сторону увеличения частоты атипичных, латентных, трудно дифференцируемых случаев, а с другой стороны, утяжеления симптоматики с тенденцией к рецидивированию. При этом эмоциональная патология тем выраженнее, чем больший стаж алкоголизации [12;13].

Депрессивные расстройства у больных с алкогольной зависимостью инициируют приступы массивной алкоголизации, затяжные изнурительные запои, острые психотические состояния и суицидальную мотивацию, увеличивая, тем самым, непрогнозируемость, непредсказуемость исхода этих состояний. Прогрессиентность и инкурабельность алкогольной зависимости в целом во многом соотносят с наличием в его клинике расстройств депрессивного регистра. В современной наркологии алкоголь и депрессия рассматриваются также с точки зрения факторов, взаимопотенцирующих прогрессирующее снижение качества жизни [14;15].

Клинико-синдромальный и патофизиологический полиморфизм алкогольной депрессивной симптоматики, большой градиент степени ее выраженности (от нераспознаваемых, поведенчески невыявляемых, а, следовательно, и неучитываемых в терапевтических программах, т.н. «ларвированных», «латентных», «стертых», «маскированных», «субклинических», «субсиндромальных», „скрытых”, „маскированных” состояний до степени угрожаемых жизни вследствие аутоагрессии, являются одной из основных причин трудностей диагностической идентификации и терапевтической резистентности [16;17;18].

Социально-демографическая и нозологическая характеристика объекта исследований. Изучение клинических особенностей алкогольной депрессии проведено нами у 113 больных, страдавших синдромом зависимости от алкоголя (шифр МКБ-10 - F10.2). Все испытуемые были мужского пола в возрасте от 21 до 59 лет; средний возраст $39,7 \pm 0,81$ лет), находившихся на стационарном противоалкогольном лечении в мужском наркологическом отделении областного наркологического диспансера. Распределение

пациентов по возрастным диапазонам было следующим: 20 – 30 лет – 14,2%; 31 – 40 лет – 37,2%; 41 – 50 лет – 38,9%; 51 – 60 лет – 9,7%, что отражает общую демографическую ситуацию, характерную для популяции алкогользависимых лиц мужского пола.

По семейному положению на период исследований: женатых было – 64 (56,6%); одиноких (в разводе)– 39 (34,5%); холостых - 9 (8,0%); 1 – вдовец (0,9%). Среди женатых - 21 чел(15,6%) – в повторных браках. Большинство холостых не смогли и не успели создать семью из-за пристрастия к алкоголю.

По образовательному уровню больные распределились следующим образом: незаконченное среднее – 19 чел (16,8%); среднее – 54 чел (47,8%); среднее специальное – 27 чел (23,9%); незаконченное высшее – 1 чел (0,9%); высшее – 12 чел (10,6%).

Более половины пациентов (69 или 61,1%) до заболевания стали квалифицированными рабочими (водители, механики, столяры, плотники, слесари, токари, газо- и электросварщики, электромонтеры и др.). 6 чел (5,3%) из 12-ти окончивших вузы, ранее были адекватно, в соответствии с полученным образованием, трудоустроены, работали специалистами (три инженера, два врача, один военный офицер). 35 чел (31,0%) специальности не приобрели, работали неквалифицированными рабочими. 3 чел (2,6%) до заболевания и в дальнейшем определенных социально полезных занятий не имели, не работали.

На момент исследования имели постоянную или временную, сезонную работу 67 больных (59,3%), остальные (39 чел, 34,5%), по критерию трудовой занятости и полезности семье и государству, были социально дезадаптированы, имели патологически низкое качество жизни. Один пациент относился к категории военного пенсионера, не работал. Второй военнослужащий, со средним военным образованием, был уволен в запас по причине пьянства, работал охранником (работа позволяла пребывать в алкогольной интоксикации).

В подавляющем большинстве случаев утрата рабочего места и безработица, низкий уровень и качество жизни были обусловлены алкогольной зависимостью с клиникой рекуррентных депрессивных расстройств. Вместе с тем, в ряде случаев больные предпринимали безуспешные попытки выживать путем случайных заработков, малого бизнеса или с привлечением иных способов добывания денег на алкоголь.

Длительность заболевания алкогольной зависимостью варьировала от 3 до 17 лет. Начало приобщения и регулярного потребления алкоголя у большинства больных (78 чел. или 69,0%) приходится на возрастной период до 25 лет.

На момент проведения исследований у всех больных констатировалась вторая клиническая стадия алкогольной зависимости. Общая социальная и клинико-типологическая характеристика больных включала: дезадаптированный стереотип употребления алкоголя, который приводил к нарушенным формам поведения; снижению социальной активности (прогулы, снижение продуктивности труда, ухудшение в учебе, игнорирование воспитанием детей и домашним хозяйством, деструктивное отношение к финансовому положению и благосостоянию семьи); повторяющиеся эпизоды потребления алкоголя в недозволенных ситуациях и реальной опасности для жизни своей и окружающих (управление транспортом); повторные нарушения норм поведения и др.). Наследственная отягощенность по алкоголизму выявлена в 36 случаях (31,9%).

По результатам собственных наблюдений приведем общее клиническое описание алкогольной депрессии. Прежде всего, это были расстройства, затрагивающие аффективную сферу: различные по структуре состояния пониженного, угнетенного настроения с негативной оценкой собственного «Я», с феноменом «виновности», «неполноценности», отрывочных параноидальных конструкций самоуничижения, элементов деперсонализации, а также негативной оценкой окружающего (живого и неживого мира), пессимизма в отношении своего статуса как настоящего, так и будущего. Присутствующее в структуре алкогольной депрессии утреннее чувство вины (перед предстоящей алкоголизацией) сопровождалось «симптомом открытости», («ощущение, что все видят, все знают мой порок, все укоризненно смотрят, осуждают взглядами, насмешливо и презрительно улыбаются»). Нередким, по нашим наблюдениям, являлась так называемая «улыбающаяся депрессия» («Smily Depression»), ассоциирующаяся со старым диагностически приемлемым термином «алкогольный юмор», известного из повседневной клинической практики и многочисленных публикаций, в том числе и современных [17].

Диссоциация депрессивных расстройств алкогольного генеза заключалась также в том, что при ларвированных аффективных расстройствах присутствовал скрытый потенциал патопсихологических аутоагрессивных мотиваций или виталь-

ное ощущение безысходности с когнитивно-суицидальными тенденциями, явлениями «алкогольной фрустрации» и панических состояний.

Витальный характер алкогольной депрессии в ряде случаев проявлялся глубокими раптусами уныния, ипохондрии, ощущением опустошенности, предсердечной тоской, суточной индуляцией аффекта, отрывочными явлениями меланхолической деперсонализации. Деморализующая и изнуряющая роль коротких, повторяющихся депрессивных эпизодов и затяжных аффективных расстройств (в аспекте психологического статуса, психического и физического здоровья) дополнялась, как отмечалось выше, повышенной частотой суицидальных мыслей, что в наркологии явно недооценивается. При целенаправленном интервьюировании всех исследованных больных у 47 из них (41,6%) смысл жизни по оценке респондентов был на когнитивно-депрессивном фоне проблематичным.

Для наших пациентов характерен был тот факт, что привычные дозы алкоголя вызвали диссоциированные эффекты: не повышали настроение, не подавляли депрессивную симптоматику, а, наоборот, в ряде случаев в состоянии интоксикации она (симптоматика) еще более актуализировалась, обострялась, индуцируя соответствующие поведенческие аспекты.

Мы наблюдали также часто встречающуюся коморбидную предикторную значимость депрессивных состояний в «запуске» (рецидивировании) истинных и псевдозапойных состояний. За появлением в т.н. «светлом промежутке» тревожно-депрессивного, дисфорического и даже гипоманиакального аффекта, как правило, следовала вспышка компульсивного влечения к алкоголю и затяжной запойный период.

В постабстинентном периоде, когда у больных был начальный этап формирования ремиссионного (внутрибольничного) состояния, мы наблюдали клиническую картину, которую можно было назвать «трезвая фрустрация». Это были те случаи, когда: ожидаемое пациентами изначально психотерапевтически «обещанное», «гарантированное» персоналом «полное восстановление здоровья» после прекращения потребления алкоголя молниеносно не наступало и, наоборот, самочувствие продолжало ухудшаться достигая статуса депрессивного расстройства. В тех случаях, когда депрессивная симптоматика имела в преморбиде, мы наблюдали ее трансформацию, вызванную хроническим интоксикационным процессом, а также ее сложное смешение с аффективной патологией, привнесен-

ной состоянием алкогольной аддикции.

В структуре алкогольной депрессии с постоянной частотой встречали психопатологический феномен, обозначенный нами как «фобия трезвости». Алкогользависимый пациент в постабстинентном периоде, на ранних стадиях формирования ремиссии, не готов к лишению и радикальному отказу от привычного, психологически приемлемого для него сложившегося многолетнего алкогольного стереотипа. В связи с этим, реабилитационно-восстановительные этапы и программы, несомненно, должны включать антидепрессивную коррекцию по мере необходимости.

Обращает на себя внимание высокая частота диссомнических расстройств. Особенно характерным для алкогольной депрессии оказались страхи во сне (сновидения с анксиозной фабулой), сохранявшиеся и при ночных пробуждениях («ночные страхи»), которые были больше приурочены к периоду абстинентной патологии, а также кошмарные и тематические сновидения в постабстинентном периоде (как предикторы появления приступов патологического влечения к алкоголю).

Возникновение патологического влечения к алкоголю в любой клинической ситуации проявлялось преимущественно пониженным настроением с раздражительностью, тревогой, тоской, страхом, астенией нарушением сна (в т.ч. в форме стойких и однотипных тематических сновидений).

Констатировалось наличие фрустрационно-постабстинентного состояния как результат сниженного депрессией энергетического потенциала, астении, астено-ипохондрии. Особенно в этот период появлялось избирательно адресованное аффективное противостояние к препятствиям на пути к удовлетворению алкогольной жажды. Внешние посягательства на алкогольные устои пациента вызывают дисфорические реакции, нередко бурные, с элементами гетероагрессии. Иногда были обратные реакции – утрированное унижение, подвострастие.

Перечисленные признаки, как правило, не появлялись изолированно, моносимптомно. Они всегда комбинировались, нередко имели диссоциированный характер (сочетание взаимоисключающих, амбивалентных признаков).

Имеющуюся аффективную симптоматику с известной долей схематичности мы рубрифицировали по наличию фасадных признаков в следующие синдромальные градации:

а) депрессивный (36 чел, 31,86%): преобла-

дание пониженного настроения, озлобленная угрюмость и мрачность, анорексия, диссомния, снижение интереса к окружающим и своим проблемам (с визуально констатируемым отсутствием активности и наличием моторной заторможенности); тимолептические эквиваленты циклоидности (активность и настроение - «хуже по утрам» либо астеническому типу (ухудшение настроения и усиление слабости к вечеру); все это могло сочетаться с повышенными позитивно окрашенными эмоциональными порывами в отношении алкоголя, избирательная моторная (поведенческая) и идеаторная активность в попытках реализации алкогольной мотивации;

б) тревожно-депрессивный (26 чел, 23,01%): – фасадный феномен – тревога, навязчивое ожидание плохих событий, психофизическая напряженность, беспокойство;

в) дисфорический (13 чел, 11,50%): – пониженное настроение является фоном, на котором доминируют злобность, негативизм, взрывчатость, несговорчивость, «тупое упрямство», конфликтность;

г) астено-депрессивный синдром (22 чел, 19,47%): на фоне сниженного настроения пациенты вялы, пассивны, утомляемы, внимание не фокусируют, не могут сосредоточиться, рассеяны, жалуются на головные боли, слабость;

д) депрессивно-ипохондрический (9 чел, 7,96%): патологическая заостренность и локальная фиксация внимания, всех органов чувств, мыслей на телесных ощущениях с эмоционально окрашенными негативными переживаниями («ощущение внутренней угрозы»), утрированной озабоченностью пациентов в целом своим здоровьем, характерно стремление демонстративно подчеркнуть и утяжелить трагизм имеющейся патологии, предъявляют жалобы на болевые ощущения.

е) апатический (7 чел, 6,20%): пониженное настроение с вялостью, безразличием ко всему (кроме фокусированной алкогольной проблематики).

По данным наших наблюдений, как в период проведения исследований, так и ретроспективном анализе анамнестических данных, у больных алкогольной зависимостью можно классифицировать, по крайней мере, следующие клинические ситуации, для которых свойственна постоянно, закономерно и волнообразно повторяющаяся, патогномичная депрессивная симптоматика: депрессия в структуре абстинентного синдрома (состояния отмены) – F10.3; депрессия постабстинентного периода - F10.22; деп-

рессивные составляющие синдрома патологического влечения к алкоголю; депрессивная симптоматика как клиническая составляющая запойного периода – F10.26; депрессивные реакции в период острой алкогольной интоксикации – F10.24; алкогольные депрессии сформировавшегося ремиссионного периода – F10.20; преимущественно депрессивная симптоматика в структуре алкогольного психотического расстройства (F10.54); депрессивные реакции (расстройства, состояния) у алкогользависимых пациентов как следствие воздействия стрессогенных факторов социальной среды -F32.

Алкогольная депрессия была разнообразна не только по своим клинко-психопатологическим проявлениям, но и по своей тяжести. Тестирование по шкалам Гамильтона, Спилбергера-Ханина, САН было установлено, что в подавляющем большинстве случаев имеет место средняя степень тяжести депрессивной симптоматики, повышенный уровень тревожности (реактивной и личностной), сниженные показатели самочувствия, активности, настроения. Депрессия у одного и того же больного могла за короткий промежуток времени трансформироваться из легкой (утром) до тяжелой (к вечеру) или наоборот.

Психопатологической константой в состоянии больных всегда оставался синдром патологически пониженного настроения. В результате алкогольная депрессия, как правило, сопровождалась нарушением трудоспособности, трудностями необходимых социальных коммуникаций и адаптации в обществе, что требовало врачебной помощи, нередко в наркологическом стационаре. Алкогольная депрессия существенно снижала качество жизни за счет утраты активности и наличия страданий.

Наши исследования показали, что постабстинентный период, как клинически и терапевтически важный этап, целесообразно дифференцировать, прежде всего, благодаря наличию и ряду особенностей депрессивной симптоматики. На начальном этапе, после проведения традиционной детоксикации и антидепрессивной терапии, как правило, удавалось купировать синдром отмены и клинику коморбидной алкогольной депрессии. У своих пациентов мы наблюдали общеизвестную из клинической практики и научных описаний такую картину: значительное улучшение самочувствия больных на фоне быстро восстанавливающихся многих вегето-неврологических, соматических, гомеостатических показателей. Вместе с тем, спустя некоторое время (5 - 7 дней), когда объем массивной

интенсивной фармакотерапии, в связи с улучшением, традиционно в наркологии снижают, при относительно удовлетворительном соматическом состоянии, у подавляющего большинства больных психический и психологический статус начинал вновь ухудшаться. Иногда это наблюдалось к завершению стационарного лечения. Речь идет о второй волне депрессивной симптоматики, наступавшей в постабстинентном периоде («депрессия детоксицированных пациентов»), когда уже непосредственный интоксикационный фактор свою депрессогенную роль исчерпал, и на первый план выступали иные, нередко психологически объяснимые причины. Представляется важным, что возникавшая спонтанная или обусловленная конкретными психогенными обстоятельствами вторая аффективная волна часто совпадала со временем традиционной выписки больного из стационара по завершении курса противоалкогольного лечения (на основе принципа добровольности). В своих желаниях выписки из наркологического стационара больной руководствовался своим конкретным периодом хорошего самочувствия.

Несмотря на то, что непосредственные страдания, связанные с синдромом отмены, практически отсутствовали, больные испытывали лабильный в течение дня психологический дискомфорт, связанный с утратой привычного многолетнего алкогольного стереотипа, тоской по алкоголю, «фобией трезвости», фрустрационное состояние, в связи с осознанием своей социальной непригодности, («оброс проблемами быта, семьи»), психогенным воздействием внешних неблагоприятных психосоциальных и бытовых констелляций. Наблюдались приступы дистимии, тревоги, астено-депрессивных состояний с очерченными мыслями о возобновлении алкоголизации, «мозаичной апатии» (безразличие ко всему, кроме алкогольной атрибутики). У большинства больных (76%) в этот период заметно снижалась критика. Несмотря на то, что у многих больных (59%) к этому времени сформировалось индуцированное врачом решение предпринять попытку отказа от алкоголя, полученные сведения убедительно показывают высокую рецидивоопасность второй депрессивной волны, ненадежность психокоррекционной выработки антиалкогольных мотиваций в период абстинентных расстройств при наличии депрессивной симптоматики.

Депрессивные расстройства постабстинентного периода нередко имели реактивные пусковые механизмы, т.к. по сути своей фабулы были непосредственно спровоцированы ситуационно

обусловленными заботами, страхами, печалью и неуверенностью (особенно, при наличии предыдущих попыток «радикального отказа» от алкоголя), тем более, что имела место сниженная толерантность к психическим нагрузкам. Психореактивные механизмы депрессивных состояний стимулировались чувством обиды на жесткость микросреды, осуждающей алкогольное пристрастие, суровость и несправедливость жизни, проблемы потенции (в общем масштабе сниженного алкогольной депрессией энергетического потенциала), необходимости постоянных оправданий и поиска алкогольных алиби, тяжелые служебные неудачи, неспособность выстоять утрату и отказ от алкогольных ценностей. В то же время нередко можно было трактовать вторую волну депрессивной симптоматики как признак обострения патологического влечения к алкоголю.

Таким образом, клиничко-феноменологический анализ показал, что для алкогольной депрессии характерны преходящая меняющаяся тяжесть, мозаичная вариабельность структуры психопатологических, психологических, соматоформных коррелятов. Алкогольная депрессия повторяется, ундулирует, имеет рекуррентное течение, четко коррелируя с острыми периодами алкогольной зависимости и имея определенную тропность и специфику, как качественно новое состояние, при наступлении ремиссии, начиная с ее ранних этапов формирования.

Типичной клиникой алкогольной депрессии для этого периода можно считать непсихотический уровень депрессивного расстройства, сочетающийся с тревогой. Имеются характерные невербальные признаки депрессии, а также соматические знаки, нарушения настроения, сна, депрессивно-когнитивные расстройства, связанные с утратой алкоголя, фобией трезвости, как осознанная или неосознанная тяга к алкоголю.

Принципиальная нозологическая специфичность алкогольной депрессии состоит, прежде всего, в том, что она коморбидна с алкогольной интоксикацией и алкогольной зависимостью.

Депрессия – тот клинический фон, на котором трудно или невозможно начинать программу психокоррекционной переориентации мотиваций с алкоголя на категорический отказ от него. Наши наблюдения показали, что выработка противоалкогольных мотиваций с использованием фармакологических методов, психотерапии, психокоррекции возможна лишь после ку-

пирования депрессивных расстройств. Феномен рецидивирования депрессивной симптоматики в постабстинентном периоде свидетельствует о преждевременном прекращении или недостаточном объеме проводимой антидепрессивной терапии.

Выводы.

1. При алкогольной зависимости классические клиничко-психопатологические критерии депрессии видоизменяются рядом особенностей, которые в своей совокупной синдромокINETической типологии и облигатной коморбидности с аддикцией формируют понятие «алкогольной депрессии». К общей клинической характеристике алкогольной депрессии, по полученным данным, можно отнести: вариабельность, полиморфизм, превалирование легких и средних степеней тяжести, высокий суицидогенный потенциал, наличие диссоциированных форм в виде т.н. «смеющейся депрессии» («Smile Depression»), «депрессии алкогольной фрустрации», депрессии как сформировавшейся психопатологической, патопсихологической и патофизиологической структурной составляющей физической зависимости и как системный патологический механизм в генезе рецидивирования, нестабильности ремиссий и низкой итоговой результативности лечения зависимости.

2. Установлен феномен алгоритмично и наиболее часто повторяющейся фазности («тандемное рецидивирование») алкогольной депрессии (у 81,7% больных), вначале - в качестве структурного компонента синдрома депривации, а затем (т.н. «вторая волна»)- в ближайшем постабстинентном периоде, но уже в качестве маркера обостряющегося синдрома патологического влечения или состояния дезадаптации. По усредненной клиничко-психопатологической и квантификационной патопсихологической оценке степень тяжести этих фаз депрессивных состояний примерно одинакова и требует в равной степени обязательного, неотложного и сквозного охвата терапевтическим воздействием. Целостное рассмотрение выявленной фазности алкогольной депрессии структурно меняет традиционные представления об антидепрессивной тактике и диктует необходимость сочетанных фармакологических и немедикаментозных методов лечения в рамках единой патогенетической курсовой схемы. По нашему мнению, алкогольная депрессия является немаловажным фактором, снижающим качество жизни пациентов.

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ І КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ДЕПРЕСІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський інститут Міжрегіональної академії управління персоналом

На підставі інтегрального аналізу літературних джерел та багатофакторного обстеження 116 хворих на алкогольну залежність дана всебічна соціально-демографічна та клініко-психопатологічна характеристика алкогольної депресії у ракурсі її негативного впливу на якість життя пацієнтів. Показано, що депресивні порушення уявляють собою суттєву перешкоду до реалізації програми психокорекційної переорієнтації особистості пацієнта на тверезість з метою ініціації його мотивацій щодо створення гідної якості приватного життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 23-29)

I.K. Sosin, S.O. Grimblat, D.V. Saykov

SOCIAL - DEMOGRAPHIC AND CLINIC-PSYCHOPATHOLOGIC PARAMETERS OF A DECREASE OF A QUALITY OF LIFE AT ALCOHOLIC DEPRESSION

The Kharkov medical academy the postdiploma of formation the Kharkov institute of Inter-regional academy of control of staff

It is ground of the integral analysis of the references and multifactor examination 116 ill with alcoholic relation the comprehensive social - demographic and clinic-psycho-pathologic characteristic of alcoholic depression in an aspect angle of its negative influencing on a quality of life of the patients is given. Is rotined, that the depressive distresses represent an essential interrupting to implementation of the programs psychocorrectional reorientation of the person of the patient on sobriety with the purpose of an initialization of his motivations on creation of worthy quality of personal privacy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 23-29)

Література

1. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния: (Патофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика). - К.: Наук.думка, 1986.-272с.
2. Табачников С.І., Літвінов В.Б., Влох І.Й. та ін. Сучасні підходи до застосування психофармакотерапії у психіатричній практиці // Архів психіатрії. — 2001. - № 3 (26). — С. 5 – 8.
3. Напреенко А.К. Депрессии и тревога в общемедицинской практике (социальные, диагностические и лечебно-профилактические аспекты) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії, № 1, 2002. — С. 7 - 12.
4. Абрамов В.А., Васильева А.Ю. Соматоспецифические особенности депрессивных расстройств в сети первичной медицинской помощи // Архів психіатрії. — 2003. - № 1(32). — С. 71 – 73.
5. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування) / Методичні рекомендації. Харків, 2003. — 20 с.
6. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии: Современная терапия. (Руководство для врачей). Изд-во «Торнадо», Харьков, 2003. — 350 с.
7. Мішієв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Видавництво Мс. — 2004. — 208 с.
8. Скугаревская Е.И. Эмоции и алкоголизм. Минск: Высшейшая школа, 1987. - 121 с.
9. Марковская Н.С. Депрессивные состояния в клинике алкоголизма // Журн. невропатол. и психиатр. 1991. Т.91. № 4. — С. 86 – 90).
10. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
11. Schuckit M.A., Irwin M., Smith J.L. One-year incidence rate of majordepression in 239 alcoholic men // Addiction. 89 (4): 1994. - P. 441 -445.).
12. Крылов В.И. Атипичные депрессии (клиника, диагностика, терапия)//Рос. психиатр, журн. -1999. -№ 6. - С. 16-19).
13. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. — М.: Мединформагентство, 2001. — 256 с.
14. Царицинский В.И. Использование света повышенной интенсивности в комплексном лечении депрессивных состояний. Метод. рекомендации. - Харьков, 1990. - 20 с.
15. Кирпиченко Ан.А. Концепция качества жизни и ее особенности у женщин с алкогольной зависимостью // Белорусский медицинский журнал. — 2003. - № 1. — С. 51 – 54.
16. Мартынова Е.В. Скрытая депрессия: современные представления // Проблемы современной медицины и фармации: Тез. докл. науч. сессии ин-та.-Витебск., 1998. - С. 50).
17. Гуменюк Л.М. Аналитически ориентированная диагностика тревожно-депрессивных расстройств // Архив психиатрии: Научно-популярный журнал. Т. 10, №2(37), 2004. — С. 252 – 255).
18. Мальченко Т.В., Бузова С.А., Сударенко Н.А. О чувстве юмора при хроническом алкоголизме // Тезисы докладов научно-практ. конф. «Вопросы клинической и социальной психиатрии и наркологии». -Днепропетровск. - 1996. - С.76-77.

Поступила в редакцию 26.05.2004

УДК 615.851.001-07(083)

*Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвиц***РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психотерапия, качество жизни, невротические и психотические расстройства

Начало третьего тысячелетия характеризуется бурными изменениями цивилизационного процесса. Успехи технических отраслей знания привели к невиданному уровню развития техногенной цивилизации. Модернистски-технократическое развитие общества обусловило повышение качества повседневной среды обитания человека. Однако эти же факторы послужили причиной формирования условий, оказывающих негативное воздействие на организм человека и популяцию в целом: ухудшение экологической обстановки, увеличение социально обусловленных стрессорных факторов, возрастание количества и масштабов техногенных катастроф, возникновение целого ряда новых и патоморфоз существующих заболеваний.

Все больше и больше требований предъявляется к комплексу жизненных условий, который обозначается как «качество жизни»; так или иначе, но все составляющие этого комплекса связаны с проблемами здоровья и болезни, и, особенно, психического неблагополучия.

Как указывает М.Ю. Польшая [1], первоначально являясь социологическим понятием, термин «качество жизни» сегодня все больше используется в сфере медицины: основан научный журнал, посвященный исследованиям качества жизни в связи со здоровьем; количество тематических публикаций измеряется тысячами, Общество исследователей качества жизни регулярно проводит съезды и конференции по данной проблеме.

При всей неопределенности и многообразии дефиниций термина «качество жизни» все же очевидно, что речь идет о своеобразном комплексе социально-экономического статуса и валологически-поведенческого благополучия, неотъемлемой частью которого является характерное чувство «удовлетворенности жизнью».

Всемирная Организация Здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие ин-

дивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2].

Можно выделить следующие ракурсы применения концепции качества жизни в психиатрической медицине:

— планирование клинической помощи пациентам с психопатологическими расстройствами различного регистра;

— реабилитационные и психотерапевтические программы и мероприятия;

— количественная оценка результатов клинических испытаний и скринингов деятельности учреждений и служб здравоохранения;

— оценка потребности населения в учреждении здравоохранения и распределение ресурсов.

Указывается, что понятие «качества жизни» является многофакторным [1]; принято выделять следующие его компоненты:

— медицинские аспекты: влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение способности к нормальному функционированию, наступающее вследствие заболевания; влияние лечения, в т. ч. его организационных аспектов, на повседневную жизнедеятельность пациента;

— психологические аспекты, под которыми прежде всего понимается субъективное отношение человека к своему здоровью и самочувствию/состоянию; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому и статусно-ролевому положению;

— социально-экономические аспекты (прямые и косвенные потери — затраты, связанные непосредственно с оплатой лечения, временная или постоянная нетрудоспособность, ограничение профессиональных возможностей, и т. п.).

Очевидно, что понятие «качества жизни» в медицине и, в частности, в психодисциплинах

дискутируется, по сути, довольно давно: в терминах «уровень жизни», «социальное функционирование» [3 — 5] и др. Собственно говоря, само понятие «идиографического» диагноза,

противопоставленного диагнозу «номотетическому», в известном смысле вносит в проблему постгоспитальной реабилитации психически больных качественные параметры.

Материал и методы исследования

Исследование в методологической своей плоскости базировалось на принципах клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа [6, 7], а в части общеметодической — на принципах доказательной медицины.

Оценка качества жизни больных, особенно из числа страдающих невротическими или психотическими расстройствами, является абсолютно необходимым компонентом доказательной медицины. Это связано прежде всего с тем, что объективных доказательных критериев требует не только диагностический процесс, но и оценка эффективности терапии.

Специфика патологии обуславливает необходимость введения некоего интегрального показателя — а именно влияния состояния психической сферы на уровень социального функциони-

рования человека. До последнего времени в ракурсе реабилитации рассматривались уровень производственного, семейного, социального функционирования как отдельные компоненты качества жизни в целом. Однако показатель качества жизни позволяет дать комплексную и интегральную оценку.

Воссоздание оптимально достижимого или хотя бы приемлемого качества жизни у больных с расстройствами психической сферы без применения психотерапии невозможно. Учитывая определенные этиопатогенетические различия психотических и невротических расстройств, роль и место психотерапии в системе их лечения, как показывают наши исследования и данные различных авторов, существенно разнятся.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании многолетних клинических исследований и практических наблюдений нами были разработаны основные положения и принципы дифференцированного применения психотерапии в лечении больных с расстройствами невротического и психотического регистров [8].

Психотерапия невротических расстройств — неотъемлемая часть лечебно-диагностического процесса; она основывается на детальном, комплексном анализе психогении в целом.

Психотерапия невротических расстройств базируется на углубленном анализе психотравмы, основных клинических проявлений (эмоциональных, вегето-сосудистых, вегето-висцеральных, чувствительных и двигательных нарушений), динамики развития заболевания, в неразрывном единстве с особенностями психологических, нейрохимических и электрофизиологических коррелятов.

Лечение невротических расстройств базируется на принципах этиопатогенетической направленности, последовательности (этапности), дифференцированности и комплексности.

Основной принцип построения терапии — ее этиопатогенетическая направленность, в связи с чем доминирующим видом психотерапии являются влияния, направленные на устранение причин и механизмов развития невротических

нарушений; «смягчение» или ликвидация симптоматики проводятся как дополнительные влияния, подчиненные основной задаче терапии.

Базируясь на этиопатогенетических принципах, конкретные терапевтические программы реализуются дифференцированно, относительно не только особенностей клинической картины заболевания, но и конкретных больных. Такая дифференциация позволяет не только проводить каузальную терапию (индивидуальная и групповая патогенетическая психотерапия) с различными видами симптоматических влияний, с фармакологическим лечением, физиотерапией и т. д., но и в каждом конкретном случае, исходя из показаний, строить комплексное влияние индивидуально и обосновано.

Следующим принципом терапии невротических нарушений является ее последовательное осуществление. Лечебные влияния реализуются в определенном порядке таким образом, чтобы соответствующее действительности влияние явилось логическим продолжением предыдущего и предпосылкой для последующего. Этим принципом определяется не только быстрая результативность, но и устойчивость терапевтического эффекта.

В реализации лечебных мероприятий условно выделены 4 этапа: подготовительный, основ-

ной, заключительный и психопрофилактический.

Задачами первого этапа являются:

а) установление психологического контакта с больным;

б) выявление эмоциональных расстройств в рамках психологического конфликта, который вызвал невротическое расстройство;

в) объяснение больному причин болезни и ознакомление его с планом лечения;

г) назначение медикаментозной терапии;

д) психотерапевтическое опосредствование и потенцирование предназначенного лечения и мероприятий психотерапевтического режима.

Решающим фактором терапии невротических расстройств является достижение понимания и осознание больным причинно-следственных зависимостей между его состоянием, клиническими проявлениями с одной стороны и особенностями личности, невротическим конфликтом, неразрешенными психологическими проблемами — с другой. Следует подчеркнуть, что достижение этого понимания не является чисто рациональным, познавательным процессом, в него должны быть включены значимые эмоциональные переживания, наличие которых и делает возможную перестройку личностного реагирования. Возникновение этих переживаний обеспечивается только наличием полноценного психологического контакта между больным и врачом, во главе угла которого лежит абсолютное доверие не только к профессиональным, но и к личностным качествам психотерапевта, вера в его искреннюю заинтересованность, его готовность и способность понять интимные переживания больного и помочь ему. Наиболее эффективной формой психотерапевтического контакта является в данном случае «партнерство», сопереживание, когда основной акцент делается на эмоциональных компонентах общения, на доверительной позиции и понимании врачом проблем и трудностей пациента. Это, однако, не исключает использования «авторитарного», императивного характера общения в ситуациях проявления невротических форм реагирования.

Среди мероприятий первого этапа важное значение имеет анализ жалоб больного, выяснение содержания психотравмирующих факторов, которые вызвали невротическое расстройство, обстоятельств возникновения первых проявлений заболевания. При этом обращается внимание на особенности жизни пациента, его воспитание и характер, то есть predisпозиционные факторы развития эмоциональных нарушений.

Установление психологического контакта с больным служит основой для проведения беседы об источнике и механизмах формирования невротических нарушений, их природы, динамики, а также ознакомление его с планом лечения.

Методы и содержание психотерапии больных с психотическими расстройствами определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии в системе восстановительного, в т. ч. постгоспитального лечения пациентов с эндогенными психозами.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются:

— предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и деактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения;

— подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма.

В литературе представлен разнообразный опыт применения психотерапии при шизофрении [9 — 12].

Выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогрессирующих формах шизофрении.

Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности — арттерапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др., с помощью психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки поведения.

Третий уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения бо-

лее сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий.

К числу мишеней психотерапевтической коррекции при малопрогрессирующей шизофрении относят искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения «внутренней картины болезни». В качестве основных типов психотерапевтического вмешательства указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных невротиками), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, неоднородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту.

Во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реалистические и скромные цели, в частности разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психоте-

рапевта в подобных группах больных психозами должно быть активным и директивным, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексий.

При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что, хотя психотерапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, изменению представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработке более адекватных жизненных планов.

Групповая психотерапия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

Таким образом, разработанные принципы психотерапии и психотерапевтические подходы позволяют оказывать дифференцированное воздействие в процессе терапии больных с невротическими и психотическими расстройствами, что позволяет сократить продолжительность и повысить эффективность лечения, стойкость ремиссий и, следовательно, качество жизни таких пациентов.

Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, І.М. Сарвір

РОЛЬ І МІСЦЕ ПСИХОТЕРАПІЇ У ФОРМУВАННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ Й ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії

У статті обговорюється проблема ролі і місця психотерапії у формуванні якості життя пацієнтів на невротичні й психотичні розлади. Описується авторська система диференційованої психотерапії невротичних й психотичних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 30-34)

THE ROLE AND THE PLACE OF THE PSYCHOTHERAPY IN FORMING OF THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT WITH NEUROTIC AND PSYCHOTIC DISORDERS

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Psychotherapy

In the article discussed a problem of the role and the place of the psychotherapy in forming of the quality of life of the patient with neurotic and psychotic disorders. Describe the author's system of the varied psychotherapy of the neurotic and psychotic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 30-34)

Литература

1. Польшваная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // «Архив психиатрии», 2002, № 2(29).— С. 5 — 9.
2. Hunt S.M., McKenna S.P. The Qlds: a scale for measurement of quality of life in depression // «Health Policy», 1992, v. 22.— P. 307 — 319.
3. Пхіденко С.В. Соціальне функціонування і компенсація при шизофренії.— К.: Вид-во Українського НДІ соціальної і судової психіатрії, 1996.— 117 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // «Социальная и клиническая психиатрия», 1998, № 2.— С. 350.
5. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // «Социальная и клиническая психиатрия», 1999, № 4.— С. 49 — 52.
6. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии.— К.: Здоров'я; Х.: Око, 2002.— 708 с.
7. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии.— К.: Здоров'я; Х.: Око, 2000.— 600 с.
8. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации.— Х.: Око, 2002.— 792 с.
9. Психотерапия психозов // Вопросы психотерапии: Матер. всесоюзн. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова.— М.: Медгиз, 1958.— С. 165 — 212.
10. Канторович Н.В. Место психотерапии в лечении психозов // Вопросы психотерапии: Матер. всесоюзн. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова.— М.: Медгиз, 1958.— С. 165 — 174.
11. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении.— 2-е изд., перераб. и доп.— С.-Пб.: Питер, 2001.— 432 с.
12. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского.— 2-е изд., перераб. и доп.— С.-Пб.: Питер, 2000.— 1019 с.

Поступила в редакцию 16.06.2004

УДК 340.63:616.89-07:001.5

*В.Б. Первомайский***СУБЪЕКТ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРОБЛЕМА
РАСХОЖДЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ**Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, экспертные выводы

Учение о субъекте судебной экспертизы является одной из составных частей судебной экспертологии наряду с морфологическим учением о симптомах, свойствах и признаках исследуемых объектов, судебной субстанцииологией (изучает структуру и состав материалов и веществ – объектов экспертизы), учениями о методах в судебной экспертизе, о логике в судебной экспертизе, о структуре связей и отношений, об экспертных задачах (алгоритмических и эвристических), об экспертной этике, об экспертной профилактике, об объектах судебных экспертиз, об организационных и правовых формах экспертной деятельности и др. [3].

Считается, что идеальный эксперт должен обладать такими качествами как компетентность, реактивность (способность решать творческие задачи), эвристичность, интуиция, предикатность (способность предсказать будущее состояние объекта), всесторонность, объективность, автономность (неподверженность влиянию), оптимальность (по достаточным результатам), надежность (обоснование выбора методов), знание документации, требований процессуального закона, внутреннее убеждение как субъективная основа для принятия решения [5]. Условно перечисленные качества можно разделить на три группы:

- личностные (характерологические, психологические) качества;
- уровень компетентности (знания, способность ими пользоваться и приобретенный опыт);
- способность формировать внутреннее убеждение.

Естественно, что все три группы качеств непосредственно связаны между собой, ибо носителем их является одно лицо. Судебная психиатрия не располагает научными данными по первой группе качеств судебного эксперта и законодатель не предъявляет на этот счет никаких требований. Отбор экспертов происходит эмпи-

рически в процессе выполнения ими своих обязанностей, хотя это не означает, что нет необходимости профессионального отбора в этой области научно-практической деятельности. Отсутствие социального заказа пока препятствует обсуждению этого вопроса.

Уровень компетентности является одной из основных предпосылок возможности получения объективного, научно обоснованного экспертного заключения. Этой характеристике эксперта уделяется основное внимание в законодательных и нормативных актах, к чему мы дальше вернемся.

Способность формировать внутреннее убеждение является интегральным показателем, производным сочетания качеств первых двух групп. Остановимся на нем более детально. Под внутренним убеждением психиатра-эксперта понимается его категорическое мнение по определенным вопросам, которые составляют предмет судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), убежденность в соответствии или несоответствии действительности фактических данных, добытых в процессе экспертизы.

Специфика СПЭ состоит в большинстве случаев в определении психического состояния лица ретроспективно на определенное время в прошлом. Это определяет необходимость дифференцировать внутреннее убеждение относительно судебно-психиатрического диагноза (включающего определение медицинского и психологического критерия) и относительно психического состояния. На первый взгляд представляется, что эти понятия тождественны. На практике это не так. Непосредственно экспертом могут быть добыты факты относительно психического состояния подэкспертного только на момент проведения экспертизы. Все остальные данные о его психическом состоянии в другие отрезки времени опосредуются показаниями свидетелей, потерпевших, другими материалами дела и медицинской документацией, кото-

рые отражают субъективное восприятие обследуемого третьими лицами.

Таким образом, принцип непосредственности исследования в этом случае касается не психического состояния лица, а информации, содержащейся в письменных объектах экспертизы. Фактически эксперт оценивает содержание исследуемых источников информации на предмет его соответствия существующим в психиатрии представлениям относительно определенной психической патологии и применительно к действующим диагностическим стандартам. Именно это и составляет содержание его внутренне-убеждения, которое в значительной мере зависит от полноты и информативности исследованных материалов.

Внутреннее убеждение относительно психического состояния подэкспертного на определенное время в прошлом зависит от соответствия письменных объектов экспертизы требованиям допустимости документа как доказательства, степени соответствия их содержания истине, согласуемости данных, содержащихся в различных исследованных объектах, уровня квалификации эксперта и других составляющих, о которых речь пойдет дальше. Однако в любом случае внутреннее убеждение эксперта должно определяться фактическими данными и не может быть следствием интуитивного озарения.

Вместе с тем, сколь бы ни было определенным внутреннее убеждение, оно не может гарантировать от экспертной ошибки. Теоретически идеальный эксперт должен принимать только правильные экспертные решения. В действительности этому препятствует в той или иной степени целый ряд обстоятельств. Поэтому понятие экспертной ошибки официально признается судебной экспертологией [2] и, косвенно, действующим законодательством. Так известно, что каждый эксперт имеет право на свое особое мнение, которое он, в случае проведения комиссионной экспертизы, имеет право изложить в отдельном заключении. Тем самым закон допускает по одному случаю несколько мнений. Понятно, что все они одновременно не могут быть верными.

Белкин Р.С.[2], анализируя проблему экспертных ошибок, различает объективные и субъективные их причины. К первым он относит отсутствие разработанной экспертной методики, ее несовершенство либо применение ошибочных методов, отсутствие полных данных и применение неадекватных (непригодных) приборов. Ко вторым относятся некомпетентность и про-

фессиональные упущения эксперта, группа признаков, отражающих психологическое состояние эксперта, особенности характера, дефекты органов чувств, логические дефекты умозаключений и дефекты организации и планирования экспертного исследования. Этот перечень не охватывает всех причин экспертных ошибок и не претендует на исчерпывающую классификацию. В таком плане проблема экспертной ошибки в отечественной судебной психиатрии не анализировалась.

На сегодня тема психиатрического диагноза и диагностических ошибок в специальной литературе не является приоритетной и представлена единичными публикациями и в общей и в судебной психиатрии [4,7,10,15,16]. Между тем эта проблема в последние годы перестала быть узкопрофессиональной медицинской проблемой, превратившись в юридическую и даже политическую. На этом фоне как никогда остро ощущается серьезное отставание в системном, методологическом осмыслении и общей и судебной психиатрией всего комплекса вопросов, связанных с диагностикой, включая принятие экспертных решений.

Данные, накопленные в отделе судебно-психиатрической экспертизы Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, позволяют говорить о следующем. В судебно-психиатрической экспертизе экспертная ошибка – это не соответствующая действительности оценка психического состояния подэкспертного и иных объектов экспертизы, которая объективно выявляется вследствие существенного расхождения между экспертными выводами двух и более экспертов [11]. Причем это расхождение не есть результат естественных изменений в объекте исследования при идентичности всех остальных условий. В судебной психиатрии за основу классификации экспертных ошибок приняты такие признаки как объект-субъект и истинность-ложность (Схема 1). В зависимости от их сочетания расхождение экспертных выводов считается или ошибкой или различием. Истинное различие выводов обусловлено патоморфозом болезни подэкспертного, т.е. непредвиденным изменением ее проявлений с течением времени. Ложное различие выводов обусловлено известным науке, естественным течением болезни. Истинная ошибка (ошибочное видение эксперта или заблуждение) может быть обусловлена как объективными, так и субъективными факторами. К первым относятся неполнота исследованной информации, состо-

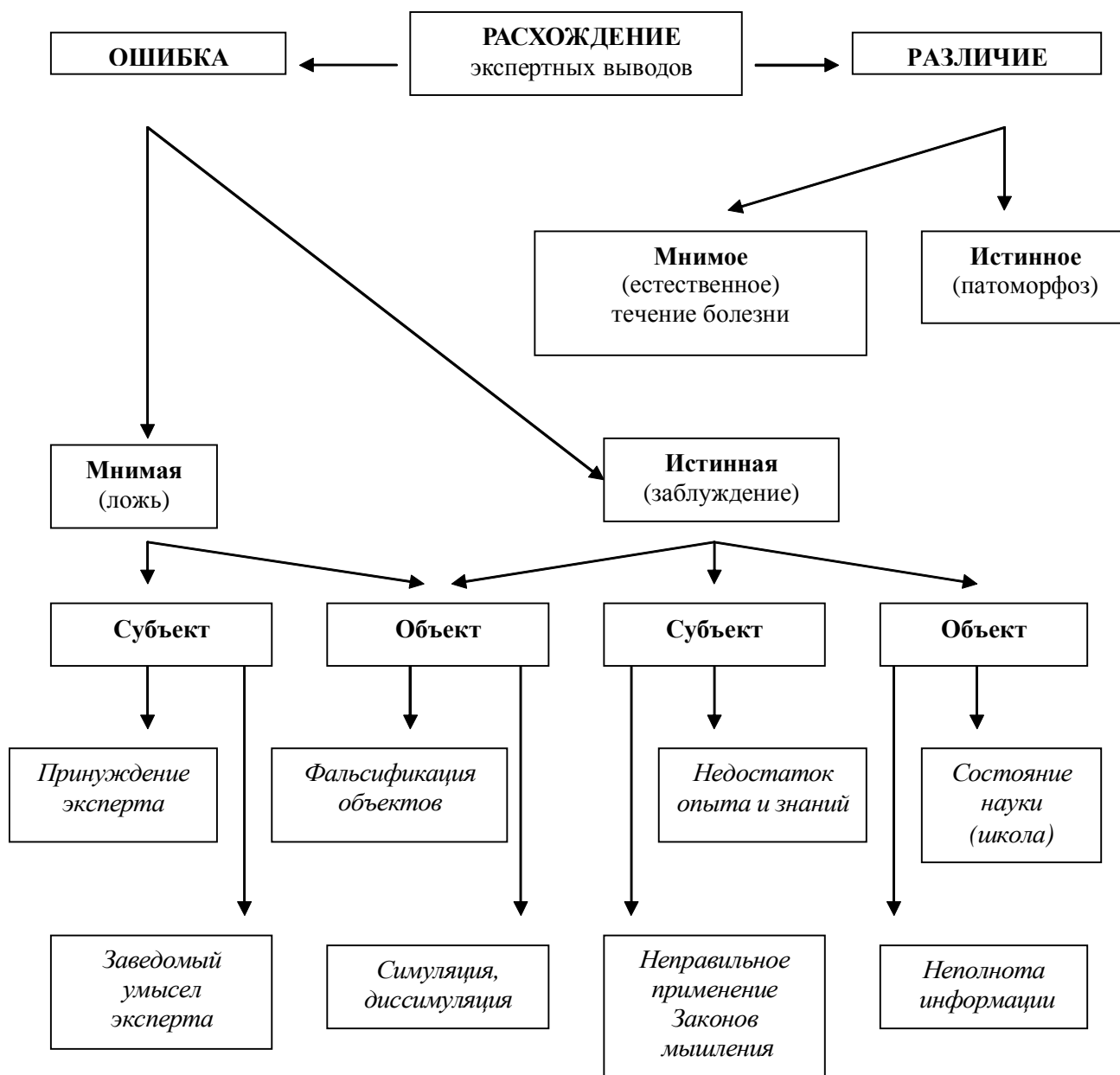
яние науки, степень разработки вопросов имеющих экспертное значение. Ко вторым – неправильное применение экспертного метода и отдельных методик, нарушение законов мышления при обосновании выводов и др. Неистинная ошибка (ложный, неправдивый вывод) так же может быть обусловлена и объективными и субъективными факторами. Объективными следует считать доэкспертную фальсификацию объектов исследования и симуляцию подэкспертным психического расстройства. К субъективным факторам относятся сознательное намерение эксперта или принуждение его к даче заведомо ложного заключения. Остановимся на этих понятиях более детально.

Известно, что обязательным условием любого исследования является четкое определение содержания используемых в нем базисных ос-

новополагающих понятий. Применительно к обсуждаемой теме такими понятиями являются диагноз, расхождение и ошибка. Попытку проанализировать их в свое время предприняли И.Н. Боброва и С.Н.Осколкова [4]. Однако возможности их анализа не исчерпаны ими полностью, вероятно в силу известного противоречия между объемом исследования и ограниченными возможностями изложения результатов. Именно поэтому у читателя может возникнуть представление о рядоположности понятий расхождение и ошибка, хотя авторы и указывают совершенно верно на первое понятие как более широкое. Между тем уже из приведенных в цитируемой работе определений следует, что расхождение не просто более широкое понятие. Оно является родовым по отношению к понятиям ошибка и различие.

Схема 1

Соотношение факторов, определяющих расхождение экспертных выводов



Не вызывает сомнений, что и различие и ошибка могут быть определены как несовпадение, несогласие, противоречие [9]. Но различие - это категория, выражающая одну из сторон развития, противоречия, как необходимый момент развития, самодвижения материи, не существующего без тождества [12]. Различие является признаком, характеризующим объект познания. Ошибка же, как неправильность в мыслях и действиях, есть признак, характеризующий субъект познания. Таким образом, различие можно рассматривать как расхождение, обусловленное причинами объективного порядка, определяющими развитие, самодвижение объекта познания. Соответственно ошибка - есть расхождение, обусловленное причинами субъективного порядка, определяющими дефекты процесса познания. А если субъект в процессе познания действует правильно, но расхождение в оценках объекта, разделенных определенным промежутком времени, налицо? В этом случае возникает новое понятие - заблуждение, как иллюзорное осознание действительности, обусловленное в каждый данный момент ограниченностью общественно-исторической практики [12]. Наконец, если расхождение возникает вследствие умышленного искажения познающим субъектом действительности, истины - то это уже ложь, распознавание которой, применительно к диагностической деятельности врача, входит в компетенцию совершенно других органов. Понятия заблуждение и ложь входят в объем видового понятия - ошибка, составляя подвид, ибо и то и другое характеризует субъект познания. Таким образом, субъективная сторона расхождения обусловленного ограниченностью знаний в данной предметной области и есть заблуждение. То же, но обусловленное сознательным искажением действительности - есть ложь. Приведенные определения четырех обсуждаемых понятий соответствует наиболее распространенному способу определения понятия через ближайший род и видовое отличие. Поэтому, следуя логике, например, книгу Н.Г.Шумского [16] правильнее было бы назвать «Диагностические расхождения в судебно-психиатрической практике», если конечно ее автор не претендует на истину в последней инстанции.

Из изложенного с неизбежностью следует ряд важных выводов.

1. Становится ясным, что проблема диагностических несовпадений не исчерпывается понятиями расхождение и ошибка, а предполагает более широкую систему понятий не просто ря-

доположных, а находящихся в определенных отношениях между собой. Эти отношения определяются правилами деления объема понятия, согласно которым: при одном и том же делении должно применяться одно и то же основание; объем членов деления вместе взятых должен равняться объему делимого понятия; члены деления должны взаимно исключать друг друга и деление должно быть непрерывным [8].

2. Анализируемая система понятий классифицируется по схеме: род-вид-подвид и включает несколько этапов деления первоначально объема понятия. На каждом этапе деления используется естественное основание - наиболее существенный признак, характеризующий вышестоящее понятие. На первом этапе деления - это объект и субъект диагностики как ближайший причинный фактор диагностического расхождения, определяющий понятия различие и ошибка. На втором этапе в качестве основания деления должны быть использованы существенные признаки, характеризующие уже понятия различие и ошибка. Поскольку в данном случае первое понятие отражает движение, динамику болезни, то, очевидно, что в этом смысле различие может быть мнимым.

Это означает, что несовпадение диагнозов у данного больного, разделенных определенным промежутком времени, может отражать этапы одной болезни, ее естественное течение. В то же время различие может быть и истинным, отражающим искажение естественного течения болезни в связи с дополнительными производящими факторами (возраст, инволюция, травма, инфекция, интоксикация и т.д.), изменяющими клиническую картину. Аналогично ошибка может быть истинной или заблуждением и мнимой или ложью в зависимости от добросовестного, непредвзятого отношения субъекта к диагностике или искусственного искажения фактов.

3. Деление первоначально объема понятия расхождение на этом не заканчивается. Истинное различие может дифференцироваться далее в рамках патоморфоза заболевания. Заблуждение может быть обусловлено как объективными факторами, так и субъективными. К первым относится уровень развития соответствующей науки либо недостаточный объем информации, подвергнутый исследованию. Ко вторым - уровень компетентности субъекта исследования, определяемый не только объемом усвоенных специальных знаний, но и умением правильно применять законы мышления в диагностическом процессе.

4. Субъективная сторона экспертной ошибки определяется понятиями ложь и заблуждение находящимися в контрадикторных отношениях. Это означает, что при ее выявлении отсутствие доказательств заведомо ложного заключения свидетельствует о недостаточном уровне компетентности субъекта экспертизы и наоборот.

5. Объективная сторона экспертной ошибки может определять и ложь и заблуждение, в зависимости от того известно ли эксперту о фальсификации объектов экспертизы и удалось ли распознать симуляцию.

Схема дает представление о причинных факторах, которые могут определять несовпадение диагнозов как каждый самостоятельно, так и в

совокупности. Она же указывает на методические подходы, которые должны использоваться при выявлении причинных факторов и последовательность их применения. Так, очевидно, что на первом этапе подобного исследования, установив несовпадение диагнозов необходимо определить является ли оно следствием ошибки, т.е. обусловлено факторами субъективного порядка, либо представляет собой различие, обусловленное объективными факторами. С точки зрения теории аргументации в данном случае наиболее адекватным является использование разделительного доказательства (методом исключения) [6]. Для этого строится следующий силлогизм:

**Расхождение диагнозов может быть либо ошибкой,
либо различием или сочетает и то и другое.
Доказано, что расхождение не есть ошибка.**

Расхождение диагнозов есть различие.

В этом случае доказательство истинности тезиса осуществляется через исследование субъекта диагностики. Иными словами, чтобы доказать, что установленное расхождение диагнозов есть простое их различие, а не следствие ошибки, необходимо доказать отсутствие умысла на искажение диагноза, исключить сомнения в уровне компетентности субъекта диагностики и доказать, что имело место использование всех материалов, необходимых для диагностики. Но возможно и иное решение, когда значение тезиса и антитезиса презюмируется путем соответствующей группировки материала или организации исследования в заданных условиях. Это означает, что при доказывании наличия ошибки, как причины расхождения диагнозов, отбрасывается группа случаев заведомо исключающих какую-либо значительную естественную динамику болезни между моментами установления различающихся диагнозов, как исключающих и влияние объективных факторов, могущих вызвать искажение картины болезни (патоморфоз).

Таким способом производится стандартизация объекта диагностики по фактору времени. Этот способ применяется в диагностических семинарах, когда группе специалистов предъявляются для диагностики одни и те же истории болезни, или на консилиумах, где специалистами обследуется конкретный больной в определенное время. Соответственно исследование, проведенное с предварительной стандартизацией требований к субъекту диагностики по уров-

ню квалификации, полноте представляемой ему информации и обстоятельствам, исключающим заведомо ложный диагноз, будет доказывать, что несовпадение диагнозов есть не ошибка, а различие, обусловленное либо естественной динамикой болезни, либо ее патоморфозом. Эти же методические приемы используются и на втором этапе исследования, когда необходимо определить, является ли различие диагнозов мнимым или истинным, так же как и ошибка – заблуждением или ложью и т.д.

Вместе с тем решение указанных вопросов лишается практического смысла, да и просто невозможно без определения главного: какой из несовпадающих диагнозов соответствует истинному состоянию больного. Это неизбежно следует из представленной схемы и означает, что прежде чем говорить о несовпадении диагнозов и исследовать причины этого, необходимо доказать, что один из диагнозов является верным. Если, например, психиатр-эксперт проводит повторную экспертизу, располагая по данному случаю двумя несовпадающими диагнозами, то он не может принять априори за достоверный ни один из них. Ни тот, который установлен позже, хотя для этого, казалось бы, есть такое веское основание как катамнез, ни тот, который был установлен более квалифицированным специалистом или их группой, так как этим не исключается несовпадение научных взглядов и влияние иных факторов. Эксперт обязан исследовать основания, по которым диагнозы установлены

ранее, и сделать свое обоснованное фактически данными диагностическое заключение.

Все эксперты в той или иной мере, сознательно или неосознанно следуют приведенной схеме при проведении повторных экспертиз и экспертиз лицам, имеющим психиатрический анамнез. Именно эксперт является ключевой фигурой в экспертном процессе и все причинные факторы, влияющие на качество экспертного заключения, преломляются через него. Поэтому законодатель предусмотрел определенные нормы закона, соблюдение которых должно гарантировать получение объективного заключения. Выполнение части из них относится к компетенции юристов. Выполнение других должно обеспечиваться органами здравоохранения, в ведении которых находится судебно-психиатрическая экспертиза. Остановлюсь лишь на части из них.

В соответствии с Основами законодательства Украины «О здравоохранении» от 19 ноября 1992 г. № 2801-ХІІ (Ст.75) «Подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников осуществляется соответствующими средними специальными и высшими учебными и научными заведениями, заведениями повышения квалификации и переподготовки кадров...».

В соответствии со статьей 21 Закона Украины «О судебной экспертизе» от 25 февраля 1994 г. № 4038- ХІІ «Специалистов для специализированных учреждений и ведомственных служб, которые проводить судебные экспертизы, готовят высшие учебные заведения, после чего они специализируются и повышают квалификацию на курсах и в институтах усовершенствования соответствующих министерств и ведомств.»

В приведенной статье 21 Закона Украины «О судебной экспертизе» необходимость судебным экспертам повышать квалификацию на курсах указана без оговорок. Это дает основания считать, что обучение на таких курсах должно обязательно учитываться при определении квалификационного класса судебного психиатра-эксперта. Пока что этого нет и значительная часть современных судебно-психиатрических подходов остается неизвестной для экспертов.

Так сложилось, что на сегодня вопросы профессиональной подготовки и аттестации судебных психиатров-экспертов в Украине решены неудовлетворительно. Констатируется недостаточный уровень профессиональной подготовки психиатров-экспертов (около половины из них не имеют аттестации как врачи судебно-психи-

атрические эксперты) [1]. Аттестация осуществляется по двойному стандарту и регулируется двумя документами, которые не согласованы между собой.

Так в соответствии с Законом Украины «О судебной экспертизе» установившим единые квалификационные требования ко всем судебным экспертам Министерство здравоохранения Украины издает приказ № 199 от 31.10.1995 г., «Об утверждении Положения о квалификационных классах судебных экспертов бюро судебно-медицинской экспертизы и Положения о квалификационных классах врачей судебно-психиатрических экспертов», зарегистрированный в Министерстве юстиции Украины 21 декабря 1995 г. за № 463\999. А через два года издается приказ № 359 от 19 декабря 1997 г. «О дальнейшем усовершенствовании аттестации врачей», зарегистрированный в Министерстве юстиции 14 января 1998 г. за № 14/ 2454, в котором даже не упоминается о приказе, регулирующем аттестацию судебных психиатров-экспертов. Понятно, что оба приказа касаются порядка определения квалификации экспертов и именно в этой существенной части они не согласуются между собой.

Приведу пример. Согласно приказу № 359 от 19.12.97 г. вычисление стажа для определения врачебной категории по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза» проводится следующим образом: «Врачам, которые работают по специальности «Психиатрия», в стаж работы для прохождения аттестации засчитывается период работы по специальностям «Наркология», «Психотерапия», «Судебно-психиатрическая экспертиза» и наоборот». В то же время, согласно приказу № 199 от 31.10.1995 г. «квалификационные классы судебных экспертов и соответствующие им ранги присваиваются в зависимости от должности и стажа судебно-психиатрического эксперта». Это означает, что согласно приказу № 359 психиатр, нарколог или психотерапевт, проработав по своей специальности 10 лет, через год работы судебным психиатром-экспертом может получить высшую врачебную категорию по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза». В то же время согласно приказу № 199 он не имеет права аттестоваться даже на начальный 5 квалификационный класс. Между тем в статье 16 Закона Украины «О судебной экспертизе» в отношении аттестации судебных экспертов четко указано, что «в зависимости от специализации и уровня подготовки им присваивается квалификация судебного экс-

перта с разрешением проведения определенного вида экспертиз и квалификационный класс». Известно, что закон имеет преимущество перед ведомственным актом. Следовательно, уровень квалификации судебного психиатра-эксперта на сегодня определяется его квалификационным классом, а не врачебной категорией, которая в отношении данных специалистов должна быть упразднена.

Существующий порядок вводит в заблуждение следственные и судебные органы при решении вопроса как о назначении судебно-психиатрической экспертизы, так и при оценке Акта СПЭ. Например, в соответствии с п.17 Постановления Пленума Верховного Суда Украины от 30 мая 1997 г. № 8, суд при проверке и оценке экспертных выводов обязан выяснить, кроме прочего, «компетентность эксперта, и не вышел ли он за пределы своих полномочий, не было ли обстоятельств, которые исключают участие эксперта в деле, были ли соблюдены требования законодательства при назначении и проведении экспертизы». И в этом плане требования закона ужесточаются. Так в соответствии с новым Гражданско-процессуальным кодексом [14] в качестве эксперта может привлекаться лицо, которое отвечает требованиям, установленным Законом Украины «О судебной экспертизе», и внесено в государственный реестр аттестованных судебных экспертов (ч.2 ст.53). Согласно прежней формулировке это мог быть любой специалист, обладающий необходимыми знаниями.

Существующие противоречия в части определения уровня квалификации судебного психиатра-эксперта вызывают недоразумения при назначении повторной судебно-психиатрической экспертизы, которая, согласно «Порядку проведения судебно-психиатрической экспертизы» поручается иному более квалифицированному

составу экспертов (пункт 7). Этот документ утвержден приказом МЗ Украины 08.10.2001 г. за № 397 и зарегистрирован в Министерстве юстиции Украины 01.03.2002 г. за № 219/6507.

Вопросы вызывает и порядок аттестации судебных психиатров-экспертов. На врачебную категорию они аттестуются очно, а на квалификационный класс (именно то, что по закону определяет уровень квалификации) – заочно. Тогда как, например, при аттестации судебных экспертов подведомственных Министерству юстиции обязательным является предоставление аттестуемым рефератов и проектов экспертных выводов, которые предварительно рецензируются и лишь затем принимается квалификационный экзамен.

Такой подход дает возможность правильно оценить уровень знаний эксперта. В зависимости от этого, а так же экспертного стажа и опыта эксперта, принимается одно из возможных решений: о присвоении соответствующего квалификационного класса и квалификации судебного эксперта, о подтверждении ранее присвоенного квалификационного класса и квалификации, о снижении квалификационного класса, о лишении квалификационного класса и квалификации, об отказе в присвоении квалификации [13]. Очевидно, что подходы к аттестации судебных экспертов должны быть унифицированы вне зависимости от того, какому ведомству они подчинены.

Представленные материалы подтверждают точку зрения Р.С.Белкина [2 с.86], который писал: «Проблема экспертных ошибок, их предупреждения, обнаружения и путей исправления заслуживает серьезного, глубокого исследования... и хочется надеяться, что оно окажется плодотворным и полезным для экспертной практики».

В.Б. Первомайський

СУБ'ЄКТ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ І ПРОБЛЕМА РОЗХОДЖЕННЯ ЕКСПЕРТНИХ ВИСНОВКІВ

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології МЗ України

В статті розглянуто фактори, що впливають на судово-психіатричну діагностику. Показано їх взаємини та значення експерта як суб'єкта цього процесу. Висвітлено недоліки системи атестації психіатрів-експертів та запропоновано шляхи її удосконалення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 35-42)

THE SUBJECT OF FORENSIC-PSYCHIATRIC EXAMINATION AND PROBLEM OF APOSTATIS OF EXPERT CONCLUSIONS

Ukrainian scientific research institute of Social, forensic psychiatry and narcology of Ministry of Health

In article the factors influencing forensic-psychiatric diagnostics are construed. Their interrelation and value of the expert as subject it process is exhibited. The disadvantages of system of certification of the psychiatrists - experts reflected and the paths of its perfecting are offered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 35-42)

Литература

1. Арсенюк Т.М. Анализ деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Украины // Архив психіатрії.- №2(37),2004.-С.183-192.
2. Белкин Р.С. Криминалистика: проблемы, тенденции, перспективы. От теории – к практике.-М.:Юридлит.,1988.-304 с.
3. Біленчук П.Д.,Старушкевич А.В. Экспертологія судова / Юридична енциклопедія: В 6 т.- Т.2.: Д-Й.-К.:»Укр. Енцикл.»1999.-744 с.
4. Боброва И.Н.,Осколкова С.Н. Некоторые аспекты теории диагноза в психиатрии (обсуждение)//Журн. Невропатол. И психиатрии им. С.С.Корсакова.-Вып.3,1990.-С.143-147.
5. Винберг А.И.,Малаховская Н.Т. Судебная экспертология (общетеоретические и методологические проблемы судебных экспертиз) Учебное пособие /Отв. ред. Б.А.Викторов, Волгоград, 1979.-184 с.
6. Гетманова А.Д. Логика.-М.:Высшая школа,1986.-С.205.
7. Завилянский И.Я.,Блейхер В.М. Психиатрический диагноз.-К.:Вища школа,1979.-200 с.
8. Кондаков Н.И. Логический словарь.-М.:Наука,1971.-С.403.
9. Ожегов С.И. Словарь русского языка. Изд.20-е.-М.,1988.-545 с.
10. Пervomaisky В.Б. Психіатричний діагноз: проблема доведення // VIII З'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів УРСР:Тез.доповід.-Ч.П.-Харків,1990.-С.47-48.
11. Пervomaisky В.Б. Експертна помилка / Юридична енциклопедія: В 6 т.- Т.2.: Д-Й.-К.:»Укр. Енцикл.»1999.-744 с.
12. Философский словарь / Под ред. И.Т.Фролова, Изд.5.-М.:Полит. Лит.,1987.-402 с.
13. Хуторян Н.М. Експертно-кваліфікаційна комісія (ЕКК) / Юридична енциклопедія: В 6 т.- Т.2.: Д-Й.-К.:»Укр. Енцикл.»1999.-744 с.
14. Цивільний процесуальний кодекс України. Офіційний текст від 18 березня 2004 року.-К.:Атака,2004.-160 с.
15. Шостакович Б.В. Судебно-психиатрический диагноз. Вопросы теории//Восьмой Всес. Съезд невропатол., психиатр. И наркол. Тез. докл., 25-28 окт. 1988, М.-Г.З.-Симпозиумы съезда.-М.,1988.-С.373-376.
16. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике.-СПБ:»Академический проект»,1997.-392 с.

Поступила в редакцию 7.05.2004

П. Т. Петрюк

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьковская городская клиническая психиатрическая больница № 15

Ключевые слова: шизофрения, терапевтическая резистентность, способ лечения

Проблема терапевтической резистентности при шизофрении является одной из наиболее актуальных задач современной мировой психиатрии. По данным различных авторов от 5 до 30% больных шизофренией оказываются резистентными к применению стандартных нейролептиков, терапевтические возможности которых ограничены [1-3]. Стандартные нейролептики, успешно применяемые в течение нескольких десятилетий для лечения как острых и подострых психотических состояний, так и в качестве поддерживающей терапии во время ремиссий, оказывают преимущественное влияние на дофаминовые рецепторы.

Терапевтическую резистентность предполагают в случаях, когда больным с правильно установленным диагнозом в течение адекватного периода времени (1-2 года) назначают адекватные дозы разных видов и разными общепринятыми путями введенных нейролептиков с неудовлетворительным результатом [3]. Предложена модель континуума, согласно которой большинство больных реагирует на лечение на субоптимальном уровне, что проявляется в незначительном улучшении состояния в процессе лечения при постоянном сохранении значительно выраженных симптомов и связанной с ними социальной несостоятельности [4].

Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува [2] описали 4 группы терапевтической резистентности при психических заболеваниях: 1) обусловленная клиническим фактором (прогнозируется плохая курабельность); 2) обусловленная как клиническими, так и терапевтическими факторами; 3) обусловленная терапевтическими факторами; 4) идиопатическая резистентность с невыявленными факторами.

В первой группе, где резистентность обусловлена клиническими факторами, прогнозируемая плохая курабельность может быть изначальной, т.е. наблюдается с самого начала болезни, когда

речь идет о резкой прогрессивности процесса, с углублением уровня психопатологических расстройств, несмотря на все меры интенсивной терапии и средства повышения эффективности лечения (составляет всего 3%). Например, шизофрения на «патологически измененной почве» либо осложнение дополнительными патогенными факторами приводят к резистентности.

Более часто встречается резистентность второй группы (16,3%), которая обусловлена сочетанием клинических и терапевтических факторов. Здесь речь идет об умеренно прогрессивном течении процесса с формированием на поздних этапах стабилизированных состояний, когда достигнут реальный в настоящее время предел возможностей биологической терапии, обычно при недостаточности социореабилитационного воздействия.

При резистентности, обусловленной терапевтическими факторами, возможно снижение психотропного действия препарата при длительном его введении в связи с адаптацией организма (12,6% всех случаев резистентности). Здесь в начале психофармакотерапии отмечается определенный терапевтический эффект, который при дальнейшем лечении становится все менее выраженным, несмотря на отсутствие признаков прогрессивности процесса.

Более часто (41,6%) наблюдаются больные, реакцию на лечение у которых правомерно было бы обозначить как псевдорезистентность, где при более тщательном клиническом анализе выявилась неадекватность или недостаточная интенсивность прежней терапии.

Кроме того, выделяют группу пациентов с так называемой отрицательной резистентностью [5]. Она включает случаи невозможности назначения адекватных доз нейролептиков из-за

выраженности побочных эффектов. Длительное применение малых доз препаратов, как правило, ухудшает течение болезни, ведет к формированию вторичной резистентности [6].

И, наконец, у части больных несмотря на прогностически благоприятные тенденции течения процесса и достаточно интенсивную терапию добиться лечебного эффекта не удастся. Речь идет не об осложнениях, а о затяжных и резистентных к лечению эндогенных аффективных и аффективно-бредовых приступах, которые не удается купировать даже интенсивной терапией. Эти больные составляют небольшую часть случаев терапевтической резистентности. Авторы справедливо предостерегают от поспешного отнесения больных к этой категории – она составляет лишь 12,1% всех случаев, квалифицируемых при направлении в стационар как резистентные [2].

Терапевтическая резистентность при применении стандартных нейролептиков может быть следствием следующих наиболее часто встречающихся причин: 1) стандартные нейролептики оказывают недостаточное действие на негативную симптоматику, их действие прежде всего направлено на редукцию позитивных нарушений; 2) стандартные нейролептики вызывают

побочные действия, которые затрудняют терапию шизофрении, из-за чего ряд больных отказываются от приема нейролептиков, что ведет к обострению психоза; 3) отрицательная резистентность – невозможность назначения адекватных доз нейролептиков из-за выраженности побочных эффектов; 4) длительное применение малых доз нейролептиков, как правило, ухудшает течение болезни и ведет к формированию вторичной резистентности; 5) несоблюдение больным режима и схемы лечения; 6) неадекватная биодоступность нейролептика вследствие его избыточного связывания с белком; 7) неправильно установленный диагноз [3,4,7-9].

Поэтому актуальным и перспективным наряду с психофармакотерапией является применение физиотерапевтических методов лечения, которые основываются на улучшении понимания нейробиологических основ шизофрении и позволяют уменьшать терапевтическую резистентность и потенцировать нейротропное действие медикаментозной терапии [10-12].

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности разработанного нами способа лечения больных терапевтически резистентной шизофренией с непрерывным типом течения.

Материал и методы исследования

Исследование эффективности разработанного способа проводилось как открытое на базе Харьковской городской клинической психиатрической больницы №15 (Сабуровой дачи).

Были выделены следующие критерии включения больных в исследование: 1) соответствие диагностическим критериям МКБ-10 для параноидной шизофрении (F20.0) с непрерывным типом течения, в анамнезе которых регистрировалась терапевтическая резистентность к стандартным нейролептикам; 2) мужчины и женщины в возрасте от 18 до 60 лет; 3) резистентность к стандартным нейролептикам (критерием резистентности в нашем случае принималось отсутствие терапевтического эффекта при приеме не менее двух стандартных нейролептиков, относящихся к различным химическим группам, в терапевтически адекватных дозах; продолжительность приема каждого из двух применявшихся до этого препаратов составляла не менее 3 месяцев; 4) пациенты с отрицательной резистентностью; 5) контрольная группа – пациенты аналогичного возраста с указанными формами терапевтической резистентности, у которых не применялся разработанный способ лечения.

Критерии исключения из исследования были следующие: 1) органическое заболевание ЦНС; 2) острые соматические заболевания и хронические соматические заболевания в стадии обострения; 3) глаукома; 4) больные, принимавшие дурантные нейролептики непосредственно перед началом исследования; 5) период беременности и лактации в женщин; 6) больные, не давшие информированного согласия на участие в исследовании; 7) больные, имеющие противопоказания для использования данного способа лечения: индивидуальная непереносимость тока, мокрая экзема в местах наложения электродов, резкое нарушение болевой и температурной чувствительности, злокачественные новообразования, паркинсонизм, нарушение сердечного ритма в сочетании с частыми сосудистыми кризисами, сердечно-сосудистая недостаточность II Б-Ш ст., острое нарушение мозгового кровообращения, глаукома и угнетение функции костного мозга.

Сущность разработанного нами усовершенствованного способа лечения шизофрении с непрерывным типом течения заключается в том, что путем дополнительного перорального повы-

шения суточной дозы галоперидола до высокой и последующего проведения трансорбитально-го электрофореза галоперидола повышается терапевтическая эффективность лечения.

Способ лечения шизофрении с непрерывным типом течения включает использование галоперидола и проведение трансцеребрального электрофореза, который отличается в соответствии с изобретением тем, что дополнительно на протяжении недели перорально суточную дозу галоперидола повышают до высокой (ежедневно по 2-4 мг до 40 мг/сут) и через 4 ч после утреннего его перорального приема проводят трансорбитальный электрофорез 0,5%-2,0 раствора галоперидола с постепенным увеличением силы тока от 2 до 4 мА, его плотности от 0,03 до 0,05 мА/см², продолжительности процедуры от 25 до 30 мин при курсе лечения 10 ежедневных процедур [13].

Распределение больных основной группы в зависимости от ведущего продуктивного синдрома представлено в таблице 1. Она включала 44 больных (женщин – 24; мужчин – 20), проходивших лечение в разных психиатрических отделениях больницы. Данные о наличии терапевтической резистентности дополнительно верифицировалось по медицинской документации.

В исследование было включено 32 (72,7%) больных с проявлением резистентности к стандартным нейролептикам и 12 (27,3%) больных, у которых регистрировалась отрицательная резистентность. Средний возраст пациентов составил 29+8,5 (от 18 до 60 лет). Продолжительность заболевания была в диапазоне от 2 до 30 лет (средняя продолжительность 12,7 + 2,3 лет).

Контрольная группа состояла из больных непрерывной параноидной шизофренией с признаками терапевтической резистентности, у которых проводилось психофармакотерапевтическое лечение без применения разработанного способа лечения. Она включала 30 пациентов (женщин - 18; мужчин – 12) в возрасте от 18 до 60 лет с продолжительностью заболевания от 2,5 до 17 лет (средняя продолжительность 10,3+2,5 лет).

Квантифицированная оценка продуктивных и вторичных негативных расстройств в сравниваемых группах больных производилась по шкале PANSS [14], выраженность психоза и результативность его купирования оценивалась по шкале глобального клинического впечатления CGI и частота возникновения побочных симптомов нейролептической терапии по шкале Симпсона-Ангуса (SAS) с использованием критерия Стьюдента.

Таблица 1

Распределение больных основной группы в зависимости от ведущего продуктивного синдрома

Синдромы	Число больных	
	Абс.	%
Галлюцинаторно-параноидный	21	47,7±9,3
Галлюцинаторно-парафренный	11	25,0±7,4
Параноидно-депрессивный	9	20,5±6,0
Полиморфный	3	6,8±5,1

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что изученный способ лечения шизофрении с непрерывным типом течения является эффективным способом для лечения больных с терапевтически резистентной параноидной шизофренией. К окончанию курса лечения снижение рейтинга по шкале PANSS у пациентов основной группы составил 23%. Положительный эффект был зарегистрирован у 24 (54,6%) больных, которые были включены в основную группу.

Применение данного способа лечения оказывало большее влияние на позитивную, чем не-

гативную симптоматику. В основной группе редукция баллов позитивных симптомов составила по PANSS к окончанию курса терапии 53%, а соответственно негативных симптомов – 34%.

В контрольную группу вошли 30 больных, у 11 (36,7%) из которых было зарегистрировано клиническое ухудшение, отмеченное и по шкале CGI. Анализ клинико-психопатологических данных показал, что у 5 из этих пациентов ухудшение наступило из-за усиления галлюцинаторно-параноидной симптоматики и у 2 больных определялось резкое нарастание тревоги.

Средние уровни тяжести психотического состояния у больных в основной и контрольной группах составили 6,02 и 6,03 соответственно по шкале CGI. Лечение упомянутым способом больных с терапевтически ре-

зистентной параноидной шизофренией в среднем позволило добиться снижения интенсивности психотических расстройств до уровня 3,5±0,4 баллов, а в контрольной группе – до 5,5±0,3 балла ($p < 0,05$).

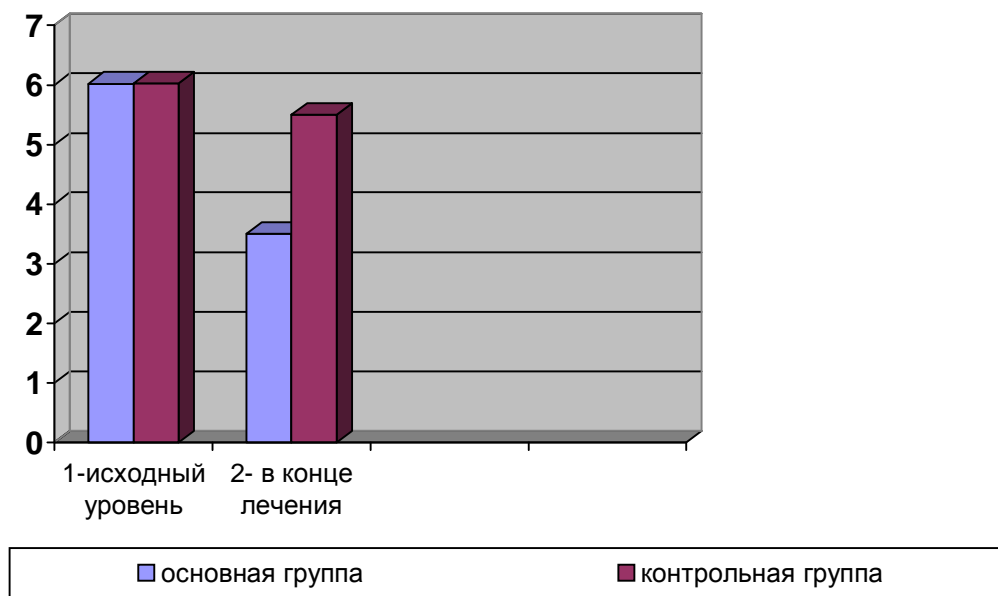


Рис.1. Выраженность психотических проявлений по шкале CGI.

За время лечения в основной группе серьезных побочных реакций не зарегистрировано. Количество побочных реакций уменьшилось на 29% от исходного уровня. Количество побочных реакций в контрольной группе увеличилось на 17% (наиболее часто регистрировались тремор, акатизия и гиперсаливация).

Пациенты с отрицательной резистентностью хорошо переносили предложенный способ лечения, осложнений не наблюдалось, у 4 из 12 больных наблюдался положительный эффект.

Использование галоперидола для лечения параноидной шизофрении известно, но малоизвестным является максимально быстрое наращивание его концентрации в заинтересованных структурах головного мозга путем его дополнительного перорального повышения суточной дозы до высокой и последующего проведения трансорбитального электрофореза 0,5%-2,0 раствора галоперидола. Проведение трансорбитального электрофореза галоперидола совпадает с его максимальной концентрацией в плазме крови вследствие перорального приема препарата, следовательно, с наиболее выраженным его действием.

Механизм действия галоперидола связывают с блокадой допаминовых рецепторов, с центральным альфа-адреноблокирующим действием, а также с нарушением обратного нейрональ-

ного захвата и депонирования норадреналина. При этом, под воздействием постоянного тока в организме образуются условия для повышения эффекта действия препарата: возникают электрохимические процессы в биологических клетках, что увеличивает проницаемость клеточных мембран, условия для потенцирования и пролонгирования действия препарата. Это способствует быстрому поступлению галоперидола в головной мозг и спинномозговую жидкость, избирательному накоплению его в сенсомоторных областях мозга с центральными ганглиями, гипоталамической области, продолговатом, заднем и среднем мозгу, т.е. в заинтересованных структурах, которые имеют отношение к патогенетическим звеньям шизофрении. Вместе с этим, действие галоперидола происходит при благоприятно измененной реактивности нервной системы под влиянием постоянного тока, что значительно урежает появление нежелательных побочных реакций. Все это способствует сокращению сроков лечения за счет повышения терапевтического эффекта и является абсолютно безопасным для больного.

Таким образом, дополнительное повышение суточной дозы галоперидола до высокой и последующее проведение трансорбитального электрофореза галоперидола приводит к быстрому наращиванию его концентрации непосредствен-

но в заинтересованных структурах головного мозга, что способствует уменьшению резистентности к психофармакотерапии, урежению побочных реакций и осложнений, созданию условий для реабилитации и сокращению сроков ле-

чения за счет повышения терапевтического эффекта у больных терапевтически резистентной параноидной шизофренией. Полученный клинический опыт подтверждает полную безопасность использованного способа лечения.

П.Т. Петрюк

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНУ ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харківська міська клінічна психіатрична лікарня № 15

Вивчена ефективність та безпека розробленого способу лікування шизофренії з безперервним перебігом у 44 хворих терапевтично резистентною параноїдною шизофренією на основі клініко-психопатологічного вивчення з використанням шкали PANSS для оцінки продуктивних і вторинних негативних розладів, шкали CGI для оцінки вираженості психозу і шкали SAS для оцінки частоти виникнення побічних симптомів нейролептичної терапії. Доказується ефективність і безпечність використаного способу лікування у вивченого контингенту хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 43-47)

P.T. Petryuk

THE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH THERAPEUTIC RESISTANCE PARANOID SCHIZOPHRENIA

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine, Kharkiv municipal clinical mental hospital

The efficacy and safety of possibility of the elaborated method of the treatment of the continuous paranoid schizophrenia at 44 patients with the therapeutic resistance were investigated. The clinico-psychopathological method was used for examined positive and secondary negative symptoms, which were formalized with scale PANSS, and expression psychosis with scale CGI. The scale SAS for evaluation rate and hardness of the side effects neuroleptic therapy was used. The efficacy and safety of the elaborated method of the treatment was proved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 43-47)

Литература

1. Ремяняк В.И. Преодоление терапевтической резистентности в психиатрии высокими дозами атропина. — Х.: Факт, 1997. — 192 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
3. Brenner H.D., Dencker S.I., Goldstein M. et al. Defining treatment refractoriness in schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 1990. - № 16. — P. 551-561.
4. Kane I.M. Clinical efficacy of clozapine in treatment refractory schizophrenia: an overview // British Journal of Psychiatry. — 1992. — 160 (Suppl. 17). — P. 41-45.
5. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. — СПб.: Изд-во института им. В.М. Бехтерева, 1993.
6. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. с соавт. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Под ред. Р.Я. Вовина, Г.Е. Кюне. — М.: Медицина, 1981. — С. 151-181.
7. Morrison D.P. Management of treatment refractory schizophrenia // British Journal of Psychiatry. — 1996. — 169 (Suppl. 31). — P. 15-20.
8. Osser D.N. A systematic approach to pharmacotherapy in

- patients with neuroleptic resistant psychoses // Hospital and Community Psychiatry. — 1989. — 40. -P. 921 — 927.
9. Костерин Д.Н., Мазо Г.Э., Иванов М.В. Применение rispoleпта для лечения терапевтически резистентных случаев шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. - № 1. — С. 46-48.
10. Лечение психических расстройств различной этиологии: Учебное пособие /Под ред. Н.Е. Бачерикова, П.Т. Петрюка. — Х.: Основа, 1995. — 152 с.
11. Стивен М. Стол. Новые достижения в терапии шизофрении // Шизофрения. Изучение спектра психоза / Под ред. Р. Дж. Энсилла, С. Холлидея, Дж. Хигенботтэма: Пер. с англ.. — М.: Медицина, 2001. — С. 154-170.
12. Сыропятов О.Г. Лечение шизофрении // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. - № 1-2 (28-29). — С. 30-64.
13. Патент на винахід № 44060 А, Україна, МКП7 А 61 К 31/395, А 61 № 1/20. Заявл. 03.04.2001. Опубл. 15.01.2002. Спосіб лікування шизофренії з безперервним перебігом /П.Т. Петрюк // Промислова вартість. Офіційний бюлетень. — 2002. - № 1 — 6 с.
14. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. — 1987. - Vol. 13. - P. 261-276.

Поступила в редакцию 21.05.2004

УДК 616/89-055.5

Т.Л. Ряполова, О.И. Осокина

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическое здоровье, семья, аффективные расстройства

Функционирование семьи может быть осуществлено при решении членами семьи весьма сложных задач: участие их в семейных взаимоотношениях, подчинение семейным нормам и правилам, деятельность по обеспечению материального благополучия семьи, воспитание подрастающего поколения, решение постоянно возникающих семейных проблем. Развитие психического расстройства травмирует именно эти семейно необходимые качества, отрицательно воздействуя на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь, становятся фактором травматиза-

ции для других членов семьи [1]. Весьма немногочисленные работы по исследованию влияния депрессивных расстройств у одного из членов семьи на внутрисемейные отношения [2-4] обнаружили связь депрессии у одного из супругов с нарушением активности другого, снижением семейного дохода, ухудшением супружеских отношений и неопределенностью в том, как преодолевать симптомы заболевания.

Целью настоящей работы являлось предварительное исследование влияния аффективных (депрессивных) расстройств у одного из членов семьи на психическое здоровье других членов семьи.

Материал и методы исследования

Было обследовано 23 пациента, находившихся на стационарном лечении в Центре аффективной патологии Донецкой областной клинической психиатрической больницы, и члены их семей. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, у 10 больных был определен легкий депрессивный эпизод (43,5%), у 4 (17,4%) – рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) (2 чел. – РДР, текущий эпизод умеренной тяжести; 2 чел. – РДР, текущий эпизод тяжелой без психотических симптомов), у 5 (21,7%) – биполярное аффективное расстройство (БАР) (2 чел. – БАР, текущий эпизод умеренной депрессии; 3 чел. – БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов), у 4 (17,4%) – депрессивное расстройство органической природы.

Для оценки выраженности депрессивных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [5].

Большинство обследованных больных (17 чел. – 73,9%) имели нуклеарную семью, однако 2 больных с легким депрессивным эпизодом имели симбиотические связи с родителями и проживали совместно с ними, а 4 больных с орга-

ническим депрессивным расстройством и 1 больная с биполярным аффективным расстройством, имея супруга, проживали в семьях детей; 6 больных (26,1%) проживали в родительских семьях.

В соответствии с целью настоящего исследования было обследовано 23 родственника больных с различными аффективными расстройствами, распределение которых по степени родства было следующим: супруги больных с легким депрессивным эпизодом (мужья – 4 чел., жены – 1 чел.), родители больных с легким депрессивным эпизодом (матери – 3 чел., отцы – 2 чел.); супруги больных с рекуррентным депрессивным расстройством (мужья – 2 чел., жены – 2 чел.); супруги больных с биполярным депрессивным расстройством (мужья – 1 чел.), родители больных с биполярным аффективным расстройством (матери – 2 чел., отцы – 1 чел.), дети больных с биполярным аффективным расстройством (дочери – 1 чел.); дети больных с депрессивным расстройством органической природы (дочери – 4 чел.). Таким образом, распределение обследованных родственников по полу было следующим: женщины – 13 чел. (56,5%), мужчины – 10 чел. (43,5%).

В группе обследованных родственников возраст женщин колебался от 20 до 62 лет, распределение по возрасту было следующим: 20-29 лет – 4 чел. (30,8%), 30-39 лет – 2 чел. (15,4%), 40-49 лет – 2 чел. (15,4%), 50-59 лет – 3 чел. (23%), старше 60 лет – 2 чел. (15,4%). Средний возраст обследованных женщин – $40,6 \pm 0,23$. Средний возраст обследованных мужчин – $41,3 \pm 0,54$. Распределение их по возрасту было следующим: 20-29 лет – 3 чел. (30%), 30-39 лет – 4 чел. (40%), 40-49 лет – 1 чел. (10%), 50-59 лет – 1 чел. (10%), старше 60 лет – 1 чел. (10%).

В этой же группе распределение обследованных женщин по образованию было следующим: среднее – 3 чел. (23%), среднеспециальное – 4 чел. (30,8%), высшее – 6 чел. (46,2%). Распределение мужчин по образованию было следующим: среднее – 3 чел. (30%), среднеспециальное – 4 чел. (40%), высшее – 3 чел. (30%), т.е. среди обследованных преобладали лица со среднеспециальным и высшим образованием.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные больные вне зависимости от клинических признаков аффективных расстройств были разделены на группы в соответствии с выраженностью депрессии/тревоги по методике HADS: группа I – больные с субклинически выраженной депрессией (средний показа-

Родственники больных с аффективной патологией были обследованы методикой SCL-90-R [6], предназначенной для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Методика оценивалась по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности – Obsessive – Compulsive (O-C), межличностной сензитивности – Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревожности – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY) и по 3 обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST), предназначенные для более гибкой оценки психопатологического статуса обследуемого.

тель депрессии $9,56 \pm 0,23$), группа II – больные с клинически выраженной депрессией (средний показатель $16,4 \pm 0,33$). Сравнительная характеристика средних значений показателей методики SCL у родственников больных с аффективными расстройствами представлена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика средних значений показателей методики SCL у родственников больных с аффективными расстройствами

Шкалы SCL	Группа I		Группа II			Нормативные показатели
	Мужья (жены)	Родители	Мужья (жены)	Родители	Дети	
SOM	$0,46 \pm 0,129$	$0,172 \pm 0,05$	$1 \pm 0,212$	$1,43 \pm 0,348$	$0,564 \pm 0,199$	$0,69 \pm 0,65$
O - C	$0,78 \pm 0,03$	$0,62 \pm 0,111$	$0,54 \pm 0,103$	$0,533 \pm 0,167$	$0,82 \pm 0,128$	$0,76 \pm 0,60$
INT	$0,418 \pm 0,122$	$0,22 \pm 0,06$	$0,556 \pm 0,09$	$0,867 \pm 0,291$	$0,802 \pm 0,04$	$0,83 \pm 0,63$
DEP	$0,878 \pm 0,06$	$0,966 \pm 0,05$	$0,508 \pm 0,113$	$0,843 \pm 0,182$	$0,852 \pm 0,02$	$0,68 \pm 0,59$
ANX	$0,64 \pm 0,103$	$0,88 \pm 0,116$	$0,72 \pm 0,06$	$1,03 \pm 0,33$	$0,76 \pm 0,258$	$0,62 \pm 0,02$
HOS	$0,998 \pm 0,258$	$0,334 \pm 0,105$	$1,34 \pm 0,382$	$1,39 \pm 0,201$	$1,17 \pm 0,289$	$0,71 \pm 0,65$
PHOB	$0,196 \pm 0,09$	$0,17 \pm 0,105$	$0,518 \pm 0,03$	$0,427 \pm 0,359$	$0,14 \pm 0,06$	$0,35 \pm 0,04$
PAR	$0,266 \pm 0,111$	$0,108 \pm 0,04$	$0,394 \pm 0,07$	$0,447 \pm 0,277$	$0,554 \pm 0,118$	$0,67 \pm 0,58$
PSY	$0,08 \pm 0,003$	$0,06 \pm 0,02$	$0,14 \pm 0,02$	$0,233 \pm 0,133$	$0,3 \pm 0,04$	$0,42 \pm 0,02$
GSI	$0,6 \pm 0,05$	$0,466 \pm 0,09$	$0,548 \pm 0,06$	$0,803 \pm 0,173$	$1,38 \pm 0,233$	$0,64 \pm 0,50$
PST	$30 \pm 7,54$	$23,8 \pm 4,39$	$32,3 \pm 5,38$	$32,7 \pm 4,67$	$38,8 \pm 3,56$	$37,27 \pm 2,19$
PSDI	$1,51 \pm 0,119$	$1,45 \pm 0,07$	$1,58 \pm 0,135$	$1,83 \pm 0,187$	$1,53 \pm 0,138$	$1,42 \pm 0,42$

В группе супругов больных с субклинически выраженной депрессией отмечалось значительное превышение нормативных показателей по шкалам депрессии и враждебности, причем по шкале депрессии наиболее часто наблюдались

жалобы на снижение сексуального влечения и удовольствия, упадок сил, чувство одиночества, подавленное настроение и ощущение собственной никчемности. Помимо этого, супруги нередко (в 80% случаев – 4 чел.) обвиняли себя в бо-

лезни супруга(и). По шкале враждебности обследованные отмечали легко возникающие досаду или раздражение, не поддающиеся подавлению вспышки гнева, склонность к вступлению в спор (у 3 чел. – 60% в ситуациях, связанных с болезнью мужа или жены). В незначительной степени нормативные показатели в данной группе обследованных были превышены по шкале обсессивно-компульсивных расстройств, в основном за счет жалоб на повторяющиеся неотвязные мысли о болезни супруга(и), на трудности в сосредоточении и принятии решений. Общий индекс тяжести (GSI) не превышал нормы, однако превышение нормы в индексе наличного симптоматического дистресса (PSDI) может свидетельствовать о субъективной значимости выявленной психопатологической симптоматики с возможным переходом ее на синдромальный уровень.

В группе родителей больных с субклинически выраженной депрессией превышение нормативных показателей отмечалось по шкалам депрессии и тревоги. Из симптомов депрессии наиболее частыми были заторможенность, слезливость, чрезмерное беспокойство по разным поводам, подавленное настроение, ощущение беспомощности (4 чел. – 80%). Как и в группе супругов больных данной группы, родители нередко обвиняли себя в возникновении психического расстройства у своего ребенка, были склонны анализировать свою жизнь в поисках поводов для развития депрессии у сына (2 чел. – 40%) или дочери (2 чел. – 40%). Тревожность у родителей больных с субклинически выраженной депрессией проявлялась жалобами на постоянную нервозность или внутреннюю дрожь с ощущением напряженности или взвинченности (3 чел. – 60%), периодически возникающий беспричинный страх (2 чел. – 40%), часто возникающее сильное беспокойство, мешающее усидеть на месте (3 чел. – 60%). Несколько превышающие нормативные показатели индекс наличного симптоматического дистресса у обследованных данной группы в сочетании с низкими показателями индексов GSI и PST может свидетельствовать о тенденции к преувеличению выраженности симптомов родителями больных данной группы, что также имеет диагностическое значение.

В группе супругов больных с клинически выраженной депрессией отмечалось превышение нормативных показателей по шкалам соматизации, тревожности, враждебности и фобической тревожности. Соматические симптомы на-

шли отражение в жалобах на постоянные (3 чел. – 60%) или периодические (2 чел. – 40%) головные боли, иногда возникающие слабость или головокружение (2 чел. – 40%), периодически возникающие боли в сердце или грудной клетке (3 чел. – 60%), ощущение слабости в различных частях тела (3 чел. – 60%). Тревожность у обследованных данной группы проявлялась жалобами на повышенную нервозность (3 чел. – 60%), периодически возникающее ощущение напряженности, взвинченности, не позволяющее усидеть на месте и сопровождающееся учащенным сердцебиением (2 чел. – 40%). По шкале враждебности чаще встречались жалобы на периодически легко возникающие досаду или раздражение (4 чел. – 80%), склонность к вступлению в спор (4 чел. – 80%) и частые вспышки трудно контролируемого гнева (2 чел. – 40%). Жены обследованных больных (2 чел. – 40%) отмечали периодически возникающие чувство страха в открытых местах, нервозность в одиночестве и боязнь в одиночестве выходить из дома, формирующие у них признаки фобической тревожности. Превышающие норму значения индекса PSDI могут свидетельствовать об интенсивности имеющихся у супругов больных с клинически выраженной депрессией симптомов соматизации, тревожности, враждебности и фобической тревожности, связанных с текущим психическим расстройством у мужа или жены.

Родители больных с клинически выраженной депрессией обнаружили превышающие норму показатели по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, враждебности и, в незначительной степени, по шкале межличностной сензитивности. Из соматических симптомов в данной группе чаще встречались постоянные головные боли, слабость, боли в сердце (2 чел. – 66,7%), тошнота и расстройство желудка (1 чел. – 33,3%), ощущение слабости в различных частях тела (1 чел. – 33,3%), развившиеся после обострения психического расстройства у ребенка. По шкале депрессии превышающие норму показатели были обусловлены умеренно выраженными заторможенностью, вялостью, подавленным настроением, чрезмерным беспокойством по различным поводам, сильно выраженными чувствами одиночества и вины за болезнь сына или дочери, утратой сексуального влечения или удовольствия. У всех обследованных данной группы отмечалась повышенная тревожность в виде часто возникающей нервозности, частого беспричинного страха с учащенным сердцебиением, настороженного ожидания усугубления сим-

птоматики или суицидальных мыслей у ребенка. Обследованных данной группы отличал наиболее высокий в сравнении с другими группами родственников и нормативными показателями уровень враждебности ($1,39 \pm 0,201$) с практически постоянными досадой или раздражением, частыми вспышками трудно контролируемого гнева нередко с агрессией, направленной на окружающих. Межличностная сензитивность у обследованных родителей проявлялась постоянным чувством недовольства другими, изредка возникающими повышенной обидчивости, ощущением, что окружающие не понимают их, не сочувствуют им в связи с болезнью ребенка и, соответственно, чувством приниженности, ущербности в сравнении с окружающими, имеющими здоровых детей. Превышающие норму показатели общего индекса тяжести (GSI) и индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI) свидетельствуют о значительной выраженности психопатологической симптоматики, обусловленной выраженным депрессивным расстройством у сына или дочери.

У детей больных с клинически выраженной депрессией были обнаружены превышающие норму показатели по шкалам депрессии, тревоги, враждебности и обсессивно-компульсивных расстройств. Депрессивность обследованных данной группы проявлялась умеренно выраженными упадком сил, подавленностью настроения, чрезмерным беспокойством по незначительному поводу, ощущением безвыходности ситуации (болезни родителя) и безнадежности будущего, изредка (2 чел. – 40%) обнаруживались слезливость и чувство вины перед больным. Тревожность обследованных данной группы проявлялась теми же симптомами, что и у родственников других групп (нервозность, беспричинный страх, напряженность, учащенное сердцебиение), однако они встречались у 60% (3 чел.) с меньшей частотой, чем у обследованных родителей больных с клинически выраженной депрессией. Враждебность была менее выраженной, чем у других родственников больных второй группы, однако превышала нормативные показатели и проявлялась раздражительностью, вспышками гнева и изредка возникающей агрессивностью по отношению к окружающим (4 чел. – 80%). Более явно, чем в других группах обследованных родственников у детей больных с клинически выраженной депрессией проявлялись обсессивно-компульсивные расстройства в виде повторяющихся неотвязных мыслей неприятного содержания (3 чел. – 60%), изредка возника-

ющих трудностей в запоминании и сосредоточении (3 чел. – 60%), затруднений в принятии решений (3 чел. – 60%). Общий индекс тяжести (GSI) в данной группе был наиболее высоким в сравнении с другими группами обследованных родственников и превышал нормативные показатели, что может свидетельствовать о наибольшей глубине психопатологической симптоматики, а превышающий норму индекс PSDI подтверждает интенсивность переживаемого дистресса.

Таким образом, во всех обследованных группах родственников больных с аффективными расстройствами вне зависимости от пола, возраста, образования и степени родства обнаруживались паттерны определенных психопатологических признаков, более выраженные в количественном отношении и по интенсивности у родственников больных с клинически выраженной депрессией, о чем свидетельствуют показатели индексов PSDI и GSI. Наиболее выраженной психопатологическая симптоматика была у родителей и детей больных с клинически выраженной депрессией (индекс GSI превышал нормативный показатель). Депрессивная симптоматика была выражена у обследованных всех групп, в максимальной степени – у супругов больных с субклинически выраженной депрессией, у супругов же больных с клинически выраженной депрессией уровень депрессивности не превышал нормативный, что может быть связано с длительностью аффективного расстройства у мужа (жены), в результате чего формируются иные способы личностного реагирования на заболевание супруга, отличные от депрессии. Так, у супругов больных с клинически выраженной депрессией отмечались симптомы соматизации, тревожности и враждебности, являющиеся реакцией на обострение заболевания у супруга. Тревожность также является достаточно типичным паттерном личностного реагирования на депрессию у одного из членов семьи, встречаясь во всех группах, кроме супругов больных с субклинически выраженной депрессией, что может быть связано с недопониманием супругами возможности рецидива аффективного расстройства. Враждебность к окружающему миру наблюдалась во всех группах родственников, за исключением родителей больных с субклинически выраженной депрессией, что может быть связано как с наличием периодически рецидивирующего психического расстройства у одного из членов семьи (для родственников больных с клинически выраженной депрессией), так и с реакцией окружающих на факт госпитализации

в психиатрическую больницу (супруги больных с субклинически выраженной депрессией). Телесная дисфункция с жалобами, фиксированными преимущественно на кардиоваскулярной системе, наблюдалась у супругов больных с клинически выраженной депрессией (замещающая симптомы депрессии) и у родителей больных этой группы (являясь проявлением реальных заболеваний, обострившихся в ответ на обострение депрессии у сына или дочери). В различных группах родственников отмечались симптомы и фобической тревожности, и межличностной сензитивности, и обсессивно-компульсивного расстройства. Т.о., методика SCL-90-R обнаружила

достаточно широкий спектр психопатологических проявлений у родственников больных с аффективными расстройствами, которые требуют если не медикаментозной, то психотерапевтической коррекции. Полученные предварительные данные подтверждают необходимость проведения семейной психотерапии с родственниками и больными с аффективными расстройствами, поскольку если не разрубить порочный круг взаимовлияний в семье, это может привести не только к усугублению психопатологической симптоматики у идентифицированного пациента, но и к семейной дисфункции с развитием психических расстройств у других членов семьи.

Т.Л. Ряполова, О.И. Осокина

ПОРУШЕНИЯ ПСИХИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЧЛЕНІВ РОДИН ХВОРИХ НА АФЕКТИВНУ ПАТОЛОГІЮ

Донецкий державний медичний університет

Дані попереднього дослідження методикою SCL-90-R членів 23 родин хворих із афективними розладами показують достатньо високий ступінь негативного впливу психічного розладу у одного з її членів із формуванням депресивних, тривожних, ворожих, соматоформних, обсессивних та інших порушень у інших, раніше здорових членів родин. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 48-52)

T.L. Ryapolova, O.I. Osokina

DISORDER OF MENTAL HEALTH OF MEMBERS OF THE FAMILIES OF THE PATIENTS WITH AFFECTIVE PATHOLOGY

Donetsk State Medical University

The data of the preliminary investigation of the members of 23 families of the patients with affective disorders which was made with the help of SCL-90-R methods show rather a high degree of the negative impact of the mental disorder of one of the members of the family with the formation of depressive, anxiety, hostility, somatic-forming, obsessive disorders of the other members of the family that were healthy before. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 48-52)

Литература

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: Питер, 1999. — 656с.
2. Fadden G., Bebbington P., Kuipers L. Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients // Br.J.Psychiatry. — 1987. - Vol.151. — P.660-667.
3. Weissman M.M., Klerman G.L., Paykel E.S. Clinical evaluation of hostility in depression // Am.J.Psychiatry. - 1971. —

Vol.128. — P.261-266.

4. Weissman M.M., Paykel E.S. The depressed woman: a study of social relationships. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1974.

5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков, "Торнадо", 2003. - С. 327-330.

6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. — 268с.

Поступила в редакцию 17.05.2004

УДК 613.88:615.851

*В.М. Высоцкий***СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ
СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ**

Черновицкая областная психиатрическая больница

Ключевые слова: сексуальное здоровье, нарушения, психопрофилактика

Нарушения сексуального здоровья – сексуальная дисфункция у мужчин и женщин и сексуальная дезадаптация супружеской пары – представляют собой весьма распространенное явление во всех странах Европы и Америки [1,2]. Украина также не является исключением в этом отношении, однако клиничко-статистические исследования и статистический анализ частоты нарушений сексуальной сферы, начиная от нарушения полового развития детей и подростков до возникновения супружеской дисгармонии, до последнего времени не проводились. Между тем изучение распределения и характера этиологических и патогенетических факторов расстройства сексуального здоровья, влияние на него географических, культурных, социальных условий, наследственной отягощенности в разных регионах страны, что входит в задачи эпидемиологического исследования, чрезвычайно важно не только для правильной организации сексологической помощи населению и решения задач диагностики, лечения и реабилитации больных, но прежде всего – для разработки эффективной системы психопрофилактики нарушений сексуального здоровья.

Нами было проведено эпидемиологическое исследование, направленное на выявление состояния сексуального здоровья у репрезентативной группы среди населения г. Черновцы и Черновицкой области [3]. Результаты обследований 1000 супружеских пар, принадлежащих к разным возрастным, демографическим и социально-профессиональным группам населения, показали, что нарушения сексуального здоровья имеют место у весьма значительной части обследованной, как нам представляется, репрезентативной группы. Так, оказалось, что сексуальная гармония отмечается лишь у 274 из 1000 супружеских пар, т.е. у 27±4%, тогда как у остальных 726 (73±5%) наблюдается в той или иной степени выраженная супружеская дезадаптация: у

38±4% – частичная и у 34±4% – полная.

Полученные данные побудили нас к разработке системы психопрофилактики первичных нарушений сексуального здоровья среди населения нашей страны и в то же время послужили основанием для определения принципов, направлений и методов психопрофилактики.

В соответствии с нашим общим подходом к решению этой задачи в систему психопрофилактики должны входить меры по предупреждению, раннему выявлению и своевременному этиологическому и патогенетическому лечению уже имеющихся расстройств, а также меры по медицинской и психологической реабилитации больных. Проведение предлагаемой системы психопрофилактики должно базироваться, помимо принципа системности, на принципах комплексности, дифференцированности, этапности и последовательности.

Системный характер психопрофилактики заключается в том, что она представляет собой непрерывную цепь воздействий с учетом состояния социального, психологического, социально-психологического и биологического компонентов сексуального здоровья. При этом комплекс применяемых методов и форм включает воздействие семьи, школы, общественных институтов. Психопрофилактика проводится дифференцированно, с учетом возраста, интеллектуального уровня, пола лиц, к которым обращены проводимые мероприятия и по форме, и по содержанию. Этапность и последовательность профилактических мероприятий состоит в определенном порядке их проведения: вначале половое воспитание, затем сексуальное просвещение, подготовка молодежи к браку и т.п.

Общепринятое в медицине деление профилактики на первичную, вторичную и третичную, в экстраполяции на разработанную нами систему, означает, что первичная психопрофилактика сексуальных расстройств – это сохранение и развитие условий, способствующих укреплению

сексуального здоровья супругов, правильному половому развитию детей, и предупреждение неблагоприятного воздействия негативных биологических, социальных, психологических и социально-психологических факторов. Она включает пропаганду здорового образа жизни, в том числе половой жизни, и ее объектом являются факторы риска нарушения сексуального здоровья, которые могут быть причиной либо провоцировать развитие сексуальных расстройств и супружеской дезадаптации или предрасполагать к их возникновению.

Основными из таких факторов мы считаем: 1) неправильное общее и половое воспитание; 2) недостаточную и неправильную информированность в области психогигиены половой жизни; 3) явные акцентуации характера и дисгармоничные черты личности; 4) неумение решать жизненные проблемы и переводить конфликт в эуконфликт; 5) слабую половую конституцию; 6) неподготовленность к браку, в частности, отсутствие знаний о функциях семьи, неадекватные мотивы вступления в брак; 7) неправильные типы сексуальной мотивации, неадекватное полоролевое и сексуально-эротическое поведение; 8) невыполнение семейных функций. Выявление и нейтрализация указанных факторов требует осуществления широкого комплекса мероприятий, включающих правильное воспитание детей и подростков, разработку и проведение мер предупреждения семейных конфликтов, профилактику профессиональных вредностей, прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование). Это предполагает участие в работе по первичной психопрофилактике не только врачей, прежде всего сексологов, но и педагогов, специалистов в области общей, медицинской и юридической психологии, социологов.

Задачами вторичной психопрофилактики являются раннее выявление и ликвидация уже возникших нарушений сексуального здоровья, предупреждение их декомпенсации, рецидивов, прогрессирования сексуальных нарушений и развития невротических реакций, для чего используются в основном методы психотерапии. Наконец, в задачи третичной психопрофилактики входят реабилитация и реадaptация семьи и предупреждение социальных последствий нарушения сексуального здоровья, прежде всего – разрушения семьи. Основными методами воздействия при этом являются супружеская и семейная психотерапия.

Основанная на знании причин и механизмов

нарушений сексуального здоровья система их первичной психопрофилактики состоит из трех компонентов, а именно предупреждение нарушений становления сексуальности; формирование гармоничной личности и предупреждение нарушения межличностных отношений супругов; профилактика нарушения функционирования семьи. Каждый компонент состоит из двух фаз: предоставления информации, касающейся задач данного компонента, и выработки умения, навыков их осуществления.

Описанная трехкомпонентная система психопрофилактики первичных расстройств сексуального здоровья проводится в несколько этапов. Рамки статьи не позволяют подробно остановиться на каждом из этих этапов, поэтому мы охарактеризуем их вкратце.

Первый этап психопрофилактики состоит в предупреждении нарушений соматосексуального развития ребенка и должен начинаться с предупреждения воздействия на организм биогенных факторов – с контроля за правильным течением беременности, который должен обеспечить нормальное развитие плода, его генетического пола, правильную половую дифференцировку мозга и нормальное соматополовое развитие. На этом этапе проводятся наблюдение за формированием половых органов и вторичных половых признаков, укрепление общего физического состояния ребенка, предупреждение и своевременное лечение соматических и детских инфекционных заболеваний. Второй этап психопрофилактики – предупреждение нарушений психосексуального развития, что достигается гармоничным общим и правильным половым воспитанием, а затем сексуальным просвещением.

Половое воспитание, как неотъемлемая часть общего воспитания личности, должно основываться на принципах нравственности и морали. Оно заключается в формировании у ребенка правильного осознания своей половой принадлежности, адекватного полоролевого поведения, гетеросексуальной ориентации и правильных установок в отношении к противоположному полу.

Данный этап психопрофилактики должен начинаться с ранних лет жизни ребенка, и на нем при необходимости используются семейная психологическая коррекция и социально-психологический тренинг, направленный на нивелирование отрицательных характерологических черт, обучение правильным формам реагирования в сложных ситуациях и формирование трудовых установок. В подростковом возрасте проводится сексуальное просвещение, которое, в соответ-

ствии с современными воззрениями [4], заключается в формировании правильных представлений о психогигиене половой жизни, сексуальной культуре, культуре отношений между полами. Особый аспект полового воспитания составляет предупреждение психотравматизации, поскольку детская психосексуальная травма в будущем может привести к развитию сексуальной дисфункции, супружеской дезадаптации, невротических расстройств.

Психопрофилактические мероприятия на данном этапе могут включать семейную психологическую коррекцию, задача которой нивелирование у ребенка отрицательных характерологических черт и социально-психологический тренинг, направленный на формирование культуры общения. Сексуальное просвещение проводится с подростками, позднее с молодежью, в форме бесед, в которых их знакомят с анатомией и физиологией половой функции, сексуальными проявлениями и физиологией интимной близости, с психологией сексуальности, с понятиями о сексуальной норме и сексуальной гармонии. Тематами занятий должны быть также сексуальные культуры, этика и эстетика секса; мотивообразование сексуального поведения, мотивы полового акта; взаимная любовь, культура общения любящих людей.

Третий этап системы психопрофилактики нарушения сексуального здоровья – предупреждение формирования дисгармоничных черт и воспитание гармоничной личности как одни из важнейших условий первичной психопрофилактики супружеской дезадаптации. На этом этапе также проводятся специальные занятия, посвященные соответствующим темам: 1) гармоничный характер и его основные черты, способствующие гармонии супружеской жизни (адаптивность, зрелость, здравомыслие, реализм самооценки и оценки окружающих, самостоятельность и т.д.); 2) дисгармоничный характер и роль его черт в нарушении психологической и сексуальной адаптации супругов (дезадаптивность, нездравомыслие, инфантилизм, нереализм самооценки, зависимость, эгоцентризм); 3) способы преодоления дисгармоничных и выработки гармоничных черт характера. На этом занятии проводятся психологическая коррекция, персоналистическая психотерапия с тренингом личностного роста, групповая и супружеская психокоррекция.

Четвертый этап психопрофилактики посвящен предупреждению нарушения межличностных отношений супругов и возникновению суп-

ружеских конфликтов. Возникая при нарушении функционирования семьи, конфликты в тех случаях, когда у одного или обоих супругов имеются дисгармоничные черты личности, переходят в дисконфликт, оказывающий разрушительное действие на взаимоотношения супругов [5]. Знание функций семьи, отражающих потребности супругов, и понимание патогенной роли их невыполнения в возникновении конфликтов необходимо для их предотвращения. Учитывая это, следует проводить с молодыми людьми, собирающимися вступить в брак, серию занятий на такие темы, как культура общения супругов; роль нарушения функций семьи в возникновении супружеских конфликтов; трансформация конфликтов в деструктивные; способы правильного разрешения конфликтов. На этих занятиях используется супружеский психологический тренинг, направленный на выработку правильных форм и способов урегулирования конфликтов, возникающих в жизни семьи.

Пятый этап психопрофилактики – ознакомление молодых людей с основами гигиены брака и семьи, подготовка их к семейной жизни как продолжение сексуального просвещения. Этот важный и организационно достаточно сложный этап системы психопрофилактики требует государственного подхода к его осуществлению. Необходимо проводить массовую санитарно-просветительную работу с молодежью с привлечением квалифицированных врачей, психологов, педагогов, социологов; создавать специальные врачебно-консультационные пункты для молодых людей, вступающих в брак, и молодоженов.

В беседах, проводимых на данном этапе психопрофилактики, освещаются такие актуальные для молодежи вопросы, как критерии выбора супруга и факторы стабильности брака; психология внутрисемейного общения и семейные ролевые позиции; правильное выполнение функций семьи; первая брачная ночь; диапазон приемлемости супругов и проведение полового акта; различия мужской и женской сексуальности; гигиена и психогигиена половой жизни. Кроме того, следует рекомендовать вступающим в брак чтение научно-популярной литературы по вопросам секса: К.Имелинский. Психогигиена половой жизни; З.Шнабль. Мужчина и женщина (интимные отношения); В.В.Кришталь, Г.П.Андрух. Сексуальная гармония супружеской пары. Сексуальная дисгармония супружеской пары и т.п. Целесообразно проводить с молодыми людьми также супружеский полоролевой психологический тренинг, направленный на достижение

правильных форм разрешения конфликтов.

Ликвидация патогенных факторов, способствующих возникновению сексуальной дезадаптации супругов, составляет содержание шестого этапа психопрофилактики первичного нарушения сексуального здоровья. Поскольку в большинстве случаев причиной его является низкий уровень психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптации супругов и неправильная информированность в области психогигиены половой жизни, на данном этапе проводятся занятия с целью популяризации знаний, касающихся разных сторон супружеской жизни. В специальных беседах освещаются причины и условия развития различных форм супружеской дезадаптации; социальная дезадаптация супругов (социокультурная и дезинформационная формы); психологическая дезадаптация (дезадаптация вследствие несовместимости характерологических черт, несоответствия полоролевого поведения, расхождения сексуальной мотивации и психосексуальных типов супругов); социально-психологическая дезадаптация, в частности, ее форма, обусловленная неправильным разрешением супружеских конфликтов; анатомо-физиологическая супружеская дезадаптация, в частности, обусловленная несоответствием половой конституции мужа и жены; расстройства сексуальной функции мужчин и женщин и методы их коррекции. В соответствии с задачами данного этапа психопрофилактики в процессе проводимых занятий можно использовать также психологическую, рациональную, информационную, персоналистическую психокоррекцию, библиотерапию.

Седьмой, заключительный этап первичной

психопрофилактики супружеской дезадаптации – предупреждение ее социальных последствий – разрушения семьи. Молодым супругам необходимо разъяснять те негативные эмоциональные, морально-этические, материальные и другие последствия, которые влечет за собой распад семьи. Тематами проводимых с этой целью занятий являются: негативные последствия развода для женщин; негативные последствия развода для мужчин; негативное влияние развода родителей на психологическое благополучие детей.

Заканчивая изложение предлагаемой системы первичной психопрофилактики нарушений сексуального здоровья, следует, на наш взгляд, остановиться на таком важнейшем вопросе, как источники информации о сексе. Проводя эпидемиологическое сексологическое обследование, мы столкнулись с фактом очень низкого уровня информированности населения нашего региона в области психогигиены половой жизни, причем это касается не только молодежи, но и супругов зрелого возраста. Проведенный нами специальный опрос позволил получить данные, представленные в таблице.

Как следует из данных таблицы, самыми распространенными источниками информации в области секса являются общение с друзьями (в подавляющем большинстве случаев имеющими неправильные представления о половой жизни) и пресса, далеко не всегда предлагающая читателю научно обоснованные сведения о сексуальной функции и отношениях полов. К сожалению, научно-популярная литература и информация, исходящая от педагогов, имеет очень малый удельный вес среди источников знаний в этой области.

Таблица 1

Источники информации о половой жизни (данные в %)

Источник информации	Число супружеских пар, n=1000	
	мужчин	женщин
Личный опыт, наблюдения	5±2	10±3
Общение с друзьями	49±2	50±5
Пресса	30±5	21±4
Научно-популярная литература	5±2	5±2
Сведения, полученные от родителей и родственников	7±3	9±3
Сведения, полученные от педагогов	4±2	5±3

Такое положение, подтверждающее известное мнение, что неправильная информация хуже незнания, в значительной мере определяет выявленную нами большую частоту первичных нарушений сексуального здоровья.

Разработанная система психопрофилактики нарушения сексуального здоровья, как нам представляется, может быть высоко эффективной при условии широкой организации санитарно-просветительной работы и пропаганды здорового образа жизни. Эта работа должна проводиться

в старших классах общеобразовательных школ, профтехучилищах, техникумах, институтах, общежитиях, в учреждениях и включать проведение научно-популярных лекций и бесед на темы психогигиены сексуальной жизни, правового регулирования жизни семьи, врачебных бесед типа школ молодых супругов и народных университетов медицинских знаний. В отделениях семейного врачебно-психологического консультирования, где должен делаться акцент на вопросах психогигиены супружеских отношений.

В.М.Высоцкий

СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ПОРУШЕНЬ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Чернівецька обласна психіатрична лікарня

У статті подано розроблену автором на основі проведеного епідеміологічного сексологічного обстеження 1000 подружніх пар систему первинної психопрофілактики порушень сексуального здоров'я серед населення. Показано причини цих порушень. Охарактеризовано етапи проведення запропонованої системи, методи психопрофілактики, які використовуються на кожному етапі, дано практичні рекомендації з організації психопрофілактичної роботи. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 53-57)

V.M. Vysotsky

THE SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF SEXUAL HEALTH DISORDERS IN UKRAINIAN POPULATION

Chernovtsy regional psychiatric hospital

In the article there is presented the system of primary psychoprophylaxis of sexual health disorders in the population developed by author on the basis of epidemiological sexological studding 1000 married couples. The causes of wide-spreadness of these disorders are shown. There are characterized the stages of proposed system, techniques of psychoprophylaxis used on each stage, the practical recommendation of organizing psychoprophylaxis work are presented. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 53-57)

Литература

1. Келли Гэри Ф. Основы современной сексологии: Пер. с англ. — С.Пб: Питер, 2000. — 896с.
2. Клінічна сексологія і андрологія / Під ред. І.І.Горпинченка. — Київ: Здоров'я, 1996. — 145с.
3. Высоцкий В.С. Эпидемиологические исследования в

- сексологии // Междунар. мед. журн. — 2004. — Т.10, №1. — С.71-75.
4. Крипаль В.В., Григорян С.Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879с.
5. Семьонкіна І.А. Подружня дезадаптація при порушенні функцій сім'ї та її психологічна корекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Київ, 2001. — 16 с.

Поступила в редакцию 27.05.2004

УДК 616.892:610.23

*С.М. Мороз***СТРУКТУРА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСНОВНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности

Ключевые слова: психосоматические расстройства, внутренняя картина болезни.

Ситуация хронического соматического заболевания описывается многими авторами как провоцирующая кризис психического развития и следовательно являющаяся психотравмирующей ситуацией, т.е. фактором риска для развития психических расстройств [1,3,5]. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как кризис развития личности. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде. Кроме того, патогенное воздействие соматического заболевания на личность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья [3,8,9,10].

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — возникающий у больного целостный образ своего заболевания. Понятие внутренняя картина болезни введено А. Р. Лурия, продолжившего развитие идей А. Гольдшайдера об «аутопластической картине заболевания». По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) «внутренняя картина болезни» является наиболее общим и интегративным. Выделяют четыре уровня в структуре внутренней картины болезни:

- 1) чувственный - комплекс болезненных ощущений;
- 2) эмоциональный — переживание заболевания и его последствий;
- 3) интеллектуальный — знание о болезни и ее реальная оценка;
- 4) мотивационный — выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление [6,7,10].

Диагностика внутренней картины болезни и формирующихся на ее основе психических расстройств играет большую роль в комплексе лечебных и реабилитационных мероприятий у больных с соматической инвалидизирующей патологией [9,10].

Внутренняя картина болезни - это интеллектуальная интерпретация диагноза заболевания, когнитивная оценка его тяжести и прогноза и формирование на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна. Для пациента ВКБ складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также реагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний и выбора способа действия и поведения в новых для человека условиях. Объективная тяжесть болезни — информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Однако, как правило, пациент редко полностью доверяет медицинским данным. Он склонен анализировать ситуацию сквозь призму субъективной тяжести болезни, основываясь на известных только ему или его субкультуральной группе (семье, микроколлективу) отношениях к заболеванию [2,6,9,11].

Психические расстройства, наиболее часто встречающиеся в клинике внутренних болезней, могут являться либо ответом на соматическую патологию, либо сопровождать ее и маскироваться усилением и утяжелением соматических проявлений. К ним относятся следующие расстройства непсихотического регистра: тревожные (перманентные, пароксизмальные), депрессивные, астенические, ипохондрические, обсессивно-

компульсивные, хронические болевые, фобические синдромы, психопатоподобные синдромы [4,9,11].

Целью настоящего исследования явилось изучение внутренней картины болезни и формирования на ее фоне психических расстройств непсихотического регистра для создания индивидуальных реабилитационных программ при инвалидизирующей соматической патологии.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели работы нами было обследовано 64 инвалида, находящихся на реабилитационном лечении в терапевтических клиниках УкрГос НИИ МСПИ. Произведена оценка психического статуса и определение внутренней картины болезни при помощи следующих методов:

1. Клинико-психопатологический метод с выделением ведущего клинического синдрома.

2. Патопсихологическое обследование при помощи личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) для определения типа личностного реагирования на заболевание.

Результаты исследования и их обсуждение

Структура соматической патологии у больных инвалидов изучаемой группы представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура соматической патологии у инвалидов изучаемой группы

Виды соматической патологии	Количество больных
Кардиологическая патология	19
Бронхо-легочная патология	15
Гастроэнтерологическая патология	21
Почечная патология	9

Структура изучаемых психических расстройств у обследованных больных была следующей: депрессивные – 32,8 % (21 пациент), тревожные - 26,5 % (17), фобические – 6,25 % (4), обсессивно-компульсивные – 4,68 % (3), хроническое болевое расстройство и соматоформные расстройства - 17,1 % (11), ипохондрические – 12,5% (8).

Результат распределения больных по типам психологического реагирования на заболевания (ВКБ) представлен в таблице 2.

Простой тип внутренней картины болезни встречается крайне редко, как правило, наиболее характерно сочетание двух наиболее значимых типов реагирования на заболевание. В связи с этим в таблице 2 представлено большее количество типов реагирования на болезнь, чем обследовано больных.

Сопоставление ведущих клинических синдромов и типов реагирования на соматическое заболевание у обследованных больных выявило следующие взаимоотношения: типы реагирова-

ния на болезнь с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, обсессивно-фобический и апатический) наиболее часто являются основой для формирования депрессивных, тревожных и ипохондрических расстройств. Т.е. следует отметить, что эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования является наиболее уязвимой.

Типы реагирования с интерпсихической направленностью (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический) наиболее часто клинически проявляются фобическими, депрессивными и соматоформными расстройствами. Этот блок включает типы с таким сенсibiliзировавшим отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных. Эти типы реагирования на наличие хронического соматического инвалидизирующего заболевания являются самыми тяжелыми и прогностически не-

благоприятными для коррекции самой внутренней картины болезни и способствуют формиро-

ванию на ее основе психических расстройств и утяжеляют течение основного заболевания.

Таблиця 2

Распределения больных по типам психологического реагирования на заболевания (ВКБ)

Тип реагирования на болезнь	Количество больных
Гармоничный	0
Эргопатический	0
Анозогнозический	0
Тревожный	17
Ипохондрический	8
Неврастенический	10
Меланхолический	12
Апатический	5
Обсессивно-фобический	7
Эгоцентрический	12
Паранойяльный	1
Дисфорический	2
Сенситивный	13

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли эти болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типич-

ность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека.

Полученные данные свидетельствуют о том, что все вышеизложенное должно быть учтено при создании психотерапевтических реабилитационных программ для работы с больными, имеющими различные соматические хронические инвалидизирующие заболевания.

С.М. Мороз

СТРУКТУРА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ОСНОВНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНВАЛІДИЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

В статті викладені особливості клініко-психопатологічної структури психосоматичних розладів при основних терапевтичних інвалідизуючих захворюваннях. Вивчені типи внутрішньої картини захворювання і залежність формування клінічних проявів психічних розладів від типу реагування на захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 58-61)

STRUCTURE OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN BASIC DISABLING THERAPEUTIC ILLNESSES

Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability

The article expounds features clinicopsychopathologic structure of psychosomatic disorders in view of basic therapeutic disabling illnesses. It is studied types of internal image of illness and depending of forming clinical presentations on types response on illness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 58-61)

Литература

1. Бойцов С.А., Шуленин С.Н., Парценьяк С.А. Донозологическая диагностика в общетерапевтической практике. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.-2001.-№1. – С. 19-24.
2. Бройтигам В., П. Кристиан, М. фон Рад Психосоматическая медицина - М. -1999 - стр. 9-357.
3. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. Клини мед 1997.
4. Куценко Е.Н., С.Г. Негрусова. Пароксетин в психосоматической практике.// Психічне здоров'я.-2004, № 1, с. 48-52.
5. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гоффманн К., Психосоматичний хворий нв прийомі у лікаря: пер. з нім. – Київ: “АДЕФ-Україна”, 1997.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М. – «МЕД-Пресс-информ».-2002. – 588с.
7. Парценьяк С.А. Интегративная патология и психосоматика в кардиологии // Сб.тез.докл. Всероссийской научн.конф. «Кардиология – XXI век». – СПб., 2001.-С.295-296.
8. Парценьяк С.А. Стресс.Веgetозы.Психосоматика. – СПб. – «А.В.К.». – 2002. – 382с.
9. Сердюк А.И., Михайлов В.Б. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотерапии: методические рекомендации. – Харьков, 2000.
10. Сердюк А.И., Михайлов В.Б. и др. Методика объективизации психотерапии соматических больных: Методические рекомендации. – Харьков, 1998.
11. Смулевич А. Б. Депрессии в общесоматической практике. - М. - МИД. - 2001. -253 с.

Поступила в редакцию 15.05.2004

УДК 616.853-08-039.71-053.2/6

*І.Г. Рачкаускене***ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ЕПІЛЕПСІЮ**

Обласна дитяча клінічна лікарня, Луганськ

Ключові слова: діти, епілепсія, якість життя

Еволюція уявлень про здоров'я, як про складну та багатогранну категорію, відродження принципу „ лікування не хвороби, але хворого» є основою формування нового поняття - якість життя (ЯЖ). Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного та соціального функціонування дитини, що базується на його власному сприйнятті. На сучасному етапі розвитку дитячої психіатрії якість життя визнана одним з ключових понять, найважливішим критерієм загального благополуччя та здоров'я. Дослідження якості життя є новим актуальним напрямком міждисциплінарних досліджень в дитячій психіатрії [1,3,4].

Прогрес у створенні нових протиепілептичних препаратів (ПЕП) надав можливість переглянути відношення до епілепсії, як до інкурабельного захворювання. Розробка нових методів лікування дитячої епілепсії з використанням базових та додаткових препаратів дозволяє повністю купірувати епілептичні напади в 65% випадків або отримати суттєве покращення в 85% випадків. «Золотий стандарт» в лікуванні епілепсії визначається як максимум терапевтичної ефективності та мінімум побічних проявів. Безумовно, в перспективі, в лікуванні дитячої епілепсії будуть переважати ПЕП, що мають

широкий спектр протиепілептичної активності та мінімальні побічні ефекти. При цьому, ці препарати повинні бути ефективними як при монотерапії, так і в поєднанні з іншими засобами, що є важливим в лікуванні резистентних форм епілепсії [2,5].

Основа сучасної міжнародної методології дослідження якості життя у дітей, що страждають на певні хвороби, складають наступні спеціальні опитувальники: Childhood Asthma Questionnaires – для дітей, що хворіють на астму; Pediatrics Cancer Quality of Life – для дітей з онкопатологією; Pediatric Pain Coping Inventory – для дослідження якості життя дитини при больовому синдромі та Short Stature in Children – questionnaire – для дітей з проблемами зросту. Всі ці опитувальники задовольняють міжнародним вимогам та мають високі психометричні характеристики, надають можливість формування базової інформації про зміни якості життя в вузьких клінічних групах. Щодо дітей з психічними розладами, модуль формування базової інформації про якість життя потребує дальнішої розробки.

Метою дослідження була розробка шкали критеріїв оцінки якості життя дітей, що хворіють на епілепсію та створення модулю базової інформації щодо даної патології.

Матеріал та методи дослідження

Під нашим наглядом знаходилась 121 дитина, віком від 7 до 15 років. Першу групу склали діти з вперше верифікованою епілепсією, з різними пароксизмальними проявами, що отримували базову монотерапію ламікталом (58 осіб), до другої групи ввійшли діти з аналогічними проявами хвороби, що отримували базову монотерапію карбамазепіном (33 особи), контрольна група – здорові діти (30 осіб). Розподіл пацієнтів за клінічними формами епілепсії був наступним: ідіопатична епілепсія з великими судомними нападами (1 група – 39

осіб, 2 група – 20 осіб), симптоматична парціальна епілепсія (1 група – 19 осіб, 2 група - 13 осіб). Дослідження проводилось на базі обласної клінічної дитячої лікарні та обласного Центру соціально – психологічної реабілітації неповнолітніх м.Луганська. Аналіз проводився за оцінками самих хворих та зіставлявся з оцінками показника якості життя з точки зору батьків та лікаря за 9 шкалами. Показники якості життя вивчались за методикою Remshmidt у власній модифікації. Оцінка якості життя проводилась двічі: до лікування та через

1 рік (в процесі лікування). Мінімальний негативний вплив хвороби на якість життя визначався – 1 бал, максимальний – 5 балів. Інтегра-

тивний показник якості життя у дітей контрольної групи (за даними власних досліджень) дорівнював 1,85 бали.

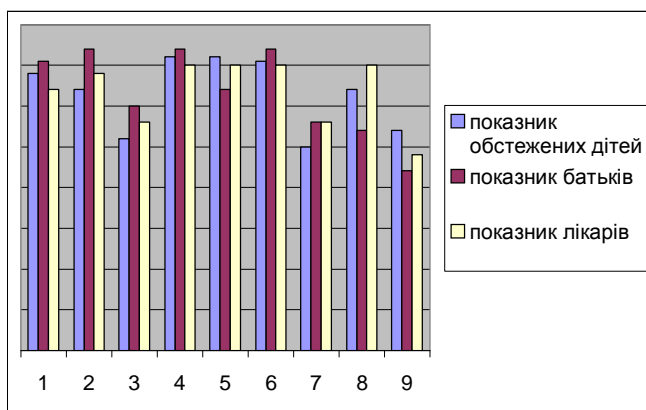
Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз вихідного рівня психічних функцій дітей в групах, що отримували медикаментозну допомогу, довів: всі діти до початку лікування мали прояви сензитивності, зниженої самооцінки, невпевненості, підвищеної подразливості, відлюдності, збудливості, несоціалізованих розладів поведінки. У більшості дітей (87,6%) мали місце когнітивні розлади різного ступеню виразності (зниження пам'яті, концентрованості уваги, труднощі в засвоєнні шкільної навчальної програми).

В основу дослідження якості життя ми поклали три основних аспекти життєдіяльності дитини: фізичний (фізична активність, стан соматичного здоров'я, фізичне функціонування), психологічний (емоційний фон, когнітивні здібності, психологічні проблеми) та соціальний (взаємовідносини із однолітками, батьками, самооцінка, адаптація в соціумі). Компоненти оцінки якості життя у дітей відрізнялись від аналогічних у дорослих, відображуючи фізіологічні, психологічні, інтелектуальні, соціальні та інші

вікові особливості. За даними наших досліджень, основне значення для дитини мають наступні фактори: гра, спілкування з друзями, самооцінка, втомленість, рівень благополуччя в родині. Зміни цих факторів призводять до змін рівню якості життя з точки зору дитини. Треба відмітити, що оцінка якості життя дитини з боку батьків була досить суб'єктивною. Батьки, за нашими даними, схильні більш переоцінювати розлади стану здоров'я та самопочуття власної дитини. Треба підкреслити, що батьки оцінювали якість життя своїх дітей трохи вище, ніж матері, тому ми проводили анкетування обох батьків та давали комплексну оцінку. В порівнянні з оцінками ЯЖ самою дитиною, батьки схильні до переоцінки розладів стану її здоров'я. Найбільш мінливими шкалами, що характеризують ЯЖ були шкали оцінки когнітивних функцій та емоційного фону.

Оцінка показників якості життя у дітей, хворих на епілепсію, до лікування, їх батьків та лікарів представлена на мал. 1.



Мал. 1. Середні показники якості життя у дітей, хворих на епілепсію до лікування

Умовні позначення шкал: 1. Фізичне благополуччя, 2. Когнітивні функції, 3. Психологічне благополуччя, 4. Взаємовідносини в родині, 5. Адаптація дитини в соціумі, 6. Сприйняття дитини соціумом, 7. Проблеми лікування, 8. Можливість одужання, 9. Загальне сприйняття ЯЖ

Найбільші відхилення від норми за оцінками хворих на епілепсію дітей реєструвалися за шкалами «Взаємовідносини в родині», «Адаптація в соціумі» та «Сприйняття дитини соціумом» (3,6 бали; 3,6 бали; 3,55 бали відповідно). Це можна пояснити тим, що для дитини найважливішим є сприйняття її хвороби родичами, батьками, однолітками, шкільними товаришами. Проблеми власного стану фізичного здоров'я,

зміни власного емоційного стану не турбують дитину, не заважають їй в спілкуванні. Батьки, навпаки, приділяють максимальну увагу стану фізичного здоров'я дитини (3,55 бали), стану когнітивних функцій (3,7 бали), відношенню соціального оточення до дитини (3,7 бали). Це свідчить про те, що батьків турбує майбутнє власної дитини, її можливість до соціальної адаптації. Оцінка ЯЖ лікарями збігалася з оцін-

кою ЯЖ самою дитиною частіше, ніж з оцінкою ЯЖ батьками. Особливу увагу привертає оцінка за шкалою «Можливість одужання», де батьки та діти демонстрували досить низькі показники впевненості в позитивних результатах майбутнього лікування (діти –3,2 бали.; батьки - 2,7 бали). Це можна пояснити загальноприйнятими в суспільстві поняттями про епілепсію, як про тяжку життєвоzagрозливу хворобу з низькими сприятливими перспективами.

Оцінюючи інтегративний показник якості життя в цілому, ми виявили корелятивні зв'язки між окремими шкалами та психічними функціями. Так, простежувався значний корелятивний зв'язок між показниками шкал «Взаємовідносини в родині» та «Сприйняття дитини соціумом» із тривогою, поганим настроєм, збудливістю ($r = 0,67$; $r = 0,56$; $r = 0,60$). При цьому інтегративний показник якості життя у хворих на епілепсію дітей характеризувався цифрами значно вищими, ніж у дітей контрольної групи (здорові діти) і становив 3,67 бали.

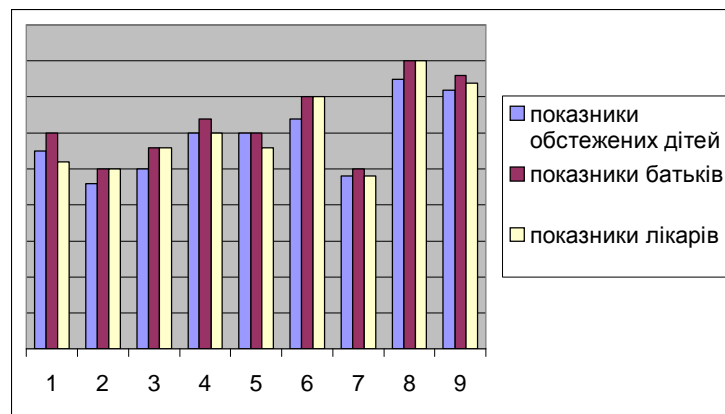
Діти отримували базову терапію протягом 1 року: 1 група – ламіктал, 2 група – карбамазепін в вікових середніх терапевтичних дозах. Спостереження за станом здоров'я дітей обох груп довело, що у всіх дітей першої та другої груп визначалася позитивна клінічна реакція на препарат

(зниження кількості та тяжкості нападів), що надало нам можливість провести оцінку якості життя у дітей обох груп після 1 року лікування.

Діти першої групи (ламіктал) в процесі лікування відзначали значний та постійно зростаючий рівень соціального функціонування (поширення сфери спілкування, поліпшення взаємовідносин з однолітками та батьками, позитивні зміни в інтелектуальній сфері). Батьки визначали зменшення подразливості, поведінка стала більш підпорядкованою, показники шкільної успішності зросли. Позитивними показниками, за оцінкою лікарів, були відсутність негативно впливу на самопочуття дитини, висока протієпілептична ефективність препарату.

Діти другої групи (карбамазепін) визначали деякі негативні прояви в процесі лікування (слабкість, зниження активності, потребу в денному відпочинку). Батьки були задоволеними клінічним ефектом від препарату, але визначали, що дитина часто буває роздратованою власною слабкістю на фоні звичайних розумових зусиль. Лікарі теж були задоволеними клінічним ефектом, але відмічали побічну дію препарату в вигляді астенічних проявів.

Оцінюючи отримані результати згідно показників якості життя, ми виявили наступні зміни (мал.2).



Мал. 2. Середні показники якості життя у дітей, хворих на епілепсію в процесі лікування ламікталом

Умовні позначення шкал: 1. Фізичне благополуччя, 2. Когнітивні функції, 3. Психологічне благополуччя, 4. Взаємовідносини в родині, 5. Адаптація дитини в соціумі, 6. Сприйняття дитини соціумом, 7. Проблеми лікування, 8. Можливість одужання, 9. Загальне сприйняття ЯЖ

Зіставлення показників якості життя у дітей, хворих на епілепсію, до та після лікування ламікталом (мал.2) надало наступні результати. За показниками шкал «Когнітивні функції», «Психологічне благополуччя», «Взаємовідносини в родині», «Адаптація в соціумі» та «Загальне сприйняття якості життя» ми визначаємо стійкі позитивні зміни як з боку оцінки ЯЖ дитиною, так і оцінки ЯЖ

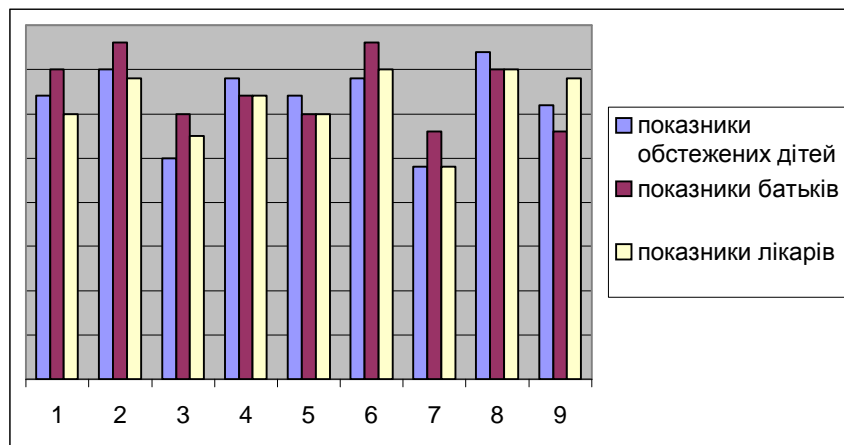
батьками. Діти демонстрували впевненість у власних силах, прагнення до спілкування з однолітками, можливість виконувати певну соціальну роль. У дітей значно підвищувалось загальне сприйняття власної якості життя. Батьки більш приділяли увагу підвищенню працездатності, зменшенню конфліктності, поліпшенню шкільної успішності. Лікарі визначали позитивний вплив ламікталу щодо змен-

шення афективних розладів, поліпшення когнітивних функцій.

Інтегративний показник якості життя мав позитивну динаміку, демонстрував стійкі пози-

тивні зміни когнітивних функцій, суттєве покращення основних компонентів життя дитини.

Діти, які отримували терапію карбамазепіном, мали наступні показники якості життя (мал.3).



Мал. 3. Середні показники якості життя у дітей, хворих на епілепсію в процесі лікування карбамазепіном

Умовні позначення шкал: 1. Фізичне благополуччя, 2. Когнітивні функції, 3. Психологічне благополуччя, 4. Взаємовідносини в родині, 5. Адаптація дитини в соціумі, 6. Сприйняття дитини соціумом, 7. Проблеми лікування, 8. Можливість одужання, 9. Загальне сприйняття ЯЖ

Оцінка показників якості життя дітей, хворих на епілепсію, які отримували лікування карбамазепіном, надала наступні результати. Діти визначають позитивні зміни за шкалами «Взаємовідносини в родині» за рахунок седативного ефекту препарату, незначно поліпшуються показники «Адаптація в соціумі» та «Можливість одужання» за рахунок клінічної ефективності препарату. Батьки теж відмічають позитивний вплив лікування на показники «Взаємовідносини в родині» та «Психологічне благополуччя», але їх непокоїть погіршення шкільної успішності, швидка втомлюваність, виснаженість під час розумового навантаження. Лікарі визначають клінічний ефект від прийому препарату, але його седуючий ефект знижує показники активної уваги, працездатності, утруднює соціальну адаптацію дитини.

Оцінка інтегративного показника якості життя дітей цієї групи теж показала позитивні зміни, але показники досить важливих шкал були практично незмінними, тобто вищими ніж показники у дітей, що отримували лікування ламікталом.

Таким чином, отримані результати дослідження якості життя у дітей, хворих на епілепсію, дозволили зробити наступні висновки:

- вихідний інтегративний показник якості життя у дітей, хворих на епілепсію, має значні відхилення та складає 3,67 бали (норма 1,85);

- діти, що отримували терапію ламікталом, показали суттєве покращення показників за шкалами «Когнітивні функції», «Взаємовідносини в родині», «Загальне сприйняття ЯЖ», «Можливість одужання», «Адаптація в соціумі»; загальний інтегративний показник мав достовірні позитивні зміни та дорівнював 3,1 бали;

- діти, що отримували терапію карбамазепіном, демонстрували незначні позитивні зміни показників за шкалами «Взаємовідносини в родині», «Можливість одужання»; загальний інтегративний показник ЯЖ дорівнював 3,36 бали;

- ламіктал має більш широкий спектр клінічної дії, ніж класичні протиепілептичні препарати та покращує рівень соціального функціонування дітей, що страждають на епілепсію.

И.Г. Рачкаускене

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Обласная детская клиническая больница, Луганск

Было обследовано 2 группы детей с эпилепсией, получавших монотерапию ламикталом (58 больных) и карбамазепином (33 ребенка). Оценка качества жизни этих больных проводилась с точки зрения самого ребенка, его родителей и врача до начала терапии и через 1 год в процессе лечения. Интегративный показатель обеих групп до лечения демонстрирует значительные нарушения качества жизни детей, страдающих эпилепсией, и составляет – 3,45 балла. Анализ данного показателя в динамике отображает позитивные изменения в качестве жизни больных обеих групп. У детей, получавших терапию карбамазепином, интегративный показатель составляет – 3,26 балла. Положительное влияние на качество жизни больных при применении ламиктала более выражено и интегративный показатель этой группы равен – 3,1 балла. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 62-66)

I.G. Rachkauskene

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH EPILEPSY

Regional Children`s clinical Hospital, Lugansk

2 groups of children with epilepsy were examined, who were taking monotherapy with Lamictal (58 patients) and Carbamazepine (33 children). Evaluation of the quality of life in these patients was provided from the point of view of the child himself, his parents and the doctor before the therapy and within a year in the process of the treatment. Integrative index in the both groups shows great disorders in quality of life in children with epilepsy and makes 3.45 points. The analysis in its dynamics displays positive changes in quality of life in both groups of patients. The integrative index in children who were taking therapy with Carbamazepine makes 3.26 points. The positive impact on quality of life of patients taking Lamictal is shown more distinctly and the integrative index of this group is 3.1 points. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 62-66)

Література

1. Марута Н. О., Панько Т.В., Явдак І.О., Семікіна О.Є., Стадник А.В. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування. // Укр. вісн. психоневрології – 2002. –Т. 10, вип. 2 (31). – С. 121 – 123.

2. Петрухин А.С., Мухин К.Ю., Медведев М.И. Основные принципы лечения эпилепсии у детей // Неврол. вестник. - 1997. - Т.1 – 2. - С.95 – 97.

3. Подкорытов В.С. Основные направления работы по медико-социальной реабилитации детей и подростков с пограничными

нервно-психическими заболеваниями // Укр. вісн. психоневрології – 1995. - Т.3, вип. 2 (6). - С. 368 – 369.

4. Macdonald S.G., Espie C.A. : Child and Parent Core Beliefs in Pediatric Epilepsy : Inter-Relationships and Association with Quality of Life.Epilepsia 40 (Suppl. 2) (1999), p. 185.

5. Schachter, S. C., M. S. Verty : Management of epilepsy (Pharmacologic therapy and quality of life issues). Epilepsy., J. Postgraduate Medicine 101 (2) (1997), p. 133 – 138.

Поступила в редакцию 17.05.2004

УДК: 616.89-008.442

*В.Л. Гавенко, А. М. Кожина***КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

Харьковский государственный медицинский университет

Ключевые слова: невротические расстройства, пенитенциарные учреждения, психотерапия, психопрофилактика

Отмечаемое в последнее время резкое увеличение в структуре психопатологии детского и подросткового возраста невротических расстройств, обуславливает необходимость разработки новых подходов к их комплексному лечению [1].

Неуклонная тенденция к росту пограничной психической патологии у лиц, находящихся в местах лишения свободы определяет высокую медико-социальную значимость данной проблемы и необходимости проведения исследований, направленных на разработку эффективных мероприятий по их ранней диагностике, коррекции и профилактике [3].

Актуальность изучения данного контингента больных связана и с увеличением числа осужденных. В системе исполнения наказаний Украины, насчитывающей 181 учреждение на 1 июля 2000 года удерживалось 226, 9 тысяч осужденных, в том числе в 11 воспитательно-трудовых колониях – 3,5 тысяч несовершеннолетних [2].

Вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования, целью которого явилась разработка патогенетически обоснованной системы коррекции и психопрофилактики невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели нами проведено комплексное клиничко-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование 277 несовершеннолетних обоего пола, (147 мальчиков и 130 девочек), в возрасте 12 –

17 лет, отбывающих наказание в колониях для малолетних преступников, а также апробированы методы фармакотерапевтической и психотерапевтической коррекции невротических расстройств.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании данных клинического обследования несовершеннолетних, находящихся в местах лишения свободы выявлена широкая распространенность психических нарушений невротического регистра. Достоверно часто несовершеннолетние предъявляют жалобы на общую слабость, быструю утомляемость (68,9%), сниженный фон настроения (62,4%), чувство грусти, тоски, тревоги, постоянного внутреннего напряжения (59,9%), трудности в адаптации к режимным мероприятиям (41,5%), плохую переносимость шума и яркого света (37,4%), головные боли (49,5%), головокружения, тошноту (35,2%), чувство нехватки воздуха (32,5%), мышечное напряжение (29,7%), парестезии (32,8%), нарушения сна (33,1%). Особенностью невротических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей, является их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфны-

ми вегето-висцеральными расстройствами.

В клинической картине у обследованных подростков наблюдались эмоциональная лабильность (65,4%), раздражительность при напряжении и утомлении (76,2%), подавленность настроения и аффект тоски (скука, уныние, грусть, печаль) (43,6%), различного рода страхи (44,1%), навязчивые мысли (39,2%), немотивированное беспокойство (35,4%), тревога (37,2%), внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться (36,8%), трудность в концентрации и повышенная истощаемость внимания (37,6%), трудность в запоминании текущих событий (32,1%). В ряде случаев отмечаются вспышки немотивированного гнева (35,4%), демонстративность поведения (66,8%), обидчивость (37,2%), мстительность и злопамятность (31,5%), обособленность от сверстников (33,6%).

В результате клиничко-психопатологического

исследования несовершеннолетних правонарушителей нами была установлена облигатность психических расстройств непсихотического регистра. Так астенический синдром был характерен для 48% обследованных девочек, и 47% мальчиков, астено-невротический - 37% мальчиков и 40% девочек, астено-депрессивный - 4% мальчиков и 23% девочек, психопатоподобный 67% мальчиков и 53% девочек, истероформный у 28% подростков мужского и 34% женского пола.

На основании данных клинического обследования у большинства несовершеннолетних выявлены невротические расстройства, которые согласно МКБ-10 относятся к группе F.43 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), среди которых доминируют тревожно-фобические, обесивно-компульсивные, диссоциативные (коверсионные) расстройства, невращения, а также различные адаптационные реакции

Как показали результаты настоящего исследования при проведении патогенетически обоснованной терапии и профилактики невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы, необходимо соблюдение принципов преемственности в оказании специализированной помощи, этапности, комплексности, строгой индивидуализации и дифференцированного подхода.

Структура пограничных психических расстройств и разнообразие факторов риска при их возникновении, определяют методы лечения и профилактики данных нарушений у заключенных с обязательным включением широкого круга мероприятий, составляющих психофармакологический, психотерапевтический и психопрофилактический комплексы.

Терапевтические мероприятия, проводимые лицам молодого возраста, находящимся в местах лишения свободы, носили дифференцированный характер и зависели от вида выявленного патологического состояния, ведущего психопатологического синдрома, степени выраженности нарушений, тяжести состояния.

Медикаментозная терапия применялась в большинстве случаев, хотя возможности выбора лекарственных средств в условиях медико-санитарных частей ИТК резко ограничены. Дозы препаратов подбирались индивидуально с учетом существующих стандартов лечения психических расстройств.

Для медикаментозной терапии применялись транквилизаторы, нейролептики, антидепрес-

санты, купирующие дисфорические реакции, тревогу, напряжение, нарушения сна. Немаловажную роль в лечении пограничных психических расстройств играли вегетокорректоры, активаторы мозгового кровообращения, стимуляторы обменных и энергетических процессов в центральной нервной системе, антиоксиданты.

Необходимо отметить, что существуют большие трудности в проведении медикаментозной коррекции больных обследованных групп в условиях учреждений пенитенциарной системы, которые обусловлены ограниченным обеспечением медико-санитарных частей медикаментами.

Ведущее место в лечении психических расстройств у подростков, которые находятся в местах лишения свободы, принадлежит психотерапевтическим методам коррекции различной направленности.

Психотерапевтический комплекс базируется на биопсихосоциальной концепции невротических расстройств, в рамках которой невроз рассматривается, как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений.

Основной задачей психотерапевтического воздействия является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушений системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности.

Содержательная часть психотерапевтического процесса, проводимого в условиях пенитенциарной системы, должна быть строго аргументирована объективными факторами, соответствовать реальному поэтапному воплощению в жизнь, исключать аморфные, иллюзорные трактовки и ориентирована на позитивный эффект при активной работе подростка. В состав вышеуказанных программ включают следующие психотерапевтические методики.

1. Личностно-ориентированную психотерапию, направленную на формирование адекватного самосознания, раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных личностных отношений. Механизмы лечебного действия данного метода лежат в трех основных плоскостях – когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психоте-

рапии должен помочь пациенту осознать: связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств; связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики; особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, степень их адекватности и конструктивности; адекватность и реалистичность собственных потребностей, стремлений, мотивов, личностных установок; внутренние психологические проблемы и конфликты, условия и особенности формирования своей системы отношений.

Эмоциональная сфера – пациент должен получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта, пережить положительные эмоции, связанные с принятием и поддержкой; пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций; научиться более точно понимать, принимать и вербализировать свои чувства; модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия самого себя и отношений с другими; произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

Поведенческая сфера - процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать собственные неадекватные поведенческие стереотипы; преодолеть неадекватные формы поведения; закрепить новые формы поведения и реагирования, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию.

По нашим наблюдениям в условиях пенитенциарной системы более адекватным является использование группового варианта личностно-ориентированной психотерапии, поскольку группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, что способствует выработке навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, определяемые спецификой тюремной субкультуры.

2. Гипнотерапию, направленную на коррекцию как основных психопатологических проявлений невротического расстройства (страх, тре-

вога, депрессия, астенический симптомокомплекс), так и нейровегетативных и нейросоматических расстройств. В условиях подростковой пенитенциарной системы наиболее продуктивным является применение мотивированного внушения по Иванову, удлиненная гипнотерапия В.Е. Рожнова, а также длительный гипноз-отдых К.И. Платонова. Наибольший терапевтический эффект гипнотерапии отмечается при диссоциативных (конверсионных расстройствах)

3. Аутогенную тренировку, которая должна быть направлена на развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания, регуляцию нарушений в вегетативной нервной системе, формирование компенсаторных механизмов, а также различные приемы релаксации.

4. Рациональную психотерапию, направленную на вскрытие патогенетической сути конфликта, определяющего запуск невротической реакции, на активацию позитивных особенностей личности, коррекцию неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, переработку патологического стереотипа поведения.

По нашим данным в условиях подростковой пенитенциарной системы целесообразным является следующая этапность проведения рациональной психотерапии: объяснение и разъяснение, включающее истолкование сущности заболевания, причин его возникновения, с учетом возможных психосоматических связей, в результате реализации этого этапа достигается более ясная, определенная картина болезни, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая пациенту возможность более активно самому контролировать болезнь; убеждение - коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая переходу к модификации личностных установок больного; переориентация - достижение более стабильных перемен в установках больного, прежде всего в его отношении к болезни, связанное с изменениями в системе его ценностей и выводящая его за пределы болезни; психагогика – переориентация более широкого плана, создающая позитивные перспективы для пациента вне болезни.

5. Групповую терапию с акцентом социального тренинга. Тренинговые приемы преимущественно в групповом варианте, направленные на повышение способности подростков, находящихся в условиях заключения, адекватно реагировать, как на пенитенциарные проблемные ситуации, так и на ситуации с которыми они стол-

кнутя после освобождения и самое главное принимать конструктивные решения.

Необходимо отметить, что эффективность психотерапевтического воздействия возможна лишь в сочетании с мерами организационного и педагогического плана, направленными на разработку и внедрение новых принципов режима, его коренной гуманизации, корректировку всех воспитательных и режимных мероприятий с учетом психического состояния несовершеннолетнего правонарушителя.

При проведении психогигиенической и психопрофилактической работы в условиях ВТК большое внимание необходимо уделять ликвидации и дезактуализации психотравмирующих факторов и ситуаций, урегулированию режимных моментов, улучшению условий содержания несовершеннолетних правонарушителей, облегчению и оздоровлению общения осужденных.

Таким образом, результаты проведенного исследования, позволяют сделать следующие выводы.

При проведении медикаментозной коррекции невротических расстройств у подростков находящихся в местах лишения свободы, целесооб-

разно применять транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, а также вегетокорректоры и антиоксиданты.

Психотерапевтические программы в подростковых пенитенциарных учреждениях должны быть направлены на развитие процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания.

В состав психотерапевтических программ, адаптированных к условиям пенитенциарной системы, должны входить психотерапевтические методики, направленные на активацию позитивных особенностей личности, раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных личностных отношений, развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания.

При проведении психопрофилактической работы в местах лишения свободы большое внимание необходимо уделять дезактуализации психотравмирующих факторов и ситуаций, урегулированию режимных моментов, улучшению условий содержания несовершеннолетних правонарушителей, облегчению и оздоровлению общения осужденных.

В.Л. Гавенко, Г.М. Кожина

КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ В МІСТАХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

Харківський державний медичний університет

В роботі запропоновані базові методи терапії та профілактики невротичних розладів у неповнолітніх, які знаходяться в містах позбавлення волі, розроблені на тлі вивчення їх клінічної структури та особливостей протікання в пенітенціарних умовах. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 67-70)

V.L. Gavenko, A.M. Kozhina

CORRECTION AND PROPHYLAXIS OF NEUROTIC DISORDERS AT TEENAGERS IN PLACES OF FREEDOM DEPRIVATION

Kharkov State Medical University

At work main methods of neurotic disorders therapy on the base of investigation of their clinical structure and peculiarities of current at penitentiary for teenagers in places of freedom deprivation were suggested. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 67-70)

Литература

1. Михайлов Б.В., Мартиненко А.О., Федосеев В.А., Марченко І.В. Сучасний стан психотерапевтичної допомоги дітям та підліткам // Український вісник психоневрології, Том 10, вип. 1(30), 2002, С. 209
2. Аналітична довідка ДДУПВП про рух засуджених станом

на 1.06.2003 р. // Київ, ДДУПВП, 2003, С.11-13

3. Гавенко В.Л. Проблеми надання психіатричної допомоги підліткам, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи // Экспериментальная и клиническая медицина – 2000 - №3 – С.66-67

Поступила в редакцию 20.05.2004

УДК 616.853:616.895

*И.Н. Стрельникова, Г.А. Самардакова***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ,
СТРАДАЮЩИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Харьковский государственный медицинский университет

Ключевые слова: эпилепсия аффективные расстройства, качество жизни, социальная адаптация

В настоящее время одной из приоритетных задач современной медицины является изучение качества жизни больных различными заболеваниями и, в первую очередь, адекватная оценка качества жизни психически больных, в частности, больных эпилепсией [1]. Для всесторонней оценки качества жизни больных широко используется методика, разработанная в 1999 году Mezzich J. et al., в которой охватываются основные показатели качества жизни: физическое благополучие, психологическое (эмоциональное) благополучие, работоспособность, межличностное взаимодействие, социо-эмоциональная поддержка, гражданская и служебная поддержка, личностная реализация, духовная реализация, общее восприятие качества жизни. Квалифицированный подход и всестороннее изучение данной проблемы позволят создавать эффективные программы по оказанию помощи данной категории больных, улучшению социальной и межличностной адаптации и повышению качества жизни [2,3].

В последние годы аспекту качества жизни

больных эпилепсией уделяется все большее внимание, однако проблема остается недостаточно разрешенной. Многими исследователями подчеркивается, что социальная изоляция, ограничения в профессиональной деятельности, широко распространенная в современном обществе стигматизация в отношении данной категории больных, сексуальные и другие проблемы, усиливают риск возникновения депрессий, суицидов, реактивных состояний и невротических расстройств, что приводит к значительному снижению качества жизни больных эпилепсией [1,3,5].

Проблема эффективной медикаментозной и социально-психологической помощи больным эпилепсией с психическими расстройствами, является одной из актуальных в рамках оказания психиатрической помощи. Несмотря на то, что в последние годы благодаря современным нейробиологическим методам исследования раскрыт ряд механизмов патогенеза эпилепсии, проблема личности пациента, его социальной адаптации, остается одной из центральных, в связи с недостаточными знаниями в этой области [4].

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 90 больных эпилепсией с непсихотическими аффективными расстройствами в возрасте от 18 до 45 лет. Больные находились на обследовании и лечении в психиатрических и неврологических отделениях ХГКПБ № 15 и на амбулаторном лечении в ГПНД № 3 с диагнозом эпилепсия и

сроком заболевания до 15 лет. Было проведено комплексное клиничко-анамнестическое, клиничко-психопатологическое обследование и обследование по методике «Интегративный показатель качества жизни», что легло в основу оценки социальной адаптации и качества жизни больных эпилепсией.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным в ходе работы данным, на качество жизни больных эпилепсией оказывает влияние совокупность разнообразных внутренних (биологических) и средовых факторов, роль которых в разных случаях неодинакова.

Не подлежит сомнению, что ряд психологических особенностей, присущих лицам с эпилеп-

сией, в существенной степени определяется не собственно биологическими, а социальными факторами в виде ограничения общения, возможности образования, рекреации и занятости, следующими за ними с момента установления диагноза. Максимальная адаптация и социальная поддержка, минимизация действительно

необходимых ограничений являются важнейшими целебными факторами. Большая часть обследованных нами больных эпилепсией без органической неврологической симптоматики и грубых психических нарушений ориентирована на преодоление социальных барьеров, мнимо или действительно существующих, и зачастую успешно справляется с этим. Кроме решения индивидуальных проблем, улучшение социальной адаптации больных имеет важное экономическое значение, что определяет большая распространенность эпилепсии и высокая стоимость связанных с ней прямых и косвенных расходов.

На нашем материале только 22,8% больных эпилепсией являются полностью социально адаптированными; у 52,9% отмечаются те или иные проблемы, связанные с реакцией, как на саму болезнь, так и обусловленные ею социальные ограничения, с формированием чувства неполноценности, ущербности и развитием непсихотических аффективных расстройств; и, наконец, еще 24,3% пациентов обнаруживают определенные личностные изменения, связанные как с приступами, так и с вызванными болезнью мозговыми нарушениями. В литературе неоднократно указывалось на высокие возможности приспособления больных эпилепсией к жизни, работе, несмотря на наличие припадков. В значительной степени это определяется такими личностными особенностями больных, как стеничность, способность добиваться любой ценой справедливости, последовательность, настойчивость и пунктуальность.

Необходимо отметить, что у обследованных нами больных низкий уровень качества жизни провоцировал и усиливал появление аффективных расстройств. Аффективные нарушения были представлены депрессивным, тревожно-депрессивным и тревожным расстройствами. Наибольший удельный вес среди них имели тревожно-депрессивные расстройства (53,6%), которые проявлялись беспокойством, преобладанием неопределенной тревоги, чувства надвигающейся беды, пониженным фоном настроения, навязчивыми мыслями, разнообразными тревожными опасениями, которые приобретали сверхценный характер. Депрессивные нарушения составляли 36,8% и проявлялись снижением настроения, подавленностью, грустью, тоской, чувством собственной малоченности, низкой самооценкой с преобладанием пессимистических установок, демонстративностью поведения, обидчивостью, трудностью принятия решения и поиска выхода из сложившейся ситуации.

Больных угнетали ограничения в получении желаемого образования, выборе профессии, сложности дальнейшего трудоустройства, негативный либо опасливый настрой знакомых и сотрудников, необходимость длительного приема противосудорожных препаратов, отсутствие полного контроля над припадками и тд. Тревожные расстройства, представленные в чистом виде, составили 9,6% и характеризовались тревогой, раздражительностью, суетливостью, психо-эмоциональным и двигательным беспокойством, чувством внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться.

Настоящим исследованием подтверждено, что состояние психического функционирования больных эпилепсией ухудшается такими социальными воздействиями, как вынужденная изоляция, дискриминация, ограничения в профессии, увлечениях. Существенные психологические проблемы обусловлены также ограничениями в быту, семейной жизни. Трудности обучения определяются как самой болезнью, так и влиянием ряда препаратов на когнитивные функции, а также ущербностью в связи с негативным отношением общества к больным эпилепсией. По полученным во время исследования данным наиболее значимыми психосоциальными проблемами, снижающими качество жизни больных эпилепсией, являются собственное здоровье 26,4%, учеба в школе 12,2%, получение высшего образования 34,8%, работа 67,3%, семья 44,8% и активное проведение досуга 51,4%. Со стороны здоровья на первом месте у наших больных стояли нарушения самоощущения, неприятные эмоциональные переживания, недостаточный уровень защищенности от припадков, когнитивные проблемы, разнообразные страхи: повторения припадков, инвалидности, смерти во время или после припадка, социальной дискриминации и др. Успешность учебы в школе чаще всего обусловлена когнитивными трудностями, ограничением режима, межличностными проблемами со сверстниками. Проблемы получения высшего образования связаны со сложностью в обучении из-за когнитивных нарушений, ограничениями обусловленными припадками, а также приемом противосудорожных препаратов и трудностями межперсонального взаимодействия. Среди психосоциальных проблем, связанных с работой, у наших больных ведущими были высокий риск безработицы, дискриминация, снижение трудоспособности, снижение квалификации, смена профессии. Семейная дезадаптация приводящая к психосоциальным пробле-

мам у обследованных больных возникала из-за ограничений в бытовых функциях, проблемах семейных (супружеских) отношений, изменений сексуальности, репродуктивного поведения. Со стороны досуга, возникали ограничения в занятиях спортом, некоторых видах хобби, запрет на вождение автотранспорта и др. Перечисленные неблагоприятные социальные воздействия отрицательно влияли не только на психическое функционирование больных, но и существенно снижали качество их жизни.

Повышению качества жизни у этих больных способствует не только отношение больного к своей болезни, но и отношение к больному окружающих его людей. Очень важно представление общества о сущности самой болезни, ее причинах, течении, прогнозе, трудовых, семейных и прочих потенциальных возможностях больных. Некоторые укоренившиеся термины («эпилептическая личность», «деградация личности», «распад личности») являются, очевидно, устаревшими. Больные, как и их родственники, интересуясь эпилепсией, естественно, читают не только научно-популярную, но и специальную литературу. Бытующий подход к эпилепсии как к наследственно обусловленному, прогрессирующему заболеванию становится серьезным препятствием для поступления больных в высшие и средние специальные учебные заведения, трудоустройства и их реабилитации.

Затруднения обучения у больных эпилепсией, проявляющиеся в виде дефицита кратчайшей и кратковременной памяти, внимания и скорости приобретения и использования навыков, биологически связаны с заболеванием, а также могут возникать как побочный эффект приема некоторых противоэпилептических препаратов. Социально-психологическими факторами, снижающими качество повседневной жизни пациента, являются низкая (и соответственно навязываемая ему) оценка способностей больного педагогами, родителями, сотрудниками. Необходимо квалифицированное разъяснение сверстникам пациента характера его приступов в случае их возникновения и постараться добиться разумного сочувствующего дружественного понимания ситуации. Расстройство должно в минимальной степени влиять на посещаемость учебного заведения. Создание в учебном и рабочем коллективе благоприятной микросоциальной атмосферы, доброжелательное отношение к больному окружающих, стремление помочь ему в учебе или работе улучшают успеваемость и повышают работоспособность.

По данным литературы отмечается благоприятная динамика в отношении выраженных изменений психики, наблюдающейся у лиц, имеющих высшее или среднее специальное образование и крайне редко такая динамика наблюдается среди больных с начальным образованием, что также совпадает с нашими данными, полученными во время обследования. Частота ухудшений в динамике заболевания в целом также значительно ниже среди лиц, занятых квалифицированным умственным трудом, нежели среди больных, выполняющих неквалифицированную работу. По нашим данным, 44,8% больных эпилепсией продолжают получать образование уже будучи больными. Продолжение и получение образования при длительном течении болезни (более 5 лет от начала первых пароксизмов) свидетельствуют о высокой степени интеллектуальных возможностей ряда больных. Высокий общеобразовательный уровень больных благоприятно сказывается на сохранении трудоспособности и высокой квалификации работника во время болезни, что само по себе благоприятно отражается на качестве их жизни.

Необходимо отметить, что довольно часто возникают расхождения между установками медицинских работников и тактикой некоторых работодателей. Последние, опасаясь производственного травматизма и исходя, прежде всего, из собственных интересов, отказывают в приеме на работу трудоспособным больным эпилепсией, несмотря на то, что потребность в рабочих на предприятиях имеется. Разумеется, больные эпилепсией согласно существующим медицинским и профессиональным инструкциям, а также рекомендациям МСЭК, могут быть использованы не во всех видах труда, однако это не дает право исключать их из трудового процесса общества и в соответствии с ошибочными шаблонами, отрицательно относиться к их трудоустройству или, при возникновении припадков, сразу же ставить вопрос об их увольнении. По полученным в ходе работы данным, длительная и адекватная трудовая деятельность при эпилепсии способствует терапевтической эффективности и тормозит, в большинстве случаев, наступление слабоумия. Припадки у работающих больных возникают, как правило, вне трудовой деятельности и протекают легче и мягче. Независимо от характера течения болезни больному необходимо обязательно продолжать трудовую деятельность, однако в каждом конкретном случае труд должен быть адекватным психическому состоянию больного.

Сохранение трудоспособности способствует сохранению семьи, поддержанию и нормализации семейно-бытовых отношений, что непосредственно влияет на качество жизни больных эпилепсией. По нашим данным сохранение брака у больных с продолжающимися припадками чаще отмечается среди работающих, нежели инвалидизированных больных. Сверхзащита и сверхопека оказывается неблагоприятным фактором, способствующим развитию депрессивных расстройств и ухудшению контроля над припадками.

Активный образ жизни является одним из главных факторов, улучшающих качество жизни больных эпилепсией, помогающих максимально адаптироваться, усилить рекреационную активность. По статистическим данным у лиц с эпилепсией, управляющих транспортными средствами, в среднем частота дорожно-транспортных происшествий недостоверно отличается от популяции в целом и ниже, чем у лиц, страдающих сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и алкогольной зависимостью. Однако по имеющимся в Украине законам лица, когда-либо имевшие диагноз эпилепсия, лишены права вождения.

В заключении необходимо подчеркнуть, что комплекс методов биологической терапии и форм организации реабилитационного процесса на всех этапах оказания эпилептологической помощи способствует адаптации больных в обществе и непосредственно влияет на улучшение показателей качества жизни данной категории больных. С этих позиций становится очевидной необходимость комплексного подхода к лечению больного эпилепсией, с учетом не только церебрально-детерминированных проявлений болезни, но и многообразных форм защитно-приспо-

собительных механизмов, отражающих неповрежденные патологическим процессом структуры и функциональные системы мозга. Очевидно, тактика оказания помощи больным эпилепсией должна иметь полипрофессиональную направленность, с учетом вовлечения в патологический процесс ряда нервно-психических, психологических, социо-психологических, личностных и других функций. Только создание долгосрочных программ по всем аспектам, включая фармакологическое лечение, психотерапию, адекватную трудовую адаптацию, с восстановлением внутрисемейных отношений и общественных контактов, может позволить достигнуть улучшение уровня социального функционирования и качества жизни больных эпилепсией. По принятым в последнее время стандартам, эпилепсия сама по себе не рассматривается как болезнь (disease) и в приложении к ней рекомендуется предпочтительный термин расстройство (disorder), что для большинства случаев более правильно по существу и, что особенно важно, смягчает отрицательный стигматизирующий эффект.

Таким образом, по полученным нами данным причинами, отрицательно влияющими на качество жизни больных эпилепсией, являются разнообразные биологические и средовые факторы. Полный контроль над припадками, максимальная адаптация и социальная поддержка, качество и характер социальных контактов, минимизация действительно необходимых ограничений мероприятий, получение образования, адекватное трудоустройство, благоприятная обстановка в семье и полноценное поведение досуга, позволят улучшить качество жизни больных эпилепсией.

І.Н. Стрельнікова, Г.О. Самардакова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НЕПСИХОТИЧНИМИ АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Харківський державний медичний університет

В ході роботи було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне обстеження з використанням методики "Інтегративний показник якості життя" 90 хворих на епілепсію з непсихотичними афективними розладами у віці від 18 до 45 років, що було покладено в основу оцінки їх якості життя та соціальної адаптації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 71-75)

LIFE QUALITY OF AND SOCIAL ADAPTATION AT PATIENTS WITH EPILEPSY ARE SUFFERING FROM NONPSYCHOTIC AFFECTIVE DISORDERS

Kharkov State Medical University

At work complex clinical-anamnestical, clinical-psychopathological investigation of 90 patient are suffering from Epilepsy with nonpsychotic affective disorders at age from 18 to 45 using the methodic "Integrational life quality index" was carried out, that was based for the life quality and social adaptation estimation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 71-75)

Литература

1. Волошин П.В. Рішення Пленуму Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України щодо проведення в країні реформи психіатричної, наркологічної та неврологічної допомоги населенню. //Український вісник психоневрології. Т. 6, вип. 3(18), 1998. — С. 6-8.

2. Максимова А., Фрешер В. Психофармакотерапія епілепсії //Берлін, Вена. 1998.

3. Москаленко В.Ф., Напрєєнко О.К., Домбровська В.В. Стан перспективи реформування психіатричної допомоги на Україні //

Український вісник психоневрології. — Т. 8, вип. 1(23), 2000. — С. 4-7.

4. Beghi E., Monticelli M. L. Социальные аспекты эпилепсии / / Диагностика и лечение эпилепсии / Под ред. Никаноровой М. Ю. - М.: Можейск-Терра., 1997 с. 641-655.

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

Поступила в редакцию 21.05.2004

УДК 616.89

*Д.С. Лебедев***АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии Минздрава Украины

Ключевые слова: аддиктивное поведение, зависимость без употребления психоактивных веществ, этиология, патогенез, распространенность, лечебные подходы

Термин «зависимое (аддиктивное) поведение» появился в русскоязычной психиатрической литературе в начале 1990-х годов [2], и в настоящее время приобретает все большую популярность как среди ученых, так и среди практических врачей. Всемирная организация здравоохранения рассматривает зависимость в контексте нарушений, связанных с приемом алкоголя и других психоактивных веществ (dependence), но в общем смысле лексики ВОЗ трактуют зависимость как состояние необходимости или потребности в чем-то или в ком-то для поддержки, для функционирования или выживания [1,3]. Термин «dependence» часто используется наравне с термином «болезненное пристрастие» (addiction - аддикция), причем последний имеет более широкое содержание и не ограничен рамками проблем, связанных с психоактивными веществами.

Согласно взглядов Ц.П.Короленко [2], аддиктивное поведение – форма деструктивного, саморазрушающего поведения, направленного на уход от реальности путем изменения своего психического состояния тем или иным способом.

Аддикция может быть реализована как приемом различных веществ, в том числе психоактивных, так и путем фиксации на каких-то предметах или видах активности, которые в норме зависимости не вызывают.

Исходя из концепции о постепенности перехода между здоровьем и болезнью в психиатрии, можно отметить, что те или иные формы аддиктивного поведения могут периодически возникать у здоровых людей в форме сильной увлеченности чем-либо. Однако, с того момента, когда аддикция приобретает сверхценный характер, начинает определять стиль жизни человека и вызывает социальную дезадаптацию, аддиктивное поведение становится медицинским диагнозом и переходит в компетенцию врача. Выделяют следующие виды аддикций.

1. Химические аддикции:

а) синдром зависимости вследствие употребления психоактивных веществ (F10 – F19) – алкоголя, табака, опиоидов, кокаина, других психостимуляторов, включая кофеин, каннабиноидов, седативных или снотворных веществ, галлюциногенов, летучих растворителей;

б) злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости – антидепрессантами, слабительными, анальгетиками, гипоацидными средствами, витаминами, гормонами, средствами народной медицины и пр.

2. Нехимические аддикции:

Пищевые, сексуальные, компьютерные, трудоголизм, патологическая склонность к азартным играм, аддикция к трате денег, к определенному типу отношений, к необходимости находиться в условиях дефицита времени.

Химические аддикции давно известны и хорошо структурированы в различных диагностических классификациях, нехимические – являются клинической и социальной проблемой, но не каждая из них может быть представлена в виде какого-то определенного диагноза. Приведенный перечень может быть даже продолжен опытными практикующими специалистами. Возможно, что проблема аддиктивного поведения иллюстрирует тот случай, когда теория не успевает соответствовать быстро меняющимся требованиям практики [4].

В МКБ – 10 большинство видов нехимической аддикции сгруппированы в разделе «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F60-69). Раздел включает ряд клинически значимых состояний поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму стиля жизни и способа отношения к себе и другим.

В психопатологическом аспекте все виды аддиктивного поведения характеризуются возбуж-

дением, чувством напряжения перед осуществлением аддиктивного акта и чувством облегчения во время или после него.

F63 Расстройства привычек и влечений.

Нарушения поведения в виде повторяющихся поступков без ясной рационализации мотивации, которые противоречат интересам самого пациента и других людей. Общими чертами являются следующие:

а) невозможность сопротивляться желанию, искушению совершить какое-то действие;

б) нарастающее чувство напряжения или возбуждения перед совершением действия;

в) выполнение действия сопровождается чувствами удовольствия, удовлетворения или облегчения, сразу же после совершения действия могут иметь место сожаление, чувство вины.

Расстройства сгруппированы по внешнему сходству. Очень примечателен комментарий составителей МКБ – 10 о том, что другие в чем-то подобные расстройства исключены из данного раздела только в соответствии с традицией. Эти подобные расстройства (F10 – 19, F 52, F65) составляют практически все остальные виды аддиктивного поведения, перечисленные выше.

F63.0 Патологическая склонность к азартным играм.

Часто обозначается английским термином гэмблинг. На сегодняшний день является наиболее изученным видом нехимической аддикции. Это расстройство заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению активности вплоть до полного игнорирования в социальной, профессиональной, материальной и семейной сферах. Для того чтобы достать деньги, пациенты нарушают закон, жертвуют любыми привязанностями, рискуют. Описывают сильное влечение к игре, которое с трудом поддается контролю, а также овладевающие мысли и представления акта игры и тех обстоятельств, которые сопутствуют игре. Влечение обостряется во время стрессовых жизненных событий.

Имеются общие черты клиники наркоманий, алкоголизма и гэмблинга. Во всех случаях зависимость вытесняет базовые человеческие потребности, такие, как сон, еда и секс. Установлено, что невозможность играть у патологического игрока часто сопровождается головной и абдоминальной болью, диареей, кошмарными сновидениями и потливостью (аналогично состоянию отмены у наркомана и алкоголика).

По мнению американских исследователей [6]

субклиническая форма и клинически выраженная патологическая склонность к азартным играм, диагностированная по критериям DSM-III-R, имеют факторы риска общие, отличаются только количественно. Таким образом, субклиническая форма расстройства является более легкой формой патологической склонности к азартным играм, а не синдромом другого заболевания.

F63.1 Патологические поджоги (пиромания)

Расстройство характеризуется повторными немотивированными поджогами или попытками таковых, повышенным интересом ко всему, связанному с огнем, горением и даже к предметам, косвенно связанным с огнем, например к технике для пожаротушения.

F63.2 Патологическое воровство (клептомания)

Периодически возникающее влечение к краже предметов, не связанное ни с личной необходимостью, ни с материальной выгодой.

F63.3 Трихотилломания

Расстройство, характеризующееся заметной потерей волос в связи неспособностью противостоять влечению выдергивать волосы.

F63.8 Другие расстройства привычек и влечений

Эта рубрика должна использоваться для других разновидностей постоянно повторяющегося дезадаптивного поведения, которые не являются вторичными по отношению к другим психическим расстройствам и при которых периодически возникает неспособность противостоять влечению к определенному поведению. Именно к этой рубрике могут быть отнесены аддиктивные расстройства, не перечисленные в виде отдельных диагностических категорий МКБ – 10 (интернет – аддикция, трудовоголизм и др.).

F50.0 Нервная анорексия

Расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса на 15% и более от обычного (или отношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах составляет 17,5 и меньше). Сопровождается эндокринными расстройствами. Пациент испытывает ужас перед ожирением и может довести себя до кахексии.

F50.2 Нервная булимия

Постоянная озабоченность едой и контролем веса тела. Выражается в чередовании приступов переизбытка с попытками снизить вес различными способами (вызыванием рвоты, приемом слабительных, голоданием и пр.).

F65 Расстройства сексуального предпочтения.

Сексуальные аддикции в основном сгруппи-

рованы в этом разделе МКБ – 10. Отличительным свойством этих нарушений является сексуальное возбуждение, сопровождающее аддиктивное поведение.

Содержание поведенческих нарушений хорошо известно из классических описаний сексуальных перверзий (парафилий), поэтому будет уместным простое краткое перечисление современных диагностических рубрик.

F65.0 Фетишизм

Сексуальное возбуждение и удовлетворение достигается или стимулируется использованием неодушевленного предмета (одежды, обуви и пр.).

F65.1 Фетишистский трансвестизм

То же - при надевании одежды противоположного пола

F65.2 Эксгибиционизм

Склонность демонстрировать собственные гениталии лицам противоположного пола в общественных местах без намерения или предложения более близкого контакта.

F65.3 Вуайеризм

Подглядывание за раздетыми людьми, занимающимися сексом и т. д., осуществляется тайком и сопровождается мастурбацией.

F65.4 Педофилия

Сексуальное предпочтение отдается детям или подросткам раннего пубертатного возраста.

F65.5 Садо-мазохизм.

Сексуальная активность включает причинение боли или унижения, является значительным стимулом или необходима для сексуального удовлетворения.

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения.

К этой рубрике можно относить другие редкие виды сексуальных аддикций (непристойные телефонные звонки, скотоложство, фроттеризм, некрофилия и пр.).

Этиология и патогенез.

Этиология аддиктивных расстройств, не связанных с психоактивными веществами, неизвестна. Многочисленные подходы привлекались для объяснения природы этих нарушений: неосознанные влечения, поведенческие аномалии, аффективная патология, зависимость, наследственная патология. Однако общепринятой концепции пока не существует.

Патогенез этих расстройств изучен мало. Имеются сообщения о возможной их связи с реактивной гипогликемией и низкой концентрацией моноаминов в спинномозговой жидкости. Обосновывается заинтересованность системы

эндогенных опиоидов. Аддиктивные нарушения обостряются при психосоциальном стрессе, достоверно часто сочетаются с алкоголизмом, психосексуальной дисфункцией, интеллектуальной недостаточностью, хронической фрустрацией. Например, твердо установлена связь аффективных (депрессивных) расстройств, алкоголизма и патологической склонности к азартным играм, не менее трети патологических игроков злоупотребляют алкоголем или являются алкоголиками [5]. Факторы риска алкогольной зависимости незначительно, но достоверно совпадают с факторами риска патологической склонности к азартным играм. Генетические в 12-20 %, средовые – в 3-8 % случаев [6].

Распространенность.

Распространенность аддиктивных расстройств нехимической природы изучена недостаточно. По американским данным от 4 до 8 % краж в магазинах совершают kleptomаны. Пиромания в качестве изолированного расстройства диагностируется крайне редко. По зарубежным данным от 3 до 23 % судебно-психиатрических пациентов, совершивших поджоги, являются пироманами [5]. Гэмблинг распространен гораздо шире и составляет по разным данным до 2 – 3 % взрослого населения развитых стран. По данным ученых Австралии, где широко распространены лотереи и другие азартные игры, 80 % бездомных в стране – патологические игроки, проигравшие все имущество и даже жилье. Украинские специалисты отмечают резкий рост числа случаев нехимической зависимости. Эмпирические данные позволяют предположить в ближайшие годы рост распространенности компьютерной зависимости и патологической склонности к азартным играм в Украине.

Лечение.

Пациенты, страдающие аддикциями, неохотно соглашаются на систематическое лечение, однако часто обращаются к специалистам для консультации. Для помощи лицам с аддиктивным поведением обычно требуется длительное амбулаторное психиатрическое лечение. При патологической склонности к азартным играм американская психиатрическая ассоциация рекомендует включать в комплекс лечения посещение групп анонимных игроков, созданных по образу и подобию сообществ анонимных алкоголиков, как единственный способ добиться гарантированного прекращения аддиктивного поведения.

Существует подход, согласно которому лечение осуществляется в направлении разрешения

подспудных базовых проблем личности и в отношении любого сопутствующего симптома. Используются различные психотерапевтические методики: гипноз, бихевиоральные, рисуночные техники, психоанализ, а также психофармакотерапевтические препараты (хлорпромазин, амитриптилин, ингибиторы моноаминоксидазы, сертралин, препараты лития).

Исходя из данных о значительном сходстве клиники зависимости от психоактивных веществ

и нехимических видов аддикции, очевидной вовлеченности системы эндогенных опиоидов, учитывая значительную частоту расстройств настроения, ассоциированных с аддиктивным поведением, представляется наиболее перспективным комплексное использование психотерапии и биологического лечения. Может быть рекомендовано применение антидепрессантов различной степени селективности, транквилизаторов, нормотимиков и антиконвульсантов.

Д.С. Лебедев

АДДИКТИВНА ПОВЕДІНКА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СТАРІ ПРОБЛЕМИ

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

Обговорюються сучасні погляди на етіологію, патогенез, поширеність та терапевтичні підходи щодо розладів, які не пов'язані із вживанням психоактивних речовин, але характеризуються так званою «залежною поведінкою» (ігрова, комп'ютерна залежність та ін.). (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 76-79)

D.S. Lebedev

ADDICTED BEHAVIOR: MODERN VIEW TO OLD PROBLEMS

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse, Kiev

Modern view of etiology, pathogenesis, spreading and treatment approaches to disorders of so called addicted behavior without using substances (gambling, computer addiction etc.) is discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 76-79)

Литература

1. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Киев. Факт. 1999. — 272 с.
2. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 1991. — N1. — С. 8 — 15.
3. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения. Киев. Сфера. 2001. — 398 с.

4. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.
5. The American psychiatric press textbook of psychiatry. Edited by Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C. Vol. 2. American psychiatric press, ink. Washington, 1991. - 864 pp.
6. Slutske W.S. et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. / Archives of general psychiatry. 2000. 57. 666-673.

Поступила в редакцию 9.06.2004

УДК 616.89-003.96-053.7-08-084

*В.М. Сінайко***ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ В ОЦІНЦІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ВУЗУ**

Харківський державний медичний університет

Ключові слова: функціональний діагноз, якість життя, психічне здоров'я, студенти

Одним із найбільш важливих завдань, що стоять перед сучасною психіатрією, є розробка засобів профілактики та корекції психічних розладів, що у свою чергу вимагає вирішення проблем визначення критеріїв психічної норми, розробки патогенетично обґрунтованих підходів до ранньої діагностики психічних розладів. Переважання в структурі сучасної психічної патології межових розладів неспихотичного реєстру та широке розповсюдження психічних розладів серед осіб молодого, працеспроможного віку, визначає високе соціальне значення даного питання. Несприятливі фактори макро- та мікросоціального середовища збільшують ризик формування психічних розладів, призводять до зниження рівня психічного здоров'я та погіршують якість життя хворих [1,2,3,4,5].

Необхідно відмітити, що переважними

напрямами розвитку сучасної психіатрії залишаються дослідження, спрямовані на визначення клінічної структури психічних розладів, їх класифікацію, патогенетичне обґрунтування різних методів терапії із застосуванням сучасних лікарських засобів, що, звичайно, має на меті поліпшення якості лікування та якості життя психічно хворих за рахунок поліпшення їх психічного стану, швидкого досягнення стійкіших та триваліших ремісій, зменшення необхідності регулярного прийому хворими психотропних препаратів. В той же час багато питань ранньої діагностики психічних розладів, методів визначення рівня психічного здоров'я та його резервів, особливо у осіб, які знаходяться під впливом несприятливих мікросоціальних умов, все ще залишаються поза увагою науковців.

Матеріал та методи дослідження

Нами проведено проспективне обстеження студентів медичного вузу протягом всього періоду навчання із вивченням особливостей динаміки психічного стану клініко-психопатологічним методом, ступеня задоволеності мікросоціальними умовами за допомогою розроблених нами методик, психологічних властивостей особистості

за методиками СБОУ, «Незакінченні речення», психофізіологічних особливостей студентів за результатами виконання коректурної проби та оцінки внутрішнього сприйняття часу, електрофізіологічних показників за результатами дослідження варіабельності серцевого ритму та електронегативності ядер букального епітелію.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати проведеного нами дослідження показали, що на протязі всього періоду навчання у вузі стан здоров'я студентів змінюється, причому можна простежити деякі закономірності цього процесу, які, очевидно, пояснюються дією адаптаційних механізмів. Так, традиційно важкими для студентів всіх вузів є перші 2 роки навчання, які відрізняються інтенсивним впливом несприятливих факторів, пов'язаних із навчальною діяльністю та різкою зміною соціального статусу та денного розкладу на тлі ще не завершеного біологічного дозрівання органі-

зму. Необхідно відмітити, що показники суб'єктивної самооцінки психічного стану студентів у перші роки навчання переважно поліпшуються, і ті студенти, які продовжили навчання в університеті, відмічають поліпшення свого стану на середніх курсах навчання. В подальшому, на більш старших курсах, можливе погіршення самопочуття студентів, що викликане дією комплексу переважно соціальних та психологічних чинників на тлі виснаження адаптаційних механізмів.

Аналіз суб'єктивної самооцінки мікросоці-

альних умов студентами протягом всього періоду навчання показав, що на старших курсах вони переважно погіршуються, що пов'язане із накопиченням сімейних, професійних, економічних та інших проблем, які вимагають свого вирішення.

Особистісні властивості студентів медичного вузу, характеризується переважанням іпохондричних та субдепресивних рис, які пов'язані із фіксованістю на стані свого здоров'я та можуть бути відбиттям специфіки навчання саме в медичному вузі. Загальні закономірності динаміки ступеня вираженості особистісних властивостей у студентів характеризуються їх зростанням на середніх курсах та наприкінці навчання, що може бути проявами напруження адаптаційних процесів. Також спостерігається зростання рівня емоційної напруженості студентів протягом всього періоду навчання, особливо на старших курсах

Результати вивчення психофізіологічних особливостей студентів показують зростання рівня розумової працездатності у студентів молодших та середніх курсів та їх подальше погіршення на старших курсах. Крім того, виявлено, що після розумового навантаження у студентів дещо зростає точність внутрішнього сприйняття часу, але у чоловіків на тлі поліпшення точності суб'єктивного вимірювання часу погіршується здатність до самокорекції помилок визначення, а у жінок, навпаки, спостерігається погіршення точності вимірювання часу та зниження здатності до самокорекції.

Аналіз реакції серцево-судинної системи на дію інтенсивних факторів, пов'язаних із навчанням в вузі, показав, що у студентів визначаються гіперреактивні зміни регуляторних систем, що можна вважати прогностично несприятливою ознакою по відношенню до розвитку патології, в таких умовах певна стабільність функціонального стану організму досягається переважно за рахунок залучення парасимпатичної ланки регуляції, що таким чином можна вважати фактором, що сприяє адаптації організму до несприятливих умов.

Певна об'єктивізація динаміки стану організму студентів досягається також шляхом урахування особливостей біоелектричної активності ядер букального епітелію, результати дослідження якої показали, що інтенсивність дії несприятливих факторів, пов'язаних із навчальною діяльністю, найбільша у студентів молодших курсів, у яких виявлено виражене зниження кількості клітин із активними ядрами. В подаль-

шому інтенсивність стресорної напруги зменшується до мінімальних значень у жінок на середніх курсах, а у чоловіків – на старших.

Таким чином, результати проведеного нами динамічного дослідження дозволили визначити особливості динаміки психічного стану студентів, їх психологічних та фізіологічних властивостей, ступеня задоволеності факторами мікросоціального середовища, що вимагає їх комплексного розгляду. В основі такого вивчення на нашу думку, повинна лежати концепція функціонального діагнозу, який дозволяє здійснити індивідуальний підхід до оцінки стану здоров'я особистості із урахуванням її індивідуально-психологічних властивостей та впливу чинників навколишнього соціального середовища.

Функціональний діагноз, що з одного боку характеризує аналітико-синтетичну діяльність лікаря, а з іншого – дає можливість більш органічно розглядати індивідуальні особливості кожного хворого, складається із трьох частин – клініко-психопатологічної, що визначає нозологічну або синдромологічну характеристику хвороби, психологічної, що пов'язана із властивостями особистості та їх змінами під впливом захворювання, та соціальної, яка в свою чергу визначає реакцію особистості на дію несприятливих чинників макро- та мікросоціального середовища [6,7,8].

На нашу думку, таке визначення функціонального діагнозу наближує його до таких дефініцій, як «здоров'я», яке згідно ВООЗ визначається як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби, а також до поняття «якість життя», яке визначається за суб'єктивною оцінкою таких пунктів: фізичне благополуччя, психологічне благополуччя, самообслуговування та незалежність дій, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, громадська та службова підтримка, особистісна реалізація та загальне сприйняття якості життя.

Як показали результати проведених нами досліджень, доцільно розширити рамки функціональної діагностики психічного стану та розглядати поняття якості життя з позиції запропонованої нами багатовекторної динамічної моделі формування розладів психічної адаптації [9], яка дає можливість оцінити зміни за такими векторами: власне психічний, що визначається особливостями психічного стану, індивідуально-психологічний, який пов'язаний із особистісними властивостями обстежених та їх змінами під

впливом несприятливих чинників, соціально-психологічний, що характеризується ступенем задоволеності мікросоціальними, гігієнічними, побутовими умовами життя, навчання або роботи, психофізіологічний вектор, що визначається особливостями перебігу фізіологічних процесів та їх динамікою на тлі несприятливих зовнішніх впливів або при розумовому перенапруженні, психосоматичний вектор, що характеризує рівень соматичного здоров'я та його зміни, що можуть вплинути на ступінь соматичного та психічного благополуччя.

Якість життя є комплексним показником, що характеризує суб'єктивну оцінку ступеня фізич-

ного та психологічного благополуччя, самообслуговування та працездатності, міжособистісних взаємодій та ін.

Вважаємо доцільним проводити розробку питань поліпшення якості життя психічно хворих на ґрунті концепції функціональної діагностики психічного стану, продовженням та розширенням якої є запропонована багатовекторна динамічна модель формування розладів психічної адаптації із урахуванням індивідуальної для кожного обстеженого характеристики власне психічного, індивідуально-психологічного, соціально-психологічного, психологічного та психосоматичного векторів.

В.М. Синайко

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ВУЗА

Харьковский государственный медицинский университет

Проведено динамическое изучение факторов риска и клинических особенностей формирования расстройств адаптации у студентов в течение всего периода обучения. Показана роль функционального диагноза в оценке психического состояния и качества жизни студентов. Выявленные закономерности использованы при разработке мероприятий по коррекции и профилактике расстройств психической адаптации у студентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 80-82)

V.M. Sinayko

FUNCTIONAL DIAGNOSIS IN ESTIMATION OF STUDENTS' MENTAL STATE AND LIFE QUALITY

Kharkiv state medical university

The dynamic investigation of risk factors and clinical features of adaptation disorders forming in students for all period of training was carried out. The role of functional diagnosis in estimation of students' mental state and life quality was shown. These rules were used in working out measures for correction and prophylaxis of adaptation disorders in students. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 80-82)

Література

1. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. — Харьков: РИФ «АРСИС, ЛТД», 2000. — 160 с.
2. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация. // Журнал психиатрии и мед. психологии. - № 1(2) 1996. - С. 45-55
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
4. Балабанова Л.М. Категория нормы в психологии студенческого возраста (теоретико-методологический аспект). — Харьков: КОНСУМ, 1999. — 240 с.
5. Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Петрюк П.Т., Цыганенко А.Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. — Харьков: Основа, 1995. — 276 с.
6. Воловик В М Функциональный диагноз в психиатрии и

- некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. - М., 1975. — С. 79- 89
7. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., 1978. — 232 с.
8. Боев И.В., Ахвердова О.А. Проблемы психологического и психического здоровья //Современные проблемы психотерапии, пограничной психиатрии и медицинской (клинической) психологии. — Ставрополь, 2000. — С. 62-69
9. Гавенко В.Л., Синайко В.М. Багатовекторна функціональна модель передхворобних та хворобливих дезадаптивних психічних розладів у студентів //Архів психіатрії. — 2004. — т.10. - №1(36). — С. 153-155

Поступила в редакцию 21.05.2004

УДК 616.89-02:618.12-002-055.5/7

*О.В. Носкова***ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ АДНЕКСИТАХ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: хронический аднексит, супружеская дезадаптация, системно-структурный анализ, преморбидные черты характера, психопатологические проявления, психотерапевтическая коррекция

В структуре гинекологической патологии хронические воспалительные заболевания, в частности хронические аднекситы занимают значительное место.

Хронический аднексит, как всякое длительно существующее страдание, снижающее качество жизни, нередко приводит к невротическим расстройствам и сексуальным нарушениям: по разным данным, они возникают у 17,0-69,5% женщин (И.Л.Ботнева, 1990 [2]; З.В.Рожановская, 1990 [11]; Л.П.Имшинецкая, 1997 [5]; К.Сроокс, К.Вагг, 1990; У.Мастерс с соавт., 1998; Г.Келли, 2000 [6]). В свою очередь психопатологические проявления и нарушение сексуальной функции у жены влекут за собой супружескую дезадаптацию и подрывают прочность брака, нередко становясь причиной развода – по данным С.Г.Бондаренко (1989), В.В.Кришталя (1998) [7], Г.М.Бобир (2002), – более чем в 20% случаев.

Следствием этого заболевания являются нарушение репродуктивной, менструальной, сексуальной функции, что негативным образом влияет на трудовую деятельность, взаимоотношения в семье и определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы.

Нарушения у этой группы больных нервных и гуморальных процессов влечет за собой расстройство взаимоотношений гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, матки. Этиология и патогенез сексуальных расстройств при воспалительных заболеваниях внутренних гениталий обуславливает возникновение особого синдрома - вторичной патогенетической титуляризации. Это изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации местного очага воспаления.

По данным Г.П. Хожайновой, среди больных хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов 65,2% страдают различными сексуальными расстройствами [15].

Исследуемая проблема имеет, таким образом, не только медицинское, но и большое социальное значение. Между тем патогенетические механизмы и клиника нарушения сексуального здоровья при хроническом аднексите очень мало изучены. Несмотря на то, что невротические и сексуальные расстройства у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий, в том числе и с хроническим аднекситом, рассматриваются в работах М.М. Григоряна, Ю.П. Прокопенко [3], М.В. Екимова [4], Л.П. Имшинецкой [5], К.В. - Подшивалова [10], И.Р. Айриянц [1], однако в них затрагиваются в основном биологические аспекты имеющихся сексуальных нарушений и недостаточно учитываются психическое состояние пациенток, парный характер сексуальной функции и многомерность ее обеспечения. Как правило, вне внимания авторов остается связь нарушения адаптации супружеской пары, в которой жена страдает хроническим аднекситом, с социогенными, психогенными и негативными социально-психологическими факторами, а также дисгармонирующее влияние сексуальной дисфункции у жены на систему отношений супругов.

Все сказанное определяет актуальность и необходимость проведения настоящего исследования.

Целью данной работы было выявление причин и механизмов развития супружеской дезадаптации при хроническом аднексите и разработка системы диагностики и комплексной психотерапевтической коррекции.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 140 супружеских пар, в которых жены страдали хро-

ническим аднекситом. Среди них было выделено 110 пар, у которых имела место супружеская

дезадаптация. У остальных 30, несмотря на наличие хронического аднексита, супружеской дезадаптации не было.

Супружеские пары с дезадаптацией были разделены на 4 группы. 1-я группа – 32 пары, у которых сексуальная дисфункция была вторичной, т.е. обусловлена хроническим аднекситом. 2-я группа – 17 пар, имела место сексуально-эротическая дезадаптация, связанная с неправильным сексуальным поведением и неправильной интерпретацией своих сексуальных ощущений. 3-я группа – 28 пар, характеризующиеся несоответствием полоролевого поведения супругов.

Полученные результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований были получены следующие результаты: экстрагенитальная патология у обследованных групп была представлена хроническим гастритом у $5\pm 2\%$ женщин и $8\pm 3\%$ мужчин, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки $3\pm 2\%$ и $23\pm 4\%$ соответственно. В 1-й группе у супружеских пар указанная патология была более выражена, в контрольной группе экстрагенитальная патология не обнаружена. Общее психическое развитие у всех супругов было нормальным.

Изучение преморбидных черт характера выявило преобладание у всех основных групп женщин астено-невротических – в 1-й группе, эпилептоидных черт – в 3-й группе, во 2-й группе преобладание истерических и эпилептоидных черт, 3-я группа – эпилептоидные и шизоидные, а в 4-й группе – астено-невротические и шизоидные. Среди мужчин преобладали гипертимные черты характера, а в 3-й группе эпилептоидные черты, что в сочетании с одноименными чертами у женщин этой группы еще больше усугубляло имеющуюся дезадаптацию, а в 4-й группе преобладал астено-невротический тип.

Учитывая наличие вышеописанных преморбидных черт характера было понятным обнаружение тех или иных психопатологических проявлений. У женщин чаще встречались невращения, дистимия, и рекуррентное депрессивное расстройство.

При исследовании соматосексуального и психосексуального развития супругов у значительной части женщин $43\pm 4\%$ и $23\pm 3\%$ мужчин полоролевого поведение было нарушенным. У женщин 1-й, 2-й, 4-й групп – в виде его трансформации, т.е. маскулинное поведение, а в 3-й группе – гиперфеминное. У многих мужчин 2-й и особенно 4-й групп полоролевого поведение было

4-я группа – 33 пары с первичной сексуальной дисфункцией у жен.

Все обследованные супруги были в возрасте от 19 до 41 года, давность хронического аднексита в среднем составляла от 1,5 до 10 лет.

Было проведено клиническое обследование, включающее изучение гинекологического, урологического, неврологического статуса, системно-структурный анализ сексуального здоровья по его интегральным критериям, компонентам и составляющим в модификации Кришталя В.В.[7], методики Szondi [19], Heilbrun [16], опросник Bienvenu, шкала W.E.Snell, D.R.Papini [18].

гиперролевым, что способствовало социально-психологической дезадаптации.

При исследовании сексуальной функции было выявлено, что у всех женщин оно носило сочетанный характер (табл. 1).

Для больных 1-й группы были наиболее характерны оргазмическая дисфункция и генитальгия, на втором месте по частоте – отсутствие генитальных реакций и сексуальная гипестезия. Эти же нарушения и неправильная оценка своих сексуальных проявлений были характерны и для женщин 2-й группы, а для 3-й группы – сексуальная гипестезия, алибидемия, аноргазмия. В 4-й группе имела место гиполибидемия. У мужчин сексуальные нарушения имели относительный характер и встречались значительно реже, чем у женщин, в виде неправильной интерпретации своих сексуальных проявлений во 2-й и 3-й и относительную гиполибидемию в 4-й группе.

Как мужчины, так и женщины в результате этого испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Оргазмическая дисфункция у женщин 4-й группы развивалась постепенно после заболевания хроническим аднекситом, у пациенток 2-й и 3-й групп она проявлялась в низком проценте оргастичности, у больных 4-й группы оргазм не наступал с самого начала половой жизни. Наличие диспареунии у этих женщин было либо следствием имеющегося у них хронического воспаления, либо вторичной патогенетической титуляризации.

Сексуальная аверсия проявлялась в том, что предстоящий половой акт вызывал у них резко выраженные негативные чувства, что приводило к избеганию половой близости.

Сексуальная функция у женщин контрольной группы несмотря на наличие хронического ад-

нексита не была нарушена.

Системно-структурный анализ показал, что

у всех супругов имело место сочетанное поражение его компонентов и составляющих.

Таблица 1

Проявления сексуальных расстройств у обследованных супругов

Сексуальное расстройство	Группы супружеских пар				Всего, n =110
	первая, n=32	вторая, n=17	третья, n=28	четвертая, n=33	
<i>У женщин</i>					
Гиполибидемия	-	-	-	58±9	19±4
Алибидемия	-	-	29±9	-	8±3
Оргазмическая дисфункция	100-3	100-6	-	94±4	70±5
Отсутствие генитальных реакций	66±8	65±12	32±9	52±9	58±5
Сексуальная гипестезия	59±9	53±12	71±9	64±8	69±5
Алибидемия и аноргазмия	22±7	6±6	61±9	6±4	27±4
Генитальгия, диспареуния	100-3	-	-	-	32±5
Неправильная интерпретация своих сексуальных проявлений	-	100-6	25±8	52±9	43±3
Сексуальная аверсия	-	-	18±7	7±4	9±3
Психосексуальная неудовлетворенность	100-3	100-6	100-4	100-3	100-1
<i>У мужчин</i>					
Гиполибидемия	9±5	24±10	14±7	58±9	30±5
Гипоэрекция	-	-	7±5	-	2±2
Преждевременное семяизвержение	6±4	-	-	-	2±2
Сочетание гипоэрекции с преждевременным семяизвержением	-	-	-	-	-
Неправильная интерпретация своих сексуальных проявлений	-	100-4	41±12	52±9	35±5
Сексуальная аверсия	-	-	-	-	-
Психосексуальная неудовлетворенность	100-3	100-6	100-4	100-3	100-1

Социальный компонент был нарушен за счет социокультурной составляющей, нарушение информационно-оценочной составляющей чаще отмечалось у женщин, чем у мужчин, психологический компонент был поражен у супругов 2-й, 3-й, 4-й групп, в результате наличия у одного из супругов черт характера, неприемлемых для другого, а поражение социально-психологического у супругов 3-й и 4-й групп обусловлено межличностным конфликтом жен и мужей.

Биологический компонент был поражен у всех женщин 1-й группы за счет генитальной составляющей, у большинства представителей остальных групп – нейрогуморальной составляющей, из-за ретардации пубертатного развития, и у всех обследованных за счет психической составляющей.

В целом результаты проведенных психодиагностических обследований показали, что доминирующей мотивацией у большинства супругов было обеспечение жизненных интересов, а среди ценностных ориентаций на 1-м месте был быт. У всех супругов не обнаружили проявлений правильного полового воспитания.

В результате обследования обнаружена определенная связь между типом воспитания и имевшимися у обследованных преморбидными чертами характера:

- воспитание по типу «золушка» чаще способствовало формированию истерических черт характера;
- гиперопека и воспитание по типу «ежовые рукавицы» - психастенического и астеноневротического;
- безнадзорное воспитание – эпилептоидного;
- «парадоксальная коммуникация» - шизоидного преморбида.

При изучении психосексуальных типов мужчин и женщин, выяснилось, что их сочетание в большинстве случаев неблагоприятно, т.к. в 1-й группе преобладали мужчина-отец и женщина-мать, во 2-й группе – мужчина-сын и женщина-дочь, в 3-й группе – агрессивные мужчина и женщина, в 4-й группе – пассивно подчиняемые мужчина и женщина-мать.

Невыполнение функций в семье, особенно сексуально-эротической, неизменно приводило к

супружеским конфликтам, в результате которых супруги использовали неправильные способы разрешения – избегание, компромисс, соревнование. Все это еще в большей степени усугубляло имеющуюся супружескую дезадаптацию.

Выявленные нами причины, механизмы развития и формы супружеской дезадаптации явились основой для разработки методов ее психотерапевтической коррекции.

Предлагаемая нами схема, в соответствии с принципами сексологической шкалы В.В. Кришталю, включает 4 компонента – информационный, поведенческий, эмоциональный, личностный, которые обращены к трем системам межличностного взаимодействия интраиндивидуального, интериндивидуального и метиндивидуального. При этом терапия проводилась в двух направлениях:

- 1) лечение хронического аднексита медикаментозным и физиотерапевтическим методами;
- 2) психотерапия супружеской дезадаптации.

В плане психотерапевтических мероприятий нами использовались групповая и информационная психотерапия.

С целью нивелирования супругами неправильной оценки своих сексуальных проявлений

проводили рациональную психотерапию в форме индивидуальных и групповых бесед.

После расширения знаний супругов в области психогигиены половой жизни и нормализации межличностных отношений переходили к соответствующей коррекции, в зависимости от выявленной формы дезадаптации – сексуально-эротический, полоролевой, коммуникативный тренинг, проводили обучение «конструктивной ссоре» по С.Кратохвилу.

В зависимости от выявленного типа супружеской дезадаптации были разработаны индивидуальные схемы психотерапевтической коррекции для каждой из групп.

В результате проведенных исследований, за счет выявленного многообразия факторов, влияющих и являющихся первопричиной развития супружеской дезадаптации, стала возможной разработка методов психотерапевтической коррекции с учетом клинических изменений, обнаруженных в каждой отдельной группе.

Терапевтический эффект проведенной терапии супружеской дезадаптации в течение двух-летних катamnестических наблюдений составил 76±4%.

О.В. Носкова

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОДРУЖНЬОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПІД ЧАС АДНЕКСИТІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проведене дослідження 140 подружжів, у яких жінки хворіли на хронічний аднексит. На основі системно-структурного аналізу виявлена роль соматогенних, психогенних, соціогенних та негативних соціально-психологічних чинників в розвитку подружньої дезадаптації при хронічному аднекситі у жінки, знайдено зміни особистості та міжособистісних відносин, визначені клінічні форми подружньої дезадаптації та розроблена система психотерапевтичної корекції, оцінена її ефективність. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 83-87)

O. V. Noskova

PSYCHOTHERAPY CORRECTION OF SPOUSES DESADAPTATION BY WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF INTERNAL GENITALIS

Kharkiv medical academy for postgraduate education

It was discovered 140 marriage couples, in which women are ill by chronic inflammatory diseases. In system-structure analyses, given role of psychogeneses, sociogeneses and negative socio-psychological factors in development of spouses desadaptation in women with inflammatory diseases of internal genitalis and makes the system of psychotherapy correction and maked it's efficiency. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 83-87)

Литература

1. Айриянц И.Р. Клинические особенности протекания генитальной у пациенток с различными видами психопатологии / Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение: Матер. междунар. конф. – М., 1999. – С.62-64.

2. Ботнева И.Л. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства // Сексopatология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С.539-550.

3. Григорян М.М., Прокопенко Ю.П. Сексуальная функция женщин, страдающих хроническими тазовыми болями //

Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение: Матер. междунар. конф. – М., 1999. – С.98-99.

4. Екимов М.В. Оргазмическая дисфункция у женщин, как результат особых форм мастурбации // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение: Матер. междунар. конф. – М., 1999. – С.104-105.

5. Имшинская Л.П. Сексуальные расстройства у женщин // Сексология и андрология / Под ред. А.Ф.Возиянова, И.И.Горпинченко. – К.: Абрис, 1997. – С.176-210.

6. Келли Г. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 896 с.
7. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Т.П. Клиническая сексология. Часть 1. Общая сексopatология. – Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. – 272с.
8. Мастере У., Джонсон В., Колодни Б. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
9. Паращук Ю.С. Бесплодие в браке. – К.: Здоров'я, 1994. – 203 с.
10. Подшивалов К.В. Внутрисемейные отношения супругов при заболевании сексуально-трансмиссивными инфекциями на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение: Матер. междунар. конф. – М., 1999. – С.162-163.
11. Рожановская З.В. Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников // Сексopatология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С.368-369.
12. Семьонкіна І.А. Подружня дезадаптація при порушенні функцій сім'ї та її психотерапевтична корекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. – Київ, 2001. – 16 с.
13. Филатов А.Т. Социальные аспекты сексopatологии // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексopatол. – Харьков, 1987. – С. 2-4.
14. Филатов А.Т. Характеристика межличностных отношений супружеских пар // Диагностика и лечение сексуальных расстройств: Тез. докл. конф. – Харьков, 1983. – С.5.
15. Хожайнова Г.П. Расстройства генитосегментарной составляющей при гинекологических заболеваниях // Частная сексopatология. Т.2 / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – С.286-293.
16. Heilbrun A.B. Human sex role behavior. – N.Y.: Pergamon, 1981. – 207 p.
17. Schaap C. Communication and adjustment in marriage. – Lisse: Swets Zeitinger, 1982. – 281 p.
18. Snell W.E., Papini D.R. The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression and sexual preoccupation / J. Sex. Research. – 1989.- Vol. 26, N 2. – P. 256-263.
19. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostic. – Bern und Stuttgart: Verlag H.Huber, 1960. – 269 S.

Поступила в редакцию 16.06.2004

УДК 616.89-008.442.37:615.851

*Е.В. Высоцкая***ПУТИ И МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАСТУРБАЦИИ**

Черновицкая областная психиатрическая больница

Ключевые слова: патологическая мастурбация, психокоррекция

Психотерапевтической коррекции сексуальной дисфункции у мужчин и женщин, обусловленной разными причинами, и сексуальной дисгармонии супружеской (партнерской) пары посвящено большое количество работ отечественных и зарубежных авторов [1, 2 и др.]. Однако такое нарушение сексуальности, как патологическая мастурбация, изучено недостаточно. В литературе, даже в относительно новых работах, с одной стороны, можно встретить мнение, что мастурбация оказывает вредное влияние на сексуальную функцию [3], причем не делается различий между типами мастурбации; с другой – не прослежены связи тех или иных сексуальных расстройств с наблюдавшейся у пациентов патологической мастурбацией, хотя есть основания считать, что она нередко влечет за собой развитие этих расстройств. Естественно, что знание указанных связей имеет принципиальное значение для разработки эффективных лечебных программ.

Проведенное нами специальное исследование позволило установить, что патологическая мастурбация обуславливает возникновение сексуальной дисфункции у мужчин и женщин, и выявить ее нозологические формы. Полученные в этом исследовании результаты стали основанием для разработки системы психотерапевтической коррекции патологической мастурбации как этиологического фактора нарушения сексуального здоровья. Ее изложение является целью настоящей статьи.

Под нашим наблюдением находились 200 супружеских пар с сексуальной дезадаптацией, из которых у 100 пар она была обусловлена сексуальной дисфункцией у мужчин и у 100 – сексуальной дисфункцией у женщин. Мастурбация имела место у $91\pm 3\%$ мужчин, из них у $80\pm 4\%$ – патологические ее типы, и у $61\pm 4\%$ женщин, из которых патологическая – у $58\pm 5\%$. Сексуальная дисфункция заключалась у мужчин в гипотили анэрекции ($81\pm 4\%$) и преждевременном семяизвержении ($25\pm 4\%$); у женщин – в отсут-

ствии смазки ($33\pm 4\%$) и аноргазмии ($84\pm 4\%$), к которым иногда ($7\pm 3\%$) присоединялась диспареуния.

Психокоррекция проводилась нами в три основных этапа: первый был посвящен ликвидации у пациентов патологической мастурбации, второй – выработке новой, правильной установки на половую жизнь; задачей третьего этапа было научение супругов реализации этой установки, выработка навыков правильного сексуального поведения. До начала лечения определяли показания к его проведению. Ими служили, прежде всего, согласие супругов пройти курс психотерапии и активно участвовать в терапевтическом процессе, затем – недовольство пациента своей зависимостью от патологической мастурбации и психосексуальная неудовлетворенность половой жизнью с женой (мужем).

Коррекцию начинали с запрета мастурбации и проведения информационной психотерапии для повышения уровня осведомленности супругов в области секса.

Информационная (когнитивная) психотерапия проводится в форме бесед, целью которых является повышение уровня информированности супругов в области психогигиены половой жизни. Тематами бесед являются анатомо-физиологические особенности сексуальной функции; сексуальные физиологические реакции мужчин и женщин; знание правильного воздействия на эрогенные зоны для сексуального возбуждения; норма и физиологические колебания сексуальной функции; психология половой жизни, роль успешной коммуникации супругов в достижении сексуальной гармонии. Кроме того, мы рекомендуем своим пациентам чтение научно-популярной сексологической литературы, например, книг И.Левина, Ц.Цукермана «Мужчина. Секс. Успех» (Тель-Авив, 1994); Т.Х. ван де Вельде «Совершенное супружество. Физиология и техника интимных отношений» (Минск, 1995); В.В.Кришталю, Г.П.Андруха «Сексуальная гармония супружеской пары. Сексуальная дисгар-

мония супружеской пары» (Харьков, 1996) и др.

Одной из задач второго этапа была выработка негативного отношения к мастурбации. С этой целью использовали рациональную психотерапию (метод убеждения) и гипносуггестию. Рациональную (разъяснительную) индивидуальную и парную психотерапию применяли также, рекомендуя супругам в качестве метода формирования адекватных эрогенных зон проведение взаимной мануальной стимуляции гениталий, в том числе во время полового акта, и оральной негенитальной стимуляции. При этом мы считаем целесообразным назначать и такие вспомогательные средства, как афродизиаки, йохимбин, шпанские мушки.

На третьем этапе психокоррекции проводится сексуально-эротический тренинг, в котором достигается и закрепляется оптимальное сексуальное поведение супругов, а именно соответствующее желаниям и ожиданиям обоих проведение предварительного периода, самого полового акта и его заключительного периода. При этом мы используем метод секс-терапии, который предполагает не только выполнение специальных упражнений, но и обсуждение имеющихся сексуальных и психологических проблем [4]. Это углубляет понимание пациентом самого себя и своего партнера, способствует совершенствованию сексуальной коммуникации. Важно, чтобы в данном процессе одинаково активно участвовали оба супруга.

Следует, однако, отметить, что сексуально-эротический тренинг имеет противопоказания [1]. Ими являются низкий уровень психологической адаптации супругов, неправильная информированность в вопросах психогигиены половой жизни; психологическая неприемлемость обследования с помощью карты эрогенных зон; нарушение полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Если эти противопоказания имеются даже у одного из супругов, к сексуально-эротическому тренингу можно обращаться только после их ликвидации. Поэтому мы проводим его после информационной психотерапии, а при необходимости – и после коммуникационного тренинга, модифицированного нами для своего контингента пациентов.

Коммуникационный тренинг проводится нами в тех случаях, когда у супругов имеются нарушения межличностных отношений или на первом этапе психотерапевтической коррекции не была достигнута полная свобода общения на сексуальные темы, в том числе свободное обсуждение вопросов, касающихся мастурбации.

Тренинг в свою очередь состоит из двух основных этапов: на первом формируется установка на нормализацию межличностных отношений и сексуальное общение, второй – научение реализации этой установки, т.е. успешному разрешению конфликтных ситуаций и вербальному общению в области секса.

Первый из этих этапов проводится после выявления имеющихся у данной супружеской пары нарушений в коммуникации и определения уровня социально-психологической адаптации. Формы психотерапии на данном этапе – тематически ориентированные беседы и библиотерапия. На занятиях обсуждаются такие проблемы, как психология общения, причины возникновения супружеских конфликтов, правильные способы разрешения конфликтных ситуаций; стереотипы взаимодействия супругов, приводящие к непониманию друг друга; характерологическая обусловленность нарушения общения. На данном этапе мы знакомим супругов с так называемой супружеской тактикой, основанной на общих принципах и правилах коммуникации, разработанных Д.Карнеги [5].

Супружеская тактика – это способ коммуникации, позволяющий избежать возможных конфликтов, напряженности в отношениях, конфронтации и ссор, что достигается с помощью позитивных форм поведения, направленных на подавление агрессивных тенденций или, по крайней мере, их проявлений. тактика заключается в сознательном управлении поведением партнера и изменении его в желаемом направлении, она представляет собой действенный способ достижения собственных целей, применимый даже в тех случаях, когда партнер отказывается сотрудничать.

Из десяти основных принципов коммуникации по Карнеги мы акцентируем внимание своих пациентов на следующих. Необходимо проявлять интерес к мнениям и увлечениям супруга (супруги), понимать его интересы, знать сильные и слабые стороны. Важное условие хорошего контакта между супругами – умение внимательно слушать, без чего невозможно взаимопонимание, и в то же время и умение говорить, обсуждать то, что касается каждого из них, принимать в обсуждении творческое участие. Эмпатия – умение войти в положение другого человека, хорошо известна в психологии как одно из условий гармоничных отношений в супружеской паре.

Одно из важнейших условий мира между супругами – понимание собственных ошибок и уме-

ние признавать их. Нередко одного только признания своей ошибки достаточно, чтобы избежать ссоры или конфликта. Не следует скупиться на похвалу: согласно супружеской тактике, лучше по каждому подходящему поводу высказать свое удовольствие, чем пользоваться случаем покритиковать; можно даже несколько идеализировать партнера, тем самым побуждая его к самосовершенствованию. Помогает преодолению коммуникативного барьера такое простое и эффективное средство, как приветливая улыбка. Известно, что настроение легко передается, и, выражая улыбкой свое доброжелательное отношение, можно скорее встретить понимание, тем самым облегчая и вербальные контакты на трудные темы. Мы убеждаем супругов в бесперспективности игнорирования таких тем и волнующих их проблем.

Занятия на этапе выработки установки про-

водятся как психотерапевтом, так и самими супругами дома, где они выполняют специальные домашние задания.

На этапе научения мы используем довольно широко известную методику конструктивной ссоры, разработанную С.Кратохвилем. Она заключается в том, что в обусловленное время и соблюдая определенные правила, супруги открыто проявляют свою неудовлетворенность и критику по отношению друг к другу, затем переходят к самокритике и положительной оценке друг друга. Однако содержанием «ссоры», предметом дискуссии наших пациентов служит актуальная для них тематика – неудовлетворенность собственным сексуальным поведением и обоюдными сексуальными контактами. Указанная методика позволяет ослабить отрицательные аффекты и способствует сближению супругов, в частности, их вербальной коммуникации на сексуальные темы.

Таблица 1

Результаты психокоррекции сексуальной дисфункции, обусловленной патологической мастурбацией (данные в %)

Сексуальная дисфункция	Мужчины, n=100			Женщины, n=100		
	полная коррекция	значительное улучшение	частичная коррекция	полная коррекция	значительное улучшение	частичная коррекция
Гипо- или анэрекция	81±4	12±3	7±3	–	–	–
Преждевременное семяизвержение	11±3	2±2	1±1	–	–	–
Сочетание гипо-эрекции с преждевременным семяизвержением	1±1	4±2	–	–	–	–
Оргазмическая дисфункция	–	–	–	55±5	5±5	–
Сочетание отсутствия lubricации, оргазмической дисфункции и диспареунии	–	–	–	28±4	9±3	3±2

В результате проведения описанной системы психотерапии находившимся под наблюдением супругам, патологическая мастурбация была ликвидирована во всех случаях. Данные о результатах коррекции сексуальной дисфункции у мужчин и женщин как следствия патологической мастурбации представлены в таблице.

При определении эффективности проведен-

ной коррекции полной коррекцией считали ликвидацию дисфункции, значительным улучшением состояния пациентов – если на десять половых актов один оказывался неудачным по оценке обоих супругов, и частичным улучшением – случаи, когда неудачным был один из пяти половых актов.

Данные таблицы иллюстрируют результаты,

полученные после двухлетних катамнестических наблюдений. Из них следует, что самый высокий терапевтический эффект был достигнут при гипо- или анэрекции у мужчин и при изолированной оргазмической дисфункции у женщин. Хуже поддавалась коррекции сочетанная сексуальная дисфункция у женщин. Тем не менее случаев, когда проведенное лечение не дало бы эффекта, мы не наблюдали, а частичная коррекция была отмечена у небольшого числа пациентов –

8±3% мужчин и 3±2% женщин. У всех остальных, т.е. соответственно у 92±4 и 97±5% прошедших курс психотерапии, была достигнута полная сексуальная гармония или достаточно успешные сексуальные контакты.

Таким образом, разработанная система психотерапевтической коррекции является высокоэффективной в лечении патологической мастурбации и связанной с ней сексуальной дисфункции у мужчин и женщин.

Е.В. Висоцька

ШЛЯХИ І МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ МАСТУРБАЦІЇ

Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Представлено розроблену автором високоефективну систему психотерапевтичної корекції патологічної мастурбації і зв'язаної з нею сексуальної дисфункції в чоловіків і жінок. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 88-91)

E. V. Vysotskaya

WAYS AND TECHNIQUES OF PATHOLOGIC MASTURBATION PSYCHOCORRECTION

Chernovtsy regional psychiatric hospital

There is presented a developed by author high-effective system of psychotherapeutic correction of pathologic masturbation and sexual disfunction connected with it in men and women. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 88-91)

Литература

1. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.
2. Келли Гэри Ф. Основы современной сексологии: Пер. с англ. – С.Пб: Питер, 2000. – 896с.
3. Сексология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576с.

4. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. – Boston, 1970. – 407р.
5. Карнеги Д. Как завоевывать друзей ... : Пер. с англ. – Донецк: Сталкер, 2003. – 560с.
6. Е.В.Висоцькая. Психокоррекция патологической мастурбации.

Поступила в редакцию 22.05.2004

УДК 616.895-036

*А.А. Токман***ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЛИКА ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ АВАРИЙ В ШАХТЕ**

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: шахтеры, эксплозивность, соматизированные расстройства, депрессия, тревога, ипохондричность

Аварии и катастрофы обычно являются сверхсильными раздражителями, вызывающими нарушение психического и психологического уровня [1]. Вместе с тем, в последнее десятилетие резко увеличилось количество катастроф [2], в том числе и катастроф на угольных шахтах. Так, по данным ряда авторов только в первом полугодии 2002 г. на предприятиях угольной промышленности Украины произошло 85 аварий, при этом большая часть из них отмечалась в Донбассе [3].

Осуществленный группами ученых клинико-динамический анализ последствий в психопатологическом и психологическом облике пострадавших позволил выявить определенную последовательность расстройств [4], су-

ществуют также работы, в которых обращено внимание на особенности личности, способствующие развитию посттравматических стрессовых расстройств [5-7], однако эти работы преимущественно касались вооруженных сил и ликвидаторов последствий аварий взрыва на ЧАЭС. Вместе с тем для Донецкого региона не менее актуально и изучение последствий аварий, совершившихся в угольной промышленности, однако в доступной литературе не обнаружено произведенного на большом материале детального изучения психологами данного вопроса. В связи с этим была поставлена цель изучить психологический облик шахтеров, пострадавших в авариях угольной промышленности.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 178 мужчин в возрасте от 19 до 45 лет, пострадавших во время аварии в шахтах Луганской области. Данные лица неоднократно обследовались с помощью метода интервьюирования, а также широко известного стандартизированного мето-

да исследования личности (СМИЛ). Исследование проводилось спустя 1-10 лет после прошедшей катастрофы. Обращалось особое внимание на динамику психологических изменений, происходящую у пострадавших с течением времени, последующим за аварией.

Результаты исследования и их обсуждение

Как показали результаты исследования, в первые 3 года после случившейся катастрофы у пострадавших в 22% случаев выявлен акцент по 2-й шкале, что отражает «пессимистический» или депрессивный профиль. При этом в большинстве случаев пик по 2-й шкале достигал уровня 70Т и даже превышал этот уровень, что подчеркивало депрессивный тип реагирования, а также то обстоятельство, что катастрофа резко нарушила привычный ход жизни и перечеркнула планы на будущее у пострадавшего. Высокий подъем по 2-ой шкале сочетался с низкими показателями (ниже 45 баллов) по 9-й шкале, что свидетельствовало о патологическом снижении уровня оптимизма и жизнелюбия и зас-

тавляло психолога насторожиться в отношении риска суицидальности обследуемого. Эти пострадавшие становились пациентами психиатрических клиник. Они нуждались в специальном наблюдении и помощи. Помимо психокоррекции поведения им необходимо было проведение и медикаментозной терапии.

Все это безусловно затрудняло социальную адаптацию потерпевших, что отражалось в низком уровне нулевой шкалы.

В 78% случаев самыми высокими являлись показатели седьмой шкалы, они выходили за пределы нормы и отражали преобладание тревожной личностной позиции. Данная позиция весьма ярко проявлялась в поведении потерпев-

ших. Они почти не выходили из дома, были равнодушны к повседневным проблемам, избегали общения.

Все их мысли и чувства были заняты грядущими неприятностями. Они прислушивались к своему учащенному дыханию или сердцебиению, мучили родственников описанием ожидаемых несчастий, по ночам плохо спали (из-за выраженной тревоги), становились суетливыми, бестолковыми, обидчивыми. Оптимизм окружающих, их планы, перспективы на будущее – вызывали у потерпевших лишь раздражение. Казалось, что они наслаждаются своим горем, отвергают помощь, не могут ни о чем другом говорить, кроме гибели товарищей и своих увечьях. Любая тема, затронутая окружающими, возвращалась к взрыву на шахте и ожидаемым неприятностям. Тревога по поводу их будущего, будущего их семьи нарушала социальную адаптацию. Они не боролись за свое будущее, они лишь тревожились, и тем самым затрудняли общение с собой и затрудняли возможность оказать им помощь.

Как показало наблюдение, с течением времени психологический профиль пострадавших претерпевал определенные изменения.

Так, спустя 4-6 лет в большинстве случаев (64%) у потерпевших превалировал уже не тревожный, а так называемый «ипохондрический» профиль, при этом отмечались высокие показатели (выше 70Т) по 1-й шкале. При этом тревога касалась не отдельно будущего, а охватывала сиюминутное состояние здоровья потерпевшего. Если в предыдущие годы у шахтера превалировала тревога, приводящая к значительному учащению пульса, и дыхания, то в последующие годы, напротив, любое учащение пульса и дыхания, даже физиологически обоснованное, приводило к тревоге по поводу состояния их здоровья. При этом пострадавшие начинали обнаруживать у себя множество несуществующих болезней, ужасаться быстрому, по их мнению, приближению смерти, назойливо искать помощи у врачей и родственников. Личность становилась несколько более грубой, примитивной и эгоцентричной. Собственные проблемы к этому времени начинали их волновать больше, чем заботы о других людях, и даже больше чем гибель их товарищей.

К этому времени у пострадавших изменялась направленность отрицательных эмоций. Они больше не обвиняли себя, не искали своей смерти. По-прежнему основной темой их бесед служит катастрофа, но теперь они сосредоточены

на том ущербе, который лично им принесла данная катастрофа. У пострадавших появляются всевозможные неприятные ощущения в различных участках организма, что дает им основание заподозрить страдания от тяжелых заболеваний. Этот период жизни пострадавших обычно посвящен лечению от действительных и мнимых заболеваний, определению уровня трудоспособности, установлению регресса, поисками «справедливости». Объектом обвинения в выше указанном посттравматическом сроке является не сам пострадавший. В предыдущем периоде шахтер находил множество недостатков у самого себя, а на данном этапе объектом обвинения является достаточно абстрактное понятие, называемое «начальством».

Спустя 7-10 лет после происшедшей катастрофы лишь 39% пострадавших продолжали работу и были социально адаптированы. У данных лиц отмечался гармоничный профиль, ни один из показателей не был выше 60Т.

Однако в 61% случаев у пострадавших именно в этом временном периоде отмечался высокий пик профиля (свыше 75Т) по 4-й шкале, что свидетельствовало о развитии психопатических черт у бывших шахтеров, т.е. изменения личности, начавшиеся на предыдущем временном отрезке, усиливались. Пациенты не только уходили в болезнь, анализируя и выискивая у себя различные патологические проявления, но и становились все более несдержанными, раздражительными, вспыльчивыми и brutальными.

При этом в 37% случаев отмечалось сочетание высокой 4-й шкалы с высокой 6-й, при низкой 2-й, 7-й и 0-й, что отражает взрывной тип реагирования с частыми неконтролируемыми реакциями дезадаптации.

В 24% случаев неврогические соматизированные расстройства у потерпевших продолжали усугубляться.

У лиц с данным профилем ригидность, обидчивость, недовольство окружающими сочетались с вегетативной нестабильностью. Пострадавшие ощущали боли в разных частях тела, в том числе и головные. Их беспокоили сердцебиение, головокружение, повышенная потливость, колебания артериального давления. По заключению специалистов данные неприятные ощущения были спровоцированы дисбалансом вегетативной нервной системы, обусловленным перенесенным во время катастрофы стрессом. При этом акцент по 4-й шкале сочетался с так называемой «конверсионной пятеркой», которая включает акцент по 1-й и 3-й шкале, с относи-

тельно низкой 2-й. Указанное сочетание отражало яркость эмоциональных проявлений пострадавших при некоторой поверхностности демонстрируемых чувств. У этих пострадавших, несмотря на постоянные рассказы о происшествии, достаточно редко отмечались сновидения, связанные с трагическими событиями. Бесконечные рассказы о трагедии изобиловали все новыми подробностями, характеризовавшими шахтеров героями и спасителями.

Пострадавшие были уверены в том, что окружающие (администрация, коллеги) были виновниками их несчастья, и последствия аварии, нанесшей урон их материальному и физическому благополучию, также должен был ликвидировать кто-то, но не они сами, они не хотели прилагать усилия даже для собственной реабилитации, работали плохо, полностью отрицали свои недостатки в работе, отличались повышенной чувствительностью лишь к собственным проблемам. У них преобладали ригидные установки, низкая откликаемость на проблемы социального микроклимата, эгоцентризм.

Они не замечали своих недостатков, собственные нарушения, способствовавшие катастрофе, быстро забывались. Чужие погрешности приобретали неоправданно большое значение, всячески подчеркивались ими, муслировались. Фантазия и вымыслы потерпевших переплетались с реальностью, т.е. наблюдались все признаки истерических (диссоциативных) расстройств.

По истечению 10 лет после катастрофы вырисовывалась этапность симптоматики, а именно, депрессия сменялась ипохондрией, затем психопатическими расстройствами с преобладанием эксплозивных либо астенических черт личности.

Был проведен корреляционный анализ между закономерностями изменения психологического облика шахтеров, перенесших травму, и их возрастом, образованием, стажем работы, тяжестью психотравмирующей ситуации, наличием соматической патологии, полученными во время аварии увечьями, периодом времени, прошедшим после аварии, преморбидными демонстративными, преморбидными эксплозивными, преморбидными психастеническими, преморбидными лабильными, преморбидными гипертимными, преморбидными шизоидными, преморбидными сенситивными, преморбидными неустойчивыми особенностями личности, преморбидной конформной невротической конституции, поддержкой родных, материальным благо-

получением, резидуально-органической почвой в виде перинатальной патологии.

При этом выяснялось, что изменение психологического облика пострадавших шахтеров преимущественно коррелировало с тяжестью психотравмирующей ситуации ($r=0,841$), с преморбидными демонстративными чертами характера ($r=0,849$), преморбидно эксплозивными чертами ($r=0,853$), с повышенной преморбидной невротической конституцией ($r=0,842$), преморбидными тревожно-мнительными чертами ($r=0,809$).

СМИЛ проводили не только у непосредственно потерпевших, но и у их родственников. При этом также как и у потерпевших обращали внимание на давность происшедшей катастрофы. Однако у родственников потерпевших, в отличие от самих потерпевших, психологический облик не изменялся в зависимости от давности аварии. Однако имелись существенные различия в психологическом облике родственников потерпевших до и после случившейся трагедии.

Интервьюирование выявило, что до катастрофы родственники потерпевших имели самые разнообразные черты характера, были социально адаптированы и вели упорядоченный образ жизни.

Они не отмечали у себя ни повышенной тревожности, ни воинственности. Однако в 39% случаев после катастрофы у родственников потерпевших появилось постоянное ожидание несчастья, утрированное беспокойство по поводу судьбы близких, страх смерти.

На профиле СМИЛ выявлялся высокий пик по 7-й шкале (80Т и выше), выявляющий «свободноплавающую» тревогу.

В 32% у родственников потерпевших отмечалась высокая 6-ая шкала, 9-ая и 4-ая, что отражало профиль так называемых «правдоискателей».

В быту и на производстве это проявлялось постоянным поиском различных льгот, вытекающих из происшедшей катастрофы. Сразу же после катастрофы они также как все были потрясены случившимся. Но несчастье не только не уменьшило, а напротив, подхлестнуло их активность, и они начали бороться за права потерпевших и свои права, преодолевая множество препятствий. В конце концов преодоление этих препятствий стало являться одной из самостоятельных целей для этих исследуемых. Псевдоцели становились для них доминантными. Говоря языком гештальттерапевта, фигура и фон менялись местами.

В 29% случаев психологический облик родственников пострадавших не изменялся, они волновались по поводу судьбы близких, оставшихся работать в шахте, но вели прежний образ жизни и в психологическом плане у них не выявлялось никаких особенностей.

При проведении корреляционного анализа между закономерностями изменения психологического облика родственников шахтеров, перенесших травму, и их возрастом, образованием, стажем работы, тяжестью психотравмирующей ситуации, наличием соматической патологии, увечьями, периодом времени, прошедшим после аварии, преморбидными особенностями личности, поддержкой родных, материальным благополучием не обнаружилось достоверной корреляции ни с одним из вышеуказанных показателей.

У потерпевших в результате аварии на шахте отмечается этапность изменения психологического облика в зависимости от длительности времени, прошедшего после аварии, при этом деп-

рессия и тревога, сменяются ипохондричностью, затем возникают психопатоподобные изменения характера в виде эксплозивности либо невротические соматизированные расстройства. Выраженность привнесенных травмой изменений психологического облика шахтера зависит от восприятия психической травмы, при этом значительную роль играет массивность катастрофы ($r=0,841$), и определенные преморбидные характерологические особенностями личности в виде демонстративности ($r=0,849$), эксплозивности ($r=0,853$), тревожно-мнительности ($r=0,809$) и невротической конституции ($r=0,842$).

Для родственников пострадавших в шахте авария также имела очень большое значение, в 71% изменившее их психологический облик и привнесшее прежде не характерные тревожные и паранояльные черты. Факторы, наиболее способствовавшие данным изменениям, не были обнаружены.

А.О. Токман

ЗМІНИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВИГЛЯДУ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД АВАРІЙ НА ШАХТІ

Луганський державний медичний університет

Під нашим наглядом було 178 шахтарів. Дані особи обстежувались за допомогою методу інтерв'ювання, а також СМОО. Дослідження проводилось через 1 – 10 років після аварії. У потерпілих відмічалась етапність зміни психологічного вигляду в залежності від плин часу, який пройшов після аварії, при цьому депресія і тривога змінюються іпохондричністю, потім виникають психопатоподібні зміни характеру у вигляді експлозивності або невротичних соматизованих розладів. Для родичів постраждалих у шахті аварія також мала дуже велике значення, у 71% змінивши їхній психологічний вигляд і привнесло раніше не характерні тривожні та паранояльні риси. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 92-95)

А.А. Токман

CHANGES OF PSYCHOLOGICAL SHAPE OF THE PERSONS INJURED OF FAILURES IN SHAFT

Lugansk state medical university

Under our supervision there were 178 miners. The given persons were surveyed with the help of a method of interviewing, and also SMIL. Research was carried out later 1-10 years after having place accident. It was paid special attention to dynamics of psychological changes occurring at victims eventually, the subsequent behind failure. At victims it was marked changes of psychological shape depending on duration of time past after failure, thus depression and alarm, are replaced hypochondrik, then arise psychopatic changes of character as agressiv or neurotic psychosomatic frustration. For relatives of victims in shaft failure also had very much great value, in 71 %, changing their psychological shape and introduced before not characteristic disturbing and paranoid features. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 92-95)

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Типология и клиническая динамика ПТСР // Российский психиатрический журнал. – 2001 - № 5 – С. 19-23.
3. Шуруп Г. На страже закона // Охрана труда – 2003 - № 1 – с. 37-38.
4. Посттравматичні стресові розлади : діагностика, лікування, реабілітація // Методичні рекомендації під ред. П.В. Волошина / Харків – 2002 – 47 с.
5. Абрамов А.В., Омелянович В.Ю. К вопросу об

использовании психофизиологических методов исследования в диагностике аутодеструктивного поведения у больного с посттравматическим стрессовым расстройством // Суїцидологія. Теорія та практика. – Київ. – 1998. – С. 160-162.

6. Титиевский С.В. Факторы, связанные с радиационным воздействием, при пограничных психических расстройствах у шахтеров ликвидаторов последствий на ЧАЭС // Вісник психічного здоров'я – 1999 - №1 – С.19-21.

7. Марчук Т.С. Типи дебютів і перебігу посттравматичних стресових розладів та стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання (клініка, діагностика). Автореф. дис. канд. мед. наук. К – 2003 – 20 с.

Поступила в редакцию 23.05.2004

УДК 616.89-008:616.85:616.831

*М.І. Пітик, О.М. Пітик, І.І. Краснопольська***ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ**

Івано-Франківська державна медична академія

Ключові слова: депресивні розлади, механізми психологічного захисту, дисциркуляторна енцефалопатія, психотерапія

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я частота депресивних розладів, відповідно до критеріїв МКХ-10, серед жителів Землі становить 3-4%, що означає, що від 120 до 160 мільйонів людей страждає на депресивні розлади і потребує лікування [1]. Актуальність дослідження цієї проблеми зумовлена як поширеністю депресивних розладів, так і суттєвим впливом цієї патології на якість життя та соціальне функціонування людини, а також найбільшим рівнем суїцидів серед цієї категорії хворих [2, 3]. Серед пацієнтів, що знаходяться під наглядом загальної медичної служби в Україні, 20-30% страждають на ті чи інші депресивні розлади [4]. Варто також враховувати, що коло пацієнтів, які потребують психіатричної, психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги, постійно розширюється за рахунок тих осіб, в яких пограничні психічні розлади виникають

у зв'язку із соціально-кризовими ситуаціями [5, 6]. Останнім часом відмічається тенденція до зростання різноманітних атипових варіантів афективних розладів [7].

Патогенез депресивних розладів має складний, багаторівневий характер і відповідно в основу сучасних медикаментозних та немедикаментозних методів лікування хворих з депресивними розладами різноманітної етіології покладена корекція патогенетичних механізмів, які лежать в основі цих розладів [8, 9, 10]. В останні роки багато досліджень присвячені пошуку більш сучасних і безпечних методів лікування депресії органічного генезу [11, 12].

Метою роботи було дослідження патопсихологічних особливостей, механізмів психологічного захисту та якості життя при депресивних розладах у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію та пошук шляхів корекції вказаних розладів.

Матеріал та методи дослідження

Нами було обстежено і проліковано 18 осіб з депресивними розладами непсихотичного регістру, які приймали участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС в 1986-1989 роках. Дослідження проводилось на базі неврологічного відділення обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська під час лікування або експертного обстеження хворих. Всі обстежені – чоловіки у віці від 39 до 52 років і до участі в ліквідації наслідків аварії були практично здоровими людьми. У всіх хворих був встановлений діагноз дисциркуляторної енцефалопатії I і II ступеня важкості. Використовували наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, який доповнювався струк-

турованим інтерв'ю, експериментально-психологічні методики («рахунок по Крепеліну», «відшукування чисел по таблицях Шульте», проба на запам'ятовування 10 слів, тобто досить чутливі в плані виявлення порушень пам'яті, працездатності, уваги, цілеспрямованої вольової активності методики, шкала Спілберга-Ханіна, тест кольорових виборів Люшера, ММРІ), визначення якості життя по шкалі Карповського. Для оцінки ефективності лікування стан обстежених оцінювався за 4-бальною системою: 0 – симптоми відсутні, 1 – легка ступінь вираженості симптому, 2 – помірна ступінь вираженості симптому, 3 бали – виражені розлади.

Результати дослідження та їх обговорення

Депресивні розлади, виявлені нами у обстежених осіб, були співвіднесені з шифром за МКХ-10 F06.3 – органічні афективні розлади.

Вони виникали на фоні астенічної симптоматики, яка носила характер церебральної астенії і була співвіднесена з шифром F06.6 за МКХ-10

(органічний емоційно-лабільний розлад). Особливістю депресивних розладів було те, що вони не досягали рівня важких з вираженим депресивним афектом і супроводжувались в тій чи іншій мірі апатичними проявами. З'являлись песимістичні погляди на життя, почуття безцільності, безперспективності існування, втрата змісту буття, зниження ініціативи і втрата здатності отримувати задоволення від життя (ангедонія); підвищена втомлюваність, розсіяність уваги, неможливість сконцентруватись доповнювали клінічну картину. Поряд із зниженим афектом у хворих були встановлені зниження інтересів, енергійності і працездатності, байдужість, відсутність спонукань до діяльності, схильність до заниженої самооцінки і почуття впевненості в собі і своїх силах, в поодиноких випадках – ідеї винуватості, малоцінності, які не досягали психотичного рівня. У 5 хворих (27,8%) на висоті депресивного афекту з'являлись нестійкі ідеї винуватості, депресивна інтерпретація попереднього життєвого досвіду, окремі суїцидальні думки, які носили амбівалентний характер. У 8 (44,4%) хворих спостерігались прояви радіофобій і нозофобій. У 4 (22,2%) хворих депресивні розлади поєднувались з невдоволенням, подразливістю, прискіпливістю, гнівливістю, схильністю до афективного реагування. У всіх хворих були наявні диссомнічні розлади (порушення переважно нічного сну, який ставав поверхневим з частими пробудженнями і супроводжувався афективно насиченими, тривожними і страхітливими сновидіннями). Баланс між окремими епізодами легкого депресивного стану і періодами відносно звичайного стану був дуже варіабельним. Самі хворі вказували на тижні або дні, які вони розцінювали як нормальні, але більшу частину часу вони відчували поганий настрій, зниження енергійності, працездатності, втомлюваність: зі слів хворих «все стало дуже важким», «ніщо не приносить задоволення», «зовнішній світ втомлює», «немає ніяких перспектив на майбутнє», «існування безцільне», те, що раніше мало значення, втратило свою цінність.

У всіх обстежених хворих виявлялись тривожні розлади різного ступеня вираженості (F06.4). Ці прояви носили скоріше немотивований характер, почуття були дифузними, без конкретного змісту, хоча виявлялась тенденція до їх проектування на найближче оточення. Хворі виражали неспокій з приводу здоров'я і долі близьких і рідних, хвилювання і занепокоєння перед майбутніми невдачами, були суєтливими

і непосидючими, стверджували, що не можуть «розслабитись», заспокоїтись, з'являлась схильність до тужливих роздумів, інтрапсихічна переробка власних відчуттів. Внутрішнє хвилювання було більш виражене в вечірній і нічний час і значно посилювалось у випадках наявності психотравмуючих чинників і фруструючих ситуацій.

Як правило, безпредметна дифузна тривожність поступово проектувалась на найближче оточення. Хворі скаржились на відчуття внутрішнього неспокою, психологічного дискомфорту, виражали занепокоєність власним здоров'ям і здоров'ям близьких та рідних, надмірно хвилювались при найменших неприємностях та при незначних змінах в звичному стереотипі життя. Звертала на себе увагу тенденція до коливання рівня тривожності в залежності від обставин, і він наростав під вечір, при відсутності поряд рідних і близьких людей. Всі хворі критично ставились до немотивовано високої тривожності і часто стверджували, що скоріше за все мова йде про зміну їхнього відношення до оточуючого світу, про хворобливі відчуття, так як об'єктивно, очевидно, все залишилось як раніше і нічого не змінилось.

В процесі клініко-анамнестичного обстеження, структурованого інтерв'ю і на основі аналізу домінуючих механізмів психологічного захисту у досліджених хворих нами було встановлено нарцисичний (27,7%), депресивний (33,3%), параноїдний (22,2%), obsесивно-компульсивний (16,6%) типи особистісної організації. Більшість високофункціональних людей, а саме такими особистостями були обстежені нами пацієнти до захворювання, не вкладаються в рамки якогось одного типу особистісної організації, як правило, має місце комбінація особистісних типів. Однак завжди можна виділити тенденції, які переважають. Саме тому, переважання того чи іншого особистісного радикала дозволило нам говорити про типи особистісної організації обстежених пацієнтів.

Найбільш частим механізмом психологічного захисту у хворих з депресивним типом особистісної організації була інтроекція – безсвідомо інтерналізація мотивів, потягів і вчинків інших, старих об'єктів любові. Ці обстежені тривало замислювались і прокручували в думках всі події, пов'язані з аварією, чому і яким чином вони опинились серед осіб, які приймали участь в ліквідації наслідків аварії, яким чином вони могли б уникнути цього, і в решті приходили до висновку, що вони чимось провинились перед

рідними, близькими, суспільством. Аналогічно у хворих з депресивною симптоматикою функціонував інший, менш архаїчний механізм захисту – обернення проти себе: у травмуючих і фруструючих ситуаціях з'являлось переконання, що джерело невдачі і всіх неприємностей і захворювань знаходиться в собі. Нарцисично організовані пацієнти найчастіше використовували ідеалізацію з подальшим знеціненням. Виражений конфлікт між перфекціоністськими вимогами і зниженням адаптивних можливостей на біологічному рівні, провал життєвих планів супроводжувались у них переживанням глибокого дефекту з включенням депресивного процесу. Оскільки пацієнти з обсессивно-компульсивною організацією особистості чи аналогічним радикалом в структурі іншої особистості були в преморбіді високофункціональними людьми і належали до невротичного рівня організації особистості, то зазвичай вони віддавали перевагу використанню зрілих форм сепарації афекту від когніції – раціоналізації, моралізації, інтелектуалізації. Однак в умовах біологічного зниження адаптивних можливостей ці захисні механізми набували вкрай ригідного і неадаптивного характеру, посилювали примирення і капітуляцію перед хворобою та її наслідками, очікування невдалого лікування і подальшого погіршення здоров'я, що також сприяло виникненню афективних розладів. У обстежених з параноїдною структурою особистості проекція (коли усі внутрішні негативні, неприйнятні якості і афекти розцінюються як загроза ззовні) була центральним і базовим механізмом захисту. Постійно існуюча внутрішня напруженість, дисфоричний відтінок настрою, недобррозичливість і похмурість, надмірна вимогливість до оточуючих, в поєднанні з таким захистом як проекція створювали тло для постійної роздратованості, запальності, вибуховості. Вказаний механізм захисту формував негативно забарвлені думки в недостатньо гарному відношенні, уявлення про провини суспільства і оточуючих в своїх хворобах, звинувачення їх у власних негараздах, особливо негативне ставлення до громадських установ.

Результати експериментально-психологічного дослідження свідчили про формування у цих хворих ознак підвищеної виснаженості, порушення розумової працездатності, уривчастого характеру та лабільності продуктивності їх діяльності. Зокрема, при виконанні методики «відраховування» затрати часу на кожну рахункову операцію різко коливались і розподілялись нерівномірно. Динаміка темпу сенсомоторних

реакцій за методикою «відшуковування чисел по таблицях Шульте» відображалась зигзагоподібною кривою. Динаміка оперативної пам'яті мала такий вигляд: перша проба – 5, друга проба – 6 і далі відповідно 9, 8, 8, 7 слів через півгодини. Нерівномірність темпу роботи, явища виснаженості найбільш наглядно виступали в 3 субтесті психічного контролю. Порушення концентрації та об'єму активної уваги чітко простежувались в «рахунку по Крепеліну» – помилки в рахунках, при використанні методики «відраховування» – значні помилки в десятках, по таблицям Шульте – пропуски окремих чисел, заміна чисел на подібні, в тесті візуальної репродукції – набирали 6-7, рідко 9 балів із 14 можливих.

Вивчення профілів особистості по ММПІ виявило наявність невротичної тріади (підйом по шкалах 2, 1, 3) з ведучим піком по другій шкалі (90Т балів) та одночасним підйомом по 7 шкалі до 85Т балів, що свідчить про наявність депресії з напруженням, тривогою, безсонням, підвищенням розумової втомлюваності, втрату продуктивності, впевненості в собі. Хронічно існуюче почуття дискомфорту і невпевненості, обережність, наявність вини і комплексу неповноцінності супроводжувались апатичними проявами і зосередженням на своєрідних соматичних скаргах. Розташування 4 шкали над рівнем 70Т балів поряд з підйомом по 7 шкалі підтверджує коливання настрою, емоційну лабільність, низьку стресорезистентність, риси залежності. Тріада тривоги була піднята вище 80Т балів, що свідчить про третій ступінь тривожності. Такий рівень тривожності в сукупності з високими показниками депресії свідчить про невротоподібний (вторинний) її характер, ні в одному випадку не спостерігали вираженої депресії, що могло б бути основою для судження про її ендогенну природу. З цими даними співпадають результати використання опитувальника Спілбергера-Ханіна: 50-60 балів, що також вказує на високий рівень особистісної та реактивної тривожності.

При обстеженні за допомогою тесту Люшера було виявлено відторгнення основних кольорів і висока ймовірність появи на перших позиціях кольорів 7, 0, 6. Ці дані свідчили про те, що обстежені вважали свою ситуацію безнадійною, шукали захисту від подразнення, демонстрували бажання відійти від проблем, заспокоїтись, відвернутись від життя з гірким почуттям відрази до себе, не вірили в реальність надій, цілеспрямована діяльність стала для них джерелом тривоги, стресу, пригніченості.

При визначенні якості життя по шкалі Кар-

повського обстежених пацієнтів 55,6% були здатні піклуватися про себе, однак не могли вести звичайний спосіб життя або працювати (параметр №4), 44,4% пацієнтів часто потребували зусилля для нормального образу життя (параметр №3).

Базисне лікування включало антиоксиданти, антигіпоксанти, вазоактивні препарати, середники нейрометаболічної дії, а також специфічну психофармакотерапію – сучасний антидепресант із групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну флуоксетин, який призначався в дозах 20–60 мг на добу в залежності від вираженості розладів на протязі 4-х тижнів. При застосуванні флуоксетину побічних ефектів нами не спостерігалось.

Була проведена індивідуальна когнітивно-поведінкова та клієнт-центрована групова психотерапія, основана на принципах К. Роджерса 11 хворим (основна група), 7 хворим (група порівняння) психотерапія не проводилась. Достовірної різниці між вираженістю депресивних розладів в основній групі і групі порівняння до призначення лікування не було ($p > 0,05$). Індивідуальна психотерапія проводилась з частотою 2-3 рази на тиждень на протязі 5 тижнів, групові заняття проводились з частотою 2 рази на тиждень.

Виходячи із специфіки індивідуальної психотерапії, її завдання були визначені наступним чином: усвідомлення і ідентифікація негативних способів інтерперсональної поведінки, неконструктивного характеру ряду відношень, установок, емоційних і поведінкових реакцій і їх зв'язок з різними психогенними впливами; надання емоційної підтримки, навчання подолання алекситимії і вербалізації своїх почуттів, що сприяє модифікуванню відношень, способів переживання, сприйняття відношень з оточуючими, розвитку більш гнучких схем реагування; корегування неадекватних реакцій і поведінкових стереотипів на основі нових когнітивних досягнень і можливостей.

Під час когнітивно-поведінкової терапії увага зосереджувалась на специфічних проблемах. За мету ставилось видозмінення негативних або само руйнівних автоматичних розумових процесів і сприйняття, які сприяли збереженню симптомів емоційних розладів. Між пацієнтом і терапевтом будувались співтовариські, майже колегіальні відносини. Терапевт не робив вигляд, що знає думки і почуття пацієнта, але пропонував йому самому дослідити і критично оцінити їх. Пацієнти таким чином як би самі вирішували

свої проблеми; вони здобували безпосереднього доступу до патернів сприйняття і мислення, які інтенсифікували неадекватні почуття і моделі поведінки, і вони ставали здатні самі змінювати ці патерни. Були використані такі методи поведінкової терапії, як реактивна експозиція і когнітивна інтервенція.

Групова терапія доповнювала індивідуальну, тут продовжувалась аналітична робота з пацієнтами. Техніка клієнт-центрованої психотерапії включала в себе перефразування важливих висловлювань, відображення важливих висловлювань, прояснення свідомого досвіду (дослідження разом з пацієнтом всього невизначеного, незрозумілого, протиречивого або незакінченого в інформації, яку він надавав), а також елементи конфронтації (звертання уваги пацієнта на ті аспекти його взаємодії з терапевтом, які вказували на невідповідність в функціонуванні, отже, ті аспекти, де працюють захисні механізми, мають місце протиречиві Я і об'єкт-репрезентації і знижено усвідомлення реальності) і інтерпретації (дослідження походження скритих активізованих конфліктів, природи діючих захисних механізмів, пов'язання актуальної поведінки пацієнта з його глибинними мотивами, тривогами, конфліктами), інтерпретації переносу (пов'язання того, що відбувалось з пацієнтом під час сеансу психотерапії з тим, що відбувалось з ним в минулому, прикладання всіх перерахованих аспектів техніки до актуальної взаємодії пацієнта і терапевта).

Результати лікування приведені в таблиці 1. Встановлено, що позитивний ефект від лікування спостерігався і в основній групі і в групі порівняння, однак при застосуванні психотерапії він виявлявся більш вираженим. Співставлення цих даних свідчить про складну взаємодію медикаментозного лікування та психотерапії при депресивних розладах у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію. Після проведеного лікування оцінка якості життя пацієнтів по шкалі Карповського показала, що в основній групі 18,2% пацієнтів були в стані вести звичайний образ життя з незначними проявами симптомів захворювання (параметр №2), а в групі порівняння збільшилась кількість пацієнтів, які потребували зусилля для нормального образу життя (параметр №3) з 45,5% до 71,4%. Це підкреслює необхідність застосування сучасних антидепресантів із групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну в комплексі з когнітивно-поведінковою та клієнт-центрованою психотерапією при депресивних розладах

у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією.

В літературі останніх років вказується на те, що при лікуванні органічних, в тому числі судинних депресій, широко використовуються антидепресанти із групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну в комплексі з транквілізаторами, препаратами, які покращують мікроциркуляцію в церебральному судинному руслі, ноотропами, нейрометаболічними препаратами [9]. Показана ефективність застосування антидепресантів нового покоління при лікуванні депресивних розладів у хворих з судинною патологією [13]. Підкреслюється також необхідність застосування багатоетапної психотерапії при неврозоподібних розладах [14].

Ефективність застосування когнітивно-біхевіоральної терапії при лікуванні депресивних розладів була показана іншими авторами [15] по відношенню до зниження частоти та вираженості резидуальних симптомів депресії. Встановлено, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з післятравматичним стресовим розладом сприяє редукції депресивної симптоматики (зміна заниженої самооцінки в бік підвищення, розширення соціальних контактів, підвищення рівня впевненості в собі, зменшення ознак ізолюваності), що свідчить про розширення адаптаційних ресурсів особистості і має прогностичне значення для подальшого протікання захворювання [16].

Таблиця 1

Ступінь вираженості (в балах) депресивних розладів у обстежених пацієнтів до і після лікування

Клінічні групи	До лікування	Після лікування	p
Основна група (n = 11)	1,82 ± 0,13	1,09 ± 0,09	< 0,001
Група порівняння (n = 7)	1,50 ± 0,25	1,25 ± 0,22	< 0,05

Таким чином, флуоксетин в комплексі з когнітивно-поведінковою і клієнт-центрованою психотерапією можуть бути успішно використані в лікуванні депресивних розладів у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію. Разом з цим, необхідно підкреслити, що терапія вказаних психічних розладів має носити комплексний характер з врахуванням співвідношення біологічних і соціально-психологічних факторів в структуруванні клінічної картини. Саме комплексна терапія сприяє підвищенню адаптаційних можливостей на біологічному і психологічному рівнях, покращує самопочут-

тя і соціально-психологічну адаптацію особистості, покращує якість життя хворих. Медикаментозні методи впливу на симптоматику мають включати в себе застосування препаратів, які володіють антиоксидантними, метаболічними, возоактивними властивостями, а також індивідуально підібрану комбінацію психотропних середників. Психотерапія обов'язково повинна бути включена в комплекс лікувальних заходів, вона сприяє відновленню рівня ідентичності, виробленню більш адекватних форм поведінки, розширенню адаптаційних можливостей особистості.

Н.И. Питык, Е.Н. Питык, И.И. Краснополякая

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Ивано-Франковская государственная медицинская академия

Целью работы было исследование патопсихологических особенностей, механизмов психологической защиты и качества жизни при депрессивных расстройствах у больных дисциркуляторной энцефалопатией та поиск путей коррекции указанных расстройств. Представлены результаты клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования 18 пациентов с депрессивными расстройствами. Показано целесообразность применения флуоксетина в комплексе с индивидуальной когнитивно-поведенческой и клиент-центрированной групповой психотерапией при указанных расстройствах. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 96-101)

PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES, MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS WITH DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Ivano-Frankivsk state medical academy

Aim of the work was the investigation of pathopsychological features, mechanisms of psychological protection and quality of life in depressive patients with dysirculatory encephalopathy and ways of correction. The results of clinico-psychopathological and experimental-psychological investigation of 18 depressive patients are given. The expediency of fluoxetine in the complex with individual cognitive-behavioral and client-centered group psychotherapy application was shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 96-101)

Література

1. Депресії в загальномедичній практиці: методичні матеріали / Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Пішель В.Я., Блажевич Ю.В., Дружинська О.В. / під ред. С.І. Табачнікова, І.Й. Влох – К., 2002.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 398 с.
3. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. // Мед. информ. агентство. – М., 2002. – 155с.
4. Игнатов М.Ю., Маркова М.В., Гриневич Е.Г. К вопросу о месте социальной психиатрии в общемединской практике // Журнал практического врача. – 2002. – №1. – С.8-10.
5. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / Табачніков С.І., Гриневич Є.Г., Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башинська І.М. // Архів психіатрії. – 2002. – №1 (28). – С.5-8.
6. Табачніков С.І., Ігнатов М.Ю., Маркова М.В. Психічне здоров'я населення України з точки зору фахівців соціальної психіатрії // Охорона здоров'я України. – 2002. – №78 (4). – С.14-17.
7. Ревенок А.А. Комплексное использование антидепрессантов химического и растительного происхождения при лечении больных с депрессивными расстройствами // Архів психіатрії. – 2001. – №4 (27). – С.176-179.
8. Пішель В.Я., Літвінов В.Б., Хоменко О.О. Нейробиологія депрессивних розладів // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1 (32). – С.49-52.
9. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. – Харьков: "Торнадо", 2003. – 350с.
10. Ian C. Reid and Caroline A. Stewart. How antidepressant work. New perspective on the pathophysiology of depressive disorder // British Journal of Psychiatry. – 2001. – №178. – P.299-303.
11. Влох І.Й., Животовська Л.В., Степаненко Л.В., Петрина Н.Ю., Мельник Д.В. Досвід застосування препарату деривон при лікуванні хворих з депресивними розладами судинного генезу // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1 (32). – С.81-83.
12. Wiart L., Petit H., Joseph P.A., Mazaux J.M., Barat M. Ffluoxetine in early poststroke depression. A double-blind placebo-controlled study // Stroke. – 2000. – 31. – P.1829-1832.
13. Казакова С.Е. Варианты депрессивных расстройств у больных с сосудистой патологией // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1 (32). – С.79-81.
14. Морозов А.М. Неврозоподобные расстройства и психотерапия при малых радиационных поражениях. – К.: Изд. "Логос", 1996. – 132с.
15. Казьмина О.Ю., Олейчик И.В., Зезюля Т.Н., Крылова Е.С. Когнитивно-бихевиоральная терапия резидуальных симптомов депрессии юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т.102, №9. – С.22-26.
16. Болотов Д.М. Эффективность применения когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с ПТСР // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т.11, вип.2 (53). – С.43-45.

Поступила в редакцию 11.05.2004

УДК 616.89-008.454:615.214

*О.К. Напрєєнко, В.О. Процик, Л. С. Пампуха***ЗАСТОСУВАННЯ СТИМУЛОТОНУ (СЕРТРАЛІН) ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Ключові слова: депресія, лікування, антидепресанти, стимулотон

Дослідження спеціалістів різних країн доводять, що депресія подібно до серцево-судинних захворювань стає найбільш поширеною патологією нашого часу. Захворюваність на депресію наближується до 3 % , а ризик захворіти депресією протягом життя до 20 % [1]. Хоча б один депресивний епізод в своєму житті переживають 20-25 % жінок та 7-12 % чоловіків [2]. Для осіб, що страждають на депресію, характерний більш високий ризик смертності, в тому числі через суїцид. Втрата працездатності в зв'язку з депресією за деякими даними переважає таку внаслідок хронічних захворювань, наприклад, гіпертонічної хвороби, захворювань шлунково-кишкового тракту, легень, цукрового діабету. Поширеність депресії в останні десятиріччя набуває характеру прихованої епідемії. Адекватне лікування отримує тільки 20% осіб, з тих, які його потребують [2]. Так, за даними дослідження депресій в Європі, 43 % з 75 000 дорослих пацієнтів, що страждають на депресію, ніколи не звертались за консультацією до лікаря. Показано, що 60 - 70 % хворих, які звернулись за консультацією до лікарів-інтерністів, не отримували лікування з приводу існуючої депресії. Хворим з великими депресивними розладами антидепресанти були призначені лише в 10 % випадків [3,4,5]. Часто при призначенні антидепресантів доза та тривалість лікування є недостатніми для отримання стійкого позитивного ефекту. Між тим раціональна терапія депресій у 60-70% випадків призводить до їх зворотнього розвитку, запобіганню рецидивів виникнення, усуває їх тяжкі медичні та соціальні наслідки [6].

При визначенні тактики лікування депресій слід оцінювати фармакологічну доцільність вибору антидепресивного препарату. Враховуються такі фактори, як можливість його застосування для монотерапії; клінічна ефективність препарату (швидкість появи терапевтичного результату в гострому періоді хвороби, можливість дієвого використання для підтримуючого та про-

тирецидивного лікування, вторинної та третинної профілактики); його безпека та переносимість; можливість застосування фіксованої дози (добової та курсової); відсутність або мінімальний ризик, пов'язаний з інтеракцією з іншими препаратами; зручність прийому лікарського препарату; економічна ефективність. Не всі сучасні антидепресивні препарати відповідають цим вимогам, тому вибір антидепресивного препарату повинний бути оснований на особливостях механізмів його дії.

З огляду на сказане вище, нами здійснено обмежене клінічне випробування нового антидепресанта стимулотону (сертралін) - представника групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну, який відповідає цим вимогам і має такі переваги над іншими препаратами антидепресивної дії:

1. Стимулотон практично не має спорідненості до постсинаптичних нейромедіаторних рецепторів (мускаринових, серотонінових, адренергічних), тому цей препарат практично не має холінолітичних, кардіотоксичних та седативних властивостей. Це робить його безпечним у випадку застосування при депресіях з супутньою соматичною патологією та хворими похилого віку.

2. Він не потребує планової зміни дози. Початкова доза (50 мг) традиційно є терапевтичною. Застосування високих початкових доз також не є доцільним, оскільки не веде до більш швидкого та інтенсивного покращення стану хворих.

3. При використанні стимулотону відмічається пряма залежність між прийнятою дозою та концентрацією препарату в плазмі крові. Це дозволяє запобігати виникненню небажаних побічних ефектів при титруванні дози.

4. Стимулотон активно метаболізується в печінці, але не має активних метаболітів, що знижує ризик виникнення небажаної інтеракції при використанні комбінованої медикаментозної терапії.

5. Період його полувиведення з плазми крові

складає близько 26 годин, що є достатнім для прийому одноразової добової дози препарату, виключає ризик надмірного накопичення препарату та розвитку дозозалежних побічних ефектів.

б. Препарат має широкий терапевтичний спектр. Показаннями до використання стимулотону є:

- афективні розлади з монополярним та біполярним типами перебігу;
- гостра депресія;
- гострі і хронічні форми obsесивно-компульсивних розладів;
- панічні атаки (з агорафобією або без неї);
- попередження рецидивів та профілактика депресій.

Метою проведеного нами обмеженого клінічного випробування було вивчення терапевтичної ефективності, безпеки та переносимості препарату стимулотон при депресивних розладах.

Матеріал та методи дослідження

Оцінка динаміки психічного стану хворих проводилась до початку лікування, через 2, 4, 6 та 8 тижнів на основі клініко-психопатологічного методу. Для оцінки динаміки психічного стану додатково використовувалась рейтингова шкала депресії Монтгомері-Асберга (MADRS) [7]. Збір анамнезу, фізикальне та неврологічне обстеження здійснювалось згідно стандартизованих процедур. Проводились клінічні лабораторні дослідження: загальні аналізи крові та сечі, а також біохімічний аналіз плазми крові до початку лікування та безпосередньо після його закінчення. Артеріальний тиск та частота серцевих скорочень визначались щотижнево.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка динаміки психічного стану хворих виявила ранній початок зменшення вираженості депресивної симптоматики. Перші ознаки покращення виявились на 2-му тижні терапії: спостерігалось певне покращення настрою, підвищувалась активність, відмічалось покращення сну та апетиту. Паралельно з тимоаналептичним ефектом проявлялась анксиолітична дія стимулотону - послаблення тривоги. До кінця 2-го тижня терапії було зафіксовано зменшення об'єктивних та суб'єктивних ознак емоційної пригніченості, відчуття небезпеки, безнадійності, внутрішньої напруги, роздратованості, покращилась здатність до концентрації уваги та емоційного реагування на зовнішні події, змен-

шилися психічна і фізична втомлюваність, загальна слабкість, потреба надмірних зусиль при включенні в цілеспрямовану діяльність, зросла психічна активність, послабилась актуальність суїцидальних думок.

Критерії включення в дослідження: стаціонарні та амбулаторні пацієнти з клінічними ознаками депресивних розладів за МКХ-10.

Критерії виключення :

- відмова пацієнта від подальшого прийому стимулотону;
- зміна діагнозу;
- виникнення серйозних побічних реакцій на фармакотерапію;
- індивідуальна непереносимість препарату в анамнезі;
- дисфункція печінки або нирок за даними анамнезу та клініко-лабораторного обстеження;
- вагітність, лактація.

Обстежено 26 хворих у віці від 21 до 67 років, з них 16 жінок та 10 чоловіків, в яких спостерігались депресивні розлади легкого, помірного та важкого ступеня вираженості з соматичними симптомами та без них, без психотичних симптомів (F 32.0 -F 32.2).

Пацієнтам призначався стимулотон одноразово в дозі 50 мг (1 таблетка) на добу. Курс лікування тривав 8 тижнів. Всі хворі, що брали участь в дослідженні, не приймали інших антидепресантів під час прийому стимулотону. Здійснювалась загальна оцінка клінічної ефективності, переносимості та безпечності препарату, фіксувались небажані зрушення у психічному та фізичному стані хворого та аналізувався їх зв'язок з прийомом стимулотону. Оцінювалась динаміка якості життя хворих за анамнезом, результатами психіатричного інтерв'ю, співбесіди з родичами та близькими пацієнтів і аналізом їх самозвітів.

До кінця 8-го тижня лікування препаратом у більшості пацієнтів практично зникли гострі прояви депресивної, тривожної та астеничної симптоматики: значно покращився настрій, зникли тривога, ідеї самоприпинення, самозвинування і загальна песимістична оцінка майбутнього, ангедонія, надмірна втомлюваність, з'явився інтерес до оточуючого, відновилась здатність до цілеспрямованої діяльності.

Ранній і подальший вплив на симптоми деп-

ресії сприяв зростанню довіри до стимулотону, що збільшило вірогідність його застосування пацієнтом для підтримуючої та протирецидивної терапії. Достотно швидке покращення емоційного стану сприяло оптимізації якості життя, в тому числі поверненню до роботи та до інших видів соціального функціонування. Наведені результати підтверджують те, що стимулотон має певну економічну перевагу порівняно з традиційним лікуванням трициклічними антидепресантами.

Оцінка динаміки психопатологічних розладів в процесі терапії стимулотонном згідно шкали

MADRS виявила початок зниження рівня депресивної симптоматики по всіх критеріях вже до кінця 2-го тижня. На кінець дослідження сумарний рівень вираженості депресивної симптоматики за цією шкалою знизився з 34 балів до 12 балів (таблиця). При цьому в 21 (80,8%) хворого виявлено патопсихологічні ознаки суттєвого зниження рівня емоційної пригніченості, внутрішньої напруги, покращення сну, апетиту, уваги, поновлення здатності до активної діяльності, відчуття задоволення і адекватного реагування, зникнення суїцидальних тенденцій.

Таблиця 1

Сумарний рівень вираженості депресивної симптоматики за шкалою MADRS

Час проведення дослідження					
	До лікування	2-й тиждень	4-й тиждень	6-й тиждень	8-й тиждень
Вираженість депресії в балах	34	31	24	18	12

Більшістю хворих стимулотон переносився добре. З побічних явищ було зафіксовано діарею - 2 пацієнта та затримку еякуляції - 2 пацієнта (в деяких випадках ця дія може розглядатись як терапевтична і використовуватись при лікуванні чоловіків, що страждають на прискорену еякуляцію). Жодного разу застосування стимулотону не викликало необхідності відміни препарату. В ході терапії не було відмічено суттєвих змін лабораторних показників. В цілому виявився позитивний вплив на якість життя пацієнтів.

Значний спектр дії стимулотону, а саме

клінічна ефективність при депресивних розладах легкого, помірному та важкого ступеня вираженості з соматичними симптомами та без них, без психотичних симптомів, можливість його застосування у вигляді монотерапії, ранній терапевтичний ефект, безпека та хороша переносимість пацієнтами, в тому числі пізнього віку, відсутність суттєвих побічних явищ, простота використання, економічна ефективність дають можливість рекомендувати стимулотон для широкого медичного використання як в стаціонарній так і в амбулаторній практиці.

А.К. Напреенко, В.А. Процьк, Л.С. Пампуха

СТИМУЛОТОН (СЕРТРАЛИН) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

На основании данных литературы и собственных исследований доказана высокая лечебная эффективность и безопасность стимулотона (сертралина). При исследовании 26 пациентов у 21 (80,8%) была отмечена редукция депрессивной симптоматики. Стимулотон рекомендован для использования в стационарной и амбулаторной практике для лечения депрессивных расстройств. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 102-105)

STIMULOTON (SERTRALIN) IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

National Medical University by O.O. Bogomolets

The work is fulfilled on the base of literature data and self clinical researches and safety of stimuloton. During the examination of 26 patients in 21 (80,8 %) persons depressive symptoms were reduced. Stimuloton is recommended for treatment patients with depressive disorders in hospital and policlinical practice. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 102-105)

Література

1. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. Вісник психоневрології. - 2001. - т.9, вип. 4. - с.79-82
2. Costa e Silva I. A. Benzodiazepines and depression. Benzodiazepines. Today and Tomorrow. Lancaster, 1990, Vol. 131-142.
3. Lepine J-P, Jastpar M, Mendlewicz et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). Inf. Clinical Psychopharmacology 1997; 12:19-30.
4. Напрєєнко О.К. Депресії та тривога в загально медичній

практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.- 2002.- №1.- С. 7-12.

5. Напрєєнко О.К., Процик В.О. Особливості клініки та фармакотерапії депресій з урахуванням сучасних патофізіологічних факторів // Архів психіатрії.- Т. 10, 1(36), 2004; С. 9-10.

6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб.: Медицинское агенство, 1995. - 568 с.

7. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br. J. Psychiatry 1979; 134:382-389

Поступила в редакцію 16.05.2004

УДК 616.89-057-071

*И.И. Кислицкая***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ**

Донецкий центр медико-социальной экспертизы

Ключевые слова: несчастный случай, производство, психические расстройства, социальные особенности

Несчастный случай – это ограниченное во времени событие или внезапное влияние на работника вредного производственного фактора или среды, происшедших в процессе исполнения им трудовых обязанностей, вследствие чего причинен вред здоровью или наступила смерть [1].

В условиях крупного промышленного региона, которым является Донецкая область, несчастные случаи на производстве являются нередким спутником нарушений технологического процесса, нарушений техники безопасности, природных катаклизмов, приводящих к возникновению техногенных аварий. Основными повреждающими здоровье факторами являются травматические повреждения различной локализации, в т.ч. головного мозга, токсические воз-

действия продуктами горения метана, хлорбензолом и др. ядовитыми веществами, стрессогенные факторы [2]. У многих пострадавших в дальнейшем формируются психические нарушения со стойкой инвалидизацией, что в соответствии с законом является основанием для страховых выплат [1,3].

Особенности социального функционирования больных с психическими расстройствами вследствие несчастных случаев на производстве изучены недостаточно [4], что затрудняет проведение реабилитационных мероприятий.

Цель настоящего исследования заключается в изучении клиничко-социальных особенностей лиц с психическими расстройствами, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и признанных в дальнейшем инвалидами.

Материалы и методы исследования

Проведен структурно-динамический анализ 96 лечебно-экспертных дел инвалидов, проходивших медико-социальную экспертизу в Донецкой областной психиатрической МСЭК.

Большая часть инвалидов в прошлом работала на предприятиях угольной промышленности. Все они пережили ситуацию несчастного

случая на производстве, что нашло подтверждение в имеющимся у них «Акте о несчастном случае на производстве» (форма Н-1).

Исследование проводилось с помощью специально разработанной структурированной карты, позволяющей оценить клиничко-динамические, социальные и социально-демографические особенности пострадавших.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных было 90 (93,7%) мужчин и 6 (6,3%) женщин. 81 человек (84,4%) имели семьи, 15 (13,6%) не были женаты или находились в разводе. По возрасту больные распределились следующим образом: 20-29 лет – 6 человек (6,2%), 30-39 лет – 27 (28,2%), 40-49 лет – 54 (56,3%), 50-59 лет – 6 (6,2%) и 60 лет и старше 3 (3,1%) человека.

Высшее образование имело только 3 человека (3,1%), а неоконченное среднее 6 человек (6,2%). Большая часть обследованных имела среднее образование (87; 97,7%). Основную

группу составили представители ведущих шахтных профессий – рабочие очистных забоев, проходчики и электрослесари (78,3%). Стаж работы на производстве до несчастного случая у 48 человек (50,0%) не превышал 5 лет, у 24 (25,0%) он составил 6-10 лет и у 24 (25,0%) свыше 10 лет.

Большинство несчастных случаев в исследуемой группе больных произошло в весенне-летний период (71,8%; $p < 001$), а в осенне-зимний период только 29,2%. 54 человека (56,4%) перенесли черепно-мозговые травмы различной сте-

пени тяжести, 21 человек (21,9%) – отравление угарным газом или хлорбензолом, 6 человек (6,2%) – комбинированные поражения (черепно-мозговая травма и отравление угарным газом), 3 человека (3,1%) – электротравму, 3 (3,1%) тепловой удар и 9 человек (9,3%) – посттравматическое стрессовое расстройство. В остром периоде заболевания больные госпитализировались в различные специализированные отделения: неврологическое – 21 человек (21,9%), травматологическое – 18 (18,7%), реанимационное 27 (28,2%), нейрохирургическое – 15 (15,6%), прочие (терапевтическое, офтальмологическое, психиатрическое) – 15 (15,6%). 45 пострадавших (46,9%) после перенесенного несчастного случая в течение нескольких лет наблюдались у невропатологов, остальные – у других специалистов или вообще врачами регулярно не наблюдались.

Все обследованные состояли на диспансерном учете у психиатров, однако необходимость в этом возникла спустя различные сроки после перенесенного несчастного случая: 66 человек (68,8%) в течение первого года, 6 человек (6,2%) – через 2 года, 9 человек (9,5%) – через 5 лет и 9 (9,5%) – спустя больший (от 8 до 13 лет) промежуток времени. При первичном освидетельствовании пострадавших МСЭК в 63 случаях (65,6%) определена III группа инвалидности, в 33 случаях (34,4%) – II группа. У 38 человек (39,6%) между несчастным случаем и определением группы инвалидности прошло 4–6 месяцев, у 30 человек (31,2%) – 1–2 года и у 25 человек (26,1%) – от 5 до 20 лет.

Оценка трудоспособности больных при проведении МСЭ определялась (независимо от клинической формы заболевания) на основе количественных измерений различных сфер (патодинамической, личностно-психологической и социальной) функциональной недостаточности пациента. Общими критериями для признания его инвалидом (при наличии всех признаков) являлись:

1. Стойкая функциональная недостаточность, обусловленная заболеванием или травмой, с неустойчивым или неблагоприятным клиническим прогнозом.

2. Ограничение жизнедеятельности (социальная несостоятельность) пациента.

3. Снижение уровня реабилитационного потенциала личности.

4. Необходимость осуществления мер по реабилитации и (или) социальной защите и помощи.

При вынесении экспертного решения о трудоспособности всем больным в процессе стационарного исследования определялся функциональный диагноз с указанием категориального психиатрического диагноза и уровня снижения жизнедеятельности (устанавливался уровень реабилитационного потенциала и характер приспособительного поведения больного). Распределение больных, признанных инвалидами, по категориальным психиатрическим диагнозам по МКБ-10 было следующим:

- органическое расстройство личности (F07.0) – 48 чел. (50,0%);

- посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 15 чел. (15,7%);

- органическое астеническое (эмоционально-лабильное) расстройство (F06.6) – 9 чел. (9,4%);

- органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2) – 9 чел. (9,4%);

- хроническое изменение личности (F62.8) – 6 чел. (6,2%);

- генерализованное тревожно-фобическое расстройство (F41.1) – 6 чел. (6,2%);

- обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 3 чел. (3,1%).

Обследованный контингент больных постоянно в течение длительного времени наблюдался в психоневрологических диспансерах: до 1 года – 6 человек, 2–5 лет – 3 человека, 6–10 лет – 33 человека и свыше 10 лет – 27 человек. У всех пациентов наблюдалась четкая тенденция к хронизации болезни, частым обострениям, нарастанию психоорганических изменений и социальной дезадаптации. Общими клиническими проявлениями у них были психическая торпидность, нерезко выраженное ослабление мнестических функций, снижение психической продуктивности, способности к целенаправленной деятельности, а также значительная частота аггравационно-установочных тенденций. Возникновение декомпенсаций обычно было обусловлено не столько психотравмирующими в широком смысле слова воздействиями, сколько своеобразной нозоцентрической позицией личности и расхождением между субъективной значимостью болезни и объективной оценкой ее тяжести. Появляющиеся при этом переживания составляли содержание психологического конфликта и чаще всего предопределяли изменения структурных особенностей личности и мотивационно-ценностной системы больных.

У подавляющего большинства больных (84 человека, 87,5%) выявлена соматическая, в т.ч. неврологическая патология.

Имея статус инвалида постоянно работал на производстве 21 человек (21,9%), периодически – 12 (12,5%). Не принимали участия в трудовой деятельности 63 человека (65,6%). Из числа работающих инвалидов только 18,7% выполняли квалифицированную работу.

При первичном определении группы инвалидности у 21 человека (21,8%) установлено 25-30% утраты профессиональной трудоспособности, у 15 (15,6%) – 40-45%, у 33 (34,4%) – 50-60% и у 27 (28,2%) – 70-80%.

В процессе анализа полученных данных установлено, что группа инвалидности у больных с психопатологическими последствиями несчастных случаев является более стабильной категорией, чем процент утраты трудоспособности. Так, если группа инвалидности, установленная

при первичном освидетельствовании, в дальнейшем оставалась без изменений у 69 больных (71,9%), в т.ч. во всех случаях при первичном установлении II группа инвалидности, то стабильный процент утраты трудоспособности наблюдался только у 48 больных (50,0%, $p < 0,05$). Следует отметить полное отсутствие положительной динамики как уровня снижения трудоспособности, так и процента ее утраты. В то же время у 27 больных (28,1%) отмечалась отрицательная динамика трудоспособности (утяжеление группы инвалидности), а у 48 человек (50,0%) – увеличение процента утраты трудоспособности.

Динамика инвалидности и процента снижения трудоспособности в зависимости от возраста больных представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Динамика инвалидности в зависимости от возраста больных

Возраст, лет	Динамика инвалидности					
	Без изменений		Положительная		Отрицательная	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	6	8,7	-	-	-	-
30-39	18	26,1	-	-	9	33,3
40-49	39	56,5	-	-	15	55,5
50-59	6	8,7	-	-	-	-
60 и >	-	-	-	-	3	11,2
Всего	69	100,0	-	-	27	100,0

Таблица 2

Динамика процента утраты трудоспособности в зависимости от возраста больных

Возраст, лет	Динамика процента утраты трудоспособности					
	Без изменений		Увеличение		Снижение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
20-29	6	12,5	-	-	-	-
30-39	12	25,0	15	31,3	-	-
40-49	24	50,0	30	62,5	-	-
50-59	6	12,5	-	-	-	-
60 и >	-	-	3	6,2	-	-
Всего	48	100,0	48	100,0	-	-

Из таблиц 1 и 2 следует, что наибольший уровень отрицательной динамики инвалидности (55,5%) и нарастания процента утраты трудоспособности (62,5%) наблюдался в возрастной группе 40-49 лет, у лиц с большой длительностью пребывания на инвалидности. Можно предположить, что продолжительная инвалидизация сама по себе оказывает неблагоприятное влияние на уровень жизнедеятельности и социальной адаптации больных. С другой стороны, мало эффективными оказываются индивидуальные реабилитационные программы, рекомендуемые

этому контингенту инвалидов медико-социальной экспертной комиссией.

Низкие показатели социально-трудовой адаптации больных, признанных инвалидами в результате несчастных случаев на производстве, перенесших относительно легкие черепно-мозговые травмы (сотрясение головного мозга) или отравление легкой степени (93% пострадавших), свидетельствуют о сложных и многозначных соотношениях между клинико-биологическими особенностями выявленных расстройств и уровнем снижения жизнедеятельности больных,

включая трудоспособность. При этом роль несчастного случая (ЧМТ или отравление) с его повреждающим воздействием на головной мозг можно рассматривать в одних случаях как непосредственную причину развивающихся психических расстройств и снижения уровня жизнедеятельности больного, в других – как фактор «заостряющий» (декомпенсирующий) преморбидно дисгармоническую структуру личности с преобладанием эгоцентрических мотивационно-смысловых ориентаций, в третьих – как фрустрирующую стрессогенную ситуацию, способствующую дефор-

мации личности у преморбидно нормального человека.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить определенные клинические, клинико-социальные, социально-демографические особенности у лиц, перенесших несчастные случаи на производстве и признанных инвалидами в связи с наличием психических расстройств. Полученные данные можно использовать для совершенствования медико-социальной экспертизы и разработки индивидуальных реабилитационных программ для этого контингента больных.

І.І.Кіслицька

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НЕЩАСНИМИ ВИПАДКАМИ НА ВИРОБНИЦТВІ

Донецький центр медико-соціальної експертизи

У статті наведені клініко-соціальні характеристики хворих на психічні розлади, пов'язані з нещасними випадками на виробництві. Показані особливості динаміки втрати професійної працездатності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 106-109)

I.I. Kislitskaya

CLINICO-SOCIAL FEATURES ILL WITH ALIENATIONS, BOUND WITH CASUALTIES ON EFFECTING

Donetsk center of medical-social expertise

In the article the reduced clinico-social characteristics ill with alienations, bound with casualties on effecting. The features of dynamics of loss of professional capacity for work are rotined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 106-109)

Литература

1. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності». – Відомості Верховної Ради, 1999, № 46-47, ст. 403.

2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и

проблема посттравматических стрессовых расстройств. – Межд. мед. журнал. – 2000. – Т.6, № 3. – С. 31-34.

3. Абрамов В.А. Реабилитация больных с последствиями черепно-мозговых травм. – Киев: Здоровье. – 1992. – 190 с.

4. Штенгелов В.В., Приб Г.А., Лоза Д.Д., Дубинін І.С., Проніна Т.В. Реабілітаційні підходи до постраждалих від техногенних аварій і катастроф. Архів психіатрії. – Т.10, 1(36), 2004. – С. 63-64.

Поступила в редакцию 17.05.2004

УДК: 159.922.76-039.71:574.2

*Т.Ю. Проскуріна, Є.А. Михайлова, Г.В. Кукуруза, Н.Г. Міхановська, Т.М. Матковська,
Д.А. Мітельов, Н.М. Колотій*

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ МОЛОДШИХ КЛАСІВ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України

Ключеві слова: діти, учні молодших класів загальноосвітніх шкіл, психічне здоров'я, екологічні умови

Актуальність проблем охорони психічного здоров'я підростаючого покоління, підвищення ефективності медико-гігієнічної та екологічної освіти, формування та розвиток у учнів системи ціннісних орієнтацій, знань та практичних навичок в галузі здоров'я людини обумовлені потребою суспільства в збереженні здоров'я людства в сучасних соціально-економічних та екологічних умовах [5,6,7]. В Україні екологічна ситуація в більшості промислових регіонів відрізняється крайнім неблагополуччям. Серед факторів, що впливають на виникнення психічних розладів, їхній розвиток, кількість хворих

серед населення і відповідні епідеміологічні показники, виділені наступні групи: 1) рівень розвитку психіатричної допомоги, принципи її організації; 2) внутрішні умови розвитку хвороби; 3) соціальні фактори; 4) природне антропогенне середовище. Клінічно доказано, що стан здоров'я дітей (паспорт здоров'я дітей) виступає об'єктивним сумарним індикатором впливу екологічних факторів дитячого закладу на стан здоров'я дошкільників [1,2,3,4].

Роль навколишнього середовища як причину психічних розладів або посилюючого їх фактора поки не з'ясовано.

Матеріал та методи дослідження

Метою дослідження було вивчення стану психічного здоров'я учнів перших класів загальноосвітніх шкіл, які мешкають в різних екологічних умовах. В основу дослідження був покладений певний комплекс методів, що включав, насамперед, клінічні та психологічні, як основні в психіатричній практиці: а) клініко-психопатологічний; б) визначення сомато-неврологічного

статусу; в) частково стандартизоване інтерв'ювання педагогів і учнів 1-х класів; г) медико-психологічне анкетування із застосуванням стандартизованої картки реєстрації основних складових компонентів психічного здоров'я школярів; д) інтерв'ювання батьків; е) санітарно-гігієнічна характеристика міст проживання учнів (м. Жовті Води і м. Чугуїв).

Результати дослідження та їх обговорення

По показникам забруднення навколишнього середовища Донецько-Придніпровський регіон знаходиться на першому місці в Україні. Серед забруднюючих чинників навколишнього середовища значне місце займають важкі метали. До групи важких металів входить понад 40 елементів з великою атомарною масою і відносною щільністю більше шості (свинець, ртуть, кадмій, молібден, срібло, олово, ніобій, сурма, телур, барій, вольфрам, талій та інші). Особливої уваги заслуговує радіаційне забруднення: аварія на Чорнобильській АЕС, іонізуюче випромінювання, радіонукліди. В багатьох регіонах Дніпропетровської області (особливо місто Жовті Води) уранодобувна та переробна промисловість при-

звели до радіаційного забруднення навколишнього середовища. Як наслідок, зростання імунодефіцитних станів, аутоімунних захворювань, онкопатології, несприятливого перебігу вагітності та пологів. Територією для дослідження було обрано місто Жовті Води Дніпропетровської області з розвиненою уранодобувною та переробною гірничою промисловістю. За вибірковими даними Українського наукового центра радіаційної медицини (м. Київ) у 42 % обстежених домів у м. Жовті Води еквівалентна рівноважна об'ємна активність радону перевищила регламент (100 Бк/м) для будівель, які експлуатуються. Комплексне клініко-психопатологічне обстеження учнів 1-х класів загальноосвітніх

шкіл установив благополучний стан психічного здоров'я в 1/3 школярів (31,3±4,6) % м. Жовті Води і у 1/2 школярів (45,1±4,9) % м. Чугуїв.

Частково стандартизоване інтерв'ювання педагогів виявило ряд особливостей, що відбивають адаптованість або неадаптованість дитини в школі.

Стомлюваність (28,4±4,5) %, відволікаємість (36,3±4,7) % у групі досліджуваних школярів м. Чугуїв варто розцінювати як прояву соматогенної астенії в зв'язку з частими простудними захворюваннями, що вимагає подальшого заглибленого аналізу причин імунологічної недостатності в даному регіоні. Клініко-психопатологічне обсте-

ження виявило ряд особливостей у домінуванні тих чи інших скарг астено-невротичного характеру. У таблиці 1 представлено порівняльну частоту скарг дітей обстежуваних регіонів.

Дослідженнями встановлена наявність скарг на головні болі (44,1±4,9) %, стомлюваність (45,1±4,9) %, плаксивість (35,3±4,7) % у більш 1/3 дітей, що проживають у м. Жовті Води. Слід зазначити, що плаксивість, яка свідчить про виснажливість ЦНС і про можливий зв'язок з органічною церебральною патологією резидуального генезу, у два рази частіше відзначалася в дітей з м. Жовті Води в порівнянні з дітьми з м. Чугуїв: (35,3±4,7) % і (18,6±3,8) %, відповідно.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика скарг дітей, що проживають у м. Жовті Води і м. Чугуїв

Основні скарги	м. Жовті Води		м. Чугуїв	
	N= 102	%±m	N=102	%±m
Головні болі	45	44,1±4,9	40	39,2±4,8
Зниження пам'яті	21	20,6±4,0	28	27,4±4,4
Швидка стомлюваність	246	45,1±4,9	41	40,2±4,8
Труднощі в навчанні	36	35,3±4,7	33	32,3±4,6
Емоційні порушення	32	31,4±4,6	35	34,3±4,7
Плаксивість	36	35,3±4,7	19	18,6±3,8

Обкреслені симптомокомплекси, що складають порушення психічного здоров'я і нозологічні форми граничної психічної патології, мали місце в (68,6±4,6)% учнів 1-х класів, що проживають у м. Жовті Води, що вірогідно частіше ($p < 0,05$), чим в учнів 1-х класів, що проживають у м. Чугуїв (54,9±4,9)%. Однак, варто констатувати, що виражена психопатологія в загальній структурі захворюваності в дітей, що проживають у м. Жовті Води, склала (46,0±4,9) %, а в дітей, що проживають у м. Чугуїв – (22,0±4,1)%. Різні порушення психологічного розвитку виявлені в 21 (20,6±4,0)% школяра 1-ї групи і у 16 (15,7±3,6)% школярів 2-ї групи. У структурі даного класу істотних розходжень у домінуванні тих чи інших порушень у залежності від місця проживання не виявлено.

Вірогідно частіше були виявлені розлади з класу F9 – поведінкові й емоційні розлади, що починаються в дитячому віці. Серед них порушення активності уваги, що формують порушення шкільної адаптації, вірогідно частіше

($p < 0,001$) були виявлені серед дітей, що проживають у м. Жовті Води: (22,5±4,1)% і (5,9±2,3)%, відповідно.

Неврологічні стигми у виді розсіяної неврологічної мікросимптоматики, різні маркери дизембріогенезу були виявлені вірогідно частіше ($p < 0,01$) у середовищі дітей, що проживають в екологічно напруженій зоні – м. Жовті Води ((47,0±4,9)% і (29,4±4,5)% відповідно). На наявність церебральної передиспозиції і церебрально-органічної патології вказує наявність синдрому лікворної гіпертензії, що зустрічається майже в два рази частіше в 1-ї групі досліджуваних школярів, чим у 2-ї групі: (15,6±3,6)% і (9,8±2,9)% відповідно. Різні порушення в соматичному статусі виявлені майже в половині дітей як 1-ї, так і 2-ї групи: (49,8±4,9)% і (42,1±4,8)% відповідно. Однак, виявлені істотні розходження в структурі соматичної патології. Так, серед дітей, що проживають у м. Жовті Води, виявлені вірогідно частіше хронічні рецидивні бронхіти, рецидивні пневмонії –

(26,5±4,3)%, уроджений порок серця - (4,9±2,1)%, хронічний лімфогрануломатоз - (1,9±1,3)%. У дітей, що проживають у м. Чугуїв, соматична патологія була переважно представлена частими простудними захворюваннями (23,5±4,2)%, функціональними кардіопатіями (4,9±2,1)%, дискінезією шлунково-кишкового тракту (13,7±3,4)%.

Заключення: Таким чином, питома вага порушень психічного та соматичного здоров'я у

учнів молодших класів загальноосвітніх навчальних закладів, які мешкають в екологічно несприятливих умовах навколишнього середовища, дуже значна. Рання діагностика порушень психічного здоров'я дітей молодшого шкільного віку забезпечить психічну та соціальну адаптацію в динаміці навчального процесу. Індивідуально диференційовані програми психопрофілактики забезпечать охорону психічного здоров'я підростаючого покоління.

Т.Ю. Проскурина, Э.А. Михайлова, А.В. Кукуруза, Н.Г. Михановская, Т.Н. Матковская, Д.А. Мителев, Н.Н. Колотий

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ УЧЕНИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины

Определена структура психических расстройств учеников первых классов, проживающих в разных экологических условиях. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 110-112)

T.Y. Proskurina, E.A. Michailova, A.V. Kukuruza, N.G. Michanovskaya, T.N. Matkovskaya, D.A. Mitelev, N.N. Kolotiy

PSYCHIC DISORDERS OF THE FIRST YEAR PUPILS, WHO LIVE IN THE DIFFERENT ECOLOGY ENVIRONMENT

Institute of Children and Adolescents Health Care of the AMS of Ukraine

The structure of a psychic disorders of the first year pupils, who live in the different ecology environment defined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 110-112)

Література

1. Буторина Н.Е., Жаков Я.И., Буторин Г.Г. Комплексная оценка здоровья младших школьников в экологически напряженной зоне // Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгр. педиатров России. — М., 1998. — С.97-99.

2. Состояние нервно-психического здоровья детей, проживающих в условиях Севера Забайкалья / Г.А. Гольцваница, Г.И. Бишарова, О.М. Прокопенко, О.И. Ширяева // Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгр. педиатров России. — М., 1998. — С.16-17.

3. Грицинская В.Л., Евдокимова Е.М. Анализ факторов относительного риска у детей с трудностями школьного обучения // Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгр. педиатров России. — М., 1998. — С. 38-39.

4. Комиссарова И.А. Охрана внутренней среды организма как основа формирования психического здоровья // Охрана

психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгр. педиатров России. — М., 1998. — С.44-45.

5. Кунст А.Е., Макенбах Д.П. Измерение различий в состоянии здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами. ВОЗ // Европейское региональное бюро. — Копенгаген, 1991. — С.58.

6. Лавриненко Г.В., Болдина Н.А., Лабодаева Ж.П. Динамика умственной работоспособности и адаптации к нагрузкам у школьников, подвергавшихся радиационному воздействию // Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгр. педиатров России. — М., 1998. — С.68-69.

7. Михайлова С.А. Зависимость нервно-психического здоровья детей от состояния окружающей среды и влияния социальных факторов // Охрана психического здоровья детей и подростков: Материалы IV конгр. педиатров России. — М., 1998. — С.19-20.

Поступила в редакцию 16.05.2004

УДК 616.89-021616.12-005.4

*С.Я. Боро, Л.А. Блакитная, Т.В. Цыганок***ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СТЕРЕОТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СВЯЗИ С ЕЕ ПРОФИЛАКТИКОЙ**

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр,
Областное управление здравоохранения Донецкой облгосадминистрации

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психические особенности, факторы риска, профилактика

В последнее время основные работы по первичной профилактике ишемической болезни сердца (ИБС) ведутся в виде популяционных исследований. В них определяют конкретные факторы риска [6] и предпринимаются меры для их устранения или снижения [5]. Обоснованием этому служат работы, подтверждающие зависимость развития ИБС от повышенного артериального давления крови, гиперхолестеринемии, гипергликемии, избыточной массы тела. Доказано, что у лиц с наличием этих факторов закономерно чаще возникают новые случаи инфаркта миокарда [3]. При этом риск заболевания возрастает прямо пропорционально числу факторов риска [7], а их снижение ведет к снижению вероятности проявления заболеваний, хотя этиология самих факторов риска изучена недостаточно.

Такой обобщенный подход уже оправдал себя на практике в популяционных программах. Однако наличием известных соматических факторов риска объясняется только около 50% новых случаев ИБС. Поэтому в связи с профилактикой ИБС ведется изучение психологических и социальных факторов риска. В этих исследованиях выделяются три большие группы работ. Это поиск собственно психологических переменных, связанных с ИБС, изучение особенностей стиля жизни и психологического стресса.

На связь психологических характеристик с болезнями сердца указывали W. Osler [9], H. Dunbar [4], C. Kemple [10]. Ранее выделенные психологические характеристики объединили с определенным выразительным поведением и весь комплекс, связанный с развитием ИБС, условно назвали типом А. Лицам, которые принадлежат к этой группе, свойственны громкий и резкий голос, усиленный вдох, напряженность

мышц лица и всего тела, жестикуляция при разговоре, сжимание кулаков, напряженная поза. В личностном плане они нетерпеливы, враждебны, амбициозны, стремятся к соревнованию, лидерству и достижениям, которым не устанавливаются никакие пределы. Их ценностные ориентации заключаются в чрезмерно выраженной деятельности со стремлением сделать все больше и больше, наперекор другим своим интересам, семье и обстоятельствам. При этом неограниченно ставятся новые задачи, а их качественное выполнение достигается путем ускорения темпов работы, за счет личного времени, выходных дней и отпусков. Таким образом, взвинчивается постоянная напряженность, возникает острое чувство недостатка времени. Для поведения, обозначенного типом Б, не характерны ни численность, ни чрезмерная выраженность указанных выше особенностей. Индивидуум, обозначенный как тип Б, является сбалансированным в деятельности и в отдыхе, трудолюбивым, для него не характерны нетерпеливость, напористость, взвинчивание деятельности до постоянного пребывания в напряженности цейтнота [9].

Для определения указанных особенностей применяются полустандартизированные интервью, шкала Ботнера, созданная по типу семантического дифференциала, опросник Д. Дженкинса [1].

Несмотря на наличие многих работ, подтверждающих наличие связи указанных характеристик с ИБС, остаются нерешенными как методические вопросы, так и возможность повторения данных в различных странах. Попытка ответить на эти вопросы была предпринята в международной программе KRIS – Kaunas – Rotterdam Intervention Study [3].

Материалы и методы исследования

В настоящей работе проанализированы данные о больных ИБС: инфарктом миокарда и стенокардией за период 10 лет в сопоставлении их с остальным исследованным контингентом мужчин от 45 до 59 лет, жителями г. Донецка. В работе применялся опросник Д. Дженкинса из 61 вопроса с вариантами ответов от 2 до 5. Опросник адаптировался по определенным правилам в Литве, кардиоцентре г. Каунаса (А. Гоштаус) и в Роттердаме (А. Аппельс) с консультацией Д. Дженкинса, И. Глазунова, В. Ядова [11]. Исполь-

зованы экспериментально психологические тесты: ММРІ, методика Розенцвейга, клиничко-анамнестический опросник. Результаты исследования были подвергнуты анализу по методике главных компонент. Интерпретации подвергались факторы, полученные после ортогональной ротации компонент с помощью метода «Варимакс». Для каждого исследуемого были рассчитаны оценки по факторам. Средние их оценки сравнивались между группами при помощи критерия Т.

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен сравнительный анализ трех групп: больных инфарктом миокарда (ИМ) на время профилактического осмотра (49 человек), заболевших ИМ позже, в течение 10 лет и оставшихся в живых (72 человека) и лиц, не больных ИБС (1515 человек). Выяснилось, что пациенты с ИМ до болезни отличались от здоровых по наличию у них тенденции быть первыми и лучшими, они чаще напряжены в нерабочее время, отличаются большой торопливостью, чаще торопят собеседника, делают много работы за короткое время. Такие особенности, как понижение ответственности и престижа, нежелание повышения на работе, пребывание дома при плохом самочувствии можно объяснить изменениями в системе отношений личности в связи с болезнью.

Использованные экспериментально-психологические методы условно можно разделить на следующие относительно стабильных характеристик личности (шкалы ММРІ 4; 6; 0; методика Розенцвейга) и «динамические», связанные с реакцией на стресс особенности (ММРІ 1; 2; 3).

Результаты исследований показали, что характеристики, рассматриваемые как устойчивые, коррелируют с особенностями преморбиды. У больных с психогенно спровоцированными инфарктами миокарда по методике Розенцвейга ведущими были упорствующий тип и безошибочное (импунитивное) направление реакций на фрустрацию, что отражает наличие внутреннего противоречия личности; высокий уровень мотивации достижения сочетается с неспособностью конструктивно разрешить ситуацию. Снижение экстрапунитивных реакций по сравнению с контрольной группой, по-видимому, связано с нежеланием иметь конфликтные отношения с ближайшим окружением, тогда как снижение интрапунитивных реакций показыва-

ет неспособность этих людей разрешать фрустрирующую ситуацию самостоятельно.

Результаты по методике ММРІ представляют собой сплав изменений личности, наступивших в период болезни, и преморбидных устойчивых личностных особенностей. Так, в группе больных ИМ усредненный профиль ММРІ имел повышения на шкалах ипохондрии (75 Т), депрессии (82 Т), ригидности аффекта (80 Т), социальной интроверсии (73 Т), что связано как с болезнью (снижение настроения, активности, появление «ипохондричности»), так и с особенностями, присущими на протяжении всей жизни (ригидностью аффекта, настойчивостью, недостатком глубокого эмоционального общения).

В группе больных ИБС профиль ММРІ также имел свои особенности: повышение по шкалам депрессии (до 70 Т), ипохондрии (до 68 Т), ригидности аффекта (до 65 Т), что объясняется возрастными особенностями.

С целью изучения причин выявленной личностной дисгармонии было проведено исследование истории развития личности больных, как ИМ, так и ИБС. В качестве основы была использована возрастная периодизация по Е. Erikson [4], который подразделил весь жизненный цикл на 8 фаз, каждая из которых имеет свои специфические задачи и может проходить более или менее благоприятно для будущего развития. Пользуясь современной терминологией, эти фазы можно рассматривать как чувствительные периоды для формирования тех или иных психических качеств человека.

Полученные нами данные позволили прийти к выводу, что развитие личности людей, впервые заболевших ИМ, характеризуется рядом особенностей. К ним относятся: 1) невыполнение во многих случаях задач поставленных в ранние этапы жизни, т.е. отсутствие в течение

всего этого времени интимной психологической близости (дружбы, любви), что в дальнейшем порождает неуверенность в себе в сфере эмоциональных контактов, боязнь одиночества и потери значимого другого; 2) фаза взросления проходила, как правило, благоприятно за счет успехов в профессиональной деятельности. Свойственное им чувство долга, упорство, потребность в достижении были удовлетворены и компенсировали отмеченную несостоятельность в эмоциональных отношениях и дефицит интимно-психологического общения; 3) неудовлетворенность итогами зрелости. Среди изученных больных у 47% отсутствовали дети, в 36% случаев имелось одиночество, у 87% больных не было сознания успешности жизни.

Личностная, в первую очередь, эмоциональная незрелость этих людей порождает известную узость, ограниченность интересов, бедность поведенческих ролевых стереотипов. В течение жизни они были успешны в одной, в основном, профессиональной деятельности, в связи с чем переход на пенсию оказывался для них катастрофой, ломкой не только главного, но и единственного стереотипа, потерей ведущей деятельности.

Таким образом, среди лиц с ИМ и ИБС преобладают личности, имеющие выраженный внутренний конфликт между высоким уровнем мотивации достижения и недостаточной способностью строить адекватное целостное поведение, направленное на преодоление фрустрирующей ситуации. Лица, имеющие признаки выраженной аффективной ригидности, не имеющие опыта смены стереотипа, подвергаются риску заболевания депрессии при резком изменении жизненной ситуации. Нередко предшествуют и псевдоневротические проявления, также являющиеся фактором повышенного риска.

Таким образом, у больных ИМ подтверждается наличие определенных особенностей личности, свойственных типу А, однако только два фактора (доминирование и напряженность в нерабочее время) были свойственны мужчинам среднего возраста до заболевания ИМ.

Данные о трех группах больных стенокардией свидетельствуют, что в большинстве случаев больные на время обследования и заболевшие впоследствии сходны между собой. При этом у больных более чем у здоровых, выражена повышенная ответственность, часто случаются различные неприятности, проявляется тенденция к торопливости, они чаще торопят собеседника, их чаще раздражают прерывы в

работе. Лица, впоследствии заболевшие стенокардией, на время исследования отличались от остальных мужчин среднего возраста большей торопливостью, склонностью торопить собеседника, они с раздражением реагируют на прерывы в работе.

Проведенная работа подтвердила предположение, что комплекс особенностей, определенных с помощью опросника Д. Дженкинса, относимых к типу А, не является единым синдромом, а состоит из нескольких независимых друг от друга факторов. При этом не все факторы однозначно связаны с наличием ИБС, и только два из них (доминирование, напряженность в нерабочее время) в предположенном направлении связаны с развитием ИМ в будущем. С будущим развитием стенокардии связаны факторы общей торопливости, склонность торопить собеседника и раздражение в случае прерывания работы.

Полученные данные указывают, что в психологическом плане инфаркт миокарда и стенокардия представляются различными синдромами. При этом само наличие болезни неоднозначно изменяет особенности поведения, относимые к типу А: некоторые факторы усиливаются, другие, наоборот, становятся менее выраженными.

Наличие ряда психологических особенностей у мужчин среднего возраста до заболевания различными формами ИБС позволяет предположить их связь с развитием заболеваемости.

В основу разработанных нами программ первичной психопрофилактики был положен психотерапевтический комплекс (ПТК), включающий в себя последовательное применение рациональной, семейной, коллективной, гипно-суггестивной, наркопсихотерапии, аутотренинга[2]. Наиболее эффективными на ранних этапах развития заболевания, с нашей точки зрения, следует считать рациональную и семейную психотерапию. Адекватное и дифференцированное применение этих психотерапевтических методов позволяет нормализовать взаимоотношения в семье, на производстве и ликвидировать аномальные личностные реакции. Существенным моментом в реализации психопрофилактических мероприятий следует считать формирование положительных социально ценных мотивационных установок, перестройку отношения к окружающим, установление новых социальных контактов.

Для больных, перенесших ИМ, немаловажное значение наряду с ПТК приобретает нормализация режима двигательной активности, категорический отказ от ряда вредных привычек

(курение, употребление крепкого чая, кофе, слабоалкогольных напитков и др.), своевременное ограничение производственной деятельности по линии ВКК (отказ от ночных смен, длительных командировок и др.).

Особое значение в программах первичной психопрофилактики принадлежит немедикаментозным методам терапии: ароматерапии, игло-рефлексотерапии, физиолечению, музыка-библиотерапии, ЛФК.

Нами были выделены две группы по степени улучшения под влиянием групповой психотерапии. В группе с большей эффективностью групповой психотерапии уровень контроля над значимыми событиями оказался значительно выше по сравнению с «менее успешной» группой и в процессе психотерапии еще более возрос, особенно в области межличностных отношений и отношений к здоровью и болезни, т.е. в целом повысился уровень чувства ответственности за происходящее с ними. Установка на «инсайт» и степень «инсайта», более выраженные у пациентов этой группы, под влиянием групповой психотерапии усилились и полностью исключили все другие установки. Самооценка у данных

пациентов была ниже, чем у всех других исследованных, они больше других переживали свою малоценность. Это можно объяснить тем, что, с одной стороны, они чувствуют ответственность за то, что с ними происходит, с другой – ничего не могут изменить. В процессе групповой психотерапии самооценка у пациентов этой группы повысилась.

У лиц второй группы соотношение данных показателей иное: низкая степень интернальности, соответственно меньшее чувство вины; на первом месте у них чаще стоит установка на симптоматическое улучшение, они не всегда верно оценивают причины ухудшения своего состояния. Самооценка у этих пациентов выше, чем оценка сфер жизнедеятельности. В процессе психотерапии отмечены лишь незначительные изменения вышеуказанных показателей. Вероятно, группа «менее успешных» и является в большей степени «группой риска» соматизации. Эти пациенты быстрее «уйдут в болезнь», так как прогностически они менее склонны к борьбе с ней, окажутся менее курабельны и с большей долей вероятности станут «стационарными больными».

С.Я. Боро, Л.О. Блакитна, Т.В. Циганок

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І СТЕРЕОТИПІВ ПОВЕДІНКИ ЯК ФАКТОРА РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ЇЇ ПРОФІЛАКТИКОЮ

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-психологічний центр, Обласне управління охорони здоров'я Донецької обласної адміністрації

Робота присвячена виявленню психологічних факторів ризику ішемічної хвороби серця у чоловіків середнього віку. Виявлен ряд психологічних особливостей, характерних для хворих різними формами ішемічної хвороби серця, а також передбачено зв'язаних з розвитком захворювання у чоловіків у середньому віці в майбутньому. Одержані дані свідчать про те, що в психологічному плані інфаркт міокарда і ІХС з'являються відмінними синдромами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 113-117)

S.Y. Bero. L.A. Blakitnaya. T.V. Tsiganoc

THE STUDY OF PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES AND STEREOTYPES OF BEHAVIOR AS A RISK FACTOR OF HEART ISHEMICAL DISEASE IN CONNECTION WITH ITS PROPHYLAXIS

Region clinical psychoneurological hospital – Medical and psychological center, Regional department Health of Donetsk regional state administration

The study is dedicated to the determining of psychological risk factors of heart ishemical disease in male of average age. There have been determined a number of psychological peculiarities typical of persons suffering of various forms of heart ighemical disease, and also supposed to be connected with the developing in the future. The obtained data show that in the psychological aspect the miocard heart attack and the HID are the different syndromes. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 113-117)

Литература

1. Александровский А.Ю. Пограничные психические расстройства. – М. 1999 – 420 с.
2. Боро М.П. Концепция совершенствования лечебно-профилактической помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Архів психіатрії 2(37), 2004. С. 63-65
3. Glasunov I.S., Dowd J.E., Baubinene A. et al. (Eds.) the Kaunas-Rotterdam intervention studi. Elsevier, North-Holland, 1981
4. Dunder H.F/ Psychosomatic diagnosis. N.Y. – 1942
5. Кузминскис В.В. Изучение возможностей проведения многофакторной первичной профилактики ишемической болезни сердца в открытой популяции. Автореф. Дисс. Канд. Каунас, 1980
6. Зборовский Э.И. Распространенность и методические аспекты первичной профилактики ишемической болезни сердца и популяции мужчин с учетом индивидуальных особенностей организма. Автореф. Каунас, 1984
7. Прохорскас Р.П. Исследование возможностей прогнозирования возникновения и исходов ишемической болезни сердца. Автореф. Дисс.канд., Каунас, 1981
8. Чазова Л.В., Глазунов И.С., Олейников С.И., Шишова А.М. Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца (методические указания). М. 1983
9. Osler W. The Lumlian Lectures on angina pectoris. – Lanset, 1910
10. Kemple C. Rorschach method and psychosomatic diagnosis. – Psychosom. Med., 1945
11. Янушкявичус З.И. Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС. Вильнюс. 1981

Поступила в редакцию 24.05.2004

УДК 616.899-02:616.831-005

*Н.Ш. Джандоєва***КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: судинна деменція, клініко-неврологічні прояви, суб'єктивні, об'єктивні ознаки

У зв'язку з великою розповсюдженістю судинних захворювань головного мозку в популяції та старінням населення в більшості економічно розвинутих країнах спостерігається значний зріст мозкових інсультів та хронічних прогресуючих порушень мозкового кровообігу, які часто закінчуються розвитком деменції. Однією з причин такої ситуації є зростання в популяції осіб похилого віку [1-5].

За останні роки судинна деменція приваблює до себе увагу широкого кола спеціалістів: неврологів, психіатрів, психологів, терапевтів, геронтологів, рентгенорадіологів та інших спец-

іалістів, які беруть участь в процесі діагностики та лікування хворих з різними формами судинної патології мозку [6-8]. Це пов'язано з високою медико-соціальною значністю проблеми судинної деменції (СД) [9,10].

Незважаючи на велику кількість робіт, які з'явилися за останні роки по проблемі СД багато питань залишаються недостатньо вивченими. Це стосується і проблеми неврологічних порушень, які призводять до цієї патології. Тому метою нашої роботи стало вивчити особливості клініко-неврологічних порушень та факторів ризику СД.

Матеріал та методи дослідження

В роботі були застосовані наступні методи дослідження: клініко-неврологічні, психодіагностичні (шкала Mini-mental State Examination (MMSE), шкала Хачинського). Шкала MMSE застосовувалась для обстеження психічного статусу хворого і давала можливість оцінити основні його складові такі як орієнтування, пам'ять, лічильні операції,

основні рухові та перцептивно-гностичні функції. Шкала Хачинського - для підтвердження судинного генезу деменції. Методи нейровізуалізації (комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ)) для підтвердження судинного генезу СД (процедура проведення й обробка результатів стандартні).

Результати дослідження та їх обговорення

Під нашим наглядом знаходилось 97 хворих, в віці від 65 до 80 років, з них 56 чоловіків, 41 – жінка. За сукупністю клініко-неврологічних, нейропсихологічних, параклінічних даних у обстежених хворих була діагностована деменція. Діагноз судинної деменції був встановлений згідно критеріям МКХ – 10 та NINDC – ALREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association International pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences).

У 16 хворих (16,4%) СД розвинулась гостро, одразу після перенесеного ішемічного та геморагічного інсультів; у 30% хворих судинна деменція розвинулась повільно, з поступовим прогресуванням когнітивного дефіциту. У 10% хворих СД розвинулась без драматичного розвитку гострих порушень мозкового кровообігу. Проведення методів нейровізуалізації

(КТ, МРТ головного мозку) показали наявність у цих хворих множинних інфарктів головного мозку, та ураження білої речовини головного мозку (45,5%).

Наші дослідження (аналіз показників шкали Mini – mental) дозволили розподілити всіх хворих на 3 групи: 1 група – включала хворих з легкою ступеню виразності СД – 18-23 балів; 2 група хворих з помірною ступеню виразності – 10-18 балів; 3 група включала хворих з вираженою деменцією (тяжка ступень виразності – 0-10 балів).

За шкалою Хачинського у 100% хворих кількість балів перевищувала 7, що свідчило про судинний генез СД.

Нами були проаналізовані фактори ризику СД у обстежених хворих. У 89 % обстежених (86 хворих) відзначалась гіпертонічна хвороба.

Давність гіпертонічної хвороби (ГХ) у 32 хворих становила 8-30 років. 10 хворих не пам'ятали про початок гіпертонічної хвороби (ГХ) або зовсім не знали про її наявність. У 20 хворих – давність ГХ була від 4 до 5 років. 56% обстежених хворих лікувались з приводу артеріальної гіпертензії (АГ), у 15% - лікування було не ефективним. Цифри артеріального тиску (АТ) коливались від 150-160/80-90 мм рт.ст. до 180-200/100-110 мм рт.ст. У середньому цифри АТ становили $(160 \pm 7,5)$ мм рт. ст. – систолічне, $(93 \pm 6,9)$ мм рт. ст. – діастолічне. В цілому АГ була помірною. Однак, у 4-х хворих були зафіксовані високі цифри АТ у межах 200/110 – 180/100 мм рт.ст. Більша частина хворих постійно не лікувалась, гіпотензивні препарати вони приймали лише при різких підвищеннях АТ, деякі з них взагалі не знали про наявність підвищеного АТ.

У 12% обстежених хворих причиною розвитку цереброваскулярної недостатності був атеросклероз з переважним ураженням судин головного мозку. У 3% обстежених хворих спостерігалось мерехтіння передсердя (МП), у 6% хворих – цукровий діабет, у 9% хворих в анамнезі було зловживання алкоголем, 8% хворих – палили, у 3% обстежених хворих має місце сполучення декількох факторів ризику.

85% хворих не пам'ятали події недавнього минулого, але у всіх обстежених спостерігались порушення короткочасової пам'яті: жінки зазнавали труднощів при приготуванні їжі та купівлі, чоловіки – при заповнюванні фінансових паперів. Обстежені хворі скаржилися на погіршення пам'яті на поточні і минулі події, утруднення в обслуговуванні, дезорганізацію у просторі, часі, порушення поведінки. Хворі відмічали затруднення при запам'ятовуванні інформації, прочитаного, зниження кмітливості, затруднення в обслуговуванні себе.

Для більшості хворих характерним був флюктуючий перебіг когнітивних порушень. Для СД характерні нерівномірність поразки вищих коркових функцій, коли одні з них порушені, а інші відносно збережені, а також ознаки підкоркової дисфункції (психомоторна сповільненість, персеверації, труднощі переключення уваги).

Клініко-неврологічні дослідження дозволили виділити основні суб'єктивні та об'єктивні прояви захворювання. Суб'єктивні прояви захворювання показали, що 23 хворих (23,7%) скаржилися на постійні або періодичні головні болі. Головний біль був постійним або періодичним; у більшості хворих він був як дифузним, так і локальним з локалізацією в якійсь частині

голови (потиличній, тем'яній, скроневій, лобній), по своєму характеру був пульсуючим або тупим, давлячим, часто з давлінням на ока, лоб, нерідко головний біль носив пекучий характер, 10 чоловіків (10,3%) скаржилися на дзвін та шум у голові і вухах, 23 чоловіка (23,7%) - на хиткість, 22 чоловіка (22,6%) - запаморочення, 6 хворих (6,1%) - біль в області серця, 9 хворих (9,2%) - мали утруднення мови, 1 хворий (1,03%) слабкість в кінцівках, підвищення артеріального тиску, майже всі хворі відчували утруднення при виконанні обов'язків у повсякденному житті, 16 хворих (16,4%) - мали порушення ходи, 56 чоловіків (58%) - неутримання сечі та інше.

Серед скарг хворих були також ті, що відображували ураження судин серця і інших органів і ділянок: біль і тяжкість в області серця, порушення серцевого ритму, задишка при ході, судоми у ногах.

15% хворих також скаржились на розлади сну, зниження настрою, дратівливість, плаксивість. В неврологічному статусі у 65% обстежених хворих відзначались різного ступеню виразності симптоми орального автоматизму у вигляді хоботкового рефлексу, долонно-підборідного рефлексу, елементи насильницького плачу та сміху. У більшості хворих мова тиха, ускладнена, іноді зовсім нерозбірлива. У 30% обстежених хворих - двобічні пірамідні знаки. Також у всіх обстежених хворих відзначались різні екстрапірамідні симптоми та синдроми (60,86%). У 84,2% хворих відзначався акінетикоригідний синдром: стареча хода мілкими кроками, різке підвищення м'язового тону за пластичним типом, виражена схильність до завмирання в аномальних станах, тримтіння в стані спокою голови та кінцівок.

Пірамідні порушення різного ступеню виразності у хворих з судинною деменцією зустрічались часто (38,8%). Вони були не тільки наслідком перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), а також виникали при безінсультному перебігу захворювання. Особливістю пірамідного синдрому у хворих була помірна його клінічна маніфестація – анізорефлексія, мінімально виражені парези. Чітка асиметрія пірамідного синдрому вказувала на наявність раніше існуючого мозкового інсульту. Дифузне та симетричне оживлення глибоких рефлексів, патологічні пірамідні рефлекси часто поєднувались з вираженими рефлексами орального автоматизму та іншими ознаками псевдобульбарного синдрому.

Атактичні, псевдобульбарні та бульбарні по-

рушення, аміостатичні розлади (переважно акінезія) виникали і при безінсультному перебігу хвороби. У частини хворих атактичні порушення були обумовлені не стільки мозочково-стовбуровою дисфункцією, скільки ураженням лобно-стовбурових шляхів з виникненням феномену лобної атаксії або апраксії ходьби. Атактичні порушення виявлялись у 22 хворих (22,6%), бульбарні у 10 (10,3%) хворих.

Клінічно псевдобульбарний синдром виявився у 86,4 % та мав прояви в вигляді порушення мови по типу дизартрії, дисфагії, епізодами насильницького сміху або плачу, позитивними аксіальними рефlekсами, слюнотечею, нетриманням сечі. Виникнення цього синдрому було пов'язано з наявністю множинних вогнищ розмягчення в обох півкулях, в основному в префронтальних відділах кори, operculum, внутрішній капсулі, верхніх відділах стовбуру головного мозку.

Аміостатичні розлади були у 34,5 % хворих на СД та мали прояви у вигляді вираженої акінезії (олігобрадікінезія, гіпомімія, складність ініціації руху) та негрубої м'язової ригідності, частіше в нижніх кінцівках. Як правило, аміостатичні розлади сполучались з другою неврологічною симптоматикою, наприклад, з пірамідними порушеннями, атаксією, псевдобульбарними розладами, тремором дії. Характерний для паркінсонізму тремор спокою був відсутен. Характерною особливістю хворих на СД були розлади ходи (16,4%) по типу апраксико-атактичної (10%), паркінсонічної (6,4%); у 30% хворих відбувались спонтанні падіння.

Майже у третині хворих (27,6%) були виявлені різні пароксизмальні стани. У 13,2% спостерігались епілептичні напади у вигляді розгорнутих тоніко-клонічних судом, у 5,5% відбувались напади по типу дроп-атак, в 9% хворих спостерігались синкопальні стани.

Відзначались виражені вегетативно-трофічні порушення. У 15% хворих трофічні зміни шкіри були здебільше виражені в кистях та стопах. Порушення функції тазових органів було виявлено у 53 хворих (55%). Частіше це мало прояви у вигляді нетримання сечі та нетримання або затримки виміту. Розлади слино та потовиділення зустрічались рідко та були нерізно виражені.

Встановлено, що найбільш характерними неврологічними синдромами в обстежених хворих на СД були: пірамідні порушення різного ступеня виразності, псевдобульбарний, аміостатичний (переважно акінезія) синдром, а також їхнє сполучення, атактичний, бульбарний синдром; порушення тазових функцій. В клінічній картині хворих на СД також спостерігались розлади ходи по типу апраксико-атактичної, паркінсонічної, відбувались спонтанні падіння, епілептичні напади, були виявлені різні пароксизмальні та синкопальні стани.

Дані неврологічного обстеження свідчать про багатовогнищеву поразку головного мозку у хворих на СД. Відзначаються залучення в патологічний процес кори головного мозку, підкоркових утворень, поразки лобно-стовбурових та мозочкові-стовбурових шляхів. Наявність вираженої неврологічної симптоматики відрізняє СД від інших типів деменцій.

Н.Ш. Джандоева

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Было обследовано 97 больных в возрасте от 65 до 80 лет, из них 56 – мужчин, 41 – женщина. В работе проведено детальное клинико-неврологическое обследование больных. Изучены субъективные и объективные проявления заболевания. Результаты проведенных исследований показали, что основными признаками клинических проявления СД является симптомокомплекс неврологических и психопатологических синдромов. Установлено, что наиболее характерными неврологическими синдромами у обследованных больных были: пирамидные нарушения разной степени выраженности, псевдобульбарный, амиостатический синдромы (преимущественно акинезия), а также их сочетания атактического, бульбарного синдромы, нарушение тазовых функций, нарушение акта ходьбы по типу апраксико-атактической, паркинсонической. Были выявлены разные пароксизмальные и синкопальные состояния, эпилептические приступы. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 118-121)

CLINICO-NEUROLOGICAL PECULIARITIES OF VASCULAR DEMENTIA

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology Academy of Ministry of Science of Ukraine

97 patients with VD in 65-80 age have been examined. The group consists from 56 men and 41 women. The detail clinico-neurological examination of patients have been taken. The subjective and objective manifestation of disease have been studied. Conclusions: the results of examination have been shown that the base traits of VD are the symptom-complex of neurological and psychopathologic syndromes. It was found out, that the main common and distinctive neurological syndromes in examined patients have been pyramidal disorders of any forms of disease, pseudobulbar, amyostatic syndromes (mainly akinesia), and their combination atactic, bulbar syndromes; disorders of pelvic functions, disorders of walking. It was found out the different paroxysmal states, epileptic attacks. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 118-121)

Література

1. Волошин П.В., Міщенко Т.С., Дмитрієва О.В. Судинна деменція. /Ж.Мистецтво лікування, №5(011), травень 2004. – С.36-39.
2. Дамулін І.В. Сосудиста деменція. /Ж. невропатологія і психіатрія ім. С.С. Корсакова №3, 1999. – С.4-11
3. Максимова С.Г. Соціально-психологічні аспекти дезадаптації осіб пожилого і старечого віку. /Клінічна геронтологія, 2000, - №5-6. –С.58-62.
4. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрошенко П.Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку. /Ж. Український вісник психоневрології, 2001, -т.9, вип. 1(26). –С.5-7
5. Belle, S. H.; Mendelson, A. B.; Seaberg, E.S.; Ratcliff, G. (Pittsburgh, Pa.) A brief cognitive Screening Battery for dementia in the community. // J. Neuroepidemiology,-2000-19/1/00-p/43-50
6. Волошина Н.П. Дементуючі процеси головного мозку. //Харьков, 1997г., «Основа»-184с.
7. Медведєв А.В. Патогенез судинної деменції. //Ж. невропатол. і психіатрії ім. С.С.Корсакова – 1996. – т.96, №5. – с.95-100
8. Pryse – Phillips W. Do we have drugs for dementia? //Arch Neurol 1999; 56:735-737.
9. Lokshyn S., Pravosudovich S., Bondarenko O. Night Atrial Fibrillation. // XXII Congress Of The European Society, European Heart Journal, Amsterdam,v. 21, Abstr. Suppl. 2000, 9, p. 326.
10. Волошин П.В., Тайцлін В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. /-М.:Знание, 1999. –557с.

Поступила в редакцію 12.05.2004

УДК 616-085.214.2

*О.Г. Студзинский, Т.Н. Мангуш, А.А. Обметица, Н.В. Бурцева, Д.В. Судья***ОЛАНЗАПИН, КЛОЗАПИН И ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ**

Донецкая областная клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: оланзапин, клозапин, антипсихотики, шизофрения, электросудорожная терапия

Сегодня однозначно можно говорить о том, что с началом широкого клинического применения атипичных антипсихотиков изменились подходы к лечению шизофрении. Если в эпоху классических нейролептиков основными задачами психофармакологической терапии были купирование психотической симптоматики и профилактика обострений, сегодня появляется возможность воздействовать на негативную шизофреническую симптоматику, улучшить социальное функционирование пациентов. Высокая эффективность атипичных антипсихотиков в отношении позитивных и негативных расстройств, благоприятный профиль побочных эффектов, недостаточное ранее качество взаимодействия с пациентом позволяют говорить о новой эпохе в лечении шизофрении. Благодаря применению атипичных антипсихотиков все больше стирается граница между «большой» и «малой» психиатрией, лечение шизофрении становится все более «личностно ориентированным», все менее «патерналистским». По мере распространения атипичных антипсихотиков, позволяющих быстро и безопасно купировать психотические обострения, акцент оказания психиатрической помощи перемещается на внегоспитальный этап.

Большое число исследований демонстрирует сравнимую эффективность атипичных и

классических антипсихотиков при гораздо более благоприятном профиле побочных эффектов новых препаратов [2,4,6]. Сказанное в полной мере относится к хорошо известному украинским специалистам оланзапину (Зипрекса® Eli-Lilly). В своих работах мы обращались к сравнительному исследованию эффективности оланзапина и классических нейролептиков [9,10], оланзапина и рисперидона [10]. Большинство исследователей сегодня справедливо рекомендует атипичные антипсихотики, в том числе и оланзапин, для терапии впервые выявленной шизофрении [2,4,7]. При лечении же длительно существующей и особенно резистентной к терапии симптоматики большинство авторов отдает предпочтение клозапину, остающемуся на позициях «препарата резерва» [1,3]. Сохраняет свои позиции в лечении резистентной шизофрении и электросудорожная терапия [1,3,8]. Возможность применения оланзапина в терапии резистентной шизофрении широко обсуждается в литературе, хотя однозначное мнение пока не сформировано [4,5,6,7]. Очевидно, что сравнение эффективности и безопасности перечисленных подходов к лечению резистентной шизофрении будет интересно, в первую очередь, с практической стороны.

Материал и методы исследования

В ходе четырехнедельного исследования эффективности и безопасности оланзапина, клозапина и электросудорожной терапии были обследованы 43 пациента, страдающие резистентной шизофренией. Из них 16 пациентов на протяжении 4 недель получали в виде монотерапии оланзапин (Зипрекса® Eli-Lilly) в дозе от 5 до 15 мг в сутки, 12 пациентов получали в виде монотерапии клозапин в дозе 75 – 600 мг в сутки, 15 пациентов получали клоза-

пин в дозе от 75 до 600 мг в сутки в комбинации с биполярной электросудорожной терапией, проводимой через день (от 4 до 8 сеансов на курс лечения). Эффективность терапии оценивалась по Шкале общего клинического впечатления и Шкале PANSS в начале исследования и на 7, 14, 21, 28 дни терапии, профиль побочных эффектов изучался по шкале UKU. При анализе полученных результатов использовалась программа Statistica 5.5.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные пациенты были лицами обоего пола, поступившими в Центр первичной диагностики и интенсивной терапии Донецкой областной клинической психиатрической больницы в связи повторными эпизодами шизофрении. Возраст пациентов колебался в пределах от 18 до 43 лет и в среднем составил $27 \pm 4,4$ года в группе пациентов, принимавших оланзапин (группа 1), $26 \pm 5,2$ года в группе пациентов, принимавших клозапин (группа 2) и $26 \pm 4,5$ лет в группе пациентов, получавших комбинированное лечение клозапином и ЭСТ (группа 3), то есть по возрастному составу группы достоверно не отличались. Все пациенты госпитализировались по поводу повторных эпизодов заболевания, средняя длительность которого составила $36 \pm 5,2$ месяцев в группе 1, $35 \pm 4,6$ месяцев в группе 2 и $35 \pm 5,1$ месяцев в группе 3 – без достоверных отличий. Оланзапин, клозапин или комбинация клозапина и ЭСТ назначались в зависимости от финансовых возможностей пациента в случае оланзапина или получения информированного согласия на проведение ЭСТ, то есть вне зависимости от длительности заболевания и выраженности симптоматики (выраженность симптоматики оценивалась по начальным показателям Шкалы общего

клинического впечатления и PANSS). До госпитализации пациенты на протяжении не менее $35 \pm 4,6$ месяцев принимали классические нейролептики в средней эквивалентной дозе (в перерасчете на хлорпромазин) $255,8 \pm 51,3$ мг без достоверного отличия между группами.

Оланзапин в группе 1 назначался в дозе 5 – 15 мг в сутки (в среднем $6,5 \pm 1,4$ мг), клозапин назначался в дозе 75 – 600 мг в сутки в группах 2 и 3 (в среднем 180 ± 25 мг в группе 2 и 185 ± 29 мг в группе 3). Электросудорожная терапия в группе 3 проводилась с 3 – 5 дня госпитализации, через день, при битемпоральном расположении электродов напряжении 90 – 110 В и экспозиции 0,3 с. Проводилось от 4 до 8 сеансов ЭСТ (в среднем $6 \pm 1,1$ сеансов). Никакая дополнительная терапия пациентам обследованных групп не назначалась, исключение составляла группа 3, пациентам которой в качестве премедикации перед ЭСТ назначалось 10 мг диазепам и 0,5 мг атропина. Ни в одном случае не возникло побочных реакций, повлекших за собой исключение из исследования.

Динамика показателя позитивного кластера шкалы PANSS представлена на следующем графике.

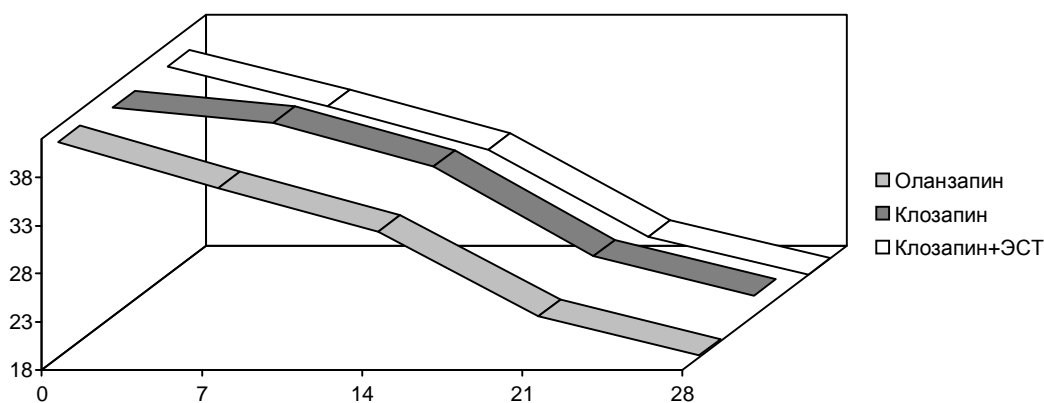


Рис. 1. Динамика показателя позитивного кластера шкалы PANSS

Как видно из графика, при равном начальном показателе позитивного кластера PANSS, во всех трех группах показатель снижается за 4 недели примерно на 50%, при этом обращает на себя внимание более значительное снижение показателя в группах 1 и 3. В группе пациентов, принимавших только клозапин (группа 2) медленнее редуцировались галлюцинаторное поведение и подозрительность.

Динамика показателя негативного кластера PANSS была заметнее в группе 1, причем только в группе пациентов, принимавших оланзапин, отмечалось уменьшение пассивной социальной отгороженности и уплощения аффекта. Обращает на себя внимание и стабилизация показателя к 21 дню в группах 2 и 3 при дальнейшем нарастании кривизны снижения показателя в группе 1 (Рис. 2).

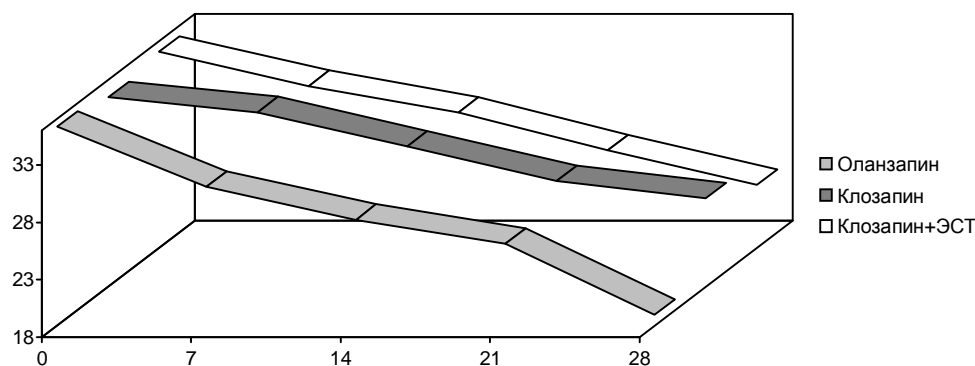


Рис. 2. Динамика показателя негативного кластера шкалы PANSS

Значительная динамика отмечалась и по кластеру общей психопатологии. В группе пациентов, принимавших оланзапин, быстрее и заметнее уменьшалась выраженность, нарушения внимания, манерность, моторная заторможенность, активное социальное избегание. В группе 3 быстрее купировались тре-

вога, аффективные нарушения, импульсивность. Темпы снижения показателя общей психопатологии были выше в группе 3, несколько ниже без достоверных отличий в группе 1 и 2 (Рис. 3). В среднем, снижение показателя во всех трех группах составило около 50% за четыре недели.

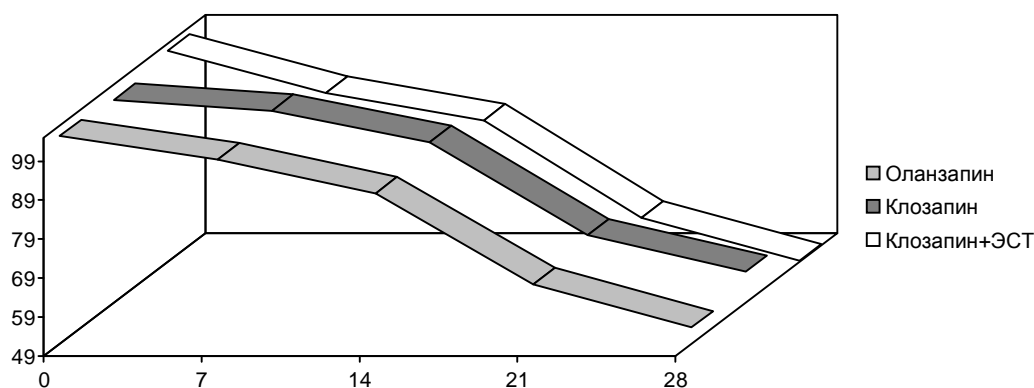


Рис. 3. Динамика показателя кластера общей психопатологии шкалы PANSS

Динамика общего показателя PANSS выглядела следующим образом.

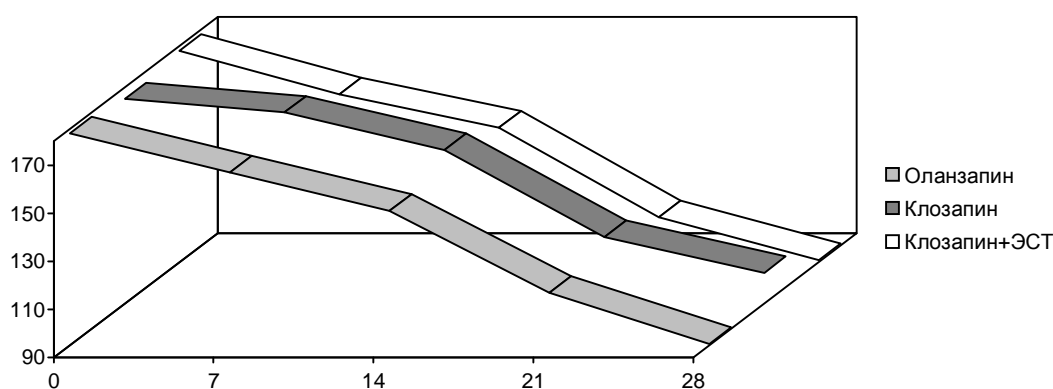


Рис. 4. Динамика общего показателя шкалы PANSS

Динамика общего показателя суммирует описанные выше тенденции. В целом, оланзапин и комбинация клозапина и ЭСТ эффективнее воздействуют на позитивные расстройства, оланзапин – на негативные, а ком-

бинация клозапина и ЭСТ – на расстройства кластера общей психопатологии. Аналогичное заключение позволяет сделать и анализ динамики показателя Шкалы общего клинического впечатления (Рис. 5).

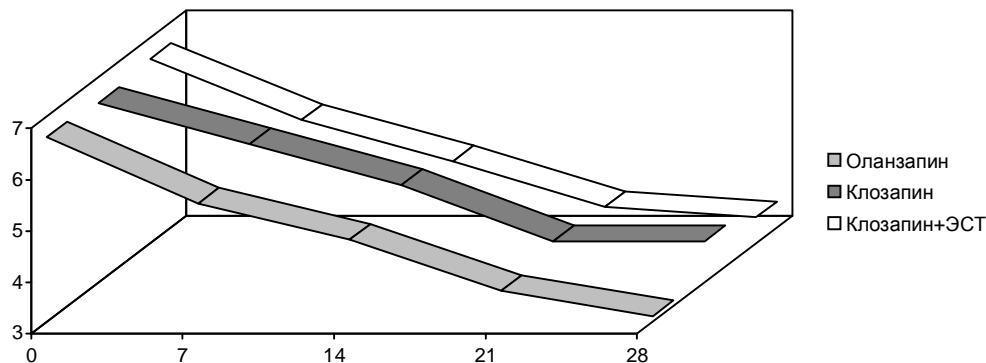


Рис. 5. Динамика показателя Шкалы общего клинического впечатления

Как видно из графика, показатель Шкалы общего клинического впечатления к концу четырех недель терапии находится на уровне слабой степени расстройства для групп 1 и 3 и ближе к умеренной степени в группе 2. Обращает на себя внимание сохранение наклона кривой с 21 дня в группе 1 и 3 при выравнивании ее в группе 2. Анализ динамики показателей Шкалы общего клинического впечатления и PANSS красноречиво свидетельствует о заметно большей эффективности оланзапина и комбинации клозапина и ЭСТ, по сравнению с монотерапией клозапином.

При этом оланзапин позволяет эффективнее воздействовать на негативную шизофреническую симптоматику.

Спектр побочных эффектов, возникавших у пациентов трех обследованных групп, представлен на рисунке 6, отражающем выраженность расстройств по шкале UKU к 28 дню терапии. На графиках отражены наиболее часто встречающиеся побочные эффекты. Ни в одной из групп пациентов не было зарегистрировано значимых экстрапирамидных расстройств, аллергических реакций или изменения массы тела.

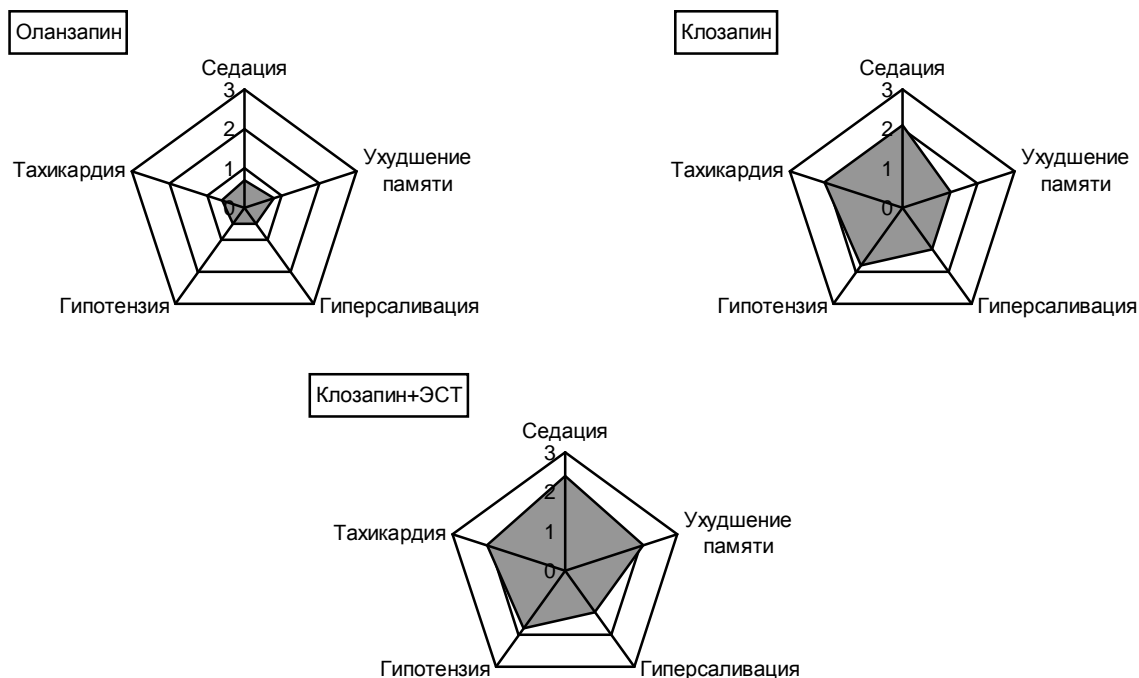


Рис. 6. Профиль побочных эффектов по шкале UKU к 28 дню терапии

Очевидно, что профиль побочных эффектов оланзапина является наиболее благоприятным, клозапин гораздо чаще вызывает избыточную седацию, ортостатические нарушения и гиперсаливацию, при комбинации клозапина и ЭСТ усиливается седация и беспокоящее пациентов транзиторное снижение памяти.

Проведенное исследование показало, что оланзапин в терапии резистентной шизофрении по эффективности не только превосходит клозапин, но и сравним с комбинированной терапией клозапином и ЭСТ. При этом оланзапин позволяет эффективнее воздействовать на негативную симптоматику. Профиль побочных эф-

фектов оланзапина намного благоприятнее, чем у клозапина и, особенно, комбинации клозапина и ЭСТ. Сказанное позволяет говорить об оланзапине, как об эффективном и безопасном средстве терапии резистентной шизофренической симптоматики. В случаях с выраженностью рас-

стройств кластера общей психопатологии, включая аффективные расстройства, импульсивность, выраженную тревогу интересным и перспективным, на наш взгляд, может быть комбинированное применение оланзапина и электросудорожной терапии.

О.Г. Студзінський, Т.М. Мангуш, О.О. Обметиця, Н.В. Бурцева, Д.В. Судья

ОЛАНЗАПИН, КЛОЗАПИН ТА ЕЛЕКТРОСУДОМНА ТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ РЕЗИСТЕНТНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня

Під час чотирьохтижневого дослідження були обстежені 43 пацієнта, хворі на резистентну шизофренію. 16 пацієнтів на протязі 4 тижнів отримували монотерапію оланзапином (Зіпрекса® Eli-Lilly) у дозі 5 – 15 мг на добу, 12 пацієнтів отримували монотерапію клозапином у дозі 75 – 600 мг на добу, 15 пацієнтів отримували клозапин у дозі 75 – 600 мг на добу разом із біполярною електросудомною терапією через день (4 – 8 сеансів на курс терапії). Ефективність терапії оцінювалась за шкалами CGI та PANSS до початку терапії, на 7, 14, 21 та 28 дні лікування. Структура побічних ефектів оцінювалась за шкалою UKU. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 122-126)

O.G. Studzinski, T.N. Mangush, A.A. Obmetitsa, N.V. Burtseva, D.V. Sudya

OLANZAPINE, CLOZAPINE AND ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN TREATMENT OF A REFRACTORY SCHIZOPHRENIA: EFFICIENCY AND SAFETY

Donetsk regional clinical insane hospital

During four-week research of efficiency and the safety olanzapine, clozapine and electroconvulsive therapy were surveyed 43 patients with refractory schizophrenia. From them 16 patients during 4 weeks received as monotherapy olanzapine (Zyprexa® Eli-Lilly) in a dose from 5 up to 15 mg per day, 12 patients received as monotherapy clozapine in a dose from 75 up to 600 mg per day, 15 patients received clozapine in a dose from 75 up to 600 mg per day in a combination with bipolar electroconvulsive therapy spent in day (from 4 up to 8 sessions on a course of treatment). The efficiency of therapy was estimated by the Scale of general clinical impression and PANSS in the beginning of research and on 7, 14, 21, 28 days of therapy, the structure of side effects was studied on a scale UKU. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 122-126)

Литература

1. Benatov R., Sirota P., Megged S. Neuroleptic-resistant schizophrenia treated with clozapine and ECT. // *Convuls. Ther.*-1996.-vol.12(2).-P.117-121
2. Bhana N.; Foster R.H.; Olney R.; Plosker G.L. Olanzapine: an updated review of its use in the management of schizophrenia. // *Drugs* 2001;61(1):111-61
3. Bhatia S.C., Bhatia S.K., Gupta S. Concurrent administration of clozapine and ECT: a successful therapeutic strategy for a patient with treatment-resistant schizophrenia. // *J. ECT.*-1998.-vol.14(4).-P.280-283
4. Cuesta M.J.; Peralta V.; Zarzuela A. Effects of olanzapine and other antipsychotics on cognitive function in chronic schizophrenia: a longitudinal study. // *Schizophr. Res.* 2001 Mar 1;48(1):17-28
5. Dossenbach M.R.K.; Beuzen J.N.; Avnon M.; Belmaker RH; Elizur A; Mark M; Munitz H; Schneidman M; Shoshani D; Kratky P; Grundy SL; Tollefson GD. The effectiveness of olanzapine in treatment-refractory schizophrenia when patients are nonresponsive to or unable to tolerate clozapine. // *Clin. Ther.* 2000 Sep;22(9):1021-34
6. Hamilton S.H.; Edgell E.T.; Revicki D.A.; Breier A. Functional outcomes in schizophrenia: a comparison of olanzapine and haloperidol in a European sample. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2000 Sep;15(5):245-55
7. Kopelowicz A.; Zarate R.; Tripodis K.; Gonzalez V.; Mintz J. Differential efficacy of olanzapine for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. // *Am. J. Psychiatry* 2000 Jun;157(6):987-93
8. Мошевитин С.Ю. Место электросудорожной терапии в современном лечении эндогенных психозов. // *Журнал неврологии и психиатрии.* - Москва. - 1989. - т. 89. - N 3. С. 145 - 153.
9. Сницаренко А.С., Мангуш Т.Н., Обметиця А.А., Тахташова Д.Р., Бурцева Н.В., Судья Д.В. Оланзапин и классические нейролептики в терапии расстройств шизофренического круга (краткосрочное сравнительное исследование). // *Укр. вісн. психоневрол.* – том 10, вип. 2 (31) – 2002 – С. 144 – 6.
10. Сницаренко А.С., Мангуш Т.Н., Обметиця А.А., Тахташова Д.Р., Бурцева Н.В., Судья Д.В. Оланзапин, рисперидон и классические нейролептики в терапии расстройств шизофренического круга (краткосрочное сравнительное исследование). // *Архив психиатрии.* К. 2002 №3 (30). - С. 148-52.

Поступила в редакцию 13.05.2004

УДК 616.89-008-053.6

Т.Ю. Проскурина, Т.Н. Матковская, В.С. Кудь

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины

Ключевые слова: подростки, психическое здоровье, невротические расстройства, расстройства поведения, мелатонин

В последние годы невротические расстройства у подростков и связанная с ними психологическая и социальная дезадаптация относятся к одной из актуальных проблем подростковой психиатрии [1,2,3].

Рост криминогенности среди несовершеннолетних, резкое ухудшение психического здоровья, социальная дезадаптация подрастающего поколения обуславливают поиск новых путей решения проблемы охраны психического здоровья. Популяционные исследования последних

лет среди детей школьного возраста свидетельствуют о значительном росте различных эмоциональных нарушений, депрессивных состояний, агрессивности, поведенческих расстройств [4,5].

Целью настоящего исследования было совершенствование дифференциально-диагностических критериев невротических расстройств у подростков на основе изучения современных клинических форм течения заболеваний и психологических особенностей подростков с невротическими расстройствами.

Материал и методы исследования

Использовались клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, биохимический методы. Под наблюдением находилось 177 подростков обоего пола в возрасте 14-18 лет с невротическими расстройствами. Из них

психогенного генеза – 105 человек, резидуально-органического генеза – 72 человека.

Диагностика и феноменологическая типизация невротических расстройств проводилась в соответствии с МКБ-10.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что структура невротических расстройств представлена доминированием неврастении (69,3%), диссоциативно-конверсионных (17,3%) и обсессивно-компульсивных расстройств (13,3%).

Классическая триада, типичная для всех видов невротических расстройств присутствовала при каждой нозологической форме, однако удельный вес симптомов был различен. Для неврастении наиболее характерными были: астено-депрессивный (60,8%), ипохондрический (22,3%) симптомокомплексы. Для диссоциативно-конверсионных расстройств наиболее характерным было присутствие соматовегетативных проявлений, включая нарушения терморегуляции.

Наиболее характерной особенностью для всех этих форм было сочетание невротических расстройств с различными расстройствами поведения в виде: расстройств поведения, ограничивающихся условиями семьи 35%; не-

социализированных расстройств поведения 28%; социализированных расстройств поведения 20%; оппозиционно-вызывающих расстройств поведения 12%; другими неуточненными расстройствами 5%.

Результат анализа позволил определить перечень наиболее значимых психотравмирующих факторов, участвующих в генезе невротических расстройств у подростков в современном социуме. Следует отметить, что в 68 % при невротических расстройствах имела место хроническая психотравма, обусловленная тяжелыми переживаниями из-за трудностей во взаимоотношениях со сверстниками, отсутствия одного из родителей, отсутствия постоянного места работы у родителей, ослабления внимания или грубого отношения родителей; конфликты с учителями регистрировались в 2 раза чаще, чем с родителями. Все это в сочетании с низким материальным уровнем семьи, трудностями и невозможностью соответствия изменившимся требованиям и ус-

ловиям в школе создавало предпосылку отсутствия уверенности в дальнейшей перспективе учебы и работы и формировало пусковую ситуацию для развития невротического состояния.

Клинико-психологическое исследование подростков установило у всех больных наличие различных форм акцентуации характера. Достоверных различий в частоте встречаемости в зависимости от нозологической принадлежности не выявлено.

Установлена роль следующих типов акцентуаций характера в формировании устойчивых форм невротических расстройств с нарушениями поведения: эпилептоидный (23,1±6,7)%, шизоидный (17,9±6,1)%, истероидный (14,1±5,6)%, лабильный типы (20,5 ±6,5)%.

Цветовая выборка по тесту Люшера выявила специфический паттерн-феномен, характерный для современных подростков, страдающих невротическими расстройствами: неустойчивая, неадекватная самооценка, выраженная потребность в самоопределении, самоутверждении, неустойчивость адаптации и снижение контроля над эмоциональной сферой.

Учитывая клинический полиморфизм, резистентность к терапии, нарушения социального функционирования подростков с различными невротическими расстройствами, мы попытались углубить представления о патогенезе этих состояний. В связи с чем, учитывая роль гормона эпифиза мелатонина в функционировании мозга, включения в механизм формирования некоторых психических заболеваний, представилось важным проанализировать его содержание у подростков с невротическими расстройствами. Содержание мелатонина определялось в суточной моче флуориметрическим методом Друэкса в модификации Г.В. Зубкова.

Исследования особенностей экскреции мелатонина у больных мальчиков-подростков позволили зарегистрировать значительные колебания содержания гормона в суточной моче. Установлено, что средний уровень экскреции мелатонина у подростков с невротическими расстройствами достоверно превышает среднегодовой уровень экскреции гормона у здоровых сверстников ((110,1±9,2) нмоль/сут и (81,3±3,0) нмоль/сут., соответственно; $p<0,01$).

Имеются существенные нарушения годового ритма экскреции гормона эпифиза у обследуемых больных. Если для здоровых подростков характерно минимальное содержание мелатонина в осенний период, а максимальное – в зимние месяцы, с последующим снижением весной, то у подростков с невротическими расстройства-

ми психогенного генеза достоверных сезонных различий в его уровне не выявлено. У больных с резидуально-органическими состояниями максимально высокие показатели гормона эпифиза определялись в осенне-зимний период. Таким образом, у подростков с невротическими расстройствами различного генеза, независимо от сезона года, содержание мелатонина было выше, чем в контроле и отсутствовал характерный для здоровых годовой ритм гормонопродуцирующей активности эпифиза.

При анализе корреляционных связей в различных группах больных нами отмечены определенные особенности. Так, у подростков с невротическими расстройствами различного генеза уровень экскреции мелатонина обратно коррелирует со степенью выраженности нарушений поведения ($r_1 = -0,36$; $p_1 < 0,05$), ($r_2 = -0,66$; $p_2 < 0,01$). У подростков с невротическими расстройствами психогенного генеза уровень экскреции мелатонина прямо коррелирует со степенью школьной и социальной адаптации ($r = 0,68$; $p < 0,01$). При расстройствах резидуально-органического генеза прослеживается средняя корреляционная связь между уровнем экскреции мелатонина и степенью школьной адаптации ($r = 0,47$; $p < 0,05$). Показатели экскреции мелатонина отрицательно коррелируют со сроками возникновения заболевания - так, при впервые возникших клинических проявлениях невротических расстройств выявлена отрицательная корреляционная связь с уровнем экскреции мелатонина ($r = -0,68$; $p < 0,01$). При нарушениях резидуально-органического генеза прослеживается средняя обратная корреляционная связь между уровнем экскреции мелатонина и давностью проявления клинической симптоматики ($r = -0,48$; $p < 0,01$). Как при невротических расстройствах психогенного генеза, так и при нарушениях резидуально-органической природы, определяется прямая корреляционная связь между уровнем экскреции мелатонина и степенью выраженности депрессивной симптоматики ($r_1 = 0,73$, $p < 0,01$; $r_2 = 0,50$, $p < 0,05$).

При изучении уровня экскреции мелатонина у больных с невротическими расстройствами, в зависимости от наличия патологических форм поведения, установлено, что достоверных различий в частоте повышенных показателей не выявлено, в то время как соответствующие возрастной норме показатели достоверно реже регистрировались при нарушенных формах поведения ((50,0±7,0) % и (28,0±5,2) % соответственно, $p < 0,01$).

Анализ эффективности проводимой терапии,

в зависимости от исходного уровня экскреции мелатонина, свидетельствует о более эффективном лечении больных с невротическими расстройствами психогенного генеза с исходно высоким уровнем экскреции мелатонина по сравнению с подростками, у которых эти показатели не превышали нормальные возрастные значения. При расстройствах резидуально-органического генеза достоверных отличий в эффективности терапии в группах больных с исходно повышенными показателями и не превышающими нормальные или пониженными возрастными показателями не выявлено.

Выявленные социально-психологические и клиничко-психопатологические показатели необходимо учитывать при формировании групп риска по развитию социальной дезадаптации под-

ростков с невротическими расстройствами для оказания своевременной дифференцированной медико-психологической, психотерапевтической, педагогической помощи.

Комплекс медико-профилактических мероприятий, направленных на раннюю диагностику и предупреждение развития социальной дезадаптации подрастающего поколения, должен проводиться с учетом неблагоприятных микро-социальных факторов, особенностей изменившихся внешнесредовых воздействий, психологических характеристик личности, оценки поведения.

Полученные данные позволяют с новых позиций подойти к вопросам патогенеза пограничных нервно-психических расстройств, прогнозированию их течения, выбору терапии

Т.Ю. Проскурина, Т.М. Матковська, В.С. Кудь

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України

В проведеному дослідженні встановлені кліничко-психопатологічні особливості сучасних форм невротичних розладів, що полягають в поліморфізмі клінічних проявів, в перевазі депресивної симптоматики та поєднанні із розладами поведінки. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 127-129)

T.Y. Proskurina, T.N. Matkovskaya, V.S. Kud

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF NEUROTIC DISORDERS IN CONTEMPORARY TEENAGERS

Institute of Children and Adolescents Health Care of the AMS of Ukraine

We studied clinical and psychopathologic features of current forms of neurotic distresses in adolescents containing by polymorphism of clinical manifestations, in predominance of depressive and depressive - dystymic symptoms, combined with behavior disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 127-129)

Литература

1. Кузнецов В.Н. Состояние и задачи психиатрической помощи детям и подросткам в Украине // Укр. вісник психоневрології. — Т.10, вип.1(30). — 2002. — С.196-197.
2. Підкоритов В.С. Стан психічного та неврологічного здоров'я дітей, що мешкають у різних регіонах України // Укр. вісник психоневрології. — Т.6, вип.1(16). — 1998. — С.53-57.
3. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические расстройства и расстройства поведения. — К.: Сфера, 2002. — 314 с.

4. Гойда Н.Г., Жданова Н.П., Напреско О.Г., Домбровська В.В. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку // Український вісник психоневрології — т.10, вип. 2.-2002, с.9-12.
5. Коренев Н.М., Проскурина Т.Ю., Михайлова Э.А. Психическое здоровье школьников на современном этапе. // Матер. наук. практ. конф. "Невротичні розлади та порушення поведінки у дітей та підлітків". — Харків, 2001. — С.3-6.

Поступила в редакцию 14.05.2004

УДК 616.89:159.96

*Д.М. Болотов***РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ, И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: расстройства адаптации, экстремальные ситуации, качество жизни, психотерапевтическая коррекция.

Различные экстремальные ситуации, как правило, сопровождаются психогенной травматизацией, которая, в свою очередь, может привести к формированию и развитию различных психических расстройств (депрессивных, панических, тревожно-фобических, обсессивных и др.) [1]. Среди данных расстройств наименее изученными остаются расстройства адаптации (РА).

Под расстройствами адаптации подразумевают эмоциональные (чаще депрессивные) и поведенческие расстройства, которые сочетаются с переживанием дистресса и препятствуют нормальному функционированию пациента. Данные расстройства возникают у него в период адаптации к значительному жизненному изменению или стрессовому событию [2].

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 их относят к рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации». Ранее подобной рубрики не существовало, и РА рассматривали в рамках различных вариантов психогенных депрессий: невротических, реактивных (Reiss E.), истощения Кильгольца (Kielholz P.) и т.п. [3].

В соответствии с тем, что факт переживания любого экстремального события, как правило, приводит к изменению личностного и социального функционирования, а стало быть, к изменению качества жизни, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории лиц должен в обязательном порядке включать и психотерапевтическую коррекцию.

Материал и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины. Было обследовано 32 человека - 13 мужчин (40,63%) и 19 женщин (59,37%) в возрасте от 18 лет до 50 лет (средний возраст - 34 года), которые были участниками тех или иных экстремальных событий (участие в военных операциях, физическое и сексуальное насилие, угроза оружием и т.д.). Клиническая симптоматика обследуемых, согласно диагностическим критериям МКБ-10, соответствовала диагнозам «Расстройство адаптации. Пролонгированная депрессивная реакция» и «Расстройство адаптации. Смешанная тревожная и депрессивная реакция».

В ходе исследования применялись клинико-психопатологический и психодиагностический методы (опросник депрессивности Бека, Миссисипская шкала, опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R), метод статистической обработки (использовался t-критерий Стьюдента). Обследование проводилось до начала курса психотерапии и по его окончании.

На основании результатов клинического и психодиагностического обследования, нами был сформирован комплекс психотерапевтического воздействия, который предполагал использование техник различной направленности. Применялись когнитивная терапия Бека (включая моделирующие техники и техники самоконтроля), техника прогрессивной мышечной релаксации (ПМР) и отдельные техники телесно-ориентированной терапии [4].

Алгоритм психотерапевтического вмешательства заключался в следующем: когнитивная терапия Бека и моделирующие техники составляли основной терапевтический блок, остальные техники и методы психотерапии были дополняющими. В тех случаях, когда пациент либо испытывал затруднение с вербализацией своих проблем, либо выдвигал на передний план второстепенные жалобы и конфликтные ситуации, некоторые вспомогательные психотерапевтические техники (а именно, ПМР и телесно-ориентированные) на начальном этапе терапевтического процесса использовались как ведущие. Про-

должительность курса психотерапии составляла, как правило, не менее 2 месяцев, с частотой сеансов 2 раза в неделю, продолжительностью 60-90 минут.

Задача терапевта, применяющего когнитивную терапию А. Бека, состояла в том, чтобы сконцентрировать внимание клиента на процессе отбора и интерпретации информации. Ему предлагалось проверить обоснованность сделанных им выводов, а при заключении об их ошибочности заменить их на более адекватные. Выделяли несколько наиболее часто встречаемых типов логических ошибок: сверхгенерализация (сверхобобщение), селективное внимание (избирательность), персонификация, дихотомическое мышление, излишняя

ответственность и «катастрофирование» [4].

Поведенческий тренинг, предполагающий использование моделирующих техник, основывался на феномене научения через наблюдение. Моделирование является высокоэффективной техникой обучения адаптивным вариантам интерперсонального поведения, а в комбинации с подкреплением – результативной методикой обучения новым социальным навыкам [4].

Использование техники прогрессивной мышечной релаксации и элементов телесно-ориентированной терапии было обусловлено наличием в клинической картине больных с РА феномена соматизации негативных эмоциональных переживаний, который, в ряде случаев, выступал «фасадом» данных психических расстройств.

Результаты исследования и их обсуждение

Представленность различных симптомов в клинической картине расстройств адаптации,

возникших вследствие пережитых экстремальных ситуаций, приведена в таблице 1.

Таблица 1

Частота проявлений основных психопатологических симптомов у пациентов с РА

Основные психопатологические симптомы	Частота проявления симптома					
	Все пациенты (n=32)		Мужчины (n=13)		Женщины (n=19)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Снижение настроения	32	100	13	100	19	100
Утрата жизненных интересов и чувства удовольствия	27	84,38	11	84,62	16	84,21
Снижение энергетического потенциала	31	96,88	12	92,31	19	100
Снижение яркости эмоциональных реакций	29	90,63	10	76,92	19	100
Повышенная утомляемость и сниженная активность	22	68,75	6	46,15	16	84,21
Сниженная способность к сосредоточению внимания	25	78,13	8	61,54	17	89,47
Сниженная самооценка и уверенность в себе	20	62,50	5	38,46	15	78,95
Идеи виновности и уничижения	6	18,75	1	7,69	5	26,32
Мрачное видение будущего	13	40,63	4	30,77	9	47,37
Суицидальные мысли	7	21,88	2	15,38	5	26,32
Стремление к изоляции и ограничению контактов	17	53,13	9	69,23	8	42,11
Затрудненное засыпание и частые пробуждения	28	87,50	10	76,92	18	94,74
Резкое снижение аппетита	24	75,00	11	84,62	13	68,42
Сухость во рту	15	46,88	6	46,15	9	47,37
Частые запоры	8	25,00	3	23,08	5	26,32

Как видно из таблицы 1, чаще всего встречались симптомы, которые характеризуют нарушения в эмоциональной сфере: снижение настроения, утрата жизненных интересов и чувства удовольствия, снижение энергетического потенциала и яркости эмоциональных реакций. Кроме того, достаточно выраженными как у мужчин, так и у женщин были изменения поведенческих реакций: стремление к изоляции и ограничению контактов, обусловленные повышенной утомляемостью и сниженной активностью, а также на-

личие суицидальных мыслей. Несколько реже отмечались симптомы, которые в большей степени характеризуют уровень личностного и социального функционирования: сниженная способность к сосредоточению внимания, заниженная самооценка и уверенность в себе, наличие идей виновности и уничижения, мрачное видение будущего. Также статистически значимыми были симптомы, которые отражают соматическую составляющую данных расстройств: затрудненное засыпание и частые пробуждения, рез-

кое снижение аппетита, сухость во рту, частые запоры и т.д.

Клинические варианты расстройств адаптации, установленные на основании изучения их

симптоматики, подтверждались данными, полученными в ходе использования методик психодиагностического обследования. Результаты обработки данных приведены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты психодиагностического обследования до и после психотерапевтического лечения

Методика	Исследуемый параметр	До лечения	После лечения
Миссисипская шкала	Общий балл Σ ср	93,0 \pm 7,93*	68,85 \pm 10,88*
Шкала Бека	Общий балл Σ ср	26,42 \pm 4,54*	14,0 \pm 3,69*
Опросник SCL-90-R	Шкала соматизации	1,04 \pm 0,26*	0,55 \pm 0,19*
	Шкала obsессий-компульсий	0,85 \pm 0,30**	0,44 \pm 0,25**
	Шкала межличностной чувствительности	1,12 \pm 1,04*	0,69 \pm 0,66*
	Шкала депрессивности	1,69 \pm 0,47*	0,94 \pm 0,26*
	Шкала общей тревожности	1,94 \pm 0,46*	1,02 \pm 0,20*
	Шкала враждебности	0,73 \pm 0,59**	0,42 \pm 0,45**
	Шкала фобической тревожности	0,52 \pm 0,49 [!]	0,24 \pm 0,28 [!]
	Шкала паранойяльности	0,75 \pm 0,67**	0,54 \pm 0,55**
	Шкала психотизма	0,31 \pm 0,27 [!]	0,21 \pm 0,21 [!]

Примечание: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; ! $p > 0,05$

В группе пациентов с расстройствами адаптации показатель Миссисипской шкалы до лечения у 11 пациентов (34,38%) соответствовал уровню отдельных симптомов посттравматических реакций, у 21 (65,62%) - он был характерен для нормативных значений. После лечения этот показатель только у 3 обследуемых (9,38%) соответствовал уровню отдельных симптомов посттравматических реакций, в остальных случаях (90,62%) не выходил за пределы нормативных значений. Степень депрессивности, измеренная с помощью шкалы Бека, до лечения у всех пациентов (100%) регистрировалась как умеренная. После применения психотерапевтических техник, в конце курса лечения, только у 7 обследуемых (21,88%) уровень депрессивности соответствовал умеренной степени выраженности, у 19 человек (59,38%) регистрировалась легкая степень депрессивности, у остальных 6 пациентов (18,74%) ее значение соответствовало нормативным показателям.

Использование опросника SCL-90-R позволило установить, что ведущими являлись шкалы общей тревожности (1,94 \pm 0,46 до лечения и 1,02 \pm 0,20 после лечения; $p < 0,01$), депрессивности (1,69 \pm 0,47 и 0,94 \pm 0,26 соответственно; $p < 0,01$), соматизации (1,04 \pm 0,26 и 0,55 \pm 0,19; $p < 0,01$) и межличностной чувствительности (1,12 \pm 1,04 и 0,69 \pm 0,66; $p < 0,05$). Показатели шка-

лы паранойяльности (0,75 \pm 0,67 и 0,54 \pm 0,55; $p < 0,05$) и враждебности (0,73 \pm 0,59 и 0,42 \pm 0,45) по своим абсолютным значениям приближались к показателям ведущей группы шкал. Однако разброс значений внутри группы позволяет утверждать, что данная симптоматика не является неотъемлемой частью клинической картины расстройства адаптации.

Таким образом, показателем эффективности выбранной психотерапевтической тактики при лечении лиц, которые испытали воздействие факторов психотравмирующих событий, а также улучшения качества их жизни может служить, в первую очередь, снижение выраженности психопатологической симптоматики. Об этом свидетельствует нормализация показателей, которые в большей степени присущи депрессивным расстройствам (аффективные нарушения в виде сниженного настроения, снижения энергетического потенциала, повышенной утомляемости и сниженной активности и др.). Изменение показателя заниженной самооценки в сторону повышения, расширение социальных контактов, повышение уровня уверенности в себе, уменьшение признаков изолированности свидетельствуют о расширении адаптационных механизмов. Для пациентов с суицидальными мыслями показателем эффективности проведенного лечения являлось уменьшение их частоты и интенсивно-

сти. Критерием результативности проведенного лечения также является снижение выраженности идей виновности и уничижения, мрачного видения будущего, восстановление чувства эмоциональной близости.

Достоверным подтверждением позитивных изменений в клинической картине пациентов и, как следствие, показателем эффективности проводимого лечения являются результаты, полученные с помощью психодиагностических методик обследования. Отмечено существенное снижение показателей Миссисипской шкалы и опросника депрессивности Бека, а также по

шкалам опросника выраженности психопатологической симптоматики - общей тревожности, депрессивности, соматизации и межличностной сенситивности.

Таким образом, применение адекватного комплекса психотерапевтических вмешательств, способствует общему улучшению качества жизни, о чем свидетельствует уменьшение выраженности психопатологической симптоматики, формирование более адаптивных форм поведения у лиц с расстройствами адаптации, которые испытали воздействие факторов различных чрезвычайных событий.

Д.М. Болотов

РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПОДІЇ, ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Розлади адаптації є однією з частих клінічних форм психічних порушень, які виникають в осіб, що пережили різні екстремальні події. Використання адекватного комплексу психотерапевтичних втручань сприяє загальному покращанню якості життя, про що свідчить зменшення виразності психопатологічної симптоматики, формування більш адаптивних форм поведінки, покращання особистісного і соціального функціонування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 130-133)

D.M. Bolotov

ADAPTATION'S DISORDERS AT PATIENTS WHO WERE INVOLVED TO EXTREME SITUATIONS AND THEIR PSYCHOCORRECTION

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine

Adaptation's disorders are one of the frequent clinical forms of psychical disorders, which were developed at persons who were involved to different extreme situations. Development and appliance of adequate complex of psychotherapy are promoted the common improvement of life's quality, which was shown in reduction of psychopathological symptoms, formation of more adaptive behavior, improvement of the personal and social functioning. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 130-133)

Литература

1. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація /Методичні рекомендації. — Харків, 2002. — 47с.
2. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Факт,

1999. — 272с.

3. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352с.

4. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб: Питер, 2002. — 352с.

Поступила в редакцию 11.05.2004

УДК: 616.89:351.741-084

*А.В. Абрамов, В.Ю. Омелянович***ОПЫТ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНЫХ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ЭТАПАХ ОТБОРА КАНДИДАТОВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И АБИТУРИЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ СИСТЕМЫ МВД**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: психопрофилактика, психические расстройства, военно-врачебная экспертиза, профессиональный отбор, сотрудники органов внутренних дел

Профилактика психических и поведенческих расстройств среди сотрудников органов и подразделений внутренних дел является одним из основных направлений деятельности ведомственной психиатрической службы системы МВД Украины. Специфика выполняемой сотрудниками органов внутренних дел работы, характеризующейся высокой степенью риска, необходимостью четкого и адекватного реагирования в быстро меняющейся обстановке, доступом к секретной информации и огнестрельному оружию, обуславливает необходимость постоянного совершенствования психопрофилактических мероприятий, исключения случаев служебного использования лиц с психическими и поведенческими расстройствами. В качестве основного и, пожалуй, наиболее эффективного метода первичной психопрофилактики следует рассматривать жесткий медицинский отбор кандидатов на службу в органы внутренних дел при проведении военно-врачебной экспертизы. Критериями отбора в данном случае является отсутствие психической патологии, как на момент осмотра, так и в анамнезе [1], хотя, по мнению авторов, «донозологические», «предболезненные» состояния [2-7], которые в рамках действующего законо-

дательства не являются противопоказаниями к приему на службу (и даже не могут быть зафиксированы в медицинской документации в качестве диагноза), следует так же рассматривать в качестве факторов прогностически неблагоприятных, предполагающих применение индивидуального дифференцированного подхода при вынесении ведомственной военно-врачебной комиссией экспертного решения о годности к службе в органах внутренних дел.

В данной работе предпринята попытка исследования динамики изменения заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди кандидатов на службу в органы внутренних дел (ОВД) и абитуриентов ВУЗов системы МВД, выявленной при проведении военно-врачебной экспертизы в одной из крупных промышленных областей Украины в сравнении с заболеваемостью указанного контингента в других областях и по Украине в целом. На основе сравнения выявляемости психических расстройств на этапе приема на службу в ОВД и заболеваемости сотрудников ОВД предпринята попытка анализа эффективности существующей системы первичной психопрофилактики ведомственных медицинских учреждений МВД Украины.

Материал и методы исследования

Работа основывается на изучении заболеваемости группы кандидатов на службу в ОВД, абитуриентов ВУЗов системы МВД, признанных негодными к службе в связи с психическими и поведенческими расстройствами, а также сотрудников органов внутренних дел с психическими расстройствами, выявленными в процессе службы. В работе использованы архивные данные военно-врачебной комиссии УМВД Ук-

раины в Донецкой области, Центра психиатрической помощи и профессионального психологического отбора ОЗО УМВД Украины в Донецкой области, обзоры и статистические сборники МВД Украины за 1999 – 2003 гг.

Для проведения математического анализа был использован метод описательной статистики, метод углового j^* преобразования Фишера, корреляционный анализ Пирсона [8, 9].

Результаты исследования и их обсуждение

1. Анализ заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами сотрудников органов внутренних дел, кандидатов на службу в ОВД и абитуриентов ВУЗов системы МВД Украины.

В течение рассматриваемого периода общая психическая заболеваемость сотрудников органов внутренних дел Донецкой области (таб. 1) уменьшилась с 17,4 на 1000 в 1999 г. до 8,2 на 1000 в 2003 г. (среди аттестованных сотрудников – с 17,57 на 1000 в 1999 г. до 1,1 на 1000 в 2003 г.). Уменьшилась так же и первичная заболеваемость аттестованных сотрудников органов

внутренних дел (с 5,36 на 1000 в 1999 г. до 1,1 на 1000 в 2003 г.).

Среднереспубликанские показатели общей заболеваемости колебались в пределах от 16,37 на 1000 до 34,2 на 1000, однако выявленный в результате проведенного анализа углового j^* преобразования Фишера крайне низкий уровень статистической значимости отличий ($p > 0,1$) дает возможность говорить о достаточно стабильном уровне общей заболеваемости сотрудников органов внутренних дел расстройствами психики и поведения на протяжении всего рассматриваемого периода (1999-2003 гг.).

Таблица 1

Психическая заболеваемость сотрудников ОВД в 1999-2003 гг.

Регион	Донецкая область					Украина				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Психическая заболеваемость аттестованных сотрудников ОВД (на 1000)										
Общая	17,6	17,54	15,0	2,4	1,1	20,3	20,31	21,3	16,4	34,2
Первичная	7,13	4,09	4,26	2,7	0,7	6,52	7,88	8,0	6,35	10,8
Психическая заболеваемость кандидатов на службу в ОВД и абитуриентов ВУЗов системы МВД (на 1000)										
Кандидаты	15,7	14,2	14,6	7,31	0,63	27,0	25,4	23,9	17,0	14,0
Абитуриенты	8,1	4,38	12,4	18,4	0	1,06	10,1	11,4	13,0	7,0

За период с 1999 по 2003 гг. осмотр военно-врачебными комиссиями органов внутренних дел прошли в связи с поступлением на службу в ОВД (кандидаты на службу) 147548 человек, в связи с поступлением в ВУЗы системы МВД (абитуриенты) - 70852 человека. Из них почти что каждый десятый проходил осмотр военно-врачебной комиссией УМВД Украины в Донецкой области (7,4% - 16093 человека). Негодными к службе в ОВД в связи с психическими расстройствами были признаны 3236 кандидатов на службу в ОВД и 829 абитуриентов ВУЗов системы МВД Украины. Из них у 129 кандидатов на службу и у 41 абитуриента психические расстройства были диагностированы при осмотре ВВК Донецкой области.

На протяжении всего рассматриваемого периода в Донецкой области наблюдались более низкие, чем в среднем по Украине показатели психической патологии, выявленной при проведении военно-врачебной экспертизы (таб. 1), однако динамика этих изменений по Украине и по Донецкой области по категориям кандидатов на службу в ОВД и абитуриентов ВУЗов систе-

мы МВД совпадает. Принимая во внимание тот факт, что в Донецкой области, как и в среднем по Украине, динамика изменений показателя психической патологии практически совпадает, можно допустить, что причиной изменений показателей были одни и те же факторы.

Особого внимания заслуживает рассмотрение причин резкого падения показателя психической патологии в Донецкой области среди абитуриентов ВУЗов системы МВД (с 18,4 на 1000 в 2002 г. до 0 в 2003 г.). Следует отметить, что падение этого показателя наблюдалось в 2003 г. не только в Донецкой области, но и в таких областях, как Запорожская (с 12,0 на 1000 в 2002 г. до 0 в 2003 г.), Киевская (с 3,0 на 1000 в 2002 г. до 0 в 2003 г.), Полтавская (с 2,0 на 1000 в 2002 г. до 0 в 2003 г.), Ровенская (с 6,0 на 1000 в 2002 г. до 0 в 2003 г.), а во Львовской области и г. Севастополь на протяжении последних 5 лет, в Полтавской и Тернопольской – на протяжении 4 лет этот показатель вообще был равен нулю.

К сожалению, в статистических сборниках Минздрава Украины отсутствуют данные о распространенности психической патологии среди

граждан Украины в возрасте от 17 до 21 года (основной возрастной диапазон абитуриентов ВУЗов), что делает невозможным сравнение контингентов кандидатов на учебу в гражданских ВУЗах и, прошедших предварительные (перед медицинским освидетельствованием) этапы кадрового отбора, абитуриентов ВУЗов системы МВД. Однако отмеченные выше особенности психической заболеваемости рассматриваемого контингента в ряде областей Украины указывает на то, что снижение данного показателя в Донецкой области не является исключительным и, скорее всего, зависит от уровня психического здоровья пациентов, а не объясняется какими-либо субъективными факторами в работе Цента ПП и ППФО УМВД Украины в Донецкой области.

В результате проведенного статистического анализа заболеваемости, выявленной при осмотре военно-врачебными комиссиями кандидатов на службу в органы внутренних дел и общей заболеваемости сотрудников ОВД на протяжении 1999 – 2003 гг. была выявлена значимая отрицательная корреляционная связь ($r = -0,544$; $p = 0,002$). Практически такая же отрицательная корреляция была выявлена при анализе первичной заболеваемости сотрудников ОВД и кандидатов на службу в органы внутренних дел ($r = -0,543$; $p = 0,002$). Отмеченную особенность, на наш взгляд, следует расценивать как свидетельство и качества первичной психопрофилактической работы при отборе кандидатов на службу в органы внутренних дел, эффективности метода оздоровления контингента, работающего в ведомстве путем исключения приема на службу лиц с психической патологией (включая психические расстройства в личном анамнезе).

При статистическом анализе заболеваемости, выявленной при осмотре абитуриентов ВУЗов системы МВД и заболеваемости (общей и первичной) сотрудников ОВД так же была выявлена статистически значимая ($p < 0,001$) отрицательная корреляция, однако ее уровень настолько низок ($r < 0,27$), что говорить о наличии связи между данными явлениями в рассматриваемых контингентах весьма спорно. Полученный результат может быть объяснен тем, что между моментом психиатрического освидетельствования абитуриентов и началом службы в ОВД лежит временной промежуток в пять лет и эффективность, декларированного существующим законодательством, исключения приема в органы внутренних дел граждан с диагностированными (согласно критериям МКБ-10) психическими расстройствами без отсева лиц, у которых по

результатам комплексного психолого-психиатрического обследования имеется высокая вероятность развития психических расстройств, в долгосрочной перспективе представляется сомнительной.

2. Анализ структуры заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами сотрудников органов внутренних дел, кандидатов на службу в ОВД и абитуриентов ВУЗов системы МВД Украины.

Для более детального и точного исследования эффективности первичных психопрофилактических мероприятий в системе МВД Украины нам представляется необходимым провести анализ структуры заболеваемости сотрудников органов внутренних дел, а так же кандидатов на службу в ОВД и абитуриентов ВУЗов системы МВД (т.е. контингента, который был отсеян на этапах проведения военно-врачебной экспертизы).

Структура общей заболеваемости аттестованных сотрудников органов внутренних дел свидетельствует о том, что как в Донецкой области, так и в органах внутренних дел Украины в целом, наблюдался рост заболеваемости органическими, включая симптоматические, расстройствами психики при параллельном снижении заболеваемости невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

В общеукраинской выборке органические психические расстройства на протяжении периода 1999-2003 гг. встречались в 36,36% - 56,0% случаев установления психиатрического диагноза. В Донецкой области данный показатель колебался от 20,05% до 56,25%. Невротические расстройства в структуре психической заболеваемости сотрудников ОВД имели место в 37,9% - 58,3% в среднем случаев по Украине и в 40,63% - 69,7% в Донецкой области. Остальные группы психических расстройств (согласно МКБ-10) в структуре психической патологии сотрудников органов внутренних дел не превышали 3%.

Анализ структуры психической заболеваемости среди кандидатов на службу в ОВД указывает на то, что за период с 1999 по 2003 гг. из лиц, признанных негодными по результатам психиатрического осмотра в Донецкой области, 68,2% страдали психогенными расстройствами психики (реактивные психозы и невротические расстройства), 28,68% - расстройствами личности, 1,55% - психическими расстройствами вследствие органического поражения головного мозга и 0,78% - умственной отсталостью. Негодных к поступлению в ВУЗы системы МВД по причине наркологической патологии, шизоф-

рени и других бредовых расстройств в 1999-2003 гг. не было.

По Украине в среднем наиболее распространенными среди кандидатов на службу в ОВД были психогенные расстройства психики (51,12%), расстройства личности (18,22%) и умственная отсталость (21,94%). Как видно из приведенных данных, при совпадении основных кластеров психических расстройств, обращает на себя внимание значительно более низкий процент лиц, страдающих умственной отсталостью из контингента, который проходил осмотры ВВК Донецкой области.

Этот факт может быть объяснен региональными особенностями контингента, который отбирает кадровый аппарат УМВД Донецкой области – это городские жители с неотягощенной алкоголизацией и другими патогенными факторами наследственностью, со средним специальным, а часто и высшим образованием, прошедших службу в вооруженных силах и уволенных по окончании срока службы в звании сержантов и старшин.

Среди абитуриентов ВУЗов системы МВД в 1999 - 2003 гг. в Донецкой области наиболее широко были представлены психогенные психические расстройства (реактивные психозы и невротические расстройства) – 63,42% и рас-

стройства личности – 17,07%, что дает возможность говорить об этих группах психических расстройств, как о наиболее типичных для контингента, признанного негодным военно-врачебной комиссией УМВД Донецкой области для службы в ОВД в возрасте от 17 до 25 лет.

Среди абитуриентов ВУЗов системы МВД по Украине в целом также преобладали психогенные психические расстройства (64,92%) и расстройства личности (15,62%), однако, как и в случае с группой кандидатов на службу в ОВД, значительно более широко, чем в Донецкой области, были представлены лица с умственной отсталостью и задержками психологического развития. Признанных негодными к поступлению в ВУЗы системы МВД в связи с органическими психическими расстройствами было 12,2%, в связи с умственной отсталостью – 2,44%, в связи с наркологической патологией – 2,44%.

Для исследования влияния уровня выявляемости психических расстройств на этапе осмотра военно-врачебной комиссией кандидатов на службу в ОВД и учебу в ВУЗах системы МВД на заболеваемость психическими расстройствами сотрудников органов внутренних дел, был проведен корреляционный анализ структуры заболеваемости указанных контингентов (таб. 2).

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа Пирсона психической заболеваемости кандидатов на службу в ОВД, абитуриентов ВУЗов системы МВД и сотрудников органов внутренних дел в 1999 – 2003 гг.

Контингент Группы заболеваний	Кандидаты-сотрудники		Абитуриенты-сотрудники	
	r	p	r	p
F 0	-0,55417	0,016337	0,487551	0,016442
F 1	-0,76354	0,16481	0,504504	0,401445
F 2	-0,09525	0,020342	0,412226	0,058932
F 3	-0,46458	0,043844	-0,60491	0,044001
F 4	0,775464	0,000543	-0,38688	0,000891
F 6	0,658391	0,001471	0,498164	0,007724

Статистически значимая отрицательная корреляция была выявлена при сравнении заболеваемости сотрудников ОВД и кандидатов на службу в ОВД органическими психическими расстройствами ($r = -0,55$; $p = 0,02$), аффективными расстройствами ($r = -0,47$; $p = 0,04$). Данный результат свидетельствует об эффективности мероприятий по первичной профилактике указанных видов психической патологии. Вместе с тем по группам психических расстройств, классифицируемых в диагностических рубриках F 1 и F 2, статистически значимой корреляции вы-

явлено не было, а по расстройствам рубрик F 4 и F 6 была выявлена статистически значимая положительная корреляция, что свидетельствует об отсутствии влияния медицинского психолого-психиатрического отбора на заболеваемость данными видами психических расстройств в системе МВД Украины. Подобная ситуация наблюдается и по результатам корреляционного анализа заболеваемости, выявленной при осмотре военно-врачебными комиссиями абитуриентов ВУЗов системы МВД (значимая отрицательная корреляция выявлена только

при анализе заболеваемости аффективными расстройствами).

Таким образом, эффективность психопрофилактических мероприятий первичного звена в системе органов внутренних дел в целом можно характеризовать как удовлетворительную. Однако, приведенный выше, детальный анализ взаимосвязи структуры заболеваемости кандидатов на службу в ОВД, абитуриентов ВУЗов системы МВД и сотрудников органов внутренних дел указывает на сомнительный характер адекватности современной системы психолого-психиатрического отбора.

Как в случае с кандидатами на службу в ОВД, так и в случае с абитуриентами ВУЗов системы МВД, отсутствие значимого влияния первичных психопрофилактических мероприятий (углубленное психолого-психиатрическое обследование и отсев лиц, страдающих психическими расстройствами) на заболеваемость в системе МВД шизофренией и другими бредовыми расстройствами, а так же наркологическими расстройствами объясняется тем, что отмеченные заболевания при осмотре пациентов военно-врачебными комиссиями зачастую не имеют преморбидных клинических маркеров (за исключением разве что специфического семейного анамнеза), к тому же их распространенность в системе МВД достаточно низка (F 1 – 1,3%, а F 2 – 0,8% в структуре психической заболеваемости).

Совсем по иному представляется нам взгляд на ситуацию первичной профилактики невротических расстройств и расстройств личности. Существующая система медицинского отбора в системе МВД Украины не позволяет рассматривать в качестве критериев годности-негодности к службе ни «предболезненные» формы психической патологии [4, 5, 7], ни факторы, влияющие на состояние здоровья (глава Z МКБ-10) [10], ограничивая первичную психопрофилактику исключительно отсевом граждан, страдающих клинически выраженными видами психической патологии. А ведь именно факторы, перечисленные в указанной главе МКБ-10 (глава XXI (Z)), как выявляемые при объективном психиатрическом осмотре (акцентуации характера,

выгорание и др.), так и анамнестические (родительская гиперопека, проблемы, связанные с социальной средой и др.) в сочетании со специфическим психотравмирующим воздействием службы в органах внутренних дел (жесткие взаимоотношения в коллективе, частые и интенсивные стрессы, напряженный график работы) во многом обуславливают развитие «пограничных» психических расстройств.

В отношении первичной профилактики наркологической патологии в органах внутренних дел также недопустим «минздравовский» подход, о чем свидетельствует, отмеченное выше, отсутствие влияния психолого-психиатрического отбора на снижение заболеваемости расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Анамнестические сведения об эпизодическом употреблении наркотиков, даже таких «легких», как тетрагидроканнабинолы или склонность к частому или обильному употреблению спиртных напитков так же должны являться достаточным поводом для индивидуального подхода в вопросе экспертной оценки годности к поступлению на службу (учебу) в органы внутренних дел.

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что настоящие подходы к первичной профилактике психических расстройств в органах внутренних дел являются недостаточно эффективными. Специфические задачи, стоящие перед ОВД, предъявляют специфические требования к уровню психического здоровья его сотрудников, что должно в корне отличать медицинские критерии годности к службе от тех критериев, которые использует Министерство здравоохранения при профилактических психиатрических и наркологических осмотрах лиц гражданских специальностей (критерий «здоров – болен»). Безусловно, для разработки и научного обоснования адекватных первичных психопрофилактических мероприятий в ОВД необходимы дальнейшие, возможно междисциплинарные (психолого-психиатрические, социологические) исследования, а для внедрения новых подходов в практику – воля руководства МВД и энтузиазм работников ведомственной медицины.

А.В. Абрамов, В.Ю. Омелянович

ДОСВІД ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРВИННИХ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ЕТАПАХ ВІДБОРУ КАНДИДАТІВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНИ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ТА АБІТУРІЄНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ МВС

Донецькій державних медичний університет ім. М. Горького

У статті наведені результати аналізу психічної захворюваності кандидатів на службу в органи внутрішніх справ, абітурієнтів ВНЗів системи МВС та співробітників органів внутрішніх справ. На ґрунті математично-статистичного аналізу структури психічної захворюваності вказаних контингентів виявлений ступень ефективності заходів по первинній профілактиці окремих видів психічної патології в системі органів внутрішніх справ, вказані недоліки існуючої системи психолого-психіатричного відбору на службу в ОВС та висунуті загальні напрямки по її вдосконаленню. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 134-139)

A. V. Abramov, V. Yu. Omelianovich

EXPERIENCE OF A RATING OF EFFICIENCY PRIMARY PSYCHOPROPHYLAXIS OF MEASURES AT STAGES OF SELECTION OF THE CANDIDATES ON A SERVICE IN INTERNAL AFFAIRES BODIES AND THE ENTRANTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN THE SYSTEM OF INTERNAL AFFAIRES BODIES

Donetsk State Medical University by M. Gorky

The results of the analysis morbidity by mental frustration of the candidates on a service in law-enforcement bodies both entrants of colleges and employees of the ministry of internal businesses are resulted in clause. The mathematical-statistical analysis of structure mental morbidity and measure of efficiency of methods of preventive maintenance on clusters of mental frustration is carried out. The lacks of system of psychological-psychiatric selection of the candidates on a service are marked, the directions of perfection are put forward. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 134-139)

Литература

1. Наказ МВС України від 06.02.2001 р. № 85 “Про затвердження Положення про діяльність військово-лікарської комісії та Порядку проведення військово-лікарської експертизи і медичного огляду військовослужбовців та осіб рядового і начальницького складу в системі МВС”.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. - Т 1. - Красноярск, 1990. - С. 4-6.
3. Абрамов В.А., Пуцай С.А. и др. Структура предболезненных нервно-психических расстройств по данным скрининга // Тезисы II научно-практической конференции психиатров и наркологов Донбасса. - Донецк, 1990. - С. 66-67.
4. Александровский Ю.А. Дифференцированный анализ начальных проявлений невротических расстройств // Актуальные вопросы пограничной психиатрии. - Ч. II., 1989.
5. Александровский Ю.А. Состояния психической

дезадаптации и их компенсация. М. – 1976.

6. Олещенко В.Л., Омелянович В.Ю. Личностно-ориентированный подход к первичной профилактике посттравматических стрессовых расстройств в системе органов внутренних дел. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2003. - №1 (10), - С. 45-52.

7. Семке В.Я. Донозологические и начальные формы в клинике пограничной психиатрии // Клинические и организационные аспекты начальных проявлений нервно-психических заболеваний. - Барнаул. - 1987. - С. 45-47.

8. Методическое письмо по вычислению основных показателей деятельности психоневрологических лечебных учреждений. – Д.,-1970. - С. 14.

9. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. С.-Пб., 1996. – С. 158-177.

10. Купер Дж.Э. Классификация психических и поведенческих расстройств. Карманное руководство к МКБ-10. – К., Сфера. – 2000. – С.388-394.

Поступила в редакцию 26.06.2004

І.Й.Влох, Р.І.Білобровка, Л.В.Степаненко

ПРОБЛЕМА ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПОЄДНАНИХ ІЗ СТАТЕВИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ У ЧОЛОВІКІВ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького

Ключові слова: афективні порушення, копулятивні розлади, прискорена еякуляція.

Психічне здоров'я у великій мірі залежить від успішного функціонування всіх систем організму, та зокрема статевої сфери. За даними великої кількості досліджень з епідеміології психічних розладів, афективна патологія займає перші позиції. Так, за прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія може зайняти друге місце серед захворювань, що приводять до інвалідизації [1,17]. Зростання кількості хворих з афективними порушеннями та особливості патоморфозу даних розладів в великій мірі зумовлені дією нових соціально-економічних та конституціонально-біологічних чинників [4,12,13]. Так, зокрема в Україні, ріст кількості афективних порушень в структурі невротичного регістру спричинений несприятливими екологічними умовами, змінами, виробничих відносин, соціально-психологічних стереотипів та цінностей в умовах ринкових перетворень [4,11,13]. Як відомо, висока поширеність цих розладів охоплює переважно людей молодого та репродуктивного віку і веде до зниження працездатності, зміни соціального функціонування, порушення сну, загальної активності та фізичного тонусу, а також до появи різних соматичних дисфункцій, в тому числі у багатьох пацієнтів, особливо у чоловіків, до сексуальних розладів [2]. В свою чергу порушення копулятивної функції є причиною та початком основної маси сексуальних та сімейних дисгармоній, що в свою чергу веде до соціальних негараздів, розлучень та нерідко до суїцидальних дій [9,11]. Так, аналізуючи літературні дані, знаходимо, що в структурі патологічних проявів порушення афективної сфери первинним та «запускаючим» механізмом є сексуальні розлади [8]. Проблемі терапії афективних розладів, поєднаних із статевими дисфункціями, присвячено доволі багато досліджень. Нашу увагу, зокрема, привернула соціальна значимість даної проблематики та мало чисельні публікації з даної проблематики і невисока ефективність терапії поєднаної копулятивно-афективної патології, що, крім медич-

ного поєднує в собі і соціальний аспект. Зважаючи на це, терапія таких розладів повинна бути комплексною та етіопатогенетичною, з диференційованим підходом до конкретного випадку та клініки афективного розладу.

Як правило, афективні розлади найчастіше поєднуються із копулятивними порушеннями у вигляді передчасної еякуляції. Терапія копулятивних порушень, що супроводжуються передчасною еякуляцією на даний час є достатньо проблематичною і доволі малоефективною. Проблематика терапії зумовлюється цілим рядом обставин об'єктивного та суб'єктивного характеру, і, зокрема, особливостями патоморфозу даних порушень. Досить часто доводиться вирішувати як медичні завдання, так і корегувати відношення хворого та його сексуального партнера до питань статевих відносин. Зокрема, відновлювати недостатні та помилкові уявлення про норми сексуальності і змінювати установлений з роками стереотип сексуальної поведінки та, загалом, вирішувати масу інших проблем, які виходять за межі медичних проблем [5,9].

Окрім того, корекція афективних порушень у чоловіків із копулятивними дисфункціями повинна враховувати ще й парний характер сексуальної функції та бути комплексною, і враховувати цілий ряд соціально-психологічних моментів [2, 11]. Зокрема, інтимний та індивідуальний характер сексуальних стосунків, їхню залежність від соціально-психологічного, психоемоційного та фізичного стану партнерів, відповідальності їх культурного рівня, соціального статусу, досвіду статевого життя та уявлень про «норму» в сексуальній поведінці.

На даний час пошуки ефективних методів терапії афективних розладів, поєднаних із статевими дисфункціями, залишаються одним із складних завдань сучасної медицини, що зумовлене наявністю медичного, психологічного, соціально-психологічного та соціального аспектів

[2,5,7]. Більшість афективних порушень, що супроводжуються статевими дисфункціями, проявляються прискороною еякуляцією. Традиційна терапія афективних порушень, як правило, не враховує психологічного стану чоловіка. Це на нашу думку і приводить до недостатньої ефективності терапевтичної дії лікувальних впливів. Тому поєднана терапія афективних порушень із врахуванням статевих розладів у чоловіків, зокрема прискороної еякуляції, є найдоцільнішою в даному випадку.

На сьогодні існує багато хімічних сполук із антидепресивною активністю, що відрізняються як механізмом дії, так і побічними ефектами [16,17]. То ж проблеми корекції афективних розладів, що супроводжуються статевими дисфункціями, у вигляді прискороної еякуляції зумовлюються там, що основна маса антидепресивних препаратів, особливо старої генерації, мають побічні ефекти, що проявляються сексуальними розладами. Тому нашу увагу у лікуванні афективних розладів, що супроводжують прискороною еякуляцією, привернула група антидепресантів, механізмом дії яких є селективне пригнічення зворотного захоплення серотоніну

нервовими закінченнями. Представником цієї фармакологічної групи є Стимулотон (Egis).

Даний препарат має сприятливий фармакокінетичний профіль у зв'язку з відсутністю впливу на норадренергічну та дофамінергічну системи, відсутністю спорідненості до М-холіно-, гістамінових та бензодіазепінових рецепторів. Завдяки цьому Стимулотон не призводить до порушення психомоторних функцій, не дає седативного ефекту, не викликає психічної та фізичної залежності, окрім цього, є безпечним у випадку застосування його при депресіях, ускладнених соматичною патологією. Незважаючи на значну кількість публікацій, присвячених застосуванню антидепресантів із механізмом дії, що виражається в селективному пригніченні зворотнього захоплення серотоніну, клінічні аспекти із застосування їх у пацієнтів із сексуальними розладами залишаються недостатньо висвітленими.

Метою даної роботи було вивчення ефективності препарату Стимулотон (Egis) в комплексній терапії афективних порушень при купулятивних розладах у чоловіків, які страждають прискороною еякуляцією.

Матеріал та методи дослідження

Передчасне сім'явиверження являється одним із найчастіших сексуальних розладів у чоловіків і зустрічається приблизно в 30%-40% пацієнтів із сексуальними порушеннями. До причин передчасної еякуляції відносяться [9]:

1. Низька частота статевих актів, що приводить до надмірного сексуального «заряду» і підвищенню сексуальної збудливості.

2. Тривога і страх під час статевого акту, пов'язані або із зовнішніми факторами, або з неспокоєм через проблеми взаємовідносин з партнершою.

3. Швидке настання еякуляції при несприятливих умовах для проведення статевого акту, що супроводжується значним психоемоційним напруженням з афектом тривоги та страху.

4. Органічні фактори (синдром парацентральної доли, мовчазний простатовезикуліт) [11,17].

5. Конституційні фактори (варіабельність сексуальної збудливості, низький поріг еякуляторного рефлексу).

6. Наявність первинної тривоги, неспокою, напруження та страху, які призводять до передчасного сім'явиверження (так званий СТОСН – синдром тривожного очікування сексуальної невдачі) [9].

Важливим є також те, що всі перераховані варіанти так чи інакше супроводжуються афективним компонентом у вигляді тривоги, напружених сумнівів, страху, пониженого настрою, які в свою чергу приводять до домінування під час проведення статевої близькості симпатичної нервової системи [6]. А це ще більше посилює купулятивну дисфункцію.

В дане дослідження було включено дві групи чоловіків, всього 69 чоловік: першу групу (42 чоловіки) становили пацієнти, які первинно лікувалися у Львівській обласній психіатричній лікарні з приводу астено-депресивних, тривожно-фобічних порушень в структурі депресивного розладу (категорія F 41.2) і, наслідком переживання негативного афекту в яких була поява симптому передчасної еякуляції [10]. Другу групу (27 чоловік) становили пацієнти сексологічного центру із основною скаргою на передчасне сім'явиверження (категорія F 52.4) та наступною появою патологічної фіксації на сексуальній дисфункції, що клінічно виявлялося в тривожному очікуванні невдач при сексуальних стосунках та появою астено-депресивної симптоматики [10]. Оскільки однією із складових купулятивної функції є психоемоційна, то загаль-

но відомим є той факт, що симптоми порушення сексуальної функції будуть супроводжуватися негативною афективною реакцією незалежно від того, первинними чи вторинними є вони в структурі клінічного синдрому [11]. З даними категоріями пацієнтів проведено анкетування з використанням стандартного опитувальника «Сексуальна формула чоловіка» (СФЧ), який дозволяє на основі відповідей досліджуваних отримати цифровий ряд із десяти показників, які відображають основні параметри сексуального функціонування чоловіка та ступень відхилення їх від умовної норми. В процесі обстеження використовувалася також шкала загального клінічного враження (CGI), шкала депресії Гамільтона (21 пункт), шкала тривоги/тривожності Спілбергера-Ханіна (40 пунктів). Середній вік пацієнтів становив від 20 до 45 років. Тривалість захворювання з першої групи на момент дослідження становила від 6 місяців до 4 років, в другій – від 3 місяців до 2 років. Тривалість афективних порушень в другій групі складала в середньому 8-11 місяців, тривалість копулятивних розладів

(передчасної еякуляції) в обох групах коливалася від 3 до 8 місяців.

Всі хворі першої та другої груп були поділені на чотири підгрупи. В першій підгрупі (22 особи), яку становили пацієнти із вторинними розладами еякуляції, поряд з традиційними методами лікування передчасної еякуляції було призначено Стимулотон (Egis) в дозі 50 мг добово в один прийом, в будь-який час доби, незалежно від прийому їжі. Друга підгрупа (20 осіб) із вторинними сексуальними дисфункціями отримувала курс традиційної терапії. Третя група – це пацієнти сексуального центру (15 осіб), основною проблемою яких було передчасне сім'явирження із вторинними афективними порушеннями отримували також Стимулотон (Egis) в дозі 50 мг в один прийом, в будь-який час доби, незалежно від прийому їжі. Четверта підгрупа пацієнтів (12 осіб) із негативними переживаннями своїх сексуальних проблем лікувалася традиційно. Тривалість лікування в усіх підгрупах становила від 3 до 6 тижнів. Психічний стан, сексуальну функцію та їх динаміку оцінювали на 1-й, 14-й, 28-й, 42-й дні терапії.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати порівняльного дослідження показали, що в усіх пацієнтів першої та третьої підгруп помітне поліпшення стану з вираженою редукцією депресивної симптоматики та симптомів передчасної еякуляції спостерігалось вже на 8-12-й день терапії, тоді як в осіб другої та четвертої підгруп позитивна динаміка спостерігалася на 21-26-й день лікування. Слід відмітити, що Стимулотон (Egis) проявляв збалансовану анксиолітичну, тимолептичну дію, а також покращував копулятивну функцію в комплексі з традиційними методами терапії. Результат терапії досягався значно швидше, прийом препарату не супроводжувався побічними ефектами. Ефективність схеми із застосуванням Стимулотон (Egis) в комплексі з традиційними методами становила 78%, бажаного ефекту вдавалося досягнути в більш стислі терміни та практично без побічної дії. В другій та четвертій підгрупах відбулося покращення психічного та сексуального функціонування лише у 57% випадків. Застосування традиційних антидепресантів викликало редукцію патологічних проявів значно пізніше та, окрім цього, лікування супроводжувалося побічними ефектами і ніяким чином не впливало на тривалість статевого акту.

Катамнестичне спостереження (через 6 місяців) за пацієнтами, що пройшли дане дослід-

ження, показало значно меншу кількість рецидивів у тих, хто отримував Стимулотон (Egis) в комплексній терапії афективних розладів із сексуальною дисфункцією (передчасна еякуляція). Лише у 23% випадків відбувалося відновлення симптоматики, тоді як при традиційних методах терапії – майже в половині випадків (48%).

Висновки.

1. На основі проведеного дослідження виявлено значну ефективність Стимулотон (Egis) в лікуванні афективних порушень при копулятивних розладах у чоловіків, що страждають прискороною еякуляцією.

2. Найбільш повний терапевтичний ефект досягнуто в пацієнтів, лікування яких проводилося комплексно з врахуванням медичних, психологічних, соціальних та психосоціальних подружніх аспектів проблеми.

3. Відсутність побічних явищ при вищезазначеному дозуванні дозволяє рекомендувати Стимулотон (Egis) у стаціонарній та амбулаторній практиці.

4. Виявлено більш стійкий терапевтичний ефект у даної групи осіб, що підтверджує позитивність обраного підходу в лікуванні афективної патології у чоловіків, що поєднується із копулятивною дисфункцією у вигляді прискороної еякуляції.

И.И.Влох, Р.И.Билобрыка, Л.В.Степаненко, Н.И.Сувало, А.В.Дружченко

ПРОБЛЕМА ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СОЧЕТАННЫХ С ПОЛОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ У МУЖЧИН И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Проведено исследование терапевтической эффективности применения Стимулотон (Egis) в комплексном лечении аффективных нарушений при копулятивных расстройствах у мужчин, которые страдают ускоренной эякуляцией. Результаты исследования показали высокую эффективность Стимулотона – одного из антидепрессантов новой генерации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 140-143)

I.Vlokh, R.Bilobryka, L.Stepanenko, N.Suvalo, A.Drugchenko

THE PECULIARITY OF PATHOMORPHOSIS OF AFFECTIVE DISTURBANCES IN MALES WHO SUFFER FROM COPULATIVE DISORDERS AND METHODS OF ITS CORRECTIONS

Lviv National Medizinische Universität

It was done investigation of therapeutic efficacy of Stimuloton (Egis) in complex treatment with affective disturbances and copulative disorders, who suffer from premature ejaculation. The results of this investigation showed the high efficacy of Stimuloton as one the new generation of antidepressants. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 140-143)

Література

1. Абабков В.А. Клинический патоморфоз неврозов и его причины. / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.И.Бехтерева. – 1992. - № 3. – С. 16-26.
2. Буртянский О.Л., Кришталь В.В., Смирнов Т.Е. Медицинская сексология. – Саратов: Изд-во СГУ, 1990. – 272 с.
3. Вейн А.М. Неврозы // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1998. - № 11. – С. 38-41.
4. Гнатишин М.С. Індивідуальні критерії оцінки нервово-психічного перевантаження у жіночого населення та його профілактика // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 1997. - № 2. – С. 84-85.
5. Горпинченко И.И. Медикаментозное лечение сексуальных расстройств у мужчин. / Ж. Лікування та діагностика. – 1999. - № 4. – С. 29.
6. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. - М.: Медицина, 1998. – 489 с.
7. Клінічна сексологія і андрологія. За ред. акад. НАН та АМН України Возіанова О.Ф. – К., Здоров'я. – 1996. – 160 с.
8. Кочарян Г.С. Формирование синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Российский психиатрический журнал. – 2000. - № 3. – С. 10-14.
9. Кретохвил С. Психотерапія сімейно-сексуальних дисгармоній / Пер. с чешск. – М.: Медицина. 1991. – 336 с.
10. Критерії діагностики та лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник. – Харків, 2000.
11. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология: Руководство в 4 частях. – Харьков: «Академия сексологических исследований». – 1999. – 111 с.
12. Лапин И.П., Анналова Н.А. Соматические заболевания и психические расстройства // Харьковский медицинский журнал. – 1996. - № 3. – С. 9-12.
13. Марута Н.А. Диагностика и терапия неврозов в условиях современного патоморфоза // Український вісник психоневрології. – 1995. – Т.3. вип. 2 (6). – С. 314-315.
14. Медицина світу, том 6 (4). Еректильна дисфункція: діагностичні та лікувальні підходи. 1999 р. – 179 с.
15. Недува А.А., Малин Д.Й., Костицин Н.В. Опыт и перспективы применения некоторых новых препаратов для лечения атипичных и осложненных депрессий // Соц. и клин. психиатрия. – 1999. – Т.6, № 2. – С. 99-106.
16. Подкорытов В.С. Фармакотерапія при депресивних расстройствах – актуальная проблема психиатрии XXI века. // Ж. Архів психіатрії. – 2001. - № 3 (26). – С. 12-17.
17. Руководство по андрологии / Под ред. О.Л.Тиктинского. – Л.: Медицина, 1990. – 416 с.
18. Erektile dysfunction: a guide to causes and Current treatment Optic Consultation, 1998; 48: 1579-1589.

Поступила в редакцию 28.05.2004

УДК 616.89-13-115

*М.П. Боро***ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ВСЛЕДСТВИЕ ВЗРЫВА ГАЗА В ЖИЛОМ ДОМЕ**

Донецкая областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, психолого-психиатрическая помощь, психотерапия

В течение последних десятилетий отмечается рост числа различных чрезвычайных ситуаций (ЧС), особенно антропогенных. Учащение ЧС приводит к увеличению числа не только лиц, у которых возникает острая реакция на стресс, но и вторичных жертв (родственники, соседи, просто люди, получившие информацию о ЧС из средств массовой информации, ликвидаторы и т.д.). Помимо этого ускоряются темпы накопления в населении лиц с более длительными психическими и поведенческими расстройствами, такими, как посттравматические стрессовые расстройства и расстройства адаптации.

Станет ли то или иное событие чрезвычайной ситуацией и насколько тяжелыми будут его последствия, зависит от многих факторов. Важную роль в этом играет сложившееся мнение личности о той или иной ЧС, ведущие стратегии поведения личности в конкретной ситуации. К особенностям антропогенных ЧС относятся появление чувства ярости и агрессивность, направленные на лиц которых они считают виновниками ЧС. В части случаев агрессия может быть направлена на лиц оказывающих жертвам помощь (спасателей, врачей). Следует учитывать также и скученность населения в эпицентре ЧС на момент его возникновения; фактор внезапности [1].

Вместе с тем не достаточно исследованы вопросы касающиеся структуры психогений возникающих при такого рода антропогенных ЧС, как взрывы газа в многоэтажных домах крупных, густонаселенных городов. Такие чрезвычайные

ситуации по классификации, утвержденной постановлением Кабинета Министров Украины от 24 марта 2004 года № 368, относятся к ЧС регионального уровня [2] и, к сожалению, участились как в Украине, так и в России и др. странах СНГ.

Проблемы психологических последствий пребывания людей в чрезвычайных ситуациях или условиях аварий, катастроф, которые угрожают жизни и здоровью, относятся, в настоящее время, к наиболее актуальным в Украине, что подтверждается соответствующими нормативными актами. Создание решением сессии Донецкого облсовета ОКПНБ – медико-психологического центра явилось отражением учащения в крупном промышленном регионе аварий на угольных шахтах и других ЧС. Общее научное и методическое руководство деятельностью медико-психологической службой в рамках Государственной службы медицины катастроф (постановление Кабинета Министров Украины от 4.06.1997 № 343) осуществляет МЗ Украины через Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии (УНИИ ССПН). На базе ОКПНБ-МПЦ созданы, в рамках штатного расписания, 4 психолого-психиатрические бригады (в одну из которых вошел единственный в Донецкой области «телефон доверия»). Руководители бригад прошли подготовку на цикле информации и стажировки по теме: «Сучасні питання психіатрії катастроф в Україні». В МПЦ накоплен опыт оказания психотерапевтической помощи УЛПА на ЧАЭС, а также пострадавшим в результате аварий на шахтах в Донецкой области [3].

Материалы и методы исследования

Целью настоящей работы было психолого-психиатрическое изучение лиц, пострадавших в результате взрыва газового балона в девятиэтажном доме одного из районов города и эффектив-

ности оказания им психотерапевтической и психиатрической помощи.

Специализированные комплексные психотерапевтические бригады постоянной готовности

согласно плана оказания медицинской помощи пострадавшим вследствие ЧС управления здравоохранения Донецкой облгосадминистрации были направлены к месту компактного расселения семей, пострадавших в результате взрыва газового баллона в девятиэтажном доме г. Донецка. Работа психотерапевтов была организована в две смены (12 часов), так как некоторые «взрослые» пострадавшие в первой половине дня занимались решением своих бытовых и других хозяйственных вопросов либо находились на работе.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования позволили разделить психические феномены у пострадавших на две основные группы. В первую группу вошли расстройства в виде дисгармонических психологических реакций, не структурирующихся в рамках психопатологического синдрома. Такие реакции отмечены у всех детей, как школьного, так и дошкольного возраста (20 случаев). У взрослых они не зафиксированы.

Психогении составили 74 случая (70%). У 26 взрослых (30% пострадавших) отмечалась коморбидность аффективных расстройств с алкоголизацией без развития зависимости и психоза. В 28 (32,9%) случаях взрослого контингента отмечена острая реакция на стресс (F 43.0). Расстройства адаптации, преимущественно депрессивного регистра 34 (40%) случая (F 43.2 – F 43.21); патохарактерологические реакции (F 43.24), т.е. реакции с нарушением поведения. В двух случаях (2,4%), у больных пожилого возраста (>70 лет), дезадаптация выразилась в декомпенсации органического психосиндрома с тревогой, растерянностью.

Дисгармонические психологические реакции включали такие их формы, как дисгармоничные психовегетативные реакции на стресс, преневротические реакции с постоянно меняющейся картиной разнообразных аффективных, двигательных и психовегетативных симптомов эмоционального напряжения с чувством тревоги, угнетенности, отчаяния, агрессивности, отгороженности, гиперактивности, истероформных и иных ситуационных расстройств. Основной критерий их отграничения от естественных в стрессовой обстановке, «нормальных» проявлений страха и тревоги – это качественные изменения, ограничение способности пострадавших выполнять свои функции. В отличие от психических расстройств патологического, (невротического, характеропатологического или психотического)

Обследовано 105 пострадавших, обратившихся в областной клинический медико-психологический центр, в связи с различными нарушениями психической адаптации.

Всего было осмотрено 45 семей (в том числе не полных). Взрослых – 85 человек, мужчин – 45, женщин – 40, детей – 20 человек. Дети дошкольного возраста – 10, школьного – 10 человек.

Все пострадавшие были обследованы соматоневрологически, а так же по стандартному психиатрическому интервью. При необходимости использовались отдельные психологические опросники.

уровня, симптомы предпатологических реакций весьма изменчивы, скоротечны, не оформлены в структурную систему синдрома. Эмоциональная напряженность сопровождалась взбудораженностью, тревожно-эйфорическим аффективным подъемом, внешне рациональной, но фактически бесцельной деятельностью с непоследовательными решениями и немотивированными переходами от одного действия к другому. Повышенная отвлекаемость сочеталась со слабой распределяемостью внимания, плохим пониманием команд спасателей, родных. Эти изменения приводили к своеобразному рисунку поведения в виде излишней самоуверенности, несобранности, склонности к необдуманному поступкам.

Появление подобных нарушений следует понимать как инициальный признак формирования патогенетического механизма, готовности к болезни, перехода адаптивно-гомеостатической регуляции с оптимального, физиологического регистра на регистр патофизиологический.

Острая реакция на стресс. Неизбежное в период ЧС физическое и психическое перенапряжение, нарушение режимов жизнедеятельности оказывали массивное истощающее действие на организм. Личность становилась открытой и даже более уязвимой для всех психосоциальных стрессоров.

Обстановка ЧС, таким образом, создавала обширную базу многообразных этиологических и патопластических факторов и условий для психогенеза и синдрообразования острых реакций на стресс и других невротических и соматоформных расстройств, соответствующих критериев МКБ – 10.

Следует подчеркнуть, что диагностика их типов, осуществленная по принципу выделения ведущего синдрома, не устанавливала между ними четких границ. Нередко наблюдались взаимопереходы симптоматики и одновременное присутствие разных симптомов. Ведущими, но вместе с тем наименее специфичными в клини-

ке невротических расстройств являлись нарушения эмоционально-аффективной сферы (боязливость, тревожность), настроения (депрессия) и психического тонуса (астения). В структуре копинг-механизмов преобладали стратегии избегания (14 пострадавших - 52%) и самообвинения (16 пострадавших - 60%).

Расстройство адаптации депрессивного регистра, 34 случаев (42,4%). Преобладали астено-депрессивные расстройства среди прочих видов – 18 случаев (~51,2%), они были наиболее тяжелыми и однотипными. По степени выраженности клинических проявлений они были близки к неглубокой реактивной депрессии, в их картине отчетливо отражалось тесное переплетение целого комплекса истощающих эмоциогенных, физиогенных и соматогенных факторов аварийной обстановки. Ситуация воспринималась такими пострадавшими безвыходной. На астеническом фоне постепенно формировался однообразный, маловыразительный тоскливый аффект с витальным оттенком, монотонной боязливостью, ипохондричностью и изредка (2 случая) – с мыслями о самоубийстве. Преобладали установки на изменение ситуации. Среди предрасполагающих факторов, по анамнезу, следует отметить отставание в психомоторном развитии в детстве (в 3 случаях ~ 27% наблюдений).

Астено-депрессивные расстройства были в наибольшей степени связаны с конституциональными факторами и формировались исключительно на фоне имеющихся акцентуаций характера – преимущественно астенических, психастенических и шизоидных. Надо отметить, что только в тех случаях, когда имели место ипохондрические высказывания с патологически преувеличенными опасениями за состояние телесного здоровья, преобладали жалобы на головные боли, головокружение, тремор, нервозность, слабость, плохой сон, что сближает эти реакции с описанием соматоформных расстройств в МКБ – 10. Пациенты обращались за медицинской помощью и к терапевтам, ища у врачей поддержки с целью выхода из стрессогенной обстановки. Ипохондричность обычно сочеталась с тяжелой тревогой и астенией.

При выявлении отдельных признаков психического инфантилизма, отмечалась плохая переносимость нагрузок, постепенно нарастали вялость, утомляемость, раздражительность, отвлекаемость, снижение аппетита, расстройства сна. Пациенты начинали жаловаться на головные боли, чувство усталости, тяжести в голове, сонливость. На окружающих они производили впечатление

замкнутых, пассивных, заторможенных, несобранных.

К патохарактерологическим реакциям отнесены состояния, которые проявляются ситуативно обусловленными патологическими нарушениями поведения, вели к социально-психологической дезадаптации.

Клиника патохарактерологических реакций была тесно связана с конституциональными особенностями, сопутствующими сосудистыми поражениями сосудов головного мозга. В структуре копинг-механизмов преобладали неконструктивные стратегии в виде отказа от преодоления трудностей и враждебности к микросоциальному окружению. Среди патохарактерологических реакций преобладали реакции истероидного типа, которые формировались на почве одноименной акцентуации. Они протекали в виде часто рецидивирующих демонстративных нарушений поведения. Все это сопровождалось ярким экспрессивным выражением чувств: криками, рыданиями, позырством, вспышками раздражения, гнева.

Проведение психотерапевтической и психокоррекционной работы в свете представлений о психической адаптации и дезадаптации в очаге ЧС позволяет реализовать практически любые психотерапевтические методы в целях совершенствования и развития адаптивных систем пострадавших.

В индивидуальной психотерапии отдавалось предпочтение психологическому самоанализу, который проводится психотерапевтом совместно с пациентом по специально разработанной программе. По существу это рациональный анализ адаптивных процессов, которые сознательно или подсознательно пациент использует нерационально, в ущерб успешной адаптации в условиях сложившейся ситуации. Задача психотерапевта состояла в том, чтобы дать возможность пациенту осознать свои действия, понять их защитную роль так, чтобы он мог самостоятельно овладеть ситуацией и решить свою психологическую проблему.

Для проведения групповой психологической коррекции и психотерапии использовалась специально разработанная нами программа тренинга психической адаптивности, рассчитанная на 24 часа занятий психотерапевта с группой пациентов, имеющих сходные психологические проблемы. Понимание психотерапевтом механизмов психической адаптации давало возможность полнее использовать влияние группы на развитие адаптивных психических способностей.

Мы придерживаемся той позиции, что цель психотерапевтической работы с пациентами,

находящимися в состоянии психической дезадаптации, заключается в реабилитации этих больных и в развитии у них компенсаторных систем, повышающих психическую адаптированность. Восстановление целостности нарушенной системы отношений личности, по нашему мнению, является сверхзадачей психотерапевта, которая на практике реализуется относительно редко.

Катамнестическое исследование в ближайшие 3, а затем 6 месяцев после ЧС, показали, что дисгармонические патологические реакции у 12 детей (60%) купировались в первые 3 месяца практически полностью. Через 6 месяцев, у двух детей (10%) развились патохарактерологические (не социализированные) расстройства поведения (изучение причины такой динамики не входило в задачу данного исследования). Острая реакция на стресс депрессивного регистра у взрослых, так же как и расстройства адаптации имели положительную динамику и сохранялись в виде не постоянных нарушений сна, склонности к гипотимическим жалобам в трудных жизненных ситуациях в сочетании с астеническим радикалом со слезливостью, раздражительностью, легкой возбудимостью. У двух пожилых больных патохарактерологические расстройства характеризовались стабильностью. Следует обратить внимание на то, что у 26 пострадавших (30%) сохранялось

копинговое поведение в виде алкоголизации 2-3 раза в неделю. Выявленные поведенческие радикалы формируют устойчивый эмоционально-поведенческий стереотип в виде сочетающихся аффективно-эксплозивного и тревожно-обсессивного симптомокомплексов. Эти лица избегали сами обращаться к врачам.

Таким образом, проведенное исследование показало, что воздействие конкретных стрессоров в условиях ЧС наложило существенный патопластический отпечаток на формирование клинических проявлений, динамику и исход возникших психологических нарушений и психических расстройств.

Диагностика доклинических расстройств представляется исключительно важной, ибо на этом этапе естественные саногенетические механизмы преобладают над патогенетическими. Своевременное психокоррекционное вмешательство может восполнить физиологический дефицит и предотвратить развитие более тяжелых состояний. Понятно, что психокоррекционная работа с этой категорией лиц, а также профилактика подобного рода реакций должна была бы строиться с привлечением психологов, но их наличие в бригаде недостаточно. Показана эффективность новых организационных структур в оказании помощи пострадавшим.

М.П. Боро

ОРГАНІЗАЦІЯ І ЗМІСТ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВИБУХУ ГАЗУ У ЖИЛОМУ ДОМІ

Донецька обласна клінічна психоневрологічна лікарня – Медико-психологічний центр

Вивчення клініки порушень психічної адаптації, розвиток психогенних психічних розладів, ефективність діяльності психолого-психотерапевтичної бригади при ліквідації надзвичайних ситуацій (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 144-147)

M.P. Bero

THE PROCESS OF ORGANIZING AND THE MATTER OF THE PSYCHOLOGICAL, PSYCHIATRICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC ASSISTANCE TO THE VICTIMS OF A GAS EXPLOSION IN A DWELLING HOUSE

OKPNB – medico-psychological center, Donetsk City, Ukraine

The study of the clinical disfunctions of psychical adaptation, the development of psychological and psychotherapeutic brigade during the liquidation of situations of emergency. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 144-147)

Литература

1. Психиатрия чрезвычайных ситуаций / Сборник научных работ / Под редакцией академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. — М: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. — 108 с.

2. Постанова КМУ від 24.03.2004 р. № 368. Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями. — Київ

3. Орда О.М., С.І. Табачников, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська, М.І. Стрюк. Основні принципи та досвід роботи щодо організації забезпечення психолого-психіатричною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру. Архів психіатрії 2(37), 2004. С. 8-14

Поступила в редакцію 24.05.2004

УДК: 616.89-008.441.13:616.895.4

*И.Б. Рымарь, А.П. Закревский, И.В. Цыба, Е.В. Медведева, В.В. Рымарь, Е.Г. Закревская***ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА**

Донецкий государственный медицинский университет им. Горького, Областной наркологический диспансер, г. Донецк, Областная психиатрическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: алкогольная зависимость, депрессия

В настоящее время аффективным расстройствам в клинике алкоголизма уделяется значительное внимание [1,3,8,10,12]. Присутствуя в клинической картине в виде разных симптомов и синдромов непсихотического и психотического уровня, они осложняют и утяжеляют психический и соматический статус больных, и требуют своевременной диагностики и лечения [1-3,6,8,10-12]. Наиболее часто в структуре алкогольной зависимости (АЗ) встречаются депрессивные расстройства различной выраженности в сочетании с другими аффективными (тревожными, дисфорическими, апатическими) и сомато-вегетативными расстройствами. Эти нарушения могут встречаться на всех этапах заболевания до 67% случаев у лиц, злоупотребляющих алкоголем [1,3,8,12]. Депрессия часто наблюдается в структуре запойных состояний и абстинентного синдрома, где она синтропирует с дисфорией. Обусловленные депрессией суициды у больных алкоголизмом могут коррелировать и с абстинентным синдромом, и с запойным состоянием, и со светлыми промежутками. Нередки депрессивные расстройства в период формирования и стабилизации ремиссий [1-12]. Кроме того, практика показывает, что часто первые и легкие проявления депрессии при алкоголизме протекают незаметно. Когда больной причиной рецидива называет скуку, то иногда это воспринимается как результат незанятости, безделья, лени и утраты трудовых навыков, а не как снижение энергетического потенциала. В таких случаях скуку можно рассматривать одним из вариантов депрессии. Некоторые авторы причиной рецидива больных алкоголизмом видят состояние анергии, общего психофизического истощения и вследствие этого потребности в стимуляции [12]. Но при этом обычно недостаточно учитывается сопутствующее эмоциональное угасание – депрессия различной степени – от скуки, депремированности и угнетенности, до

осознаваемой тоски. Нарушения в эмоциональной сфере нередко трудно диагностируемы вследствие неадекватной самооценки больными АЗ своего состояния, а также наличия стертых или атипичных расстройств [1,8,10].

Целью данной работы являлась сравнительная оценка депрессивной симптоматики у пациентов с алкогольной зависимостью, сохранивших социальный статус, по данным объективного обследования и субъективной самооценки больных. При проведении нашего исследования отбирались больные, способные к самооценке, имеющие образование не ниже среднего или среднего специального, обладающие достаточным уровнем интеллекта и способностью к самоанализу. Среди 240 обследованных преобладали лица молодого возраста (20-40 лет), средний возраст составил 31,6 года. Из 240 больных среднее образование имели 125 чел. (52,09%), среднее специальное – 50 (20,83%), высшее – 65 чел. (27,08%). Все пациенты работали и занимали должности, свидетельствующие о хороших и удовлетворительных интеллектуальных и деловых качествах. Профессиональное снижение выявлено лишь у 49 больных (в 20,42% случаев).

Диагноз устанавливался на основе динамической классификации, предложенной А.А. Портновым. При этом I стадия алкоголизма установлена у 96 пациентов (40,0% больных), II – у 144 чел (60,0% больных). Длительность АЗ до 5 лет отмечена у 39 обследованных (у 16,25% больных), до 10 лет – у 134 (55,83%), до 15 лет – у 57 чел. (23,75%), свыше 15 лет – у 10 (4,17% случаев).

Задачами настоящей работы определялся и основной метод исследования – клиничко-психопатологический. Наряду с клиническим методом диагностики, мы использовали психологические методики, включающие тест ММПІ, шкалу Гамильтона, тест САН и специально разработан-

ный набор карт самооценки. Всем больным был проведен комплекс сомато-неврологического обследования.

Проведенное нами исследование позволяет говорить о том, что у всех больных алкоголизмом имеется депрессивная симптоматика, отличающаяся сложностью структуры, многообразием проявлений, хотя клинически она не всегда яркая и обладает рядом особенностей.

Эта симптоматика достаточно отчетливо отличается от симптоматики, наблюдающейся при рекуррентной депрессии. Больные алкоголизмом чаще внешне шумны, грубы, неуравновешенны или угрюмы, эгоцентричны, назойливы, они в большинстве случаев не могут четко описать и адекватно оценить свое эмоциональное состояние. Что касается оценки своего настроения, то они проявляют ту или иную степень алкогольной анозогнозии. Лишь прицельное исследование эмоциональной сферы позволило выявить у них наличие различной степени выраженности депрессивных проявлений. Нами выявлены следующие варианты депрессивных расстройств: астенический, сомато-вегетативный, дисфорический, тревожный, тревожно-ипохондрический. Такое подразделение отражает преобладание определенной клинической симптоматики в структуре депрессии, но является достаточно условным, так как четко очерченных синдромов мы не наблюдали. Первое, что обращает на себя внимание, это структурная нечеткость депрессивных состояний. Так, при депрессии, соответствующей астеническому типу, могли на несколько дней возникнуть ипохондрические переживания или раздражительность и злоба, что соответствовало депрессии как ипохондрической, так и дисфорической. Во всех случаях отмечалась тревога, не связанная с типом депрессии: тревога могла сосуществовать с дисфорической, астенической симптоматикой и всегда наблюдалась при сомато-вегетативном варианте депрессии. Часто, более чем в половине случаев, наши больные отмечали резкую, а не постепенную, смену симптоматики в течении светового дня, что приводило к усилению тревоги вечером и нарушало сон ночью. Бесспорно, такое синдромологическое непостоянство свидетельствует прежде всего об остроте состояния. Но эта лабильность, смена симптомов сохранялась и в состоянии становления ремиссии.

Наиболее впечатляющим проявлением алкогольной депрессии оказалась своеобразная диссоциация между объективно выраженными расстройствами и субъективной их оценкой. Так,

при наличии депрессивной клинической симптоматики и соответствующих показателей при психологическом тестировании больной утверждал, что эмоциональное самочувствие его вполне удовлетворительное. Нередко также мы видели завышение самооценки настроения и активности при прочих объективных проявлениях депрессии.

Как не отдаст себе больной отчет о степени злокачественности, чрезмерности своего пьянства, как неадекватно судит он о своем соматическом состоянии – точно так же не может он правильно оценить и свои эмоциональные переживания. Мы видели, что обязательные для депрессивного синдрома вегетативные сдвиги (симпатико-тонические) не коррелировали с интенсивностью депрессии. Более того, после купирования депрессии вегетативное возбуждение могло сохраняться как самостоятельное проявление алкоголизма. Но для нас важно в этом то, что патогенетическая связь вегетативной и эмоциональной патологии при алкоголизме нарушена, она не столь прочна, как при депрессиях другой нозологии. Эта диссоциация депрессивного синдрома – общее свойство алкогольной депрессии. Она отчетливо проявляется в клинике болезни и не зависит от социально-профессионального, психологического и интеллектуального статуса пациента. Кроме того, у одного и того же больного на отдельных этапах злоупотребления: либо в структуре активной зависимости, либо абстинентного синдрома, либо при состояниях воздержания и становления ремиссии могут возникать неравнозначные депрессивные расстройства (по тяжести, по клинике и по субъективной оценке). Нами отмечено, что больные с первой стадией АЗ чаще пытаются не замечать своей депрессии или приукрашивают свое состояние, считая, что у них все благополучно со стороны психического здоровья. Больные же второй стадией АЗ чаще проявляют ипохондрическую озабоченность своим состоянием с жалобами на тоскливое настроение из-за отсутствия улучшения и с пессимистической самооценкой, что не соответствовало объективной картине депрессивных проявлений.

В нашем исследовании мы также видели, что нет астении без эмоциональных нарушений, и естественным было бы расстройство настроения наших больных объяснить состоянием истощения. Однако даже при наличии причинной связи между истощением и депрессией возможно рассогласование во времени. Например – быстрая медикаментозная ликвидация астении дол-

жна вызвать столь же быстрое изменение депрессии, коль депрессия с астенией связана. Но ликвидация астении не снимала состояние депрессии у наших больных, отсюда мы делаем вывод: алкогольная депрессия патогенетически не связана с состоянием истощения. Купирование астенического синдрома несколько улучшало состояние больных в общем, но это улучшение не отражалось на выраженности и течении депрессивных расстройств у обследованных нами больных, зато купирование депрессии влекло за собой исчезновение астенических проявлений. Нужно отметить, что в ряде случаев нашими больными астенические проявления субъективно были расценены как депрессия.

Таким образом, у обследованных нами больных с первой и второй стадией алкогольной зависимости выявленные депрессивные расстройства являлись обязательным компонентом кли-

нической картины. Характерными особенностями алкогольной депрессии оказались:

- существование диссоциации между объективными проявлениями и субъективной самооценкой больными наличия и выраженности депрессивных состояний;

- наличие тревоги у всех больных, в большинстве случаев ею определялась субъективная оценка тяжести депрессии;

- астения не являлась необходимым звеном в развитии депрессивных расстройств, но ее присутствие в клинике депрессивных состояний субъективно воспринималась больными, как признак депрессии;

- структурная нечеткость и смешанность депрессивной симптоматики, чаще с преобладанием тревожного, астенического, сомато-вегетативного, дисфорического и тревожно-ипохондрического вариантов депрессии.

І.Б. Римар, О.П. Закревський, І.В. Циба, О.В. Медведєва, В.В. Римар, Є.Г. Закревська

ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ АЛКОГОЛІЗМУ

Донецький державний медичний університет ім. Горького, Обласний наркологічний диспансер, м. Донецьк, Обласна психіатрична лікарня – медико-психологічний центр, м. Донецьк

Досліджено 240 хворих на алкогольну залежність: першої стадії – 96 чол. (40% випадків), другої стадії – 144 людини (60% випадків) та тривалістю захворювання більш 5 років. Усі хворі збережені в соціально-психологічному плані. По результатам об'єктивного клініко-психопатологічного дослідження й суб'єктивної самооцінки хворими свого стану виявлені особливості депресивних проявів у клініці алкоголізму. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 148-150)

I. Rymar, A. Zakrevskiy, I. Tsyba, Medvedeva E., V. Rymar, E. Zakrevskaya

DEPRESSIVE STAGES IN CLINIC OF ALCOHOLIC DEPENDENCE

Donetsk medical state university by M.Gorky, Regional narkology ambulance, Donetsk, Regional psychiatric hospital – medical - psychological centre, Donetsk

240 patients with alcoholic dependence: of the first stage – 96 persons (40% of cases), the second stage – 144 persons (60% of cases) and duration of disease over five years are surveyed. All patients saved in the social-psychological plan. By results of objective medical- psychopathological inspection and a subjective self-estimation patients of the condition were revealed features of depressive manifestations in clinic of alcoholic dependence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 148-150)

Литература

1. Влох І.Й. з співавт. Застосування ремерону (міртазапіну) для корекції афективних порушень у хворих на алкоголізм // Український медичний альманах. – 2000. - Том 3, №2. - С. 17-19.
2. Вовин Р.Я. Некоторые аспекты лечения депрессивных расстройств // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. Смулевича А.Б. - М., 1997. - С. 221-226.
3. Гончарова Є.Ю. Тривалі розлади в клініці алкогольної залежності // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т.9, вип.2(27). - С.13-15
4. Жмуров В.А. Психопатология. - М.: Медицинская книга, 2002. - 668с.
5. Крамер Д. Гейне Б. Использование лекарств в психиатрии. - Амстердам-Киев, 1996. - 256с.
6. Логановский К.Н., Юрьев К.Л. Ципрамил: оптимизация лечения депрессии. Доказательная медицина при расстройствах настроения // Український медичний часопис. - 2001. - №2 (22). - С. 53-59.
7. МакГлинн Т.Д., Меткальф Г.Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств. - Пер. с англ. -М., 1989. - 115с.
8. Марута Н.О., Мінко О.І. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування) // Методичні рекомендації. – Харків. – 2003. – 20с.
9. Пужинский С. Фармакотерапия депрессивных состояний / / Депрессия и коморбидные расстройства / Под. Ред. Смулевича А.Б. - М.,1997. - С. 200-220.
10. Серебренникова О.А. Особливості змін в актуальному психологічному стані хворих з клінічними проявами гіпоманіакального синдрому в структурі алкогольної хвороби // Український вісник психоневрології. - 1998. - Т.6, вип.2(17). - С.37-38
11. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. Фармакотерапия в наркологии. - М.: Медицина. - 2000. - 352с.
12. Schuckit M. Alcohol patients with secondary depression // Am. Journ. Psychiat. – 1983, vol.6. – P.711-714

Поступила в редакцию 16.05.2004

УДК 616.83-008.15-08-039.76

*О.К. Малтанар***ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА**

Ждановская областная психиатрическая больница

Ключевые слова: умственная отсталость, лечебная физкультура, реабилитация

По данным многих авторов число детей, обучающихся в специальных школах, в связи с нарушениями интеллекта, возросло практически вдвое. Повышению числа умственно отсталых способствует такой фактор, как женский алкоголизм, наркомания и курение во время беременности [1,2,4,5].

В социальном аспекте умственная отсталость, по определению американской ассоциации врачей, характеризуется следующими критериями: коэффициентом интеллекта (IQ) ниже 70; недостаточностью социальной компетенции индивидуума; возникновением этого дефекта в период развития т.е. до 18-ти летнего возраста. С педагогической точки зрения важно утверждение, что умственная отсталость – не прогрессирующее патологическое состояние. Напротив, в большинстве случаев возможно определенное интеллектуальное развитие [1,6].

Клинико-психологическая структура дефекта при умственной отсталости обусловлена явлениями необратимого развития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры. В тесной связи с указанными особенностями находятся сформулированные Г.Е.Сухаревой 2 основных клинико-психологических «закона» умственной отсталости: тотальность и иерархичность нервно-психического недоразвития. Понятие «тотальность» означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере – соматические функции, начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов, недоразвития роста, костной, мышечной и других систем, несформированности моторики, элементарных эмоций и кончая недоразвитием высших психических функций, таких как речь, мышление, формирование личности в целом. При тотальности психического недоразвития на первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактного мышления.

Второй особенностью психического недоразвития является иерархичность недоразвития от-

дельных психических функций, причем наиболее страдает их высшее звено. Это выражается в том, что недостаточность гнозиса, речи, эмоций, памяти проявляется меньше, чем недоразвитие мышления. В восприятии, памяти, внимании, эмоциональной сфере и моторике больше страдает уровень, связанный с процессами отвлечения и обобщения. Пассивное внимание более сохранено, чем активное и произвольное. Механическая память удовлетворена по сравнению со смысловой. При относительной сохранности элементарного движения значительно недоразвита мелкая моторика.

Тип двигательной недостаточности при различных клинических формах умственной отсталости неодинаков и зависит от многих факторов: локализация поражения мозга, уровня интеллекта и др [2].

Согласно уровневой теории организации движения Н.А.Бернштейна двигательные проявления глубоко умственно отсталых детей отражают недостаточность психологической организации движений. Недостаточность смыслового предметного уровня организации движений вызывает компенсаторное выполнение двигательного акта на более сохранном пространственном уровне, что проявляется в слабости, неточности, несвоевременности движений при перемещении в пространстве.

При умеренной умственной отсталости в зависимости от преобладания того или иного нервного процесса характерны следующие особенности моторики: при возбудимой форме на фоне общей расторможенности наблюдается моторное беспокойство, склонность к ускорению ритма; при торпидной форме – вялость, неуверенность в движениях, дети часто теряют направление, наблюдается недостаточность координации мелких движений, движений с большой амплитудой, движения, связанные с перемещением тела (бег, прыжки) выполняются неохотно.

При легкой умственной отсталости двигательная недостаточность выражается затрудне-

нием в смысловом опосредовании движения, в непонимании двигательной задачи. По данным исследований Н.О.Рубцовой неправильная походка (дискоординация ног, рук, скованность, неритмичность, лишние движения) отмечена у 40-50% детей с легкой умственной отсталостью; нарушения в беговых упражнениях (несогласованность рук, ног, неравномерность движений по амплитуде, излишнее вращение туловища, скованность плечевого пояса) отмечены у 50-60% детей; неумение прыгать на одной и двух ногах – у 90-100%.

Наличие таких морфологических недостатков как патологическая форма грудной клетки, деформация позвоночника, неправильная форма ног способствует двигательным нарушениям.

Все физические качества, связанные с подвижностью нервных процессов (координация, сила, быстрота), у умственно отсталых детей отстают в развитии по сравнению с нормой прямо пропорционально возрасту. Физические качества, не тесно связанные с подвижностью нервных процессов (гибкость, выносливость), развиваются с ростом ребенка и приближаются к норме. Уровень развития физических качеств тесно связан со степенью умственной работоспособности [2,3].

Знания указанных особенностей развития и двигательной деятельности детей с умственной отсталостью необходимы для правильного обоснования методики физической реабилитации.

Физическая реабилитация – составная часть медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов.

Средства физической реабилитации подразделяются на активные, пассивные, психорегулирующие. К активным средствам относятся все формы лечебной физкультуры: разнообразные физические упражнения, элементы спорта, трудотерапия. К пассивным – массаж, физиотерапия, мануальная терапия, природные факторы. К психорегулирующим – аутогенная тренировка, мышечная релаксация.

Основным средством физической реабилитации являются физические упражнения и элемен-

ты спорта, а применение их – всегда педагогический, образовательный процесс. Физические упражнения дают положительный эффект в реабилитации, когда они адекватны возможностям больного и оказывают тренирующее действие и повышают адаптационные возможности.

Нами было обследовано 78 подростков с умственной отсталостью, находившихся на стационарном лечении в областной психиатрической больнице г. Ждановка. У подавляющего большинства подростков (93,6%) в процессе клинического исследования установлена легкая степень интеллектуальной недостаточности, соответствующая уровню легкой дебильности. В пяти случаях (6,4%) диагностирована умеренно выраженная дебильность. У абсолютного большинства пациентов (76 человек, 97,4%) умственная отсталость сочеталась с психомоторной расторможенностью и психопатоподобным поведением. Только в 2-х случаях можно было думать о неосложненной форме умственной отсталости без заметных признаков деформации личности.

В большинстве случаев (82,1%) преобладала неудовлетворительная успеваемость по основным предметам вне зависимости от формы организации учебного процесса. Практически у всех подростков отсутствовала мотивация к учебе, чувство долга и ответственности, их отличало незнание элементарных правил дисциплины, неумение вести себя в коллективе.

В ходе лечебно-восстановительного процесса с целью улучшения морально-психологического состояния, и социальной интеграции подростков с умственной отсталостью использовались разнообразные активные средства физической реабилитации. Для достижения данной цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Создание условий для правильного физического развития.
2. Улучшение координации и формирование навыка ориентации в пространстве.
3. Формирование навыка произвольного напряжения и расслабления мышц.
4. Нормализация всех функций организма.
5. Повышение общего тонуса организма.

Процесс лечебно-восстановительной тренировки базировался на следующих физиологических обоснованных педагогических принципах:

1. Индивидуальный подход к больному. При разработке реабилитационной программы учитывался возраст больного, пол, характер и степень патологического процесса и функциональные возможности больного.
2. Сознательность. Только сознательное и

активное участие самого больного в процессе реабилитации создает необходимый психоэмоциональный фон и психологический настрой реабилитируемого, что повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

3. Принцип постепенности при повышении физической нагрузки.

4. Систематичность.

5. Цикличность, заключающаяся в чередовании работы и отдыха с соблюдением оптимального интервала.

6. Системность воздействия.

7. Новизна и разнообразие в подборе и применении физических упражнений (10-15% физических упражнений должны обновляться).

8. Умеренность воздействия средствами физической реабилитации.

Применялись как общеукрепляющие, общеподготовительные упражнения (утренняя гимнастика, статические дыхательные упражнения, порядковые, строевые, которые организуют, дисциплинируют, вырабатывая необходимые двигательные навыки), так и специальные (бег, лечебная дозированная ходьба), спортивные игры, трудотерапия, направленные на повышение жизненного тонуса, создающие психологические предпосылки для социальной интеграции подростков и восстановления трудоспособности.

В связи с особенностью контингента и степенью обучаемости умственно отсталых использовалась индивидуально-групповая форма занятий, как наиболее эффективная. В каждом индивидуальном случае рекомендовался этапно-курсовый метод реабилитации (чередование курсов реабилитационных мероприятий в стационаре и дома).

Занятия строились по общепринятым принципам, имели вводную, основную и заключительную часть. Физиологическая кривая нагрузки двухвершинная. Количество упражнений – 6-7 – на первых занятиях, постепенно увеличивалось до 10-15. Дозировка каждого упражнения не превышала 4-6 раз. Длительность занятий – от 10 до 30 минут.

Для оценки адекватности и эффективности реабилитации использовались такие методы контроля как мотодиагностика и экспериментально-психологическое исследование. В ходе мотодиагностики определялись двигательные возможности больного, способности к бытовым и трудовым операциям, для чего использовались различные позные пробы, мышечное тестирование и др. При проведении эксперименталь-

но-психологического исследования, определялось влияние реабилитационных мероприятий на структуру и степень изменения психических функций, внимание, мышление, эмоционально-волевою сферу, личностные особенности. Степень восстановления оценивалась по 4-х балльной шкале: значительное восстановление, частичное восстановление, без изменений от исходного уровня, ухудшение.

Значительное восстановление было отмечено лишь в 9 случаях (11,5%), что связано с невыполнением рекомендаций этапно-курсового метода физической реабилитации в силу асоциального образа жизни родителей. В большинстве случаев (78,2%) отмечено частичное восстановление, в 8 случаях (10,3%) изменений от исходного уровня не было. Ухудшения при проведении реабилитационных мероприятий не отмечалось.

Систематические тренировки подростков в коллективе, участие в спортивных играх, соревнованиях и другие мероприятия способствовали активизации функций всего организма, усиливали процессы дыхания, кровообращения, в результате чего как объективно, так и субъективно отмечалось улучшение аппетита, нормализация сна, улучшение координации движений, быстроты, выносливости. Развивалось ощущение позы и направления движения, положения частей тела. Кроме того, звуковые и речевые сопровождения, которые широко использовались в ходе проведения реабилитационных мероприятий, нормализовывали психологическую деятельность, улучшали понимание речи, обогащали словарный запас подростков.

Катамнестически в 67,9% случаев улучшилась успеваемость подростков вне зависимости от формы организации учебного процесса, в связи с повышением мотивации к учебе, чувства долга и ответственности. Подростки стали более дисциплинированными, улучшились навыки общения в коллективе.

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий позволило освободить подростков от чувства изолированности, отчужденности, повысить адаптационные возможности, улучшить социальную интеграцию. Даже минимальные успехи в повышении спортивных результатов помогли обрести чувство самоуважения и значимости своей личности. Проведенное нами исследование позволило сделать выводы о необходимости разработки и проведения адекватных медико-социальных и психокоррекционных программ по месту жительства пациентов. Одним из вариантов внебольничной ре-

билитации подростков с умственной отсталостью могут явиться физкультурно-оздоровительные клубы для детей с нарушениями интеллекта, способствующие привлечению их к регуляр-

ным занятиям физической культуры и спортом для укрепления здоровья, формирования активной жизненной позиции и пропаганды здорового образа жизни.

О.К. Малтапар

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Україна

Це дослідження вікриває проблему реабілітації підлітків з розумовою відсталістю. У статті висвітлені основні принципи фізичної реабілітації пацієнтів з порушеннями інтелекту. Розглянуті питання впливу лікувальної фізкультури та інших засобів активної фізичної реабілітації на фізичну працездатність, адаптаційні можливості та соціальне функціонування підлітків з розумовою відсталістю. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 151-154)

О.К. Maltapar

PHYSICAL REHABILITATION WITH INTELLECTUAL DISTURBANCES

Zdaniv regional psychiatric hospital

The investigation is opens the problem of rehabilitation of adolescents with mental backwardness. The main principles of physical of rehabilitation in patients with intellectual disturbances are shown. The questions of influence of curative physical traing and some other forms of physical rehabilitation on physical capacity for work, adaptive capacities and social function were examines. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 151-154)

Литература

1. Зиглер Е., Ходапп Р.М. Понимание умственной отсталости. К.: Сфера, 2001. — 360 с.
2. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1999. — 608 с.
3. Елифанов В.А. Лечебная физкультура. М.: Медицина, 2001. — 592 с.
4. Крыжановская И.Л., Маринчева Г.С. О некоторых вариантах умственной отсталости с нарушениями поведения (по данным клинико-эпидемиологического исследования). Социальная и

клиническая психиатрия. 1999, 2. — С. 18-20.

5. Гурьева В.А., Вострокрутов Н.В., Макушкин Е.В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков. Руководство по социальной психиатрии. М. «Медицина», 2001. — С. 117-136.

6. Baumeister, A. Problems in comparative studies of mental retardates and normals. American Journal of Mental Deficiency, 1977. — P. 896-875.

Поступила в редакцию 17.05.2004

УДК 616.895.4-08-039.57

*А.Ю. Васильева, В.А. Абрамов, М.Б. Доценко***ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОМАТОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: медикаментозная терапия, методы психотерапевтической коррекции, соматогенные (симптоматические) депрессии, хронические соматические заболевания, амбулаторная общемедицинская практика

Своевременное распознавание и правильная квалификация депрессивных расстройств в общемедицинской сети приобретают реальный смысл лишь в сочетании с эффективной терапией, соответствующей по интенсивности и длительности основным параметрам аффективной патологии (тяжести, структуре и т.п.). Лечение больных соматогенными депрессиями представляется сложной задачей, поскольку такие пациенты требуют особого подхода, особенно учитывая двойной патоморфоз заболевания. Вместе с тем, как показывают данные ряда обзорных исследований, лишь менее чем половине депрессивных больных, получающих помощь в общемедицинской сети, назначается адекватное в плане выбора препаратов, необходимых доз и длительности медикаментозного воздействия лечение [1].

Ведущим методом лечения депрессий в поликлиниках общемедицинской сети является психофармакотерапия [2]. Однако психотропных средств, «идеальных для всех случаев жизни не существует». Требования к психофармакологическим препаратам для использования в общемедицинской сети существенно отличаются от предъявляемых к медикаментам тех же фармакологических классов, применяемых в специализированных психиатрических учреждениях. Выделение в отдельную группу психотропных средств, предпочтительных для применения в общемедицинской сети, можно обосновать следующими аргументами (А.Б. Смулевич, 2001) [3-5]: 1) структура психических нарушений, подлежащих терапии в условиях общемедицинской практики – преимущественно легкие, относительно нестойкие расстройства пограничного уровня и 2) психические нарушения, наблюдающиеся у больных в общемедицинской

сети, нередко выступают в коморбидности с соматическим заболеванием, что в свою очередь связано с необходимостью модификации психофармакотерапии.

В связи с вышеуказанными фактами, характеризующими объективные сложности терапии соматогенных депрессий, весьма актуальным становится применение психотерапевтических подходов в сочетании с фармакотерапией [6-13]. Психотерапия как средство коррекции психоэмоционального состояния соматически больных и их отношения к своему здоровью издавна применяется в соматической медицине. Многие авторы и в настоящее время сообщают об успешном применении психотерапии в комплексе лечения больных различными соматическими заболеваниями, подразумевающая положительную динамику отмечавшихся у них нарушений психической сферы (А.И. Сердюк, Б.В. Михайлов, 2000) [14]. Сейчас все чаще рекомендуется проводить индивидуальную психотерапию, фокальную или групповую психотерапию (Б. Любан-Плоцца и соавт., 1997) [15].

Таким образом, соматически больные с выраженными аффективными расстройствами нуждаются как в психотерапии, так и в лечении, предусматривающем использование психотропных препаратов [1,16-19]. При этом эффективность такой комбинированной терапии в значительной мере определяется уровнем интеграции общесоматической и психиатрической помощи и ее приближение к населению.

Цель настоящего исследования – разработка и оценка эффективности терапевтического комплекса, включающего как медикаментозное лечение, так и методы психотерапевтической коррекции, невротоподобных расстройств в условиях амбулаторной общемедицинской практики.

Материал и методы исследования

Терапевтическую группу составили 50 пациентов с симптоматическими депрессиями на фоне различных хронических соматических заболеваний, которые кроме лечения основного соматического заболевания получали антидепрессивную терапию и психотерапию. Пациентам контрольной группы (30 клинически однородных с основной группой пациентов) назначалось только соматотропное лечение.

Эффективность предложенной системы ле-

чения больных оценивалась по завершении основного курса лечения – через 6 недель тремя способами:

1) методом самооценки пациентами своего состояния в сочетании с неструктурированным клиническим интервью.

2) методом объективной (стандартизированной) оценки тяжести депрессии до и после лечения (с помощью шкалы Гамильтона).

3) методом оценки качества жизни пациентов до и после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Поскольку лечение сомато-психических расстройств предполагает не только устранение симптомов, но и коррекцию терапевтически неблагоприятных личностных особенностей пациента и возвращение ему его социально-ролевых функций (семейных, профессиональных, межличностных и др.), мы использовали интегративный терапевтический комплекс, включающий современные методы психотерапевтического и психофармакологического вмешательства в сочетании с назначенным интернистом лечением соматического заболевания.

В организационном плане была применена консультационно-связующая модель оказания медицинской помощи, предусматривающая совместную курацию пациентов врачом терапевтом и психиатром. Эта модель обеспечивала не только прямой контакт с пациентами готовыми к психиатрическому лечению в дестигматизирующих условиях, но и плодотворное сотрудничество со специалистами общей практики.

Психофармакотерапия проводилась по принципу монотерапии депрессивных расстройств и дифференцированного использования антидепрессантов в зависимости от структурной коморбидности собственно депрессивных расстройств, проявляющихся астеническими, тревожными, ипохондрическими, апатическими и личностными расстройствами. Такой подход был сопряжен со стремлением к минимальности побочных эффектов и давал возможность активно вовлекать пациента в психотерапевтический процесс, тем самым способствовал более быстрой дезактуализации болезненных переживаний и восстановлению психоэмоционального состояния. В целом, при подборе антидепрессантов, наиболее приемлемых для использования в амбулаторной общесоматической практике, мы воспользовались требованиями, разработанны-

ми Н.А. Марутой (2001) [20]. Практически всем требованиям отвечают препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Выбор препарата для терапии определялся ведущим в клинической картине расстройства синдромом. Так, при астено-депрессивном синдроме мы отдали предпочтение флуоксетину (фрамекс, продеп) в дозе 20-40 мг/сут, при тревожно-депрессивном синдроме пациенты получали золофт в дозе 25-50 мг/сут или ремерон в дозе 15-30 мг/сут, при депрессивно-ипохондрическом – ремерон 30-45 мг/сут, депрессивно-апатическом – паксил в дозе 20-40 мг/сут. Антидепрессанты назначались в минимальных дозах с целью избежать риска нежелательных побочных явлений. Длительность антидепрессивной терапии острой фазы депрессии составила в среднем 4-6 недель, что обусловлено проявлением выраженного антидепрессивного эффекта не раньше чем через 3-4 недели непрерывного приема препарата. Поддерживающий прием тимоаналептических средств продолжался от 3 до 9 месяцев: при первичном депрессивном эпизоде поддерживающая (профилактическая) терапия продолжалась до 3-х месяцев, при повторном эпизоде – до 6 месяцев и при рекуррентном течении – до 9 месяцев.

С учетом личностных особенностей и клинического своеобразия аффективных расстройств, нами были разработаны и использованы в настоящей работе основные принципы организации психотерапии пациентам с симптоматическими депрессиями на фоне хронических соматических заболеваний в условиях территориальной поликлиники. В основном эти принципы сводились к следующему: 1) системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия, учитывающего особенности организации лечебного процесса в конкретном

лечебном заведении; 2) этапность и комплексность психотерапевтических мероприятий; 3) максимальная индивидуализация психотерапевтических воздействий с учетом сферы повреждений физиологических систем организма, давности и тяжести соматического заболевания; 4) дифференцированное сочетание патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при сочетании индивидуальных и групповых форм работы с больным и 5) направленность психотерапии на купирование депрессивной симптоматики, коррекцию неадекватного отношения к соматическому заболеванию, дезактуализацию конкретных симптомов и смягчение страданий.

В качестве теоретической основы для разработки системы психотерапевтических мероприятий нами была использована теория психологического совладания, определяющего успешную или неуспешную адаптацию пациента. При проведении психотерапии конкретному пациенту использовались наиболее конструктивные механизмы совладания: активное сотрудничество пациента в диагностическом и лечебном процессе, развитие у него положительной мотивации к лечению, активный поиск поддержки в терапевти-

ческой и социальной среде, проблемный анализ болезни и ее возможных последствий, разумная степень игнорирования болезни и определенное дистанцирование в отношении проявлений заболевания, терпеливость, сохранение самообладания и эмоциональной разрядки. Развитие и поддержание у пациента вышеуказанных механизмов совладания способствовали замене незрелых или неадекватных защитных реакций на более адаптивные способы психологической компенсации. Конструктивное изменение отношения пациента к соматическому заболеванию способствовало, в частности, симптоматическому снижению тревоги, укреплению чувства «Я», повышению самооценки.

Психотерапевтические мероприятия осуществлялись в три этапа: 1) седативно-адаптирующий, 2) лечебно-корректирующий и 3) поддерживающе-профилактический. Использовались методы индивидуальной, групповой, рациональной с элементами когнитивно-поведенческой психотерапии и методы психической саморегуляции.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых основной терапевтической группой пациентов и в группе сравнения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Эффективность лечебных мероприятий

Клинический эффект	Основная группа N=50		Контрольная группа N=30		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
Выраженное улучшение	32	64,0	2	6,7	p<0,05
Умеренное улучшение	15	30,0	3	10,0	p>0,05
Незначительное улучшение	2	4,0	12	40,0	p<0,05
Без изменений	1	2,0	10	33,3	p>0,05
Ухудшение	0	0	3	10,0	p>0,05

Таким образом, в группе пациентов, страдающих симптоматическими депрессиями и получавших помимо соматотропного лечения, психофармакотерапию и психотерапию, в 98% случаев наблюдалась разная степени выраженности позитивная динамика депрессивных расстройств (существенное улучшение у 94%) и только у 2 % больных эти нарушения продолжали удерживаться. В группе больных, не получавших антидепрессивной терапии, достоверное купирование депрессивных расстройств произошло только у 16,7% больных, а у 10% депрессия усилилась.

Как уже было отмечено, длительность лечебных мероприятий составила от 4-х до 6-ти не-

дель. Эффективность лечения кроме субъективной оценки пациентами своего состояния оценивалась с помощью шкалы Гамильтона (HDRS). Редукция симптомов депрессии по шкале Гамильтона представлена в табл. 2.

Под влиянием медикаментозного и психотерапевтического лечения по всем пунктам шкалы отмечено достоверное уменьшение выраженности симптомов депрессии, что нашло отражение в снижении среднего балла депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) на 61,9%, который после курса терапии составил 6,62±0,01 балла (отсутствие депрессии). Катамнестическое (в течение 9 месяцев) наблюдение за 20 пациентами основной группы, получавших на протяже-

нии этого периода антидепрессант, только у одного больного зарегистрировало актуализацию депрессивной симптоматики.

Редукция симптомов по шкале Гамильтона в контрольной группе составила на 19,4% от исходного уровня. После соматотропного лечения выраженность депрессивных расстройств в контрольной группе стала меньше – $14,04 \pm 0,013$ балла, что соответствовало депрессии легкой степени.

Нежелательные побочные явления, которые были расценены как незначительные и не являющиеся показанием к отмене препарата, наблюдались у 5 больных (10,0%). К таким нежела-

тельным явлениям были отнесены: некоторое нарастание тревоги (2 случая, 4,0%) и тошнота (3 случая, 6,0%).

Высокая эффективность проведенной терапии, по нашему мнению, может объяснена отсутствием у пациентов резистентности к психофармакотерапии, так как в подавляющем большинстве случаев она проводилась впервые; использованием современных антидепрессантов; возможностью дестигматизирующего получения психиатрической помощи в условиях территориальной поликлиники; сочетанным применением методов психотерапии и психофармакотерапии.

Таблица 2

Выраженность симптомов по шкале Гамильтона в терапевтической группе до и после лечения

Симптомы	До лечения	После лечения	Достоверность различий
1. Депрессивное настроение	$3,14 \pm 0,121$	$1,34 \pm 0,053$	$p < 0,01$
2. Чувство вины	$1,46 \pm 0,070$	$0,68 \pm 0,011$	$p < 0,01$
3. Суицидальные намерения	$0,72 \pm 0,013$	$0,23 \pm 0,012$	$p < 0,01$
4. Ранняя бессонница	$0,43 \pm 0,082$	$0,17 \pm 0,016$	$p < 0,05$
5. Средняя бессонница	$0,39 \pm 0,046$	$0,21 \pm 0,043$	$p < 0,05$
6. Поздняя бессонница	$0,46 \pm 0,020$	$0,19 \pm 0,011$	$p < 0,05$
7. Снижение работоспособности и активности	$1,48 \pm 0,087$	$0,73 \pm 0,019$	$p < 0,01$
8. Заторможенность	$0,78 \pm 0,039$	$0,42 \pm 0,026$	$p < 0,01$
9. Ажитация	$0,53 \pm 0,021$	$0,28 \pm 0,033$	$p < 0,05$
10. Психиатрическая тревога	$1,19 \pm 0,453$	$0,49 \pm 0,028$	$p < 0,01$
11. Соматическая тревога	$1,27 \pm 0,571$	$0,44 \pm 0,017$	$p < 0,01$
12. Желудочно-кишечные соматические симптомы	$1,06 \pm 0,326$	$0,23 \pm 0,010$	$p < 0,01$
13. Общие соматические симптомы	$0,72 \pm 0,024$	$0,23 \pm 0,008$	$p < 0,01$
14. Генитальные симптомы	$0,57 \pm 0,013$	$0,13 \pm 0,011$	$p < 0,05$
15. Ипохондрия	$1,07 \pm 0,021$	$0,57 \pm 0,016$	$p < 0,01$
16. Потеря в весе			
А. По данным анамнеза	0	0	
Б. Регистрируются в настоящее время	$0,97 \pm 0,014$	0	$p < 0,01$
17. Снижение критичности отношения к болезни	$1,18 \pm 0,016$	$0,28 \pm 0,148$	$p < 0,01$
18. Суточные колебания настроения			
А. Наличие колебаний	$0,59 \pm 0,011$	$0,14 \pm 0,015$	$p < 0,05$
Б. Выраженность колебаний	$0,72 \pm 0,021$	$0,27 \pm 0,013$	$p < 0,01$
21. Обсессивные и компульсивные симптомы	$0,19 \pm 0,013$	0	$p < 0,01$
Всего	$17,42 \pm 0,33$	$6,62 \pm 0,01$	$p < 0,01$

В заключение, необходимо отметить, что под влиянием разработанного нами терапевтического комплекса значительно улучшилось субъективное восприятие пациентами качества жизни.

Повышение удовлетворенности качеством жизни, по нашему мнению, связано с одной стороны с редукцией симптомов со-

матического заболевания, улучшением общего состояния, работоспособности и повышением физической активности, а с другой стороны – с нормализацией эмоционального состояния, и, как следствие, с изменением отношения к собственному «Я» и окружающей действительности.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности сочетанного использования психофармакологических средств и психотерапевтических методов при лечении симптоматических депрессий в условиях территориальной поликлиники. Такой подход, являясь дестигматизирующей фор-

мой психиатрической помощи, способствует не только устранению эмоционального дистресса, но и оказывает терапевтически благоприятное влияние на динамику основного заболевания. Это оправдывает создание новых организационных форм профессионального взаимодействия интернистов и психиатров.

Г.Ю. Васильева, В.А.Абрамов, М.Б. Доценко

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ СИМПТОМАТИЧНИХ ДЕПРЕСІЯХ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОЇ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОЇ ПРАКТИЦИ

Донецький державний медичний університет

У роботі представлені дані про ефективність розробленого авторами терапевтичного комплексу стосовно до симптоматичних депресій, що включає в себе психофармакотерапію та методи психотерапевтичної корекції адаптовані до умов амбулаторної загальної медичної практики (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 155-159)

A. Yu. Vasilyeva, V.A. Abramov, M.B. Dotsenko

FEATURES THERAPEUTIC TACTICS AT SYMPTOMATIC DEPRESSIONS IN CONDITIONS OUT-PATIENT GENERAL PRACTICE

Donetsk State medical University

In work the data on efficiency developed by the authors therapeutic complex with reference to symptomatic psychopharmacotherapy depressions including pharmacotherapy and methods psychotherapeutic corrections and adapted for conditions out-patient general practice are submitted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 155-159)

Литература

1. Вильямс Д.В., Малроу С.Д., Чикветт Э., Ноэль П.Х., Агвилар К., Корнелл Дж. Клинические рекомендации: Систематический обзор испытанных новых методов медикаментозного лечения депрессии у взрослых // Междунар. Журн. Мед. Практики. — 2002. - № 3. — С. 56-70.
2. Дубницкая Э.Б. Значимость правильной диагностики и лечения депрессии в общей медицинской практике // Тер. Архив. — 1997. — № 5. — С. 84-85.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 253 с.
4. Мамедов Ф.М. Возможности терапии вторичных депрессий у больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза // Медицинская консультация. — 2002. - № 4. — С. 11-13.
5. Горожанкина Е.А., Мамедов Ф.М., Мамедова Р.М., Богаевская О.Ю. Некоторые аспекты терапии соматогенных депрессий и повышения качества жизни больных синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Медицинская консультация. — 2002. - № 4. — С. 13-19.
6. Battegey R. Psychotherapy of depressives // Psychopathology. — Vol. 19, Suppl. 12. — 1986. — P. 118-123.
7. Фридман А.М. Психотерапия депрессий // Журнал неврол. и психиатр. — 1990. - № 12. — С. 85-87.
8. Немирский О.В. Сочетанное применение психотерапии и фармакотерапии // Соц. и клин. психиатрия. — 1994. — № 1. — С. 119-127.
9. Ветроградова О.П., Синицын В.Н., Степанова И.Л. Место психотерапии в лечении депрессий в общей поликлинике // Соц. и клин. психиатрия. — 1995. — № 3. — С. 49-53.
10. Аведисова А.С., Канаева Л.С., Чахава В.О., Коган Б.М. Роль фармако- и психотерапии при лечении депрессивных

- расстройств // Соц. и клин. психиатрия. — 1998. — № 3. — С. 54-57.
11. Ginestet D., Slama M.F. Prescription des antidépresseurs // Perspectives Psy. — 1998. — Vol. 37. — P. 292-299.
12. Подкорытов В.С. Фармакотерапия при депрессивных расстройствах — актуальная проблема психиатрии XXI века // Архив психиатрии. — 2001. — Вып. 3 (26). С. 12-17.
13. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Лечение коморбидных депрессий // Український вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 1 (34). — С. 68-71.
14. Сердюк А.И., Михайлов Б.В. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотерапии: Методические рекомендации. — Харьков, 2000. — С. 8-9.
15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гоффманн К. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря: пер. з нім. — Київ: «АДЕФ-Україна», 1997. — С. 68-76; 273-283.
16. Гиндикин В.Я. Соматогенно обусловленные аффективные расстройства (клинические особенности и лечение) / Врач. — 1997. - № 8. — С. 5-8.
17. Яковлев В.А. Особенности диагностики и лечения депрессивных состояний при соматических болезнях // Военно-медицинский журнал. — 1998. - № 3. — С. 47-48.
18. Дзяк Л.А., Ярош О.К. Депресія та її корекція сучасними фармакологічними засобами // Мед. Перспективи. — 2002. — Т. VII, 2. — С. 51-57.
19. Громов Л., Дзяк Л.А., Ярош О.К. Фармакотерапія депресивних станів // Клін. Фармакол. — 2002. - № 3. — С.17-23.
20. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т.9. — Вып. 4 (29). — с. 79-82.

Поступила в редакцию 18.05.2004

УДК 616.155.392-036.12:616.89

*Н.В. Побережная***СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕЙКОЗОМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: хронический лейкоз, пограничные психические расстройства

В настоящее время отмечается тенденция к росту онкологических заболеваний крови у лиц средней и молодой возрастных групп, составляющих основную работоспособную часть населения. Поэтому гематоонкологические заболевания являются в настоящее время актуальной медицинской и социальной проблемой современности. Несмотря на тяжесть заболевания, современная медицина располагает достаточным арсеналом средств для улучшения общего состояния и даже полного излечения пациентов в ряде случаев снижения, числа рецидивов и осложнений, улучшения качества их жизни [2,5]. По данным ВОЗ среди гематоонкологических заболеваний хронический миелолейкоз составляет 7-15% всех лейкозов взрослых и регистрируется с частотой 10-15% случаев на 1 млн. населения [2].

На рост показателей данной группы серьезным образом влияет экология, техногенные аварии, последствия Чернобыльской катастрофы и т.п. [2,5].

Между тем, особенности течения гематоонкологических заболеваний, которые требуют обязательного диспансерного наблюдения, периодического стационарного противорецидивного лечения, определенных материальных затрат, изменения образа жизни, что безусловно, в известной мере влияют на общее психо-эмоциональное состояние пациентов. Также формированию психических изменений способствуют индивидуальные личностные особенности. Это не только негативно влияет на качество жизни но и провоцирует либо усугубляет уже имеющиеся психопатологические изменения [3].

Целью настоящей работы является изучение психических расстройств непсихотического уровня у больных хроническим миелолейкозом и разработка системы их медикаментозной и психотерапевтической коррекции в комплексном лечении больных онкогематологической группы.

Материал и методы исследования

Нами в Донецком областном гематологическом центре при ИНВХ АМН Украины за период 2002-2003гг. было обследовано 90 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет с различной длительностью заболевания. Диагноз был выставлен на основании выявления в формуле крови специфической «филадельфийской хромосомы». Были изучены клинический анамнез, медицинская документация,

проведено клиническое интервью с целью изучения психического статуса, а также многоуровневое психодиагностическое тестирование пациентов: субъективный тест самооценки (тест личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина), тест «Тип отношения к болезни», шкала депрессии Зунге [4] симптоматический опросник неврозов Александровича (1997).

Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные больные (90 чел) были распределены по длительности выявленного заболевания на следующие группы: 1-я группа - пациенты с впервые выявленными изменениями крови (11 чел., 19,64%); 2-я группа - с длительностью заболевания от 1 года (23 чел., 41,07%); 3-я группа - до 2-х лет (22 чел., 39,28%); 4-я группа - с длительностью заболевания от 2-х до 5-ти

лет (34 чел., 37,77%). Каждая группа имела подгруппы по половому признаку, т.е. мужчины и женщины. Структура непсихотических психических расстройств представлена астено-невротическими, астено-вегетативными и астено-депрессивными расстройствами. Пациенты предъявляли жалобы на свое психоэмоциональное состояние при прицельном опросе.

В клинической картине непсихотических психических расстройств у данного обследуемого контингента (56 чел, 62,22%) чаще всего встречались астенические расстройства, связанные с физической болезнью у 26 чел.(46,42%), астения в сочетании с вегетативными проявлениями у 17 чел (30,35%). У 23 чел.(41,07%) отмечалась раздражительность без видимой причины, чувство тревоги, тоски, подавленное настроение. На сниженное внимание, рассеянность, ухудшение памяти указывали 31 чел. (55,35%), ожидание чего-то плохого, страхи за себя и свою семью в будущем (27 чел,48,21%). Нарушение сна, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна было у 39 чел. (69,64%).

Распространенность клинически очерченных непсихотических психических расстройств на-

блюдалось у 34 (37,77%) пациентов с длительностью заболевания от 2-х до 5-ти лет. У этих больных психические нарушения приобретали характер клинически очерченных симптомокомплексов. Ведущими синдромами клинически очерченных психических расстройств пациентов с хроническим лейкозом были: астено-невротический (16 чел, 47,05%) и астено-депрессивный (18 чел, 52,94%). Оценка этих состояний проводилась на уровне синдромов из-за разнообразного и сочетанного влияния психогенных и соматогенных факторов, участвующих в их формировании, связанных с течением хронического заболевания. У 27 (79,41%) пациентов клинические проявления очерченных форм непсихотических психических расстройств находились в тесной зависимости от течения хронического лейкоза.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от возраста, длительности заболевания и выраженности синдромов

Длительность заболевания	Количество человек			Возраст	Астено-невротический синдром	Астено-депрессивный синдром
		м	ж			
Впервые выявлено	11	6	5	18-40 лет	11 чел (19,64%)	—
До 1-го года	23	13	11	45-59	15 чел (26,78%)	8 чел (14,28%)
До 2-х лет	22	12	10	50-68	16 чел (28,57%)	6 чел (10,71%)
От 2-х до 5-ти	34	17	17	47-71	23 чел (67,64%)	11 чел (32,35%)

Нами разработан и апробирован комплекс психокоррекционных и психофармакологических методов с учетом их применения совместно с лечением основного заболевания. При этом учитывалось:

а) психологическая характеристика личности больного, включая преморбидные особенности; б) внутренняя картина болезни; в) тип и степень тяжести психопатологических нарушений у больного; г) степень тяжести хронического лейкоза.

На основании полученных данных были сформированы 3 группы: 1-я - с депрессивной симптоматикой (25 чел, 27,7%); 2-я группа – с невротической симптоматикой (65 чел, 72,2%).

При депрессивной симптоматике использовался циталопрам или флуоксетин в дозе 20-40 мг в сутки в сочетании с дневными транквилизаторами (гидазепам в дозе 20-40 мг в сутки) в ходе всего стационарного лечения. Депрессив-

ные расстройства нивелировались у 20 чел. (80%), а у 5 из которых симптоматика удерживалась и психофармакологическое лечение продолжалось с изменением дозировки препарата.

При невротических расстройствах мы применяли в большей степени психокоррекционные методы. Психотерапия в виде группового гетеротренинга начиналась в ходе стационарного лечения. Вновь поступившие больные направлялись в ранее сформированную группу и подключались к психотерапевтическому процессу, где уже функционирующая группа выступала «в значении инструмента», которым мы пользовались в ходе этого процесса. Ряд пациентов нуждались в индивидуальных занятиях. Индивидуальные сеансы психотерапии в последующем сочетались с групповыми методами на протяжении всего периода лечения. Больным у которых удерживалась тревога, страх, на-

рушения сна назначался гизазепам, адаптол, по одной таблетке 2- 3 раза в день. При лечении психических расстройств методами психокоррекции в условиях гематологического стационара (21-30 дней) улучшение психического состояния на фоне комплексного лечения больные отмечали в 80% случаев, (55 чел.): снижение и исчезновение тревоги, ослабление чувства безысходности, повышение настроения, что влияло на улучшение качества жизни и на прогноз общего состояния. У них появлялась мотивация к деятельности, в том числе и трудовой, позитивное отношение к своей перспективе в дальнейшем. В процессе лечения у больных менялись механизмы внутренней защиты с тенденцией к гармонизации и рационализации.

Выводы:

1. У больных хроническим лейкозом (90 чел.)

выявлены депрессивные (27,7%) и невротические (72,2%) психические расстройства.

2. На выраженность психических изменений влияют степень тяжести и длительность основного заболевания.

3. Подобные больные нуждаются в психокоррекции с помощью медикаментозного лечения, психотерапевтических мероприятий, комбинированного лечения.

4. В ходе лечения депрессивные расстройства нивелировались у 20 чел. (80%), а невротические расстройства у 55 чел. (80%). Остальным больным была продолжена фармакотерапия и психокоррекция.

5. Рекомендовано применение методов психотерапии и психокоррекции у больных с хроническими лейкозом в комплексном лечении, что значительно улучшает качество их жизни, снижает число рецидивов и осложнений.

Н.В. Побережна

СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ЛЕЙКОЗОМ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Проведено клініко-психопатологічне та психологічне дослідження хворих хронічним лейкозом з метою виявлення непсихотичних психічних розладів у хворих хронічним лейкозом. Виділена структура початкових проявлень, а також клінічно окреслених форм психічних розладів при цій патології та основні синдроми: астеничний, астено-депресивний, астено-невротичний у сполученні з вегетативними розладами. Розглянуті принципи психотерапії непсихотичних психічних розладів у хворих хронічним лейкозом. Зроблені акценти на клінічні проявлення хронічного лейкозу при виборі методики психотерапевтичного впливу. Подано результати аналізу ефективності проведених лікувальних заходів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 160-162)

N. V. Poberezhnaya

THE STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AT PATIENTS WITH CHRONIC LEUKOSIS AND IT'S CORRECTION

Donetsk state medical university

Clinical, psychopathologic and psychological inspection of patients by chronic leukosis is carried out with the purpose of revealing not psychotic disorders. The structure of initial manifestations, and also the completed forms of not psychotic disorders is designated at this pathology and the basic sets of symptoms: asthenic, astheno-depressive, astheno-nevrotic in a combination to vegetative frustration. Principles of a psychotherapy not psychotic disorders at patients with a chronic leukosis were considered. Accents on clinical manifestation of a chronic leukosis are made at a choice of a technique of psychotherapeutic influence. Results of the analysis of efficiency of the carried out medical actions are submitted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 160-162)

Литература

1. Возный Э.К., Малова Ю.В. Индивидуальный подход в комплексном лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. - 1999. - Т. 45, № 2. - с. 202-204.
2. Кривец Д.Я. Заболеваемость лимфо-и ретикулосаркомаами взрослого населения Украины в 1991-1998гг. // Онкология. - 2000. - Т. 2, № 3. - С. 162-166.
3. Портнов А.А. Психологические факторы болезни.

Психология и медицина. - Москва: 1987. - с. 181-184.

4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. - Самара: ИД «БАХРАХ», 1998. - 672с.

5. Холланд А.С. и др. Опыт введения в современную психоонкологию / Независимый психиатрический журнал. - 1995 - № 4 - С.9-17.

6. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии Современная терапия. - Харьков, 2003 - 352с.

Поступила в редакцию 14.05.2004

УДК 612.821:612.017:616.45-001.1/3

*О.Є. Кутіков***ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОСТІ ТВАРИН РІЗНОГО ВІКУ НА ЕМОЦІЙНО-БОЛЬОВИЙ СТРЕС ЯК ПОКАЗНИК ЯКОСТІ АДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: емоційно-больовий стрес, адаптивна поведінка, вікові особливості

Однією з головних умов виживання організму будь-якого рівня організації є адаптація його до змін оточуючого середовища, до факторів і впливів, що діють повсякденно або у екстремальних станах. При цьому у розвитку адаптаційних та компенсаторних процесів загальною є інтегративна роль нервової системи [1], а особливості її реактивності при повторних або раптових одноразових впливах у великому ступені визначають якість його життєдіяльності відповідно до тих чи інших умов.

Відомо, що емоційно-стресові стани є патогенетичною основою багатьох тяжких захворювань, у тому числі і нервово-психічних, вони ускладнюють перебіг хвороб, викликаючи порушення в обміні речовин, гуморально-гормональній регуляції і ін. [2,3,4]. Проте, особливості реакції на стрес і, отже, на якість пристосування до змін оточуючого середовища в залежності від функціонального стану та ступеню зрілості нейрорегуляторних систем і ін. вивчені недостатньо. Особливо такі дослідження являють інтерес у віковому аспекті: в умовах функціональної нестійкості регуляторних систем в період нейрогормональної перебудови функцій, тобто у пубертатному віці, і в умовах, коли функціональні системи уже сфор-

мовані, тобто у статевозрілому віці.

Завданням дослідження було визначення вікових особливостей впливу емоційно-больового стресу на функціональний стан головного мозку, морфофункціональні характеристики змін у надниркових залозах і на поведінку щурів.

Дослідження виконані на 123 щурах-самцях лінії Вістар, пубертатного та молодого репродуктивного віку, що у щурів відповідає 3-м і 6-ти місяцям.

Методи дослідження: тест «відкритого поля» для визначення ступеня емоційної реактивності тварин; формування емоційного стресу шляхом електричного больового подразнення кінцівок щурів; стереотаксичне вживляння електродів у різні структури мозку з урахуванням вікових особливостей і ресстрація електричної активності (ЕЕГ) утворень головного мозку для визначення його функціонального стану, гістологічні методи для визначення морфофункціональних особливостей надниркових залоз. Зміни електрогенезу структур мозку визначалися за показниками потужності амплітудно-частотного спектру методом швидкого перетворення Фур'є. Вірогідність відмінностей між віковими групами визначали за методом Ст'юдента та точним методом Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення

Дія емоційно-больового стресу. При дослідженні враховували реакції уникання больового подразнення, емоційну реактивність тварин – активних та пасивних оборонних реакцій у вигляді голосових, неврозподібних проявів, рухової поведінки, відзначали частоту мимовільних фізіологічних відправлень як вегетативного показника наявності емоційного стресу.

У щурів пубертатної групи із загальною кількістю поведінкових реакцій на електричне больове подразнення кінцівок 30,8% становили судорожні реакції, 20,5% – пасивно-

оборонні і 48,7% – активно-оборонні.

При цьому, за даними ЕЕГ у емоціогенних структурах мозку, гіпокампі (ГПК) та мигдалевидному комплексі (МК), що мають низький поріг виникнення судорожної активності взагалі [5] і, особливо у пубертатному віці, коли існує нестійкість нейрогормональної регуляції, характерним було формування динамічного ЕЕГ-паттерну. Зміни ЕЕГ мали високий ступінь вираженості із складністю структури частотно-амплітудних характеристик, з вірогідним зростанням спектральної потужності за нормальним розпо-

діленням Фур'є. у гіпоталамусі (ГТ) визначались нестабільність електрогенезу, чергування процесів активації і гальмування, поява або посилення EEG-корелятивів поведінкової епілептиформної активності. Отже, стрес у 3-місячних щурів супроводжувався реорганізацію церебрального електрогенезу, із формуванням EEG-пароксизмів у системі НК (неокортекс)-МК-ГТ, яка відіграє важливу роль у особливостях поведінки тварин і, за виразом О.О.Ухтомського, визначає своєрідність «вектора поведінки» в умовах негативного емоційного впливу.

За морфологічними даними виявилися зміни у структурах мозку, що беруть участь у регуляції емоційної сфери: у НК переважали показники високої функціональної активності і напруженості: поліморфізм нейронів з переважанням гіперхромних, особливо у сенсомоторній корі, з порушенням їх орієнтації та упорядкованості, ділянки нейрональних випадань. Спостерігалися явища перичелюлярного та периваскулярного набряків. У м'якій мозковій оболонці – повнокров'я судин, розрихлення. Старіші утворення мозку – лімбічна кора – була більш збереженою, але в ній визначалася тенденція до дистрофічних процесів. У ГПТ переважали показники функціонального напруження, з чітко структурованими нейронами і вакуолізації цитоплазми. Ядра нейронів мали хвилясту поверхню, що свідчить про зростання їх контакту з цитоплазмою і вказує на високу інтенсивність процесів синтезу, визначалося виразне зростання міжнейронних контактів. Ці показники є ознакою реорганізації і посилення функціональної активності ГПТ під впливом стресу, як структури, що має безпосереднє відношення до церебральної регуляції загальної активності, емоційної, вегетативної сфери.

Для надниркових залоз були характерні і ознаки функціональної напруженості, і пошкодження і на тканинному, і на клітинному рівні: постспазматичний стан судин у ендотелії капсули, порушення меж клубочкової і пучкової зон, гіпертрофія кори і мозкової речовини; спостерігалась деформація клітин з гіперхромією ядер, деліпідація клітин коркового шару, вакуолізація цитоплазми клітин у мозковому шарі з гіперхромією ядер секреторних та гангліозних клітин, поряд із аутолізом інших. Таким чином, виявлені функціональні і деструктивні процеси у надниркових залозах, у сукупності з показниками порушення електрогенезу мозку свідчили про стресогенну дію на тварин пубертатної групи емоційно-больового подразнення з напруженням

і порушенням нервової регуляції.

На статевозрілих щурів вплив стресу позначався у меншому ступені у поведінкових реакціях, де судорожна реактивність становила 18,0%, 29,6% – пасивно-оборонні і 52,4% активно-оборонні. У електрографічних корелятах спостерігалися періодичні змінювання функціонального стану головного мозку, що супроводжувалося дифузною синхронізацією чи десинхронізацією, з відповідними змінами потужності спектру. Виразнішою динамікою EEG-спектру у статевозрілих щурів відрізнявся НК. З'являлися або посилювалися, якщо були у вихідній EEG, епілептиформна і пароксизмальна активність з акцентом генерації у гіпоталамо-лімбічних структурах з залученням НК, та з міграцією у часі фокусу її формування по церебральним утворенням.

Ступінь вираженості епілептиформної активності у статевозрілих щурів був значно нижчим, порівняно із пубертатною групою, і позначався передусім на порушеннях корково-підкоркових взаємовідношень, змінюючи функціональний стан церебральних регуляторних механізмів, у той час як у пубертатній групі характер реактивності на стресогенний вплив визначала висока збудливість лімбічних структур мозку з судорожною реактивністю.

Морфологічні показники структур головного мозку дорослих тварин під впливом стресу, у порівнянні з щурами молодшої групи, характеризувалися більш вираженою структурно-функціональною дезорганізацією і деструктивними змінами на тканинному і клітинному рівнях. У молекулярному шарі НК визначався білковий набряк, в медіальній корі – периваскулярний, перичелюлярний та субпіальний набряки, спостерігалися дистрофічні та деструктивні явища у сенсомоторній корі, асоціативній зоні з нейрональними випаданнями. У лімбічній корі були ознаки набряку, явища агрегації у судинному сплетінні, глобулярні утворення, що може свідчити про зміну реологічних властивостей крові, викликаних стресом. Для ГТ було характерним переважання гіперхромних деформованих нейронів з вакуолізованою цитоплазмою, багато «клітин-тіней».

У надниркових залозах також більші структурні зміни руйнівного характеру виявлялися у щурів репродуктивного віку.

Таким чином, за даними EEG у пубертатній групі стрес більше позначався на функціональному стані коркових і гіпоталамічних механізмів церебральної регуляції активності, нейро-

ендокринної і вегетативної сфер, з достатньо вираженими, за даними мофофункціональних показників, компенсаторними можливостями.

За поведінковими реакціями, потужністю спектра церебрального електрогенеза і морфологічними показниками тварини пубертатної групи, порівняно із статевозрілими, виявилися більш уразливими до дії стресу на рівні ендокринної регуляції, про що свідчать зміни морфології надниркових залоз з ознаками високої функціональної напруженості і тенденцією до тканинних пошкоджень, а також вищий на 12,8% ступінь епілептиформної реактивності.

У статевозрілих більший вплив стресу за даними ЕЕГ і морфофункціональних показників позначався на стані неокортикальних структур, і, особливо, на стані регуляції вегетативної системи.

При дії стресогенних факторів у дорослих щурів переважають зміни деструктивного характеру, що, можливо, пояснюється наявністю у них вже сформованих і усталених функціональних систем з жорсткими взаємозв'язками, низькою

ентропією їх механізмів і важкістю або неможливістю швидкої реорганізації цих систем при дії різних подразників.

Висновки. Проведені дослідження впливу емоційного стресу на тварин двох вікових груп свідчать:

про більшу чутливість і високу реактивність церебральних регуляторних механізмів у тварин в період статевого дозрівання при нестійкості функціональної організації систем організму;

про наявність у пубертатному віці більш високої ентропії цих механізмів, що визначає пластичність регулюючих структур і забезпечує більш широкі можливості організму у формуванні захисних та адаптаційних реакцій, підвищує якість його життєдіяльності.

На відміну від тварин пубертатної групи, у тварин молодого репродуктивного віку церебральні механізми реактивності втрачають пластичність з формуванням жорсткої організації регуляції функціональних систем і адаптація у дорослих здійснюється передусім за рахунок використання наявних ресурсів організму.

А.Е. Кутиков

ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТИ ЖИВОТНЫХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА НА ВЛИЯНИЕ БОЛЕВОГО СТРЕССА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ

Изучали воздействие эмоционально-болевого стресса на функциональное состояние церебральных механизмов регуляции общей активности по данным ЭЭГ, морфологических изменений структур головного мозга и надпочечников у крыс-самцов в возрасте 3-х (пубертатный период) и 6-ти (половозрелые) месяцев. Результаты показали с одной стороны большую уязвимость механизмов церебральной регуляции функций при действии стрессогенного фактора в пубертатном возрасте, с другой – высокую пластичность этих механизмов, что способствует расширению возможностей реализации адаптивных процессов у животных этого возраста. У животных репродуктивного возраста эта пластичность снижена, адаптивные возможности менее широкие. (Журнал психиатрии та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 163-165)

О.Ye. Kutikov

PECULIARITIES OF A REACTIVITY OF ANIMALS OF DIFFERENT AGE ON THE EMOTIONAL-PAIN STRESS AS A PARAMETER OF QUALITY OF AN ADAPTIVE BEHAVIOR

Institute of Neurology, Psychiatry & Narcology of AMN of Ukraine

An influence of the emotional-pain stress on a functional state of cerebral mechanisms of a general activity regulation was investigated in male rats of puberty (3 months) and adult (6 months) ages on the base of EEG data, morphological changes of brain structures and suprarenal glands. The results obtained demonstrated on the one hand a high level of sensitivity of the cerebral mechanisms of functional regulation in puberty animals, and on the other hand, a high plasticity of these mechanisms, that promoted a wider realization of adaptive processes at this age period. In adult animals the plasticity was decreased and adaptive abilities were lesser. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 163-165)

Література

1. Судаков К.В., Юматов Е.А. Эмоциональный стресс в современной жизни. – М., 1996. – 128 с.
2. Меерсон Ф.З., Малышев Ю.И., Замотринский А.В. Двухфазный характер феномена адаптационной стабилизации структур в процессе длительной адаптации организма к стрессу // Бюлл. эксперим. биол. и мед. – 1993. - № 1. – С. 352-355.
3. Судаков К.В. Лимбико-ретикулярные структуры мозга в

механизмах устойчивости к эмоциональному стрессу // Тез. докл. I Рос. Конгресса по патофизиологии. – М., 1996. – С. 218.

4. Зарецкий Д.В., Зарецкая М.В., Ливанова Л.М. и др. Хронический стресс увеличивает реактивность центральных депрессорных механизмов // Рос. физиол. журн. им. И.М. Сеченова. – 1999. – Т. 85. - № 6. – С. 819-825.

5. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология. – М.: МИА, 2002. – 416 с.

Поступила в редакцию 16.05.2004

УДК 616.83:616.891.4

*Г.Ю. Каленская***ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ИЕРАРХИИ ЦЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛАБИЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА И НЕВРАСТЕНИЙ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: качество жизни, иерархия ценностей, эмоционально лабильное расстройство органического генеза, неврастения

Актуальность проблемы. Психическое здоровье населения является важным показателем развития общества, уровня его социального и экономического благополучия [3, 5]. В современных условиях сохраняется тенденция к росту психических расстройств, как эндо- так и экзогенного регистра, они все чаще принимают хронический характер, имеют тенденцию к рецидивам, приводят к снижению показателей работоспособности, что, в свою очередь, снижает качество жизни больных [7]. В последние десятилетия во всем мире отмечается рост научных интересов к вопросам социального функциони-

рования и качества жизни пациентов [1, 2, 8]. Эти показатели становятся обязательными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения, качества помощи больным. Исследование качества жизни актуально при различных формах психической и соматической патологии [1-4, 9].

Все вышеизложенное определило цель настоящего исследования: изучение особенностей показателей качества жизни и иерархии ценностей у больных неврастениями и эмоционально лабильным расстройством органического генеза.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ИНПН АМН Украины в отделении неврозов и пограничных состояний. Согласно цели и задачам исследования было обследовано 25 больных неврастениями (основная группа) и 23 больных эмоционально лабильными расстройствами органического генеза (контрольная группа). В целом, по полу, возрасту и характеру работы основная и конт-

рольная группы не имели существенных отличий.

В качестве методов исследования использовались шкала «Показатель качества жизни» (Mezzich, Cohen, Ruizperez, Lin and Yoon, 1999) [10] и методика определения иерархии ценностей в модификации Е.Фанталовой [6]. Анализ результатов проводился с помощью методов математической статистики SPSS.

Результаты исследования и их обсуждение

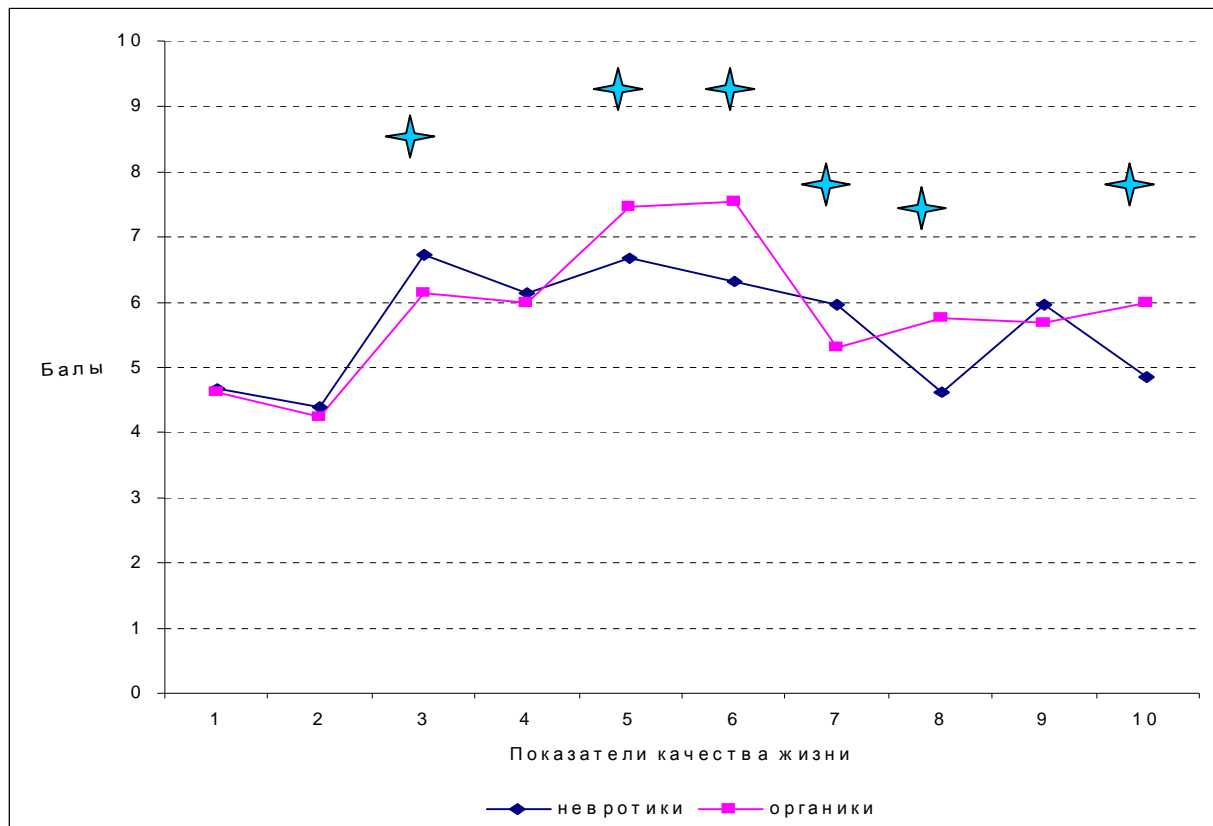
Результаты методики «Показатель качества жизни» продемонстрировал наличие ряда отличительных особенностей у двух групп испытуемых (рис.1). Так, больные неврастениями в меньшей степени, чем органики удовлетворены своим межличностным взаимодействием ($p < 0,05$) и социо-эмоциональной поддержкой ($p < 0,001$), личностной реализацией ($p < 0,05$) и общим восприятием качества жизни ($p < 0,01$). В то время, как органики испытывают неудовлетворенность самообслуживанием и независимостью своих действий ($p < 0,05$), а также служебной и общественной поддержкой ($p < 0,05$). Давая общую характеристику восприятия показателя качества

жизни у больных неврастениями следует подчеркнуть, что самыми низкими были показатели по шкалам: «Физическое благополучие», «Психологическое (эмоциональное) благополучие», «Личностная реализация», «Общее восприятие качества жизни». Наряду с шкалами, которые оценивались низко, были шкалы которые больными неврастениями оценивались достаточно высоко – это шкалы «Самообслуживание и независимость действий», «Работоспособность», «Межличностное взаимоотношение» и «Социо-эмоциональная поддержка». У контрольной группы с эмоционально лабильными расстройствами органического генеза наиболее низкими

показателями качества жизни явились следующие: «Физическое благополучие», «Психологическое (эмоциональное) благополучие», а также «Общественная и служебная поддержка». Тогда как наиболее высокими оказались показатели «Межличностное взаимоотношение»,

«Социо-эмоциональная поддержка».

Анализ результатов методики определения иерархии ценностей Е.Б.Фанталовой продемонстрировал наличие общих тенденций между основной и контрольной группами ($p < 0,001$), которые заключались в сходстве иерархии ценностей.



- | | |
|--|--|
| 1. Физическое благополучие; | 7. Общественная и служебная поддержка; |
| 2. Психологическое (эмоциональное) благополучие; | 8. Личностная реализация; |
| 3. Самообслуживание и независимость действий; | 9. Духовная реализация; |
| 4. Работоспособность; | 10. Общее восприятие качества жизни; |
| 5. Межличностное взаимоотношение; | |
| 6. Социо-эмоциональная поддержка; | |
- ★ - Вероятность различий.

Рис. 1. Особенности показателя качества жизни у больных с эмоционально лабильными расстройствами и неврастений

Так, самыми значимыми ценностями для двух групп явились следующие: «Счастливая семейная жизнь», «Здоровье», «Любовь», тогда как наименее значимыми были следующие ценности: «Красота природы и искусства», «Активная деятельная жизнь», «Творчество». Были выделены отличия по фактору доступности достижения ценности в повседневной жизни пациентов. Так, наиболее доступными ценностями для больных неврастений были наличие уверенности в себе, интересной работы и активной деятельной жизни, тогда как для больных с эмоционально лабильными расстройствами органического генеза наиболее достижимыми были следующие ценности: «Свобода как независимость в поступ-

ках и действиях», «Любовь» и «Счастливая семейная жизнь» ($p < 0,05$). По фактору наличия конфликтности между важностью ценности и возможностью ее достижения проявлялись следующие особенности. Для больных основной группы наиболее конфликтными было достижение здоровья, духовной и физической близости с любимым человеком и счастливой семейной жизни. Тогда как для контрольной группы испытуемых наиболее конфликтным являлось достижение здоровья (как физического, так и психического благополучия), активной деятельной и материально обеспеченной жизни.

Таким образом, больные обеих групп сходны в оценке важности таких ценностей как на-

личие здоровья, счастливой семейной жизни и любви. При этом, больные неврастенией, также как и органики склонны испытывать трудности при достижении как физического и психического, так и психологического (эмоционального) благополучия. Установлено, что для больных неврастенией наиболее конфликтогенным являлось достижение любви и счастливой семейной жизни, тогда как для больных с эмоционально лабильными расстройствами конфликтным было достижение активной, деятельной и материально обеспеченной жизни. Были выделены также отличительные

особенности в восприятии качества жизни: если больные неврастенией в большей степени неудовлетворены характером межличностных взаимоотношений, низкой личностной реализацией, слабой социо-эмоциональной поддержкой и низкой оценкой общего восприятия своего качества жизни, то больные с эмоционально лабильными расстройствами органического генеза в большей степени недовольны низким уровнем общественной и служебной поддержки, недостаточной способностью к самообслуживанию и независимости действий.

Г.Ю. Каленська

ОЦІНКА ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ІЄРАРХІЇ ЦІННОСТЕЙ У ХВОРИХ НА ЕМОЦІЙНО ЛАБІЛЬНІ РОЗЛАДИ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА НЕВРАСТЕНІЮ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Обстежено 25 хворих на неврастенію і 23 хворих на емоційно лабільні розлади органічного генезу. Аналізувалися особливості сприйняття якості життя і ієрархії цінностей у двох груп випробовуваних. Результати дослідження показали, що існують особливості і загальні закономірності в оцінці сприйняття якості життя, в ієрархії цінностей і в труднощах при їх досягненні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 166-168)

G. Yu. Kalenskaya

A RESEARCH OF THE INDEX QUALITY OF LIFE AND THE PREDOMINANCE OF THE VALUES AT PATIENTS WITH EMOTIONAL LABIALITY DISORDERS AND NEUROTIC DISORDERS

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine

23 Patients with patients with emotional labiality disorders and 25 patients with neurotic disorders are inspected. The features of the perception of the quality of life and the predominance of the values at two groups are analysed. A research results showed that there are features and general tendency in estimation of the perception of the quality of life, importance of the values and difficulties in their achievement. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 166-168)

Литература

1. Абрамов В.А., Бурцев А.К., Грачев Р.А., Бурцева Т.А. Некоторые медико-психологические аспекты качества жизни участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. - №1(8). — С.16-24
2. Абрамова И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. - №1(8). — С.42-46
3. Польшваня М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психиатрии. — 2002. - №2(29). — С.5-9
4. Семернин Е.Н., в Шляхто Е.В. и д.г. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика. Качественная клиническая практика. — 2002. — Т.2. — С. 48 - 52.
5. Чабан О.С. Патоморфоз неврозов. // Автореф. дис. докт. мед. наук. — Харьков, 1997. — 28с.

6. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологический журнал. — 1992. -Т.13, № 1. — С.107-117.
7. Юрьева Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и Украине. // Медицинские исследования. — 2001. - Т.1, вып. 1. — С. 32 - 33.
8. Cella D.F. Quality of Life: The concept S. Palliative Care 1991; 8: 8.
9. Kaplan R, Bush J, Berry C: Health status: types validity and index well-being. Health Serv Res 1976, 11. - P. 478 - 507.
10. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validation an efficient quality life index. Abstracts XI world Congress Psychiatry "Psychiatry on New Thresholds". - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999. - P. 427 - 428

Поступила в редакцию 16.05.2004

УДК: 616.89-008.441.13-08

*А.И. Минко, И.В. Линский, А.В. Бараненко, В.В. Шалашов***ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: алкоголь, зависимость, поддерживающая терапия, качество жизни

Актуальность проблемы психических и поведенческих расстройств вследствие потребления алкоголя не вызывает сомнений как в мировом масштабе [1], так и в Украине [1–5]. Помимо предполагаемого количественного роста алкогольных расстройств, отмечается патоморфоз этого вида патологии в сторону утяжеления клинической картины заболевания [4,6]. Все это делает актуальным поиск новых решений в сфере лечения и профилактики состояний алкогольной зависимости.

Существуют различные подходы к пониманию расстройств наркологического профиля. Модель алкогольной зависимости, включающая в себя социальные, психологические и биологические факторы, впервые была сформулирована в 1795 году [7]. В настоящее время наиболее приемлемой точкой зрения в наркологии считается биопсихосоциальный подход, рассматривающий наркопатологию как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [8].

Одним из комплексных подходов, оценивающих совокупное влияние и биологических, и психологических, и социальных факторов, является изучение показателей качества жизни (КЖ), применяемых в отечественной психиатрии [9,10], но пока не нашедших широкого применения в отечественной наркологии.

Впервые термин «качество жизни» использован в «Annals of Internal Medicine» за 1966 год, в статье, посвященной проблемам трансплантационной медицины [11].

ВОЗ определяет КЖ как восприятие человеком своего положения в жизни, включая физическое, психическое и социальное благополучие, степень независимости, качество среды, в которой он живет, степень удовлетворенности конкретными условиями жизни и другими составляющими психологического комфорта. [12]; пока-

затель удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее «комфортности» [13].

Подобный подход охватывает не только динамику собственно заболевания, но и динамику взаимоотношений с микро- и макросоциумом, отношение к себе и окружающим, возможности самореализации, социальное функционирование [10,14,15,16].

ВОЗ на сегодняшний день все большее внимание уделяет вопросу применения концепции КЖ в следующих аспектах: - для планирования клинической помощи пациентам; - в качестве критерия оценки результата научных исследований в области клинических испытаний и исследований служб здравоохранения; - для оценки потребности населения в службах охраны здоровья; - для подготовки медицинского персонала; - для лучшего понимания клиницистами своих пациентов [9, 13, 17, 18, 19, 20, 21].

Отдельные исследования посвящены многомерной оценке методов изучения КЖ и особенностей их применения [22, 20].

Существуют различные подходы к оценке КЖ. В соматической медицине широко применяются следующие методики – шкала Карновского, индекс благополучия Кэмпбелла, лестница Кэнтрила, Ноттингемский профиль здоровья, профиль воздействия болезни, индекс общего психического благополучия, [13] «Шкала качества благополучия, [23] анкета TEAQV (Tableau d'évaluation assistée de qualité de vie) [25].

Наибольшей популярностью пользуются подходы, предлагаемые для оценки КЖ ВОЗ – опросник КЖ – 100 и шкала SF – 36. (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (MOS-SF-36)) [24]; наряду с этим часто используется метод оценки КЖ, разработанный в 1999 г Mezzich J et al [9,26].

В психиатрической практике выделяют ошибочность самооценки КЖ, обусловленную аф-

фективными расстройствами, когнитивными расстройствами и искаженным восприятием реальности. В связи с этим существует мнение о необходимости дополнения субъективной оценки КЖ большим объективными данными [19].

Существует определение КЖ, как «расхождение между ожиданиями и достижениями человека» [19]. Использование психоактивных веществ - самое доступное средство реализации кратковременной гармонии, но в долгосрочной перспективе это создает порочный круг, предполагающий тотальное ухудшение жизненной обстановки [27]; употребление алкоголя и наркотиков, как и другие хронические заболевания, сильно влияют на КЖ [28]. С другой стороны, психоактивные вещества могут рассматриваться потребителем как благо [8].

Показатель КЖ у больных наркологического профиля имеет свои особенности, обусловленные резко сниженным уровнем самооценки и самоуважения, рассогласованием между самооценкой и уровнем личностных притязаний; нарушением мотивационно-потребностного уровня психической деятельности [29].

Оценка КЖ включает показатель духовной реализации, что для большинства пациентов практически тождественно религиозности. В исследованиях, определяющих взаимосвязь религиозности с риском возникновения расстройств наркологического профиля, сделан вывод о том, что религиозность в определенной мере является фактором антириска при этих расстройствах [30].

Рассмотрим существующие работы, посвященные КЖ у алкогользависимых лиц.

Существует ряд исследований, в которых с точки зрения распространенности злоупотребления алкоголем понятие «КЖ» рассматривается как производное от экономического положения тех или иных слоев населения [31], в частности, в развивающихся странах [32] либо же КЖ противопоставляется определенным экономическим тенденциям [33].

В 1999 г на международной конференции, посвященной вопросам КЖ в медицине, было отмечено, что из 442 сообщений только 4 затрагивали проблемы лиц, зависимых от алкоголя [34].

В 1994 Longabaugh R et al. предприняли исследование с целью изучить негативные последствия употребления алкоголя в сфере КЖ, мотивируя это тем, что доступные методы, оценивающие потребление алкоголя, не отражают весь спектр изменений, вызванных алкогольной за-

висимостью. В работе указывается, что влияние потребления алкоголя на КЖ может быть с точки зрения обследуемого позитивным или негативным. Также сделан вывод о необходимости тщательного изучения влияния лечения на различные параметры КЖ [35].

В 1998 опубликованы результаты исследования, в котором рассматривается вопрос о надежности и валидности методов оценки КЖ при исследовании психосоциальных нарушений у лиц, зависимых от алкоголя. Параметры КЖ сравнивались с показателями шкалы депрессии Гамильтон, опросника выраженности алкогольной зависимости и индекса выраженности злоупотребления. Согласно полученным данным, показатели КЖ у лиц, зависимых от алкоголя, в сфере психологического благополучия и исполняемых ролей, были ниже, чем в общей популяции. При этом в сфере выполняемых функций и физического благополучия показатели КЖ существенно не отличались [36].

Addiction Severity Index (ASI) также использовался для оценки метода изучения КЖ с помощью TEAQV. Коэффициент корреляции между данными ASI и TEAQV составлял от 0,750 (сфера психологического благополучия, профессиональная деятельность) до 0,341 (семейные взаимоотношения) [25].

Группа немецких авторов провела сравнительное исследование групп пациентов с зависимостью от алкоголя, разделенных по частоте обращения за помощью. Результаты их исследования показали, что КЖ у лиц, которые обращались за помощью более 3х раз в год, существенно не отличалось от контрольной группы пациентов, обращавшихся за помощью раз в год и реже [37].

Авторы из госпиталя Род-Айленд (США) провели исследование КЖ среди большой группы лиц с зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ. Сделан вывод о том, что влияние употребления психоактивных веществ на оценку физического благополучия и выполняемой роли низко [28] – является ли это следствием отсутствия адекватной самооценки, либо же действительно в исследуемой группе употребление психоактивных веществ существенно не влияло на упомянутые параметры КЖ.

Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB [38] исследовали КЖ у пациентов городских госпиталей, имеющих проблемы, вызванные употреблением алкоголя, или не имеющих подобных проблем. Было установлено, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, показатель КЖ ниже. В

статье также поднимался вопрос о влиянии антиалкогольного лечения на КЖ.

В Польше среди военнослужащих предпринято исследование, целью которого было определить влияние злоупотребления алкоголем на КЖ в зависимости от тяжести зависимости. Было подтверждено предположение, что КЖ снижается вместе со степенью злоупотребления алкоголем [39]. Аналогичные данные приведены Краemer KL et al.: [40] и Foster JH et al. [41].

Существует исследование КЖ у алкогользависимых женщин с учетом возможного влияния депрессивной симптоматики. Результаты – депрессивный синдром на фоне алкогольной зависимости еще более снижает субъективную оценку КЖ [42].

О возможности прогнозирования вероятности рецидивов у лиц, зависимых от алкоголя, используя оценку показателя КЖ, свидетельствуют исследования, в которых оценивается КЖ у больных, находившихся на наблюдении после проведенного противоалкогольного лечения. Согласно полученным данным, в ремиссии наблюдалось улучшение КЖ; в случае рецидива отмечалось достоверное ухудшение сфер настроения, общественной поддержки и функций на работе и в повседневной жизни [43]. Rudolf H, и Priebe S. [44] была проведена оценка КЖ группы женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Через 6 месяцев в повторном исследовании проводилась оценка частоты рецидивов. Сделан вывод, что показатели субъективной оценки КЖ могут быть предикторами рецидива. Аналогичное упоминание можно найти и у Foster JH et al. [41].

Как любое хронически-рецидивирующее состояние, отличающееся прогрессивностью, [4] сформировавшаяся алкогольная зависимость требует изменения стиля жизни и психологически контролируемых ограничений [45], что влияет на все сферы жизненной деятельности пациента, определяющие качество его жизни. Главная задача при лечении сегодня – это стабилизация ремиссии и профилактика раннего рецидива [46, 47], что зависит от множества социально-демографических, личностно-психологических и клинических факторов. Такой важный показатель, как мотивация к лечению, определяется совокупностью факторов, в том числе и наличием терапевтических ремиссий после предыдущего лечения [48].

Ремиссия, согласно современным представлениям – этап течения хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной

форме или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми проявиться при соответствующих условиях [49].

Значительное число авторов считает, что у части больных удастся сформировать состояние «контролируемого употребления» алкоголя [50]. С позиций классической наркологии эти работы не выдерживают критики, так как в них чаще всего обследуются пациенты, находящиеся в стадии предболезни.

Что касается сроков начала ремиссии, приводятся такие точки зрения: либо длительность ремиссии следует исчислять с первого дня отказа от алкоголя, либо же промежуток времени, о котором можно говорить как о ремиссии, должен быть не менее одного месяца, так как только за это время исчезают явления массивной алкогольной интоксикации. [49] При этом констатация ремиссии не исключает наличия у пациента тех или иных психопатологических проявлений. Большинство исследователей рассматривают ремиссии как динамические состояния со свойственными им закономерностями развития [51, 52, 53].

Выделены определенные этапы, стадии или фазы в течении ремиссий [51-55]. В.Я. Гальперин [54] описывал этап становления ремиссии, (5 – 6 мес.), неустойчивой ремиссии (1 – 2 года), этап стабильной ремиссии (3-5 лет) и этап глубокой ремиссии (более 5 лет полного воздержания от алкоголя).

В большинстве случаев ремиссии при алкоголизме возникают в результате терапевтических воздействий («терапевтические ремиссии»); «спонтанные ремиссии» могут вызываться такими факторами, как эмоционально – шоковый, фактор социального контроля [51]. Наличие в анамнезе спонтанных ремиссий считается благоприятным прогностическим фактором [49]

Данные о продолжительности ремиссий у алкогользависимых лиц весьма противоречивы и зависят от применяемого метода лечения; ремиссия может составлять 10-15 лет [57]. Но и тогда следует говорить о болезни в стадии ремиссии.

Большинство авторов сходятся на том, что длительная ремиссия достигается путем дополнительного лечения [56], поскольку данные исследований демонстрируют недостаточную надежность улучшения состояния пациентов после поведения противоалкогольной терапии [49]. При отступлении от этих правил появляется большая вероятность рецидива в первое полу-

годие после завершения лечения.

Рецидивы алкоголизма – это возобновление злоупотребления алкоголем в период ремиссии с возвратом симптоматики, характерной для хронической алкогольной интоксикации [49] При этом о рецидиве правомерно говорить только спустя 1-2 месяца после завершения противоалкогольного лечения [58]. Обострение заболевания может произойти и через значительный интервал времени [57].

При возникновении рецидива возобновляется вся сумма нарушений, характерная для синдрома зависимости [58], требующая для своего устранения полной лечебно-восстановительной программы [49].

Предотвращение рецидивов непосредственно связано с проблемами продления и углубления ремиссий, оно включает в себя комплексы биологических, психологических и социальных моментов [49], что соответствует основным составляющим понятия КЖ. Естественно, что для успешной профилактики рецидива требуется выяснение главной его причины. Для каждого этапа ремиссии характерны определенные факторы рецидива. [49]; также выделяются случайные факторы, неподдающиеся прогностической оценке. [59].

Во многих исследованиях задачей ставилось динамическое исследование тех или иных факторов рецидива, чаще всего патологического влечения к алкоголю [60].

Насущной потребностью медицины и наркологии в частности является возможность прогноза исхода проводимой терапии и вероятности развития рецидивов заболевания на как можно более ранних стадиях лечения [59].

Среди факторов прогноза имеются статические (неизменные) факторы и динамические факторы (например, уровень ситуативной тревожности). Перспективным представляется выявление именно динамических факторов прогноза, а также изыскание средств и способов их коррекции [59].

На данный момент существуют различные подходы к прогнозированию результатов лечения при алкогольной зависимости. Приведены данные по разработке и апробации методики экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме (МЭОСУТ) [61]; разработана «Прогностическая карта ремиссий при алкоголизме», включающая 150 признаков, отражающих анамнестические сведения о больном и его социально-психологическую характеристику, а также клинические и социально-психологические данные [49].

Эффективность лечения больных алкоголизмом во многом определяется внебольничным амбулаторным наблюдением и поддерживающей терапией, направленной на предотвращение рецидивов заболевания. Продолжительность поддерживающей терапии обычно составляет до 5-ти лет. Большинство [7,57] указывают на длительность периода лечения лиц, зависимых от алкоголя.

Лечение алкогольной зависимости предполагает биологические, психологические и социальные вмешательства и преследует две цели: прекращение пациентом употребления алкоголя и психосоциальная реабилитация самого больного и членов его семьи. Другое определение задач терапии алкогольной зависимости – снижение или устранение стремления к употреблению алкоголя и уменьшение причиняемого им вреда [62].

Психосоциальные методы лечения помогают больным значительно сократить потребление алкоголя или сохранять трезвость, однако от 40 до 70% больных возобновляют его употребление в течение первого года после лечения. [63]; эффективность терапии этого заболевания продолжает оставаться недостаточной. Возможно, именно это обстоятельство обусловило интенсивные поиски новых подходов к лечению алкогольной зависимости, основанных на применении различных фармакологических средств [64].

В большинстве исследований, в которых изучается лекарственная терапия алкоголизма, оцениваются продолжительность периода воздержания алкоголя (время до рецидива); уменьшение количества потребляемого алкоголя оцениваемое по количеству дней употребления алкоголя или количеству стандартных доз алкоголя, употребляемых в сутки. Воздержание от приема алкоголя является наиболее строгим критерием эффективности, а потому предпочтительным, однако сокращение употребления алкоголя может также привести к снижению болезненности, связанной с алкоголизацией [62].

В исследованиях, построенных по другому принципу: к участникам не предъявляется требование воздерживаться от употребления алкоголя до начала испытания, оценивается стимуляция к воздержанию от алкоголя, а не устойчивость абстиненции [65].

Фармакотерапия лиц с алкогольной зависимостью повышает качество лечения, снижая тем самым заболеваемость и смертность, и повышая КЖ [62]. Однако вопрос остается открытым в отношении оптимальных дозировок препаратов, продолжительности лечения, а также индивиду-

альных показаний для конкретных лекарственных средств.

Сегодня не вызывает сомнений факт, что основная мишень проводимой терапии - патологическое влечение к алкоголю [46]. Уменьшение патологического влечения ассоциируется с более продолжительной ремиссией [66,67].

В настоящее время отмечаются следующие тенденции в фармакотерапии алкогольной зависимости: снижать патологическую тягу к алкоголю и психологическое напряжение и таким образом уменьшать потребность в алкоголе [68]; замещать алкоголь и смягчать симптомы длительного абстинентного синдрома

Существует предположение [62,65], что два или более препарата с различным механизмом действия, назначаемые вместе или в определенной последовательности, могут давать дополнительный синергетический эффект в терапии алкогольной зависимости; комбинирование различных препаратов при лечении больного является, по-видимому, наиболее перспективным подходом [65].

Рассматривая вопросы о направленности поддерживающей терапии у алкогользависимых лиц, нельзя не упомянуть о возникающих при решении подобных проблем этических аспектах. До последнего времени в отечественной практике вопросы этики практически не рассматривались. Вместе с тем совершенствование этических отношений может быть существенным резервом повышения эффективности наркологической помощи [69].

Основные принципы биомедицинской этики, такие как принципы автономии, непричинения вреда и благодеяния, требуют учитывать нравственные ценности больного, который в сложившейся ситуации сам выбирает для себя приоритеты в триаде: жизнь – здоровье - автономия (самоопределение, свобода, самовыражение.) Гипертрофия идей полезности может привести к тому, что интересы больного могут быть принесены в жертву интересам общества. С другой стороны, автономия не должна принимать характер своеволия [70].

Все эти вопросы находятся в соответствии с критерием КЖ. Исследуя КЖ у алкогользависимых лиц в процессе лечения, можно попытаться ответить на вопрос: насколько проводимое лечение соответствует этическим критериям, не происходит ли в процессе лечения грубое навязывание больному чуждых ему норм, что в конечном счете может влиять на мотивацию к лечению и формирование отношений с врачом, необходимых для успешного исхода проводимой терапии.

Несмотря на то, что критерий КЖ широко признан в современной медицине, в том числе является одним из критериев, применяющихся в медицине, основанной на доказательствах (evidence based medicine), в доступной литературе ссылки на исследования, в которых критерий КЖ используется для оценки проводимой терапии у алкогользависимых лиц, единичны.

Группой исследователей использовался Ноттингемский профиль здоровья, совместно с методами объективизации потребления алкоголя, для ретроспективного сравнения двух методов психокоррекции злоупотребления алкоголем [71]; проведены исследования эффективности акампросата; оценивались сроки воздержания от алкоголя в течение 24 недель, а также КЖ (по шкале SF-36). Авторы обнаружили улучшение КЖ у больных, получавших акампросат в сочетании с психотерапевтическими программами, на основании чего сделан вывод о целесообразности исследуемой терапии [72].

Коротко подводя итоги, можно заметить, что критерий КЖ, наряду с традиционными методами исследования, может стать информативным критерием в оценке проводимой поддерживающей терапии; с его помощью можно добиться оптимизации лечения, и первую очередь воздействовать на такие традиционно проблемные для наркологии показатели, как мотивация к лечению и установление комплайенса. Вместе с тем целесообразно исследование КЖ ближайшего окружения больного и подбор оптимальных и наиболее информативных методик исследования КЖ.

ПОКАЗНИК ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

У представленому огляді подано різні аспекти проблеми якості життя осіб, залежних від алкоголю. Зокрема розглядаються питання взаємозв'язку між рецидивами зловживання алкоголем, критеріями підтримуючого лікування і показником якості життя залежних від алкоголю осіб. Вивчення якості життя в цій субпопуляції може підвищити ефективність лікування і дати відповіді на питання, зв'язані з проблемою застосування біомедичної етики в наркології. Сьогодні дослідження, у яких якість життя використовується як критерій ефективності й адекватності лікування станів алкогольної залежності, одиничні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 169-175)

A.I. Minko, I.V. Linsky, A.V. Baranenko, V.V. Shalashov

PARAMETER OF QUALITY OF LIFE AND MAINTENANCE THERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

Different aspects of a problem of quality of life of alcohol depended persons are submitted in review. In particular, questions of interrelation between relapses of alcohol abuse, criteria of supporting treatment and quality of life of alcohol depended persons are considered. Studying of quality of life in this subpopulation can increase efficiency of treatment and give answers to the questions connected to problem of application of biomedical ethics in narcology. Today researches, which use quality of life as criterion of efficiency and adequacy treatment of conditions of alcoholic dependence, are individual. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 169-175)

Литература

1. Живя рискованно. Отчет Всемирной Организации здравоохранения за 2002 г. Living dangerously. The World Health Report. - 2002. - Brundtland. Globe. (Gr.Br.). - №4. - С. 3-4
2. Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання. Інформаційний дайджест з алкогольних та наркотичних проблем. - С.11-12. (з книги «Алкоголь та наркотики в Україні»).
3. Мінко О.І., Лінський І.В., Болотова З.М., Артемчук А.П., Мусянко Г.О., Маркозова Л.М. Деякі епідеміологічні параметри вживання алкоголю та наркотиків в Україні.//В сб. Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України., изд -во «Укрмедкнига», 2001, с.555-559..
4. Минко А.И. Современные подходы к диагностике и лечению алкоголизма.//Международный медицинский журнал, т. 3, N 3, 1997..с.87-90
5. Ван Амеронтен Б. Алкоголь та наркотики. Інформація про вживання та зловживання.- К.; «Сфера», 1998, 80 с.
6. Сосин И.К., Куприенко И.В., Куприенко И.Ф.. Влияние финлепсина на продолжительность и качество ремиссий у больных с запойной формой алкоголизма. // Архив психіатрії, -N 3-4 (22-23), - 2000, - С.70-72
7. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. Пер. с англ. - М.:СПб.:»Издательство Бином» - «Невский проспект», 1998 г. - 318с
8. Карен Ван Дер Берг, Виктор Бувальда. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажеров.. Изд-во Интеракт, Минск, 1997г, 121с
9. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А., Семькина Е.Е., Колядко С.П., Каленская Г.Ю. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Под общ ред. Маруты Н.А. - Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. - 240 с.
10. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади.. Український вісник психоневрології.2003.Том 11, вип.. 4 (37). С. 65 -68.
11. Elkinton J. Medicine and the quality of life// Annals Int. Med. - 1966, 63; 711-714..
12. Польшаяная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных. // Архив психіатрії - 2002, - 2(29), - С. 5-9.
13. Абрамова И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения.//Журнал психиатрии и медицинской психологии; № 1 (7), 2000, С. 42 - 46
14. Daniil Chishom and Alan Stewart . Вопросы экономики и этики психиатрической помощи: традиции и компромиссы.//Обзор современной психиатрии. - Вып.4, - 1999. - С. 8-10.
15. Виноградова Л.Н. Потребители психиатрических услуг: Матер. XIII съезда психиатров России. 10-13 октября 2000 г.
16. Марута Н.О., Панько Т.В., Явдак И.О., Семікіна О.С., Стаднік А.В. // Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування.//Український вісник психоневрології, - 2002 - Т.10, вип..2 (31), - с.113-114
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World health Organization. // Soc/ Sci med. - 1995; 41 : 1403 - 9
18. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Современные методы доказательной медицины. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.1997. - Т. 101, № 8. - С. 32 -34.
19. Hienz Katscing. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии?//Обзор современной психиатрии, 1998, вып. 1, с. 30-38.
20. Scott DL, Garrod T.Quality of life measures: use and abuse.://Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol 2000 Dec;14(4):663-87
21. Deyo R., Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status in clinical settings// Med. Care, 1992 - P.30.
22. Joyce CR. Use, misuse and abuse of questionnaires on quality of life.//Patient Educ Couns 1995 Sep;26(1-3):319-23
23. Kaplan R.,Bush J., Berry C. Health status: types of validity and the index of well-being. Health Serv. Res.,1976,№11/ - P . 478 - 507
24. Ware J.E. The MOS 36-item Short - Form Health Survey// Med. Care, 1992/№8/ - P/ 473 - 483
25. Grabot D, Martin C, Auriacombe M, Tignol J: Assisted evaluation scale of quality of life//Encephale 1996 May-Jun;22(3):181-5
26. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress psychiatry "Psychiatry on new Thresholds". - Hamburg, Germany, 6 - 11 August 1999. - P. 427 - 428
27. Calman KC: Quality of life in cancer patients - an hypothesis.// J Med Ethics 1984, 10: 124-127
28. Stein MD, Mulvey KP, Plough A, Samet JH. The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use... //J Subst Abuse 1998; 10(1):75-84
29. Коваленко В.М., Грецов В.Г., Блинов О.Ю.. Психологическая работа с наркозависимыми в условиях стационара.//Український вісник психоневрології. - 2002. -Том 10, вип.. 1 (30). - С. 259
30. Kendler K.S.,Liu X.Q, Gardner C.O., McCullough M.E., Larson D., Prescott C.A. .Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders// .American journal of Psychiatry...160(3):496-503, 2003 Mar
31. Nemtsov AV Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s //Addiction 2002 Nov; 97(11):1413-25
32. Saxena S. Alcohol, Europe and the developing countries Addiction 1997 Mar;92 Suppl 1:S43-8
33. Craplet M The role of non-governmental organizations. Addiction 1997 Mar;92 Suppl 1:S103-108
34. Foster JH, Powell JE, Marshall EJ, Peters : Quality of life in alcohol-dependent subjects—a review // Qual Life Res - 1999 May -

:8(3): -255-61

35. Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ, Cooney NL.: Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research.// J Stud Alcohol Suppl - 1994 - Dec;12:119-29
36. Daepfen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients.// Am J Drug Alcohol Abuse 1998 Nov;24(4):685-94
37. Richter D, Venzke A, Settelmayr J, Reker . High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients - heavy users or chronically ill patients? //Psychiatr Prax 2002 Oct; 29 (7) :364-8
38. Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting?// Qual Life Res 1993 Oct;2(5):335-40
39. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome. // Psychiatr Pol 2001 Nov-Dec;35(6):1057-70
40. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kelley ME Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences.//J Gen Intern Med 2002 May;17(5):382-6
41. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women //: Alcohol 2000 Aug;22(1):45-52
42. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. //Drug Alcohol Depend 2002 Mar 1;66(1):71-6
43. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission.//Alcohol Clin Exp Res 2000 Nov;24(11):1687-92
44. Rudolf H, Priebe S Similarities and differences in subjective quality of life of alcoholic women: //Psychiatr Prax 1999 May;26(3):116-
45. Сосин И.К. Преформированные аксиомы классической наркологии// Архив психіатрії – 2002 - 4(31), - С. 51 -59
46. Лекции по наркологии. П/р Иванца Н.Н. М., изд-во Нолидж, 2000 г.435 с.
47. Бажин А.А., Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Литвинцев С.В. Мизерене Р.В., Юнкеров В.И.. Оценка влияния некоторых предиктивных факторов на функцию сохранения состояния ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии.// Вестн. психотерапии. – 2001 - №7, - С.80-92
48. Громыко Д.И. .Уровни мотивации к лечению и их зависимость от клиничко- психологических характеристик больных алкоголизмом. Автореферат Дис. На соиск. уч. степ. канд. мед. наук, науч-иссл. ин-т им В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург.2002.22с
49. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.И. .Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия.. ЭЛБИ-СПб, Санкт-Петербург, - 2002..192с.
50. Peele S. Why do controlled-drinking outcomes vary by investigator by country and by era? Cultural conceptions of relapse and remission in alcoholism\ Drug and alcohol depend. 1987.Vol.20 P/ 81 -155.
51. Пятницкая И.Н. Наркомании. М. ,1994. – 544с.
52. Гузиков Б.М., Риббшлегер М., Ерышев О.Ф., Зобнев В.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом на различных этапах становления терапевтической ремиссии. \Транскультуральные исследования в психотерапии. - Л., 1989 - С. 11-120
53. Каюмов Б.П.Методология прогнозирования и стратегии

- социально-трудовой реабилитации больных алкоголизмом. Автореф. Докт. дисс.
54. Гальперин Я.Г. Дифференцированная терапия алкоголизма в условиях стационара и некоторые особенности терапевтической ремиссии. Автореферат канд. дисс., М., 1974
55. Scholz H. Die Rehabilitation bei chronischen Alcoholismus. Stuttgart. 1986
56. Григорьев Г.И., Советная Н.В., Кузнецов Л.П. Оценка длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии //Вестн. Психотерапии -2001 - №8, С.55-60.
57. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Издательство «Лань»,2002 г. – 560с
58. Зеневич Г.В. роль реабилитационных мероприятий при профилактике рецидивов алкоголизма.// Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. - Л., -1986, - С 364 -365.
59. Минко А.И. Прогнозирование эффективности лечения больных алкоголизмом // Международный медицинский журнал. – 1998, - № 3 -С. 104 -105.
60. Мурыгин И.И., Кальной В.С., Меснянкин А.П., Полуниин А.И., Бербицкий С.Я. Динамика патологического влечения к алкоголю с алкогольной зависимостью.// Тр. Астрах. Гос. Мед. акад.2002.25. С.314 -319
61. Грабова М.И. Методика экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме.//Ж. прик. психол. -2001 -№2, -С. 18-22
62. Robert M. Swift. Лекарственная терапия алкогольной зависимости.// Обзор современной психиатрии, 2001, - вып. 3(11), - С. 61 - 70
63. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment of alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects//Addiction 1996; -1773 -96.
64. Крупицкий Е.М. .Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов: зарубежные исследования.// Вопросы наркологии. - 2003.- №1-, С. 51-61.
65. Koob GF, Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis.//Neuropsychopharmacology 2001; 24:97 -129.
66. Rohsenow DJ, Monti PM, Abrams DB et al . Cue elicited urge to drink and salvations in alcoholics: relationship to individual differences.// Adv Behav Res Ther 1992; 14:195 – 210
67. Anton RF Moak DH, Lantham PK. The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies//Arch Gen Psychiatry 1995:53 576
68. Littleton J. Acamprosate in alcohol dependence: how does it work?// Addiction, 1995; 90:1179 -88
69. Руководство по наркологии. Пд редакцией Н.Н. Иванца. – М., 2002, 504с.
70. Тихоненко В.А., Покуленко Т.А. Основы профессиональной этики в психиатрии: принципы, нормы, механизмы// Этика практической психиатрии/ Под ред. В.А. Тихоненко. – М. – 1996. – С. 30 – 46
71. Andreasson S, Hansagi H, Osterlund B. Short-term treatment for alcohol-related problems: four-session guided self-change versus one session of advice - a randomized, controlled trial.//Alcohol 2002 Aug;28(1):57-62
72. Fuchs WJ, Riebenfeld D Acamprosate and psychosocial intervention. An integrative treatment approach for prevention of alcohol dependent patients in Switzerland.// Schweiz Rundsch Med Prax -2002 Apr 24;91(17):735-38.

Поступила в редакцию 10.05.2004

УДК 616.89-008.441.33-084-053.6

*И.В. Грабарь***ОСНОВНЫЕ ПОСТУЛАТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: ингаляционная токсикомания, реабилитация, профилактика, дети, подростки.

Среди многочисленных медико-биологических, психологических и социальных проблем, характерных для детско-подросткового возраста, одной из драматичных является высокий риск и подверженность зависимым формам саморазрушительного поведения. Среди них наиболее частой в настоящее время является потребление психоактивных веществ путем ингаляций: а) курение табака; б) курение конопли; в) ингаляция летучих растворителей (средств бытовой и промышленной химии). Несмотря на то, что распространенность данных трех форм зависимостей среди детско-подростковых контингентов за последние десятилетия приобрело угрожающие масштабы, до настоящего времени остаются недостаточно выясненными факторы и причины приобщения и механизмы формирования зависимых форм поведения, способы их надежной терапии, профилактики и реабилитации.

Целью и задачей исследования было изучение основных реабилитационных и профилактических программ, которые применяются при лечении подростков, страдающих ингаляционной токсикоманией.

Известно также, что достижение стойких позитивных эффектов при лечении ингаляционных форм зависимости у детей и подростков возможно лишь при сочетании фармакологической, немедикаментозной терапии, психокоррекции и комплексных реабилитационных мероприятий. При этом подразумевается длительный реабилитационный период, благодаря которому восстанавливается способность подростка к продуктивной учебе, освоению профессии и последующего полноценного функционирования в обществе [5].

Основным постулатом реабилитационной программы по, М.М. Кабанову, является тот факт, что во всех реабилитационных мероприятиях все методы воздействия на подростка должны предполагать апелляцию к личностным

началам подростка. Выделяется четыре основных принципа реабилитации: партнёрство врача и больного; разносторонность усилий; единство психосоциальных и биологических методов воздействия и их ступенчатость [4].

Мировая практика показывает, что для реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ успешно применяются программы «терапевтических сообществ», которых в настоящее время насчитывается свыше 500 (т.н. «резидентские программы») [15].

Реабилитация несовершеннолетних с зависимыми формами поведения, рассматривается как сложная, многокомпонентная система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на избавление от психоактивных веществ путем переориентации мотиваций на здоровый образ жизни, формирования устойчивой разумной направленности личности, ресоциализации и реинтеграции в обществе. При этом исследователи акцентируют внимание на ряде ключевых принципов при построении и реализации реабилитационных программ: добровольное согласие подростка на прекращение приёма психоактивных веществ, системность реабилитационных мероприятий и программ, их этапность, позитивная направленность, ответственность, включение в реабилитацию семейного окружения («сотерапевты»), конфиденциальность. Реабилитация детей и подростков может и должна продолжаться от 6 до 12 месяцев, в зависимости от состояния, и включает 3 этапа: начальный, основной и завершающий. Оценка эффективности реабилитационной программы, по мнению разработчиков, носит комплексный рейтинговый характер. Однако, воздержание от токсических веществ является важным, но не единственным показателем, оцениваются также показатели качества жизни, возврат в общество и возобновление функционирования в

нормативном окружении [5].

И.А. Бабюк, И.К. Сосин с соавт. [1] говорят о необходимости создания в Украине системы государственных и коммерческих реабилитационных центров для несовершеннолетних. Среди основных подходов к их построению авторы выделяют мультидисциплинарность лечебно-реабилитационной работы, где гарантия качества обеспечивается усилиями специалистов различных профилей (психолог, нарколог, психотерапевт, психиатр, социолог, педагог), объединённых в рабочую группу, позволяющую обеспечить выполнение медико-социальной программы.

Система отечественной реабилитации подростков по В.С. Битенскому с соавт. включает создание групп по образцу общества анонимных алкоголиков. Обосновывается, что такая терапия в несколько раз эффективнее, чем любой из известных сегодня биологических и индивидуально-психотерапевтических способов лечения, при этом не требуется каких-либо специальных расходов на оборудование, персонал или медикаменты. Члены этого сообщества руководствуются исключительно прагматическими установками, направленными на решение единственной задачи: как воздержаться от употребления токсических веществ. Никакие другие цели не декларируются и во всех остальных отношениях члены общества обладают абсолютной свободой выбора. Анонимность участников предполагает отсутствие любых форм регистрации, учета, контроля посещаемости. Форма психотерапевтической работы – проведение дискуссий на различные темы, связанные так или иначе с приёмом психоактивных веществ, а также обсуждение индивидуальных психологических проблем. Вся программа рассчитана на несколько лет [6]. Известны научные работы данной школы (Э.В.Мельник), в которых определенная заместительная роль отводится вовлечению девиантных подростков в компьютерные игры, как этап реабилитационной программы. Вместе с тем, принцип «отсутствия контроля» в группе девиантных подростков большинством авторов отнесен к относительным и проблематичным.

Другие авторы (А.В.Погосов, А.В.Козырева) ставят под сомнение реальность успешной адаптации и применения зарубежных моделей-программ для реабилитации детей и подростков в странах СНГ, так как они (программы) основаны на жёстком режиме с авторитарностью, что для данного контингента пациентов является проблематичным [10].

Схема реабилитационной программы П.Д. Шабанова и О.Ю. Штакельберга включает также несколько типовых аспектов: 1) основной упор делается на активное участие самого больного; 2) наиболее предпочтительными формами работы с подростками являются амбулаторные формы; 3) минимальное использование фармакологических средств; 4) акцент на реабилитацию в группе; 5) в реабилитационных программах активное участие принимает не только врач или психолог, но и окружение больного (прежде всего – семья), группы взаимопомощи; 6) реабилитация проводится продолжительно и не только в форме личного контакта с врачом, но и других форм взаимодействия с пациентом, например, по телефону, в виде письменных посланий и т.д. [13].

Как известно, в настоящее время терапевтический раздел отечественной наркологии регламентирован стандартами лечения и реабилитации больных, утвержденными Министерством здравоохранения Украины. Учтены все основные виды реабилитационной работы, которые применяются в реабилитационных центрах, даётся обоснование на необходимость рабочего контакта с терапевтическими сообществами, функционирующими в различных регионах нашей страны. Приходит осознание полезности общинной психиатрии (наркологии), которая может выполнить большую работу по социальной реинтеграции подростков [1].

Актуальность проблемы избавления подростков от зависимости и употребления токсических веществ подтверждается некоторыми данными медицинской статистики: эффективность лечения не превышает 5-7%, а реабилитации, – не более 35%. Не случайно, в связи с этим, общепризнанной ведущей стратегией противодействия подростковой токсикомании является первичная профилактика. С этой целью, по мнению Л.М. Шипицыной с соавт., необходимо интегрировать сведения из различных областей знаний – психологии, педагогики, медицины, социологии, культурологии, юриспруденции и других, на стыке которых следует сформировать направление исследований, которые можно было бы определить как превентивная наркология (по образцу «превентивной психиатрии», по В.Я.-Семке). Для эффективной практической профилактической деятельности, кроме разработки методологии и технологии профилактики злоупотребления психоактивными веществами, требуется совершенствование организационных основ профилактики зависимых состояний в

детско-подростковом возрасте. Речь идёт о необходимости развития нормативно-правовой базы и механизмов реализации существующих законодательных актов, регулирующих антинаркотическую профилактическую деятельность в образовательной среде, разработке и реализации эффективного межведомственного взаимодействия в этой области, а также о совершенствовании системы профессиональной подготовки специалистов-превентологов [14].

И.Н. Пятницкая на уровень общегосударственной значимости ставит первичную профилактику токсикомании среди подростков. По ее мнению, это прежде всего профилактика девиантного поведения, профилактика социальных отклонений, пороков общества, имеющая не частное, а государственное значение. Основной упор автор делает на работе с группой подростков, исходя из того, что первые пробы психоактивных веществ, как закономерность, начинаются именно в подростковых группах. Объединение в группы – одна из наиболее древних и простых форм социального взаимодействия. Поэтому следует не бороться с существованием, а пытаться модулировать и контролировать подростковые группы. Основные задачи наркологов в проведении первичной профилактики употребления токсических веществ, по мнению автора, состоят в следующем: работа, по возможности, с лидером группы, его психопатологическая оценка; психопатологическая оценка членов социально-нежелательных групп и при необходимости оказание им лечебной помощи; определение тактики воспитательного воздействия на членов неблагополучной группы, содействие организации здорового досуга [11]. О.В. Зыков также не исключает и поддерживает возможность создания т.н. «клубов для лидеров неформальных групп». В отличие от клубов по интересам, такие клубы позволяют, через лидеров групп, оказывать влияние на очень большое число детей. Если же контакт с лидером установить не удастся, возможны два пути действия, оба менее эффективные и более трудоёмкие. Один из них – введение нового лидера, другой – индивидуальная работа с членами группы. Эффективное воспитательное воздействие на группы невозможно без активного участия психологов и психиатров [3].

Важным организационным рычагом профилактики ингаляционной токсикомании В.Г. Москвичев считает мобильную систему выявления детей и подростков, потребляющих средства бытовой химии. Однако его конкретные реко-

мендации для наркологии кажутся проблематичными («установление состава группы, взятие на контроль и обследование выявленных лиц, повышенное внимание к районам с высокой концентрацией промышленных предприятий, контроль за подростками, работающими на предприятиях, где используются различные растворители, контроль за хранением и использованием различных химических веществ, обязательная изоляция выявленных детей, их госпитализация и лечение с целью исключения возможности дальнейшего распространения употребления ингалянта среди контактирующих с больным сверстников, недопущение рассредоточения зависимых подростков по другим учебным заведениям с целью разобщения групп»). Семья, по мнению автора, является барьером для возможности возникновения асоциальных форм поведения детей и подростков [7]. А.А. Глазов с соавт. разработали профилактическую программу, которая опирается на реальные данные о распространённости ингаляционной токсикомании и позволяет интегрировать усилия различных специалистов. В качестве важнейшего источника информации используют результаты анонимного анкетирования в учебных заведениях. Обобщение результатов исследования позволило разработать как общую систему профилактической работы, так и её варианты, которые определялись особенностями ситуации, характерными для каждого учебного заведения [2].

Понятен упор практически всех исследователей (В.С. Битенский с соавт.) на высокую значимость санитарно-просветительной работы в детско-подростковой среде [6]. Однако данная аксиома на сегодняшний день оценивается неоднозначно. Так, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, И.Б. Орешникова отмечают, что в их практике в таких случаях не всегда наблюдался положительный результат, ввиду незрелости детского разума и непосредственности их чувствований. Чем сильнее был инициированный антинаркотический страх, тем кратковременнее был эффект. Авторы нетрадиционно полагают, что антинаркотическая пропаганда в средствах массовой информации – это своего рода попытка манипулировать массовым сознанием, навязывание готовых рецептов поведения, а использование приёмов запугивания вызывает в итоге деструктивный эффект [10].

Обсуждая концептуальные аспекты профилактики наркологических заболеваний, А.В. Надеждин говорит о «неразделённом поле профилактической деятельности». Речь идет о том, что различные социальные институты и обще-

ственные организации пытаются разрозненно создать программы профилактики, не координируя свои действия с работой других организаций, занимающихся подобной деятельностью. Такая односторонность, по мнению автора, не позволяет охватить все аспекты упомянутой проблемы. Недостаточная конкретность, декларативность, многовекторность узковедомственного подчинения, отсутствие четкой единой системы приводят, в лучшем случае, лишь к локальной и временной эффективности и ее отсутствию в общегосударственном масштабе. К принципам профилактических программ автор относит: комплексность, многополярность, иерархичность, адаптированность, конвергентность [8].

А.А. Северный и Ю.С. Шевченко отмечает, что профилактика наркомании и токсикомании в детско-подростковой среде не может не строиться без учёта особенностей проявления психической патологии в этих возрастных группах, без создания реально действующих механизмов межведомственного и межпрофессионального взаимодействия, без принципиального реформирования службы психического здоровья детей и подростков. Необходимо расширять специализированную детскую и подростковую диспансерную службу, создавать региональные психопрофилактические междисциплинарные центры для детей и подростков [12].

Н.А. Овчаренко выдвинул оригинальную концепцию первичной профилактики токсикомании среди детей и подростков. Первый этап – скрининг-обследование учащихся школ и студентов учебных заведений. Второй этап – разработка

системы групповых и индивидуальных психокорректирующих программ, третий этап – разработка стационарного индивидуализированного медикаментозного лечения с последующим контролируемым периодом социальной реабилитации [9].

И.А. Бабюк, И.К. Сосин и соавт. утверждают, что реальное решение задач профилактики токсикоманий среди детей и подростков возможно при сочетании двух условий: а) психосоциальное оздоровление популяции в целом; б) мониторинговый скрининг, превентивное предупреждение и преодоление личностной предрасположенности подростков к употреблению психоактивных веществ.

Таким образом, в результате множества дебатов сформировалось несколько основных моделей профилактики: социокультуральная модель, потребительская модель, запрещающая модель, и выработка «нулевой толерантности» к психоактивным веществам [1].

Приведенные данные согласуются с нашими исследованиями группы из 101 подростка (9-17 лет), которые находились на лечении и реабилитации в детско-подростковом отделении Луганского наркологического диспансера. Интегральный анализ многочисленных публикаций по данной проблеме будет способствовать разработке отечественных адаптированных современных форм и методов профилактики ингаляционной токсикомании у детей и подростков и реабилитации зависимых. Продолжением разработки данной темы будет изучение особенностей клинической картины ингаляционной токсикомании в зависимости от вида ингалянта.

І.В. Грабар

ОСНОВНІ ПОСТУЛАТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ ПРИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛЕТЮЧИХ РОЗЧИННИКІВ В ДІТЯЧО-ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Луганський державний медичний університет

Висвітлені сучасні погляди на проблему реабілітації при залежності від летючих розчинників та підходи до профілактики. Інтегральний аналіз багатьох публікацій по даній проблемі виконаний у порядку творчого вкладу в розробку вітчизняних адаптованих сучасних форм і методів профілактики інгаляційної токсикоманії у дітей та підлітків і реабілітації залежних. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 176-180)

**BASIC POSTULATES OF REHABILITATION PREVENTIVE PROGRAMS AT
DEPENDENCES ON THE FLYING SOLVENTS IN CHILDREN'S AND TEENAGE AGE**

Lugansk State Medical University

The modern sights on a problem of rehabilitation at dependence on the flying solvents and approaches to preventive maintenance are shown. The integrated analysis of the publications to the sent problem is carried out out by way of the creative contribution to development of the adapted modern forms and methods of preventive maintenance inhalation toxicomanias at children and rehabilitation dependent. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 176-180)

Литература

1. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков / Под редакцией проф. И.К.Сосина и И.А.Бабюка. – Донецк-Харьков: Донеччина, 2004 – 192 с.
2. Глазов А.А., Кузнец М.Е., Полубояринов А.А. Система раннего выявления и профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в средних учебных заведениях // Вопросы наркологии. – 1989. - №3. – С.42-46.
3. Зыков О.В. Реабилитационное пространство для несовершеннолетних различных групп риска: концептуальная схема // Вопросы наркологии. - 1998. - № 4.- С.66-69.
4. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия.- СПб.: ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1998.- 256с.
5. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Герих А.А. и др.// Наркология.–2002.- № 1.- С.43-47.
6. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркомания.-Л.: Медицина, 1991.-360 с.
7. Москвичёв В.Г. Ингаляционное употребление средств бытовой и промышленной химии в детском и подростковом возрасте: Метод. рекомендации.- М., 1987. –22 с.
8. Надеждин А.В. Современные проблемы профилактики наркологических заболеваний // Наркология.- 2002. - № 8, - С. 27-30.
9. Овчаренко М.О. Концепція первинної профілактики наркоманії серед підлітків промислового регіону Донбасу// Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип. 1 (30). – С. 264.
10. Погосов А.В., Козырева А.В. Зависимость от летучих растворителей у детей и подростков: вопросы клиники и терапии. Курск: Изд. КГМУ, 2002. – 251 с.
11. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. Березина С.В., Лисецкого К.С., Орешниковой И.Б. – Самара: Изд-во «Самарский Университет», 1999. – 200 с.
12. Пятницкая И.В. Первичная профилактика наркотизма // Наркология.- 2002, № 8. – С.19-26.
13. Северный А.А., Шевченко Ю.С. Некоторые организационно-методические проблемы профилактики наркомании у детей и подростков // Наркология. - 2002 - № 8. – С. 42-48.
14. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А.Я. Гриненко. Серия «Мир медицины» – СПб.: Изд. «Лань», 2000.-368 с.
15. Шипицына Л.М., Шпилея Л.С., Гусева Н.А. Основные теоретические и практические направления первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология. – 2002, - № 8. – С. 5-16.
16. De Leon G. Community as a method: Therapeutic Communities for special populations and special settings. Westport, Connecticut: Praeger Publishers, 1997. – 140 p.

Поступила в редакцию 19.05.2004

УДК 616.12-089:616.89

*О.В. Шапков***ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, кардиохирургия.

Сердечно-сосудистые заболевания серьезнейшим образом доминируют в структуре общей заболеваемости и смертности. В последние годы важное значение в лечении сердечно-сосудистых заболеваний приобретает хирургический подход. Расширяются показания для оперативного лечения аритмий [5, 8]. Все шире внедряется в клиническую практику хирургический метод лечения ишемической болезни сердца [22, 25]. Востребованность вмешательств сердечно-сосудистых хирургов может достигать на современном этапе около 10 тыс. на 1 млн. человек [8]. В работах многих авторов отражено, что факт госпитализации, операции, осознание реальной угрозы заболевания для жизни, угроза инвалидности, тревога за будущее воздействуют на психический статус больного, приводя к различным нарушениям, вплоть до суицидальных попыток [7].

Само оперативное вмешательство направлено на восстановление сердечной деятельности и, как следствие, на улучшение качества жизни пациента. Но далеко не все эти ожидания оправдываются в полной мере [11].

Так, по литературным данным, 30-40 % больных после аортокоронарного шунтирования (АШК) испытывают определенные психологические трудности. Различные по характеру и степени выраженности расстройства нервно-психической сферы встречаются в раннем послеоперационном периоде у 13 – 79 % пациентов и сохраняются спустя 6 – 12 месяцев после операции у 5 – 35 % [1, 2], и не редко становятся барьером на пути к выздоровлению [22, 25]. На первый план выступают тревожно-ипохондрический, депрессивный и неврастенический синдромы.

Похожая картина наблюдается и у больных с имплантированными электрокардиостимуляторами. Крылов В.И. и соавторы отмечали наличие психических нарушений в раннем послеоперационном периоде у 91,3 % обследованных. Они носили депрессивный, тревожно-фобичес-

кий, ипохондрический характер. Аналогичные психопатологические синдромы сохраняются ко 2 – 3 месяцу послеоперационного периода у 24,4 % больных [10, 16] и получили название «синдром кардиостимулятора» [21].

В связи с этим важное значение приобретают вопросы психотерапевтической коррекции и качества жизни у данной категории пациентов. На необходимость участия психиатров и психотерапевтов в реабилитационной программе больных с оперированным сердцем указывают сами кардиохирурги [6, 9, 17]. Различные психические нарушения у больных кардиохирургического отделения обнаруживаются еще на этапе подготовки к операции, являются как следствием заболевания сердца, так и реакцией на предстоящее хирургическое вмешательство, и могут оказывать неблагоприятное влияние на выполнение врачебных рекомендаций, приводить к отказу от операции [14, 15, 23, 25]. Поэтому психотерапевтическая работа должна проводиться именно с этого момента [24]. Однако программа психореабилитационных мероприятий в клинике кардиохирургии на предоперационном этапе до сих пор не разработана.

На послеоперационном этапе психотерапия применялась для коррекции возникших нарушений у больных с имплантированными кардиостимуляторами. Крылов В.И. и соавторы отметили положительную динамику психического состояния в процессе психотерапии у 53,8 % больных: патологические реакции на заболевание сглаживались, сменяясь в отдаленном послеоперационном периоде психологической адаптацией. В контрольной группе у 66,7 % больных с патологическими реакциями на имплантацию кардиостимулятора в отдаленном периоде отмечалось формирование неврозов и патологического развития личности [16].

Доказана эффективность психотерапии на этапе реабилитации и у больных после АКШ. Сипко Г.В. и Романов А.И. показали, что пациенты, которые прошли полный курс предусмот-

ренных психотерапевтических мероприятий, достигали адекватной степени психологической адаптации в 94,8 % случаев. Психотерапия носила индивидуальный характер, при обязательной активной роли пациента. Подчеркивается факт, что эффективность психореабилитации зависит от предоперационной психологической подготовки больных [22]. Востриков В.Е. и соавторы [3] также придерживаются мнения, что прохождение курса психологической реабилитации у больных с кардиохирургическими вмешательствами дает возможность в значительной степени добиться регресса психопатологической симптоматики у всех пациентов. Несомненна и роль аутогенной тренировки в комплексной реабилитации больных после АКШ [12].

Несмотря на эффективность психотерапевтических мероприятий, в настоящее время остается неизученным вопрос качества жизни пациентов с операциями на сердце, хотя имеются публикации по данной проблеме у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и нарушениями сердечного ритма [4, 18, 20]. Существенных отличий в динамике психических нарушений у пациентов, оперированных на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения и на закрытом сердце не отмечено [13].

Ряд других авторов [19], анализируя психические функции у больных перенесших АКШ, отмечают большую выраженность когнитивных расстройств по сравнению с пациентами, перенесшими маммарно-коронарное шунтирование (выполняется без применения искусственного

кровообращения).

В исследовании, посвященном внутренней картине болезни у больных, оперированных по поводу фибрилляции предсердий [14], отмечается, что больше всего психопатологических реакций было в группе больных, которым имплантировали электрокардиостимулятор, а меньше всего – в группе, которым была выполнена операция с искусственным кровообращением.

Такие противоречивые данные, по-видимому, обусловлены как различными методиками выявления психических нарушений, так и разными хирургическими вмешательствами, и как следствие разной длительностью операций и анестезии. Взаимосвязь же психических расстройств, длительности хирургического и анестезиологического пособия в данной области медицины практически не освещены.

Таким образом, анализ литературных данных по проблеме психических нарушений и их коррекции в кардиохирургической клинике показал недостаточную изученность многих вопросов: не выявлены различия в структуре психических нарушений у больных с операциями на остановленном и неостановленном сердце, не разработана программа психореабилитационных мероприятий в предоперационном периоде, отсутствуют данные о качестве жизни кардиохирургических больных. Без понимания этих проблем затрудняется оказание дифференцированной помощи таким пациентам, удлиняется реабилитационный период. Целесообразно дальнейшее комплексное исследование этих вопросов.

О.В. Шапков

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В КАРДІОХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Кардіохірургічні методи лікування серцево-судинних захворювань - відносно новий, ефективний підхід, що швидко розвивається. Разом з тим психічні порушення на різних етапах, можуть ускладнювати видужання пацієнтів. У статті проаналізовані літературні дані по проблематиці психічних розладів та їхньої корекції в кардіохірургічній клініці, вказані подальші напрямки досліджень у цій області. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 181-183)

O.V. Shashkov

MENTAL DISORDERS IN CARDIAC SURGICAL CLINIC

Donetsk State Medical University, Ukraine

Cardiac surgical methods of treatment of cardiovascular diseases - rather new, effective and quickly developing approach. At the same time mental disorders at various stages, may complicate convalescence of patients. In article the literary data on a problematics of mental disorders and their corrections in cardiac surgical clinic are analysed, the further directions of researches in this area are planned. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 181-183)

Литература

1. McKhann G.M., Goldsborough M.A., Borowicz L.M. et al. Cognitive outcome after coronary artery bypass: 1 – year prospective study. // *Ann Throac Surg.* – 1996. – vol. 63. – P. 510 – 515.
2. Newman S.P. Analysis and interpretation of neuropsychological test in cardiac surgery // *Ann Throac Surg.* – 1995. – vol. 59. – P. 1351 – 1355.
3. Востриков В.Е., Зубкова В.И., Шумкина М.И., Кумукова Б.Э., Левчук С.М., Прилепко Л.А., Ахматова С.Н., Обухов А.А., Головкин Г.Н., Дорохов С.И. Особенности санаторного этапа реабилитации больных ишемической болезнью сердца после кардиохирургических вмешательств // *Кремлевская медицина.* – 2003. - № 3. – С. 28 – 30.
4. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Кардиология.* – 1982. - №2. – С. 100 – 103.
5. Гусак В.К., Дзюгань С.А., Кузнецов А.С., Антипов Н.В., Харитончик Д.Л. Новые показания к применению электрокардиостимуляторов // *Грудная и серд.-сосуд. хирургия.* – 1996. - № 6. – С. 111.
6. Гусак В.К., Дзюгань С.А., Кузнецов А.С., Харитончик Д.Л. Реабилитация здоровья работников горнодобывающей промышленности, перенесших оперативное лечение по поводу синдрома слабости синусового узла // *Актуальные вопросы гигиены труда, профпатологии и медицинского обеспечения трудящихся промышленных предприятий на современном этапе развития хозяйственного комплекса Донбасса: Тезисы докладов.* – Донецк. – 1995. – С. 250.
7. Гусак В.К., Кузнецов А.С., Дзюгань С.А. Повреждение эндокардиального электрода с суицидальной целью // *Клінічна хірургія.* – 1992. - № 9 – 10. – С. 76
8. Гусак В.К., Кузнецов А.С., Комиссаров С.И., Бассов О.И. Постоянная электрокардиостимуляция. – Донецк: Донеччина, 2000. – 224 с.
9. Гусак В.К., Кузнецов О.С., Антипов М.В., Комиссаров С.И., Бассов О.И. Ускладнення хірургічного лікування аритмій: Монографія. – Донецьк: Апекс, 2002. – 210 с.
10. Егоров Д.Ф., Крылов В.И., Стяжкин В.Д. Реакция больных на имплантацию электрокардиостимулятора и вопросы реабилитации // *Клиническая медицина.* – 1983. - № 1. – С. 69 – 72.
11. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. // *Психические расстройства и сердечно-сосудистая система.* Сб. науч. работ. – М. – 1994. – С. 154 – 163.
12. Замотаев Ю.Н., Ерошина В.А., Кремнев Ю.А., Неботов С.Г., Мандрыкин Ю.В. Опыт применения методов психотерапевтической коррекции в реабилитации больных после аортокоронарного шунтирования // *Кремлевская медицина.* – 2003. - № 1. – С. 22 – 25.
13. Ковалев В.В. Психические нарушения при пороках сердца. – М.: Медицина, 1974. – 192 с.
14. Комиссаров С.И., Кузнецов А.С., Чекалова Е.Г. Психосоматические корреляции у больных оперированных по поводу фибрилляции предсердий // *Вестник неотложной и восстановительной медицины.* – 2003. – Т. 4. - № 1. – С. 13 – 16.
15. Крылов В.И. Динамика внутренней картины болезни у больных с тяжелыми формами аритмий при проведении постоянной электростимуляции сердца // *Журн. невропатол. и психиатр.* – 1985. – Т. 85. - № 2. – С. 219 – 224.
16. Крылов В.И., Егоров Д.Ф. Психологическая реабилитация больных с имплантированными электрокардиостимуляторами // *Клиническая медицина.* – 1989. - № 4. – С. 74 – 77.
17. Кузнецов О.С. Хірургічне лікування тахіаритмій: діагностика, профілактика і корекція ускладнень // Автореферат ... доктора мед. наук. – Київ. – 2001. – 36 с.
18. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц И.Я. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // *Кардиология.* – 1998. - № 9. – С. 49 – 51.
19. Малиновский Н.Н., Беляев А.А., Хомская Е.Д., Олейникова Е.Н. Анализ психических функций у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование // *Хирургия.* – 2000. - № 7. – С. 17 – 22.
20. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психовегетативные соотношения у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии // *Терапевтический архив.* – 2001. - № 9. – С. 55 – 61.
21. Нефедов В.И. Особенности эмоционального состояния при брадиаритмиях у больных с искусственным водителем ритма // *Психовегетативные аспекты внутренней патологии.* Сб. науч. трудов. – Тверь, 1992. – С. 30 – 33.
22. Сипко Г.В., Романов А.И. Психотерапевтические мероприятия в комплексе восстановительного лечения пациентов после аортокоронарного шунтирования в условиях многопрофильного Центра реабилитации // *Кремлевская медицина.* – 2003. - № 3. – С. 45 – 47.
23. Скачкова Н.И. Психологические особенности больных, согласившихся и отказавшихся от операции аортокоронарного шунтирования // *Психовегетативные аспекты внутренней патологии.* Сб. науч. трудов. – Тверь, 1992. – С. 26 – 29.
24. Шашков О.В., Побережная Н.В., Бабюк И.А. Психореабилитация кардиохирургических больных // *Актуальні проблеми сучасної психіатрії.* - Вип. 6.- Харків, 2003.- С. 71-72.
25. Шмырев В.И., Беляев А.А., Хомская Е.Д., Олейникова Е.Д. Психоневрологическая коррекция больных до и после аортокоронарного шунтирования // *Кремлевская медицина.* – 2003. - № 3. – С. 65 – 67.

Поступила в редакцию 17.05.2004

УДК 614.23/.25:616.891.4 - 02

*Л.Н. Юрьева***РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ УКРАИНЫ**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: синдром выгорания, распространенность, профилактика, врачи психиатры.

Качество обслуживания пациентов во многом определяется не только профессиональной компетентностью медицинского персонала, но и его личностными характеристиками, психоэмоциональным и физическим состоянием и установками. Особенно четко эта взаимосвязь прослеживается при лечении пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, где использование инструментальных технологий в диагностическом и терапевтическом процессах минимально, а ключевым ресурсом лечебного процесса является медицинский персонал.

На современном этапе развития медицины роль личности медицинского работника особенно велика. Применение новых реабилитационных технологий с использованием полипрофессиональных бригадных форм работы, требует от отдельных членов терапевтической бригады

определенных личностных качеств и способности адаптироваться к совместной деятельности с коллегами, родственниками пациентов, пациентами и представителями ряда социальных структур. Личностные качества отдельных членов терапевтической бригады являются действенными факторами терапевтической среды.

В связи с этим, проблема диагностики, профилактики и коррекции профессионального выгорания медицинских работников приобретает особую актуальность и значимость. С одной стороны, профессиональные личностные деформации у медицинского персонала являются одним из важных источников формирования деструктивной терапевтической среды, с другой стороны – доминирующая терапевтическая идеология и среда в медицинском учреждении могут способствовать развитию синдрома выгорания у сотрудников.

Материал и методы исследования

С целью исследования распространенности синдрома выгорания и степени его выраженности 100 врачей-психиатров (45 мужчин и 55 женщин) из 3 областей Украины были обследованы с помощью психологического теста «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» (В.В. Бойко). По стажу работы в психиатрии респонденты распределились следующим образом: врачи –

интерны и молодые специалисты со стажем 0–4 г. – 21%; от 4 до 9 лет – 18%; от 10 до 14 лет – 15%; от 15 и более лет – 46%. Врачи работали в различных подразделениях психиатрической службы: в хронических и острых отделениях, в отделении неврозов и в отделении для принудительного лечения со строгим режимом наблюдения, а также в психоневрологическом диспансере.

Результаты исследования и их обсуждение

У 21% респондентов не было отмечено каких-либо признаков выгорания.

Синдром «эмоционального выгорания» различной степени выраженности был выявлен у 79% врачей. Его распространенность коррелировала со стажем работы. Реже всего синдром выгорания отмечался у молодых специалистов со стажем работы до 5 лет. Чаще всего синдрому выгорания были подвержены врачи-психиатры со стажем 10–14 лет.

При анализе взаимосвязи этих параметров при первой, начальной фазе синдрома выгорания (фазе напряжения) было выявлено, что среди всех респондентов на стадии формирования 1-фазы находится 26% докторов, а полностью сформирована 1-ая фаза синдрома выгорания была выявлена у 7% респондентов.

Превалирующим симптомом первой фазы является «переживание психотравмирующей ситуации». Выявлено, что чем больше стаж рабо-

ты в психиатрии, тем чаще встречается тревога и депрессия как у мужчин, так и у женщин. А вот симптом «загнанности в клетку» достоверно чаще встречается у мужчин.

Симптомы, характерные для формирующейся 2-ой фазы синдрома выгорания (фазы резистенции) были выявлены у 41% докторов. Полностью сформированная 2-ая фаза была диагностирована у 36% респондентов. Обращает на себя внимание тот факт, что 2-ая фаза синдрома выгорания уже полностью сформирована у 38% молодых специалистов и находится в периоде формирования еще у 23,8% молодых докторов. Кроме того, практически у каждого третьего респондента уже сформирована 2-ая фаза выгорания. Доминирующими симптомами второй фазы являются «редукция профессиональных обязанностей» и «неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование». Достоверно чаще симптом «эмоционально-нравственной дезориентации» встречается у женщин. Чем длительнее стаж их работы в психиатрии, тем более выражен этот симптом.

Среди исследуемых нами врачей психиатров на стадии формирования 3-й фазы синдрома выгорания (фазы истощения) находилось 29% респондентов, а полностью сформированная 3-я фаза была диагностирована у 6% докторов. Врачи со стажем работы в психиатрии 4 - 9 лет имеют наиболее выраженные признаки синдрома выгорания. Кроме того, среди докторов со стажем более 15 лет

велик процент лиц, находящихся на этапе формирования конечной стадии выгорания, которая черевата не только социальной дезадаптацией, выраженной профессиональной деформацией и невротическими и аффективными расстройствами, но и психосоматическими расстройствами.

На третьей стадии выявлена корреляционная связь между длительностью работы и наличием симптома «эмоциональной отстраненности», который достоверно чаще встречается у мужчин. Чем дольше стаж работы в психиатрии, тем чаще встречаются симптомы: «личностная отстраненность», «психовегетативные и психосоматические нарушения».

Таким образом, синдром выгорания был выявлен у 79% исследуемых врачей психиатров. Реже всего синдром выгорания формировался у молодых специалистов со стажем работы в психиатрии до 4 лет. Чаще всего синдрому выгорания были подвержены врачи-психиатры со стажем 10–14 лет. Полученные результаты позволяют рекомендовать ряд медицинских и организационных мер:

1. Создание новых обучающих технологий и программ для студентов – медиков и врачей, направленных на профилактику синдрома выгорания.
2. Строгий профессиональный отбор при направлении в интернатуру по специальности «Психиатрия»;
3. Разработка психокоррекционных программ для специалистов, входящих в группу риска;

Л.М. Юр'єва

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

Дніпропетровська державна медична академія

З метою дослідження поширеності синдрому вигорання та ступеня його вираженості 100 лікарів-психіатрів з трьох областей України були обслідувані за допомогою психологічного тесту «Методика діагностики рівня емоціонального вигорання» (В.В. Бойко). Синдром вигорання різного ступеня вираженості був виявлений у 79% досліджених лікарів психіатрів. Рідко синдром вигорання формувався у молодих фахівців зі стажем роботи в психіатрії до 4 років. Частіше синдрому вигорання були підвернені лікарі психіатри зі стажем роботи 10-4 років. Отримані результати дозволяють рекомендувати ряд медичних та організаційних заходів: створення нових навчальних технологій та програм для студентів-медиків та лікарів, направлених на профілактику синдрому вигорання, строгий професійний відбір при направленні до інтернатури за фахом „Психіатрія“, розробка психокорекційних програм для фахівців в групі ризику. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 184-185)

L.N. Yur`eva

PREVALENCE AND EXPRESSION OF BURNOUT SYNDROME IN PSYCHIATRISTS IN UKRAINE

Dnipropetrovsk State Medical Academy

With the goal of investigation of prevalence and expression of burnout syndrome there were tested 100 psychiatrists in three regions in Ukraine. We used psychological test «Method of diagnostics of level of emotional burnout» (V.V. Boiyko). 79% psychiatrists have burnout syndrome in different degree (phases) expression. Rarely this syndrome has place in young specialists with record of service till 4 years. Often burnout syndrome exists in psychiatrists with record of service 10-14 years. Receiving results point the way on medical and organizational programs: creation of new teaching technologies and programs for medical students and physicians directed to prophylaxis of burnout syndrome, a strict professional selection of interns for studying of psychiatry, creation of psychocorrection programs for physicians in risk-group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 184-185)

Поступила в редакцію 14.05.2004

УДК: 616.895.8-055.2

*Е.М. Денисов***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: качество жизни, параноидная шизофрения, психосоциальная реабилитация.

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост интереса к вопросам качества жизни (КЖ). Уже в 70-е годы последнего столетия это понятие приходит в общую медицину, а с начала 80-х в психиатрию. С этого время КЖ привлекает все большее внимание, как исследователей, так и практиков и организаторов здравоохранения. Этот показатель становится важным компонентом оценки результатов лечения различными препаратами, эффективности оказываемой психиатрической помощи [1].

ВОЗ определяет КЖ как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия, независимости, качества среды, в которой он живет, степени удовлетворенности конкретным уровнем жизни и другими составляющими психологического комфорта [2].

Основной проблемой изучения КЖ психически больных является измерение «качественности», поскольку соответствующие критерии мо-

гут носить, как объективный, так и субъективный характер. Восприятие КЖ с точки зрения индивида почти всегда субъективно: некоторые люди могут считать свою жизнь совершенно неудовлетворительной из-за незначительных бытовых трудностей, другие же могут быть вполне довольными, хотя объективно их жизнь полна проблем [3].

Значительное число исследований посвящено изучению КЖ больных хроническими психическими расстройствами, находящимися под диспансерным наблюдением и амбулаторно принимающих специализированную помощь [4].

Тем не менее, до последнего времени остаются не изученными вопросы, связанные с многофакторной оценкой КЖ больных параноидной шизофренией (ПШ) с различным течением, находящихся в условиях стационара.

Целью данного исследования было изучение особенностей субъективной оценки КЖ больных ПШ в зависимости от течения процесса.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 больных (70 женщин и 50 мужчин) с ПШ, находящихся на стационарном лечении в общепсихиатрических отделениях ОКПБ г. Донецка. По особенностям течения болезни, было сформировано три группы. В 1 группу вошли 30 пациентов (83,3% женщин и 16,7% мужчин) с манифестом заболевания и продолжительностью $8,1 \pm 0,7$ месяцев. Во 2 группу были включены 40 больных (75% женщин и 25% мужчин) с приступообразно-прогредиентным течением и наличием в анамнезе не менее двух психотических эпизодов с рудиментарной психопатологической симптоматикой в ремиссии. 3 группу составляли 50 пациентов (30% женщин и 70% мужчин) с непрерывным течением, наличием в анамнезе более 5 приступов и длительностью заболевания свыше 10 лет.

Согласно МКБ-10 больным диагностирова-

ли ПШ с началом процесса (F 20.09), эпизодически нарастающим и стабильным дефектом (F 20.01 и F 20.02) и непрерывным течением (F 20.00).

В качестве основного инструмента исследования КЖ был использован опросник ВОЗ КЖ-100, основной модуль которого состоял из 100 вопросов, позволяющий оценить в баллах 6 крупных сфер КЖ: физическую (ФС), психологическую (ПС), уровень независимости (УН), социальные взаимоотношения (СВ), окружающую среду (ОС), духовную сферу (ДС). Кроме этого, напрямую измерялось восприятие респондентом качества своей жизни и здоровья в целом, а также давалась итоговая суммарная оценка КЖ индивида, где максимальным баллам присваивались ограниченный и низкий уровень КЖ.

Статистическая обработка полученных ре-

зультатов проводилась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium-II с использованием стандартных

статистических программ (корреляция Спирмана и Фишера).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе субъективной оценки КЖ по методике ВОЗ КЖ-100 были установлены следующие раз-

личия показателей уровня удовлетворенности у больных ПШ в различных обследованных группах (Рис.1.).

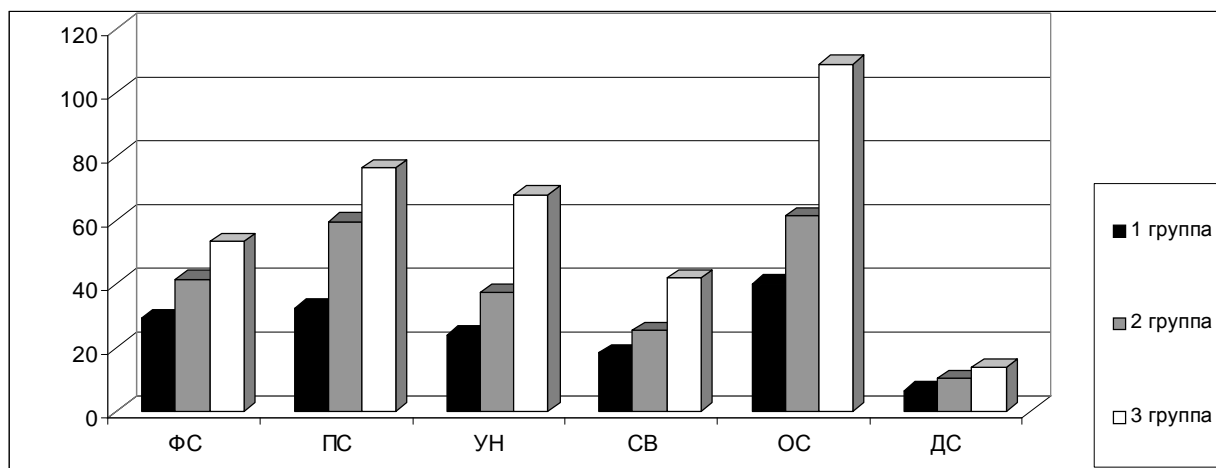


Рис. 1. Показатели субъективной оценки КЖ по методике ВОЗ КЖ-100 в обследованных группах больных

Как видно из рис.1, у больных 1 группы ни по одному параметру не было получено полярных оценок (очень плохие или очень хорошие), но 3 сферы КЖ из 6 субъективно оценивались больными, как вполне благополучные. Это ПС, ДС и УН. Самые низкие результаты приходились на сферу ОС ($p < 0,05$). Большинство опрошенных, независимо от тяжести заболевания, отмечали относительную сохранность работоспособности, подвижности и возможности выполнять повседневные дела, однако в основном страдали из-за неспособности расслабиться и получать удовольствие от жизни в виду наличия психопатологической симптоматики ($p < 0,03$). Также обращают внимание высокие оценки в сфере СВ, т.к. пациенты были достаточно удовлетворены личными отношениями, высоко оценивали практическую социальную поддержку семьи и друзей ($p < 0,001$).

Оценка КЖ больных 2 группы имела статистически значимую тенденцию к ухудшению во многих сферах жизнедеятельности ($p < 0,05$). Самые низкие результаты находились в рамках сфер УН, ОС, особенно в финансовой, а также социальной субсфере ($p < 0,05$). Принимая во внимание необходимость совершать покупки дорогостоящих лекарственных средств, наличие инвалидности и неблагоприятное социально-экономическое состояние в стране, можно предположить, что субъективная оценка своего по-

ложения являлась объективной. Низкие результаты были получены также в сферах ФС и ПС, причем большее количество респондентов отмечали нарушения работоспособности, подвижности, возможности выполнять повседневные дела, из-за болезни и побочных эффектов терапии ($p < 0,05$). Относительно стабильными были результаты удовлетворенности социальной поддержкой семьи и друзей ($p < 0,01$).

У больных 3 группы отмечались самые низкие результаты КЖ практически во всех сферах жизнедеятельности и характеризовались отрицательными оценками (плохое, очень плохое) ($p < 0,05$). Особенно низкая оценка приходилась на сферу ФС, т.к. больные не могли должным образом выполнять повседневные дела, не справлялись с обычной работой, не могли полностью расслабиться из-за постоянного приема антипсихотиков и наличия неврологической симптоматики. Низко воспринимали больные ПС, особенно собственную самооценку и когнитивные процессы, у большинства из них преобладали отрицательные эмоции ($p < 0,05$). Очень ограниченным был УН, ОС и финансовые ресурсы. Они постоянно зависели от лечения и покупки дорогостоящих препаратов. Многие больные этой группы были не удовлетворены физической безопасностью, доступностью медицинской и социальной помощи, возможностью проведения досуга ($p < 0,01$). Резко нару-

шенными оставались социальные взаимоотношения, особенно личные, больные были не удовлетворены межличностными и сексуальными отношениями.

Таким образом, уровень КЖ по методике ВОЗ КЖ-100 характеризовался ступенчатым ухудшением субъективной оценки КЖ больных ПШ практически во всех сферах жизнедеятельности, по мере увеличения длительности, прогрессивности и непрерывности шизофренического процесса. Непрерывная динамика заболева-

ния заметно сказывалась в нарушении функционирования больных в межличностных, семейных сферах, сексуальных и родственных взаимоотношениях, физическом и психологическом состоянии, а также организации свободного времени и проведения досуга.

Полученные результаты необходимо использовать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий и методов психосоциальной реабилитации больным с прогрессирующей динамикой психических расстройств.

Є.М. Денисов

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМ ТИПОМ ПЕРЕБІГУ

Донецький державний медичний університет

Досліджено 120 хворих на параноїдну шизофренію з різним типом перебігу. Показан ступень незадоволеності основними компонентами якості життя. Виявлені особливості дозволять розробити комплекс психореабілітаційних заходів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 186-188)

E.M. Denisov

ESTIMATION OF QUALITY OF LIFE ON THE PATIENTS OF THE PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH VARIOUS CURENT

Donetsk State Medical University

There were studied of 120 on the patients with paranoid schizophrenia. The discovery of the most people which unsatisfied some special feature of quality of life. It is necessary allocate of group measures of the directions in the psychosocial rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 186-188)

Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.- Социальное функционирование и качество жизни психически больных// Социальная и клиническая психиатрия.-1998.т.8, №2.-с.35-40
2. WHOQOL: Study protocol. Division of mental health.- Geneva, 1993.-р.250
3. Lehman A.-Convergent validation of quality of life for persons

with severe mental illnesses// Quality of Life Research.-1993.-v.2,№5.-р.327-333.

4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных. Социальная и клиническая психиатрия.-1998.-Т.8, №2.-С.35-40.

Поступила в редакцию 16.05.2004

УДК 616.89

*А.Н. Бачериков***АКТОВЕГИН И ГЕРИМАКС В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, актовегин, геримакс

В настоящее время отмечается тенденция к уменьшению удельного веса «чистых» депрессивных расстройств, происходит увеличение заболеваний, возникающих на фоне неврологической и соматической патологии. Обращает на себя внимание утяжеление депрессивных расстройств, изменение реактивности к медикаментам, увеличение числа затяжных форм. Все эти факторы существенно затрудняют как своевременную диагностику, так и терапию [1].

Значимый терапевтический эффект при лечении депрессивных расстройств достигается в 50-70% случаев [2]. Стратегия преодоления резистентности заключается в манипуляциях дозами, сроками лечения, подборе препаратов и их комбинаций, в том числе с препаратами других фармакологических групп [3,4].

Нередко, назначение известного препарата по новому назначению позволяет выявить ранее не-

известные его терапевтические эффекты. Так, в частности произошло с так называемыми стабилизаторами настроения. Мы применяли препарат актовегин при лечении церебральных сосудистых нарушений у больных с депрессивными расстройствами. Оказалось, что эффективность лечения у больных при сочетанном применении антидепрессантов и актовегина оказалась выше, чем при изолированном применении антидепрессантов. Этот факт натолкнул нас на проведение более углубленного исследования по применению актовегина и геримакса (как легкого стимулятора) при лечении фармакорезистентных рекуррентных депрессивных расстройств.

Таким образом, целью исследования явилось изучение терапевтической эффективности актовегина при лечении резистентных рекуррентных депрессивных расстройств.

Материал и методы исследования

В исследование были включены пациентки с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства – текущий эпизод умеренный и тяжелый без психотической симптоматики (F33.1 – F33.2). Выраженность и динамика депрессивной симптоматики в ходе исследования оценивались при помощи Шкалы Гамильтона для депрессий. В исследование включено 20 женщин с рекуррентным депрессивным расстройством. Депрессия умеренной

тяжести диагностирована у 12 больных, тяжелая депрессия – у 8. Возраст больных от 30 до 65 лет. Все больные на протяжении последнего года наблюдения получали терапию антидепрессантами различных групп. У 4 больных с умеренным депрессивным расстройством актовегин и геримакс применялись без назначения антидепрессантов, у всех остальных больных сохранялся прием антидепрессантов, которые они получили ранее.

Результаты исследования и их обсуждение

Актовегин назначался инфузионно 200 мг (5мл) на физиологическом растворе или 5% глюкозе ежедневно или несколько раз в неделю. После завершения инфузионной терапии актовегин назначался в виде драже в качестве поддерживающей терапии. Геримакс назначался по 15 мл в день. Лечение проводилось в условиях стационара под постоянным врачебным контролем. При необходимости назначались транквилизаторы бензодиазепинового ряда.

Клиническая картина больных характеризовалась наличием депрессивного настроения, тревоги, сопровождалась выраженным пессимизмом, идеями самообвинения, нарушением сна, полной утратой социальной и профессиональной продуктивности, заторможенностью в двигательной и идеаторной сферах, сменяющейся иногда явлениями ажитации. Нередко отмечались соматические симптомы, у всех больных потеря либидо. Утрата аппетита у всех больных

приводила к фактическому снижению веса тела. Как правило, имели место суточные колебания настроения – улучшение состояния к вечеру. В большей или меньшей степени выраженности отмечались явления деперсонализации и дереализации.

Средний балл по Шкале Гамильтона до лечения составил – 36. По данным Шкалы Гамильтона до лечения у больных были выявлены следующие показатели. У всех больных (100%) отмечались признаки депрессии, идеи самообвинения, суицидальные мысли, бессонница, заторможенность, тревожность, нарушение социального и профессионального функционирования, генитальные симптомы. Ипохондрические мысли выявлены у 20% больных, суточные колебания – у 85%, дереализация и деперсонализация – у 85%, навязчивые идеи – у 30% больных.

В процессе лечения отсутствие терапевтического эффекта было выявлено у 4 (20%) больных из группы с тяжелым рекуррентным депрессивным расстройством. Во всех остальных случаях отмечалась положительная динамика. Средний балл по Шкале Гамильтона после лечения составил – 21. В течение года после лечения больные находились под постоянным амбулаторным наблюдением. В период вероятных сезонных обострений больные с профилактической целью получали актовегин в драже. Из 20 больных повторно на стационарное лечение поступили 4 больных с тяжелым течением рекуррентного депрессивного расстройства. Полученные предварительные данные по изучению возможности применения актовегина и геримакса при фармакорезистентных рекуррентных депрессивных состояниях показали их существенную эффективность. Эти результаты позволяют расширить арсенал терапевтических средств при лечении депрессивных расстройств и высказать следующие соображения о возможных механизмах терапевтического действия актовегина. Известно, что в состав актовегина входят инозитолфосфат олигосахариды (ИФО), помимо их эффектов, связанных с влиянием на рецепторные и транспортные системы, выявлено регулирующее влия-

ние ИФО на ЦАМФ фосфодиэстеразу, аденилатциклазу и пируватдегидрогеназу. Отсюда повышение энергетического обмена нейронов, о чем свидетельствует повышение концентрации АТФ, АДФ, ГАМК, ацетилхолина. В связи с этим возникает предположение о возможном терапевтическом эффекте актовегина за счет воздействия на нейротрофические факторы. Нейротрофические факторы ранее рассматривались как механизмы регуляции роста нейронов и процессов дифференциации в процессе развития нервной системы, но в настоящее время – как регуляторы пластичности и деятельности нейронов и глии у взрослого человека. Нейротрофические гипотезы базируются на том, что дефицит нейротрофической поддержки приводит к патологии гиппокампа в период депрессии.

В центре этих гипотез находится основной нейротрофический фактор головного мозга – BDNF (brain-derived neurotrophic factor). Острый и хронический стресс приводит к снижению содержания BDNF в dentate gyrus пирамидальных клеток гиппокампа. Это снижение частично происходит из-за вызванного стрессом выделения глюкокортикоидов и частично из-за увеличенной серотонинергической передачи. Антидепрессивный эффект сопровождается увеличением содержания BDNF в гиппокампе. Антидепрессивное влияние BDNF по меньшей мере частично осуществляется посредством фактора транскрипции CREB (Camp response element binding protein). Повышенная регуляция BDNF позволяет частично восстановить поврежденные нейроны гиппокампа, а также предохранить уязвимые нейроны от дальнейшего повреждения [6].

Таким образом, применение актовегина, видимо, способствует возникновению вторичной молекулярной и клеточной адаптации. Происходит это, очевидно, за счет активации CREB, что, в свою очередь, приводит к увеличению выделения BDNF в гиппокампе. BDNF – играет важную роль в развитии и деятельности нейронов при депрессии. Отсюда возможность использования актовегина не только как антидепрессанта, но и как нейропротектора.

А.И. Бачеригов

АКТОВЕГІН ТА ГЕРІМАКС В ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Представлені попередні дані що до ефективності актовегіну та герімаксу при лікуванні фармакорезистентних рекурентних депресивних розладів. За даними Шкали Гамільтону застосування цих препаратів було ефективним у 80% хворих. Терапевтичний ефект пов'язується з впливом на нейротрофічні механізми розвитку депресії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 189-191)

A.N. Bacherykov

ACTOVEGIN AND GERIMAX AT THE TREATMENT OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

The first data with effectiveness of actovegin and gerimax at the treatment of pharmaco-resistance recurrent depressive disorder. By using the Hamilton Scale therapeutic effectiveness was found in 80% of patients. Actovegin induced upregulation of BDNF via the transportation factor CREB could help repair some stress-induced damage to hippocampal neurons and protect vulnerable neurons from further damage. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 189-191)

Литература

1. Cassano G.B., Michelini S. Pharmacological treatment of depression and comorbid anxiety disorders/Depress. And Mania: Neurobiol. Treatment. — New York (N.Y.), 1995. — P. 113-125.
2. Ceskova E., Svetska J., Reidl V. Fluoxetine in the treatment of inpatient with major depression //Homeostasis. — 1992. — 34, N 3-4. — P.209-211.
3. Commenti alle linee guida sul trattamento farmacologico dell'episodio depressive. //Riv.Psichiat. — 1995. — 30, N 5. — P.254-255.
4. Thase Michall E., Rush John A., Kasper Siegfried, Nemeroff

Charies B. Tricyclis and newer antidepressant medications: treatment options for treatment resistant depressions// Depression. 1994. — 2, N 3, - P.152-168. 96.01.-04Т3.74.

5. Препараты компании Никомед. Справочник для врачей и фармацевтов, 2003// Prepared by NYCOMED Russia-CIS, Fed. 2003.- Production: JPbureau 01100872. — с. 214.

6. Nestler E.J., Barrot M., DiLeone R.J., Elsch A.J., Gold S.J., Monteggia L.M. Neurobiology of Depression/Neuron, Vol. 34, March 28, 2002. — P.13-25.

Поступила в редакцию 21.05.2004

УДК 616.89-0032.616

*С.Г. Пырков, Е.М. Выговская, В.К. Денисов, И.И. Деменкова***К ВОПРОСУ О «СИНДРОМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, трансплантационный центр ДОКТМО

Ключевые слова: психотравмирующие воздействия, психологическая защита, «синдром эмоционального выгорания».

Термин «синдром эмоционального выгорания» впервые был предложен в 1974г. Фрейденом для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. К настоящему времени опубликованы множество работ, посвященных этой проблеме, однако единого мнения о причинах возникновения вышеуказанного состояния до сих пор не существует. Постепенно трансформировалась трактовка термина «синдром эмоционального выгорания». Изначально его считали последствием стресса в результате перегрузки работой. Потом мнение изменилось, и на сегодняшний день многие авторы считают, что «синдром эмоционального выгорания» является не столько результа-

том продолжительного стресса, сколько состоянием, к которому не были приняты никакие меры и которое представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. Таким образом данное состояние отчасти позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы, в то же время, могут возникать и его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и на отношениях с партнерами [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников трансплантационного центра.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 14 медицинских работников (7 врачей и 7 медицинских сестер), работающих в трансплантационном центре Донецкого областного клиничко-территориального медицинского объединения (ДОКТМО) по методике диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко [2].

Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM – совместимом компьютере в пакете программ STADIA. Для установления корреляционных связей был использован метод Спирмена. Корреляционные связи принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследованных лиц составил $29,3 \pm 2,61$ лет, общий стаж работы в медицинских учреждениях и трансплантационном центре – $8,36 \pm 1,99$ и $3,8 \pm 1,38$ лет соответственно. Среди профессиональных вредностей изученный контингент отметил постоянный контакт с кровью больных и возможность заражения инфекционными заболеваниями, передающимися через нее (92,86%); эмоциональные перегрузки (64,29%); тяжесть состояния больных, неблагоприятный прогноз их выздоровления и высокую летальность (57,14%); шум диализных машин

(50,0%); работу в экстремальных условиях (28,57%); а также работу с дезинфицирующими средствами (средний медицинский персонал) (28,57%). В результате проведенного исследования было установлено, что из 14 врачей и медсестер трансплантационного центра у 10 человек (71,4%) наблюдался «синдром эмоционального выгорания» и у 4 (28,6%) «синдром эмоционального выгорания» был в стадии формирования. Структура сформированных фаз «выгорания» была следующей: напряжения – 31,25%, резистенции – 43,75% и истощения – 25,0%.

Подобное распределение свидетельствует о преобладающей психической защите у обследованного контингента в виде избирательного эмоционального реагирования, расширения сферы экономии эмоций, что проявлялось в ограничении общения с родственниками, необходимости отдыха после работы («побывать наедине») дома, сокращении общения с друзьями и знакомыми, избирательности в общении с партнерами и т. д. В то же время следует отметить и сформировавшиеся дисфункциональные явления у изученных лиц в ответ на действие психотравмирующих ситуаций на работе в виде фиксации на отрицательных эмоциях, выраженной «эмоциональной» усталости, опустошенности после работы, зависимости взаимодействия с партнерами от настроения.

Проведенный корреляционный анализ основных показателей методики диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко с длительностью работы в трансплантационном центре достоверных связей не выявил ($p > 0,05$). Однако выявлены достоверные связи следующих показателей вышеуказанной методики с общим медицинским стажем обследуемых лиц: переживание психотравмирующих обстоятельств ($r = 0,596$; $p = 0,0136$); «загнанности в клетку» ($r = 0,523$; $p = 0,0285$); тревоги и депрессии ($r = 0,7$; $p = 0,0035$); суммарного показателя фазы напряжения ($r = 0,769$; $p = 0,0011$), психосоматических и психовегетативных нарушений ($r = 0,627$; $p = 0,0094$), а

также итогового показателя «синдрома эмоционального выгорания» ($r = 0,531$; $p = 0,0265$).

Установленные положительные корреляционные связи у медицинских работников трансплантационного центра свидетельствуют о том, что с увеличением общего медицинского стажа нарастает удельный вес тревожно-депрессивных, психосоматических и психовегетативных нарушений в рамках «синдрома эмоционального выгорания». Обращает на себя внимание снижение резистентности к психотравмирующим ситуациям, отсутствие радости от работы и полученных положительных результатов по мере увеличения времени работы в медицинских учреждениях. Это способствует появлению мыслей об ошибке в выборе профессии, смене места работы, безысходности сложившейся ситуации.

Таким образом, специфика оказания помощи и работа с больными хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии создают дополнительные условия, которые усиливают эмоциональное напряжение и способствуют формированию «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников трансплантационного центра. Результаты исследования свидетельствуют об актуальности этой проблемы и требуют дальнейшего ее изучения с целью разработки программы профилактики указанного выше состояния среди данного контингента лиц.

С.Г. Пирков, О.М. Виговська, В.К. Денисов, І.І. Деменкова

ДО ПИТАННЯ ПРО «СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ» СЕРЕД МЕДИЧНИХ РОБІТНИКІВ ТРАНСПЛАНТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, трансплантаційний центр ДОКТМО

У дослідженні показано, що специфіка професійної діяльності медичних робітників трансплантаційного центру сприяє формуванню «синдрому емоційного вигорання». На підставі обстеження цього медичного персоналу визначені клінічні особливості даного синдрому. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 192-193)

S.G. Pyrkov, E.M. Vygovskaya, V.C. Denisov, I.I. Demenkova

TO A QUESTION ABOUT «SYNDROM OF EMOTIONAL BURNING OUT» AMONG THE MEDICAL PERSONNEL OF THE TRANSPLANTATION CENTRE

Donetsk State Medical University by M.Gorky, the transplantation center of DRCTMA

In research is shown, that the specificity of professional activity of the medical personnel of the transplantation centre of promotes formation «syndrom of emotional burning out». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 192-193)

Литература

1. Сосин И.К., Слабунов О.С., Куликова В.Д. и др. «Синдром эмоционального выгорания» как следствие профессиональной деятельности в наркологии // Архив психіатрії. — 2004. — Том 10,

№2 (37). — С. 149–151.

2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. — Самара, 1998. — 668с.

Поступила в редакцию 12.05.2004

УДК:616.89-008.434.5-02:616.005

*А.А. Завгородний***ПСИХОГИГИЕНА РЕЧЕВОГО РЕЖИМА В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психологическая сенсо-моторная психотерапевтическая коррекция, речевые нарушения

Созданный врачами правильный психологический лечебно-активирующий речевой режим позволяет формировать речь и укреплять необходимый психогигиенический стиль взаимоотношений между больным, его семьей и врачом, что дает возможность быстрее больным мысленно переключаться и освобождаться от болезни, меняется качественно их логическая и эмоционально-волевая сфера.

В восстановлении речевых функций важным условием лечебного процесса является величина речевых нагрузок, их число, необходимость соблюдения больным медленного, четкого произношения буквы, слога, слова, фразы под медицинским контролем, при этом исключая ошибки, т.е. необходима дозированная нагрузка перехода последовательности обучения и произношения от буквы к слогу, от слога к слову, от слова к фразе и в многократном замедленном темпе повторения одних и тех же речевых упражнений. Это дает возможность больным осуществлять принцип постепенности в дозировке, т.е. перейти к четкому темпу, числу, ритму и амплитуде модификации речевых упражнений, и простоте и точности выполнения, правильной организации речедвигательного навыка, соответственно характеру заболевания.

Нами проведена психологическая сенсо-моторная и психотерапевтическая коррекция восстановления речевых функций у 250 больных с афатическими нарушениями.

Мы рекомендуем регулировать интенсивность выполнения речевых упражнений в зависимости от состояния и самочувствия больного, так как при несоблюдении речевого режима у больных нарушается речь и они могут декомпенсироваться, предъявлять жалобы на усталость, эмоциональную неустойчивость, боль в области сердца, нарушение ритма дыхания, повышение артериального давления, головную боль, головокружение и другие, в связи с чем возникает необходимость проведения самоконтроля основных правил произноше-

ния речи при выполнении лечебно-восстановительных упражнений.

Когда физические и функциональные возможности больного снижены, в исходном положении, необходимо упростить и сделать более упрощенными ход и степень выполнения больным простых и легких речевых упражнений. Это позволяет сохранять хорошим эмоционально-волевое состояние как больного, так и членов его семьи, родственников, знакомых, которые посещают больного. Происходит воспитание у больных активного противодействия болезни. Медленный темп произношения речевых комплексов имеет особое значение для последующей нагрузки, соответственно состоянию больного, освоению им плавного, постепенного, ритмичного перехода к среднему и быстрому темпу речи. При этом активизируется и контролируется сознательная самостоятельная работа как больного, так и членов его семьи в методологии лечебного процесса по модификации речевых упражнений.

Больные должны быть обучены основным правилам проведения самоконтроля и ведения специального дневника. Врач должен проверять дневники самоконтроля и вносить соответствующие изменения по улучшению методики индивидуализации занятий и правильному формированию навыков письменной и устной речи.

Корректирующий метод целенаправленных речевых упражнений можно применять в любом периоде заболевания как у постели больного, так и в палате, в больничной и поликлинической обстановке, дома в кругу семьи при этом синтезируя нормальную речь больного согласно поставленной цели, используя осознанно самим больным свои физиологические механизмы активации по регуляции речедвигательного анализатора и восстановлению речи. У больных исчезает растерянность и появляется твердая уверенность и убежденность в своем выздоровлении, совершенствуется их речь и корректируется эмоционально-волевая регуляция рече-мыслительных

процессов в условиях лечебно-охранительного режима и общения с людьми, с оценкой логики и содержательности своего высказывания, комментариев. Таким образом, формируется этика необходимого правильного внутреннего и внешнего поведения у больных, что создает необходимый морально-психологический климат, хорошее настроение, состояние психологического покоя, дает возможность регулировать больным свое душевное состояние, устранять напряжение, благотворно влиять на тепло позитивных семейных взаимоотношений и навыков по восстановлению речевых функций.

Происходит созидание и обновление личности по контролю и самоуправлению речевых функций, живое общение и обмен опытом между выздоравливающими и начинающими свое лечение с утверждением в сознании логического мышления, как улучшается их речь, при этом ликвидируется психогенный фактор возможности неудачи и сложных психосоциальных влияний. Исчезает психическая депривация (эмоциональная, сенсорная, социальная) обусловленная с переживанием чувства неполноценности речи.

Способ психологической сенсорно-моторной психотерапевтической коррекции восстановительной терапии речевых и психовегетативных нарушений основан на психофизиологической конвергенции анализаторных систем и многофункциональности нейрофизиологических синергически-саногенетических интегративных структурно-многофункциональных воздействий лечебно-восстановительной терапии формирования и произношения речи, которая произносится на взаимосвязи психологии функциониро-

вания анализаторных систем слуха и речи, зрительного восприятия письма и чтения, т.е. способности речевого анализа и синтеза, что позволяет врачу системно и дифференцированно проводить восстановительную терапию афатических и психовегетативных нарушений, корректировать сенсо-моторные речевые структурно-функциональные системы человека.

Больные при активном, осознанном своем контроле правильно произносят свою речь, чувствуют при этом прилив бодрости и ощущения новой душевной энергии в восстановлении своих сил и возможностей по активизации речи, главного человеческого фактора быть счастливым, говорить медленной, плавной, четкой речью, при этом выполняя основные правила произношения речи: всегда при разговоре смотреть в глаза собеседнику или в ту сторону, где он находится; прежде чем сказать, необходимо сделать вдох, глубина которого должна соответствовать длине фразы, что достигается опытом и практикой; при разговоре выдыхаемый воздух должен расходоваться на громкое произношение ударных гласных звуков; говорить медленно, плавно, красиво и обязательно смотреть собеседнику в глаза для снятия эмоционально-волевого напряжения и возможности сначала свободно произносить отраженную речь с последующей выработкой собственных навыков произношения автоматизированной речи.

Психогигиена речевого режима и психотерапевтическая коррекция речевых нарушений способствуют правильному произношению автоматизированной речи и восстановлению утраченных речевых функций.

О.О. Завгородній

ПСИХОГІГІЕНА МОВНОГО РЕЖИМУ В ВІДНОВЛЕННІ МОВНИХ ПОРУШЕНЬ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Відновна терапія мовних функціональних систем заснована на ефективності проведення основних правил психогігієни мовного режиму в «способі психологічної сенсорно-рухової психотерапевтичної корекції мовних порушень». (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 194-195)

A.A. Zavgorodny

PSYCHOHYGIENE OF SPEECH REGIME IN REHABILITATION OF SPEECH DISTURBANCES

Kharkov Medical Academy of Post-graduate Education

Rehabilitation therapy of speech functional systems is based on efficacy of carrying out of speech regime psychohygiene regulation in «the method of psychological senso-motor psychotherapeutic correction of speech disturbances». (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 194-195)

Поступила в редакцію 26.05.2004

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

PROBLEM ARTICLES

- Абрамов В.А., Бабюк И.А., Бурцев А.К., Студзинский О.Г.** Доказательная медицина – новый этап реформирования психиатрии в Украине **3**
- Абрамов В.А., Бурцев А.К.** О стандартах качества психиатрической и психотерапевтической помощи **17**
- Сосин И.К., Гримблат С.О., Сайков Д.В.** Социально-демографические и клинично-психопатологические показатели снижения качества жизни при алкогольной депрессии **23**
- Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Сарвир И.Н.** Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами **30**
- Первомайский В.Б.** Субъект судебно-психиатрической экспертизы и проблема расхождения экспертных выводов **35**
- Петрюк П.Т.** Лечение больных терапевтически резистентной параноидной шизофренией **43**
- Ряполова Т.Л., Осокина О.И.** Нарушения психического здоровья у членов семей больных с аффективной патологией **48**
- Высоцкий В.М.** Система психопрофилактики нарушений сексуального здоровья среди населения Украины **53**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Мороз С.М.** Структура психосоматических расстройств при основных терапевтических инвалидизирующих заболеваниях **58**
- Рачкаускене И.Г.** Оцінка якості життя дітей, що страждають на епілепсію **62**
- Гавенко В.Л., Кожина А.М.** Коррекция и профилактика невротических расстройств у подростков, находящихся в местах лишения свободы **67**
- Стрельникова И.Н., Самардакова Г.А.** Качество жизни и социальная адаптация больных эпилепсией, страдающих непсихотическими аффективными расстройствами **71**
- Лебедев Д.С.** Аддиктивное поведение: современный взгляд на старые проблемы **76**
- Сінайко В.М.** Функціональний діагноз в оцінці психічного здоров'я та якості життя студентів **80**

дентів вузу

- Носкова О.В.** Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при аднекситах 83
- Высоцкая Е.В.** Пути и методы психокоррекции патологической мастурбации 88
- Токман А.А.** Изменения психологического облика лиц, пострадавших от аварий в шахте 92
- Пітик М.І., Пітик О.М., Краснопольська І.І.** Патопсихологічні особливості, механізми захисту та якість життя при депресивних розладах у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію 96
- Напрєєнко О.К., Процик В.О., Пампуха Л.С.** Застосування стимулотону (сертралін) при лікуванні хворих на депресивні розлади 102
- Кислицкая И.И.** Клинико-социальные особенности больных с психическими расстройствами вследствие несчастных случаев на производстве 106
- Проскуріна Т.Ю., Михайлова Є.А., Кукура Г.В., Міхановська Н.Г., Матковська Т.М., Мітельов Д.А., Колотій Н.М.** Психічне здоров'я учнів молодших класів, які проживають в екологічно несприятливих умовах 110
- Беро С.Я., Блакитная Л.А., Цыганок Т.В.** Изучение психологических особенностей и стереотипов поведения как фактора риска ишемической болезни сердца в связи с ее профилактикой 113
- Джандосва Н.Ш.** Клініко-неврологічні особливості перебігу судинної деменції 118
- Студзинский О.Г., Мангуш Т.Н., Обметица А.А., Бурцева Н.В., Судья Д.В.** Оланзапин, клозапин и электросудорожная терапия в лечении резистентной шизофрении: эффективность и безопасность 122
- Проскуріна Т.Ю., Матковская Т.Н., Кудь В.С.** Клинико-психологические особенности невротических расстройств у современных подростков 127
- Болотов Д.М.** Расстройства адаптации у лиц, переживших экстремальные ситуации, и их психотерапевтическая коррекция 130
- Абрамов А.В., Омелянович В.Ю.** Опыт оценки эффективности первичных психопрофилактических мероприятий на этапах отбора кандидатов на службу в органы внутренних дел и абитуриентов высших учебных заведений системы МВД 134
- Влох І.Й., Білобрювка Р.І., Степаненко Л.В.** Проблема терапії афективних розладів поєднаних із статевими дисфункціями у чоловіків та методи їх корекції 140
- Беро М.П.** Организация и содержание психолого-психиатрической и психотерапевтической 144
- Noskova O.V.** Psychotherapy correction of spouses desadaptation by women with inflammatory diseases of internal genitalis
- Vysotskaya E.V.** Ways and techniques of pathologic masturbation psychocorrection
- Tokman A.A.** Changes of psychological shape of the persons injured of failures in shaft
- Pityk N.I., Pityk E.N., Krasnopol'skaya I.I.** Pathopsychological features, mechanisms of psychological protection and quality of life in depressive patients with dyscirculatory encephalopathy
- Napryeyenko O.K., Protsyk V.O., Pampucha L.S.** Stimuloton (sertraline) in treatment of patients with depressive disorders
- Kislitskaya I.I.** Clinico-social features ill with alienations, bound with casualties on effecting
- Proskurina T.Y., Michailova E.A., Kukuruza A.V., Michanovskaya N.G., Matkovskaya T.N., Mitelev D.A., Kolotiy N.N.** Psychic disorders of the first year pupils, who live in the different ecology environment
- Bero S.Y., Blakitnaya L.A., Tsiganoc T.V.** The study of psychological peculiarities and stereotypes of behavior as a risk factor of heart ishemical disease in connection with its prophylaxis
- Dzhandoyeva N.** Clinico-neurological peculiarities of vascular dementia
- Studzinski O.G., Mangush T.N., Obmetitsa A.A., Burtseva N.V., Sudya D.V.** Olanzapine, clozapine and electroconvulsive therapy in treatment of a refractory schizophrenia: efficiency and safety
- Proskurina T.Y., Matkovskaya T.N., Kud V.S.** Clinical and psychological peculiarities of neurotic disorders in contemporary teenagers
- Bolotov D.M.** Adaptation's disorders at patients who were involved to extreme situations and their psychocorrection
- Abramov A.V., Omelianovich V.Yu.** Experience of a rating of efficiency primary psychopropylaxis of measures at stages of selection of the candidates on a service in internal affaires bodies and the entrants of higher educational institutions in the system of internal affaires bodies
- Vlokh I., Bilobryvka R., Stepanenko L., Suvalo N., Drugchenko A.** The peculiarity of pathomorphosis of affective disturbanses in males who suffer from copulative disorders and methods of its corrections
- Bero M.P.** The process of organizing and the matter of the psychological, psychiatric and

кой помощи пострадавшим вследствие взрыва газа в жилом доме

Рымарь И.Б., Закревский А.П., Цыба И.В., 148
Медведева Е.В., Рымарь В.В., Закревская Е.Г. Депрессивные состояния в клинике алкоголизма

Малтапар О.К. Физическая реабилитация 151
пациентов с нарушениями интеллекта

Васильева А.Ю., Абрамов В.А., Доценко М.Б. 155
Особенности терапевтической тактики при соматогенных депрессиях в условиях амбулаторной общесоматической практики

Побережная Н.В. Структура непсихотических психических расстройств у больных хроническим лейкозом и их коррекция 160

Кутіков О.Є. Особливості реактивності тварин різного віку на емоційно-больовий стрес як показник якості адаптивної поведінки 163

Каленская Г.Ю. Оценка показателя качества жизни и иерархии ценностей у больных с эмоционально лабильными расстройствами органического генеза и неврастениями 166

psychotherapeutic assistance to the victims of a gas explosion in a dwelling house

Rymar I., Zakrevskiy A., Tsyba I., Medvedeva E., Rymar V., Zakrevskaya E. Depressive stages in clinic of alcoholic dependence

Maltapar O.K. Physical rehabilitation with intellectual disturbances

Vasilyeva A.Yu., Abramov V.A., Dotsenko M.B. Features therapeutic tactics at symptomatic depressions in conditions out-patient general practice

Poberezhnaya N.V. The structure of non-psychotic mental disorders at patients with chronic leukosis and it's correction

Kutikov O.Ye. Peculiarities of a reactivity of animals of different age on the emotional-pain stress as a parameter of quality of an adaptive behavior

Kalenskaya G.Yu. A research of the index quality of life and the predominance of the values at patients with emotional lability disorders and neurotic disorders

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Минко А.И., Линский И.В., Бараненко А.В., 169
Шалашов В.В. Показатель качества жизни и поддерживающая терапия больных с алкогольной зависимостью

Грабарь И.В. Основные постулаты реабилитационно-профилактических программ при зависимости от летучих растворителей в детско-подростковом возрасте 176

Шашков О.В. Психические расстройства в кардиохирургической клинике 181

Minko A.I., Linsky I.V., Baranenko A.V., Shalashov V.V. Parameter of quality of life and maintenance therapy of patients with alcohol dependence

Grabar I.V. Basic postulates of rehabilitation preventive programs at dependences on the flying solvents in children's and teenage age

Shashkov O.V. Mental disorders in cardiac surgical clinic

SCIENTIFIC REVIEWS

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Юрьева Л.Н. Распространенность и выраженность синдрома выгорания у врачей психиатров Украины 184

Денисов Е.М. Оценка качества жизни больных параноидной шизофренией с различным типом течения 186

Бачериков А.Н. Актвегин и геримакс в лечении депрессивных расстройств 189

Пырков С.Г., Выговская Е.М., Денисов В.К., 192
Деменкова И.И. К вопросу о «синдроме эмоционального выгорания» среди медицинских работников трансплантационного центра

Завгородний А.А. Психогигиена речевого режима в восстановлении речевых нарушений 194

Yur'yeva L.N. Prevalence and expression of burnout syndrome in psychiatrists in Ukraine

Denisov E.M. Estimation of quality of life on the patients of the paranoid schizophrenia with various current

Bacherykov A.N. Actovegin and gerimax at the treatment of recurrent depressive disorder

Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M., Denisov V.C., Demenkova I.I. To a question about «syndrome of emotional burning out» among the medical personnel of the transplantation centre

Zavgorodny A.A. Psychohygiene of speech regime in rehabilitation of speech disturbances

SHORT REPORTS

СОДЕРЖАНИЕ

196 CONTENTS

К сведению авторов

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

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

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

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

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

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

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

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клиничко-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика

исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редколлегия журнала